

Artículos seleccionados

Violencias de género y abordajes posibles desde un hospital público.

Marina Tarasiuk^a y Lorena Vera^b

Fecha de recepción:	23 de marzo de 2026
Fecha de aceptación:	10 de junio de 2026
Correspondencia a:	Lorena Vera
Correo electrónico:	lorepvera@gmail.com

- a. Lic. Trabajo Social (UBA). Especialista en Educación Sexual Integral (Instituto del Profesorado J.V. González). Trabajadora Social del Centro Médico Ambulatorio de Referencia (CEMAR) 3 (GCABA).
- b. Lic. en Trabajo Social (UBA). Diplomada en Género y Movimientos Feministas FFyL-UBA. Docente en FSOC-UBA. Hospital de Clínicas "José de San Martín" y en el Consejo de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (CABA).

Resumen:

El presente trabajo intenta ser un aporte para reflexionar críticamente acerca de nuestras prácticas cotidianas en el marco de un hospital. Busca interpelar algunas miradas instituidas sobre las situaciones de violencia de género y repensar el ámbito de la salud pública como un espacio clave para la visibilización y abordaje de esta problemática. Para ello, retoma dos acompañamientos efectuados por un equipo de salud conformado por integrantes del Departamento de Trabajo Social, del Consultorio de Interrupción Voluntaria y Legal del embarazo (en adelante, IVE - ILE)¹ y de la Residencia de Psicología Clínica del Hospital de Clínicas "José de San Martín", ubicado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Asimismo, plantea interrogantes acerca de las intervenciones profesionales posibles desde un efector de salud, haciendo énfasis en la importancia del trabajo interdisciplinario y del cuidado de las/os profesionales como soportes necesarios para un abordaje adecuado.

Palabras clave: Violencias de género - Hospital público - Abordajes.

1. Ley N° 27.610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (2020), reconoce el derecho al acceso a la interrupción voluntaria y legal del embarazo y a la atención postaborto de mujeres y otras personas con capacidad de gestar a fin de contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad prevenible.

Summary

This paper intends to contribute to a critical reflection on our daily practices within a hospital setting. It seeks to challenge established perspectives on gender-based violence and to rethink the public health sphere as a key space for the visibility and management of this issue. To this end, it reviews two cases of support provided by a health team composed of members from the Social Work Department and the Voluntary and Legal Interruption of Pregnancy Clinic (hereinafter, IVE-ILE) of the Hospital de Clínicas "José de San Martín," located in the Autonomous City of Buenos Aires. Furthermore, it raises questions regarding possible professional interventions within a healthcare facility, emphasizing the importance of interdisciplinary work and professional self-care as necessary pillars for an adequate approach.

Key words: Gender Violence; Public Hospital; Approaches.

Introducción

En el actual contexto socio político, signado por el avance de las ultraderechas en la gestión de los Estados Nacionales (tanto a nivel mundial como local) observamos en nuestro país el desconocimiento y la negación de derechos históricamente conquistados y formalmente reconocidos, y en estrecha relación con lo anterior, un desmantelamiento de las políticas públicas que deberían garantizarlos. En este sentido, el desfinanciamiento y destrucción de programas e instituciones estatales profundizan la precarización de vida cotidiana de las mayorías generando procesos de empobrecimiento, vulneración y revictimización crecientes.

En el campo en el que centraremos el presente trabajo, salud pública y situaciones de violencias por motivos de género, el impacto de este "recorte" resulta particularmente significativo. Si bien existían limitaciones en la implementación efectiva de políticas de promoción de derechos, prevención y asistencia, la actual coyuntura es extremadamente preocupante y desoladora.

Entendemos que, como trabajadoras de la salud pública, nuestro ejercicio profesional se vincula a la promo-

ción y defensa de los derechos de la población, lo que nos compromete a una posición activa para la detección, evaluación y acompañamiento de situaciones de violencia como una incumbencia innegociable.

Este trabajo intenta ser un aporte para reflexionar críticamente acerca de nuestras prácticas cotidianas en el marco de un hospital, donde nuestra profesión se ubica como un espacio de referencia para otros servicios en torno a la detección, evaluación, acompañamiento y articulaciones intersectoriales. Asimismo, se busca interpelar miradas instituidas sobre la problemática y repensar el ámbito de la salud pública como un espacio clave para la visibilización y abordaje. Para ello, retomaremos dos acompañamientos efectuados por el equipo de salud conformado por profesionales del Departamento de Trabajo Social, del Consultorio de interrupción voluntaria y legal del embarazo (en adelante, IVE - ILE)² y de la Residencia de Psicología Clínica - UBA, en el Hospital de Clínicas "José de San Martín" ubicado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Consideramos que el análisis de estas dos experiencias de intervención nos permitirá dar cuenta de los múltiples atravesamientos que configuran, de modo estruc-

2. Ley N° 27.610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (2020), reconoce el derecho al acceso a la interrupción voluntaria y legal del embarazo y a la atención postaborto de mujeres y otras personas con capacidad de gestar a fin de contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad prevenible.

tural y singular, las situaciones de violencia por motivos de género, así como aproximarnos a conocer los efectos subjetivos sobre quienes atravesaron y/o atraviesan dichas situaciones.

Asimismo, posicionarnos teórica y ético - políticamente desde una Perspectiva Feminista Interseccional, nos dará la posibilidad de reflexionar sobre abordajes profesionales posibles en el contexto de un hospital público, visibilizando condicionamientos constrictivos, así como también capacidad de agencia, tanto en nosotras como en las usuarias-protagonistas en estas historias. Este lente particular desde el cual comprendemos las situaciones de violencias con las que trabajamos, se articula con la perspectiva histórico crítica del Trabajo Social, que, siguiendo a Mallardi (2014) propone un Proyecto Ético-Político que:

Parte de negar la apariencia de los procesos sociales, se preocupa por desnaturalizar y problematizar la desigualdad social, y, en consecuencia, pensar y llevar a la práctica un ejercicio profesional que ubica como horizonte la necesidad de revertir aquello que aparenta ser perpetuo (p.14).

Por último, compartiremos algunas (in)conclusiones que apuntan a sostener abiertas aquellas preguntas que nos interpelan incómodamente y nos compelen a revisar permanentemente nuestras intervenciones, proceso que, para nosotras, siempre es con otras/os.

Puntos de partida: perspectivas y enfoques que sustentan nuestras intervenciones profesionales en el abordaje de situaciones de violencia por motivos de género en el campo de la salud

Para comenzar, nos parece fundamental reseñar la perspectiva en la que elegimos posicionarnos para la lectura de las situaciones y la intervención profesional. En este sentido, nos anclamos teórica y políticamente en una Perspectiva Feminista Interseccional, ya que consideramos que esta se torna imprescindible/ineludible en el abordaje de las violencias por motivos de género.

La noción de interseccionalidad³ surge al interior del movimiento feminista anti-racista como un concepto-denuncia que señala la ceguera del feminismo hegemónico respecto a las desigualdades raciales.

El análisis interseccional busca mostrar la existencia de una matriz multidimensional de poder que produce desigualdades en distintos aspectos de la existencia. Los feminismos interseccionales han intentado integrar los ejes de análisis que distintos movimientos políticos habían señalado como los reflectores principales de la dominación: el racismo estructural, la clase y el género. Sus propuestas parten de la hipótesis de que las personas atraviesan opresiones múltiples que son complementarias y funcionales entre sí y que, por lo tanto, no pueden jerarquizarse a priori; es decir que ninguna opresión es por definición más importante que otra.

El abordaje desde un enfoque interseccional supone dimensionar el impacto diferencial que tiene la violencia por motivos de género en relación con otras opresiones simultáneas. Esto implica que las violencias que afectan a mujeres y LGBTI+ están determinadas también por diferencias económicas, culturales, etarias y étnicas, entre otras. Y por ello, tanto los efectos de la violencia estructural como las experiencias de resistencia se articulan de distintas maneras según los contextos.

En el marco de sociedades profundamente desiguales y asimétricas, las condiciones de pobreza, discapacidad, precariedad de la situación laboral y/o desempleo, la situación habitacional vulnerable, formar parte del colectivo de mujeres o reconocerse en identidades y orientaciones sexuales disidentes, la situación de privación de la libertad, la presencia de problemáticas de salud (mental, emocional y física), la condición migrante o de refugiada/o, la nacionalidad, la identidad indígena, afrodescendiente y la marronidad, entre otros, tienen por efecto una intensificación de las violencias y vulneraciones que atraviesan la existencia de personas y grupos. “En suma, la interseccionalidad propone una respuesta crítica a la uniformización y homogeneización de grupos sociales, develando las interrelaciones entre variados estructuradores de desigualdad que delimitan privilegios y subalternidades en contextos situados” (Pombo, 2021, P. 48).

3. El concepto de **interseccionalidad** fue acuñado por Kimberlé Crenshaw (1989) en el seno del feminismo negro, vinculado a la teoría crítica de la raza, presente desde los inicios del feminismo. Con esta noción la autora pone nombre a la problemática de las opresiones múltiples, recuperando debates previos al interior de los feminismos antirracistas en torno a la forma en que se articulan las desigualdades de género, raza y clase, en la búsqueda de una conceptualización que pudiera describir las experiencias vitales de la mayoría de las mujeres.

Además de una propuesta analítica, la perspectiva interseccional en relación a los procesos de intervención, invita a reconocer el lugar propio —en el que nos encontramos situadas/os— y el de las/os otras/os para acercarnos a distintos modos de vivenciar las violencias por motivos de género desde diferentes cuerpos, identidades y territorios. En este sentido, implica reconocer las desigualdades y aprender que no hay una única manera de atravesar las violencias, caracterizarlas y, por lo tanto, de abordarlas.

El enfoque de abordaje integral de las violencias por motivos de género contempla el carácter estructural de las desigualdades y las violencias, y deja atrás las intervenciones exclusivamente centradas en la emergencia y en lo individual. Este enfoque parte de la premisa de que cada persona que atraviesa una situación de violencia de género requiere de diferentes recursos —materiales, subjetivos y simbólicos— para desarrollar su proyecto de vida. Además de las necesarias medidas de asistencia y protección, desde este abordaje se trabaja fuertemente en la promoción de derechos, la prevención y el fortalecimiento del acceso a la justicia.

La protección y atención integral, implica llevar adelante acciones relacionadas al resguardo físico y emocional, así como aquellas que tiendan a contribuir a la independencia de las mujeres y LGBTI+ a través del acceso al ejercicio de derechos económicos, políticos, sociales y culturales. En este sentido, las respuestas que se articulen en función de transformar las situaciones de violencia por motivos de género involucran la contención y el acompañamiento de cada persona durante todo el proceso, en vistas de fortalecer el desarrollo de su autonomía⁴ desde una mirada que se aleja de los enfoques tutelares. Se fomenta de este modo, una escucha atenta y respetuosa considerando la singularidad de cada persona con su historia de vida, deseos, potencialidades y limitaciones; entendiendo a su vez, que esa situación particular que atraviesa se inscribe en dinámicas estructurales que producen y sostienen las desigualdades, privilegios, opresiones y violencias.

En este marco, la intervención del Trabajo Social en el campo de la salud, inscripta en las perspectivas y enfoques antes descriptos, propone un acompañamiento situado de los Procesos de Salud - Enfermedad - Atención - Cuidado - Muerte (PSEACM)⁵. En este sentido, supone una mirada crítica respecto a las distancias/tensiones que se trazan entre la declamación de los derechos (lo formal y jurídicamente establecido) y las alternativas efectivamente disponibles (las desiguales condiciones de posibilidad para decidir sobre nuestros cuerpos y vidas) en pos de generar intervenciones que contemplen la complejidad del actual contexto y de las instituciones en las que desarrollamos nuestro trabajo cotidiano. Por lo tanto, consideramos que la práctica profesional en el campo de la salud pública implica, entre otras acciones: intervenir frente a situaciones de vulneración de derechos, facilitar el acceso a la atención de la salud, incluyendo a referentes afectivos/as de las personas (red social); favorecer el acceso a distintos recursos disponibles a través de las políticas públicas y de las organizaciones sociales para la restitución de derechos vulnerados.

En cuanto al marco normativo vigente a nivel nacional en materia de violencias de género y protección resulta fundamental mencionar a la Ley N° 26.485 de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los Ámbitos en que Desarrollen sus Relaciones Interpersonales (2009). Esta normativa plantea un cambio de posicionamiento en el abordaje de las violencias de género. Al hacer referencia a relaciones interpersonales (en contraste con las interpretaciones restringidas y tradicionales sobre la violencia contra las mujeres), procede a considerar la violencia de género más allá del ámbito familiar y doméstico, entendiendo que las actividades de las mujeres en la sociedad no se reducen a tales espacios, así como tampoco las violencias. Asimismo, con relación a la protección, establece el deber de garantizar instancias de tránsito para la atención y albergue para situaciones donde esté amenazada la integridad física, psicológica y/o sexual de la mujer o la de su grupo familiar (MMGyD, 2023: 11-12).

4. Resulta importante tensionar el concepto de **autonomía** complejizando la perspectiva para dar cuenta de las condiciones históricas y de posibilidad diferenciales en función de qué sujetos/as se trate, así como también de la fuerte presión e incidencia de las regulaciones sociales en los procesos de constitución subjetiva.

5. Entendemos que los **PSEACM** son emergentes de las condiciones económicas, políticas y sociales, y al mismo tiempo, objeto de representaciones y prácticas realizadas por los conjuntos sociales incluidos los/as especialistas, que posibilitan su reconocimiento, definición y los modos de organizar su atención.

Aproximaciones conceptuales: violencias por motivos de género y violencias sexuales

Las violencias constituyen una forma de ejercicio de poder en el marco de relaciones desiguales donde una persona se cree con derechos de conservar privilegios sobre el otro o la otra. El/ la que ejerce violencia rompe el respeto mutuo, en la violencia se pierde la intersubjetividad de las relaciones humanas, ya que implica una anulación de la otredad, es decir, una deshumanización, descalificación, no reconocimiento del otro u otra. Muchos modelos y teorías han intentado explicar los mecanismos por los que se produce la violencia contra las mujeres, disidencias, niñas, niños y adolescentes. La violencia es un producto humano sociocultural que posee tres componentes: intencionalidad, direccionalidad y abuso de poder⁶.

La violencia está presente en todos los sectores sociales, aunque su visibilidad difiera, entre otras variables, en función de los niveles de exposición a la mirada de las instituciones públicas. Aunque cada situación adquiere características singulares no se trata de un problema individual. Es posible identificar condiciones sociales que contribuyen a su emergencia y sostenimiento en el tiempo, por la “naturalización” de su presencia en las relaciones interpersonales. La socialización diferencial de género (sustentada en un sistema patriarcal) a través de la cual varones y mujeres son criados/as es un instrumento privilegiado de aprendizaje y naturalización de las relaciones desiguales de género (Tarasiuk, 2011). En este sentido, Rita Segato (2010) destaca que la dominación masculina se constituye como mandato, como un imperativo y condición de posibilidad para que la estructura de género se reproduzca de manera acrítica en relaciones marcadas por la jerarquía de poder y que impregnan todos los órdenes de estatus: el racial, de clase, étnico y territorial.

La presencia de estas formas de violencia -en sus diversas expresiones- es de larga data y puede ser reconocida históricamente en distintas épocas y culturas, sin embargo, su reconocimiento público como problema social serio ha tenido lugar en las últimas décadas.

La violencia contra las mujeres y disidencias es una cuestión política, social, cultural y de derechos humanos; no

son hechos aislados, individuales o privados; sino una realidad colectiva que se enmarca en lo que se conoce como violencias de género. Se define a las violencias por motivos de género como todo acto o amenaza de tal que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico principalmente para las mujeres y disidencias (Tarasiuk, 2011).

Aún cuando ubicamos diversas modalidades bajo las cuales se ejercen las violencias, vamos a hacer particular referencia a las violencias sexuales, incluidas las que son ejercidas contra niñas y adolescencias. Podemos afirmar que las mismas se encuentran históricamente invisibilizadas, relativizadas o minimizadas, lo cual dificulta su detección y abordaje tanto en el ámbito sociosanitario como en otras instituciones. Nos encontramos con diferentes obstáculos que devienen del atravesamiento de perspectivas adultocéntricas, patriarcales, clasistas, racistas, entre otros sistemas de relaciones sociales que organizan la desigualdad y distribuyen diferencialmente violencias y privilegios.

Cuando hablamos de violencias sexuales contra mujeres, disidencias, niñas y adolescencias, la utilización del prefijo “contra” tiene una intencionalidad marcada ya que apunta a poner énfasis en la connotación violenta de estas agresiones que implican un avasallamiento, sometimiento, obediencia, dominación, opresión, abuso de poder. A su vez, permite mostrar el antagonismo de la acción y el movimiento perjudicial hacia quien se dirige. Las violencias sexuales son una forma particular y extrema de maltrato que, además de provocar graves daños a la integridad psico-física de quien la experimenta, genera efectos devastadores para todo el entorno socioafectivo.

A partir de las fuentes consultadas (Toporosi, 2022; Intebi, 1994; MINSAL, 2023) y de nuestras propias experiencias de intervención, podemos observar la emergencia de sentimientos de desamparo y desorganización (en todos los aspectos de la vida cotidiana) ante la presencia y develamiento de situaciones que involucran violencias sexuales. Estas respuestas se intensifican y complejizan en los casos de incesto paterno filial.

Asimismo, queremos diferenciarnos de aquellas conceptualizaciones que sostienen la posibilidad de exis-

6. Ana Quiroga (2001) menciona que todo sistema de relaciones sociales necesita para garantizar su existencia y desarrollo gestar el tipo de persona apta para sostener esas relaciones y realizarlas. Personas cuyas actitudes, visión del mundo, sensibilidad, modelo de aprendizaje y método de pensamiento sean funcionales a ese orden social. Citado en Tarasiuk (2011).

tencia de consentimiento y la participación de mujeres, disidencias, niñeces y adolescentes en las situaciones de violencias sexuales. Hacemos esta aclaración, porque entendemos que aún persisten miradas y abordajes que plantean estas lógicas que sólo abonan a la revictimización y culpabilización de las personas que fueron y son violentadas.

Si bien existen varias formas de entender a las violencias sexuales, aún persiste una mirada que las asocia y reduce a situaciones de abuso sexual. Es así como, en el marco de este trabajo, definiremos a las violencias sexuales como todo acto de agresión, con o sin contacto físico, que transgreden las leyes o las restricciones sociales basado en un vínculo asimétrico de poder, confianza y autoridad y que produce un daño actual o potencial en el cuerpo y/o en la subjetividad de quien lo padece, como lo señala la Unidad Técnica Especializada en Maltrato Infante Juvenil (UTEMIJ) a través del trabajo de Biancardi et al. (2025), (Toporosi, 2022).

Entre las formas que adquiere este tipo particular de violencias podemos incluir tocamientos, exhibicionismo, voyeurismo, estimulación de genitales, sexo oral y masturbación del adulto y/o de NNyA, violación (art. 119 Código Penal: acceso carnal por vía anal, vaginal u oral o actos análogos introduciendo objetos o partes del cuerpo por las dos primeras vías), involucramiento en material con contenido sexual.

Lo que caracteriza a todas las situaciones de violencias sexuales es la presencia de situaciones de asimetría de poder, de maduración sexual, de gratificación (MSAL, 2023) lo cual da lugar a la coerción, que no siempre implica uso de fuerza, como comúnmente se cree.

Las situaciones de violencias sexuales que transcurren durante la niñez, la adolescencia o la adultez, generan efectos múltiples en el cuerpo y las emociones. Estas situaciones pueden producir un arrasamiento subjetivo, dado que ocurren en el marco de vínculos asimétricos de poder, de dependencia y, mayoritariamente, de confianza.

En este sentido, relatar (verbalmente) lo vivenciado suele resultar muy difícil, aunque aún se siga sosteniendo a nivel social como una obligación imprescindible a la hora de la evaluación y de la denuncia en ámbitos judiciales. En los ámbitos de salud se suma el plus de requerir un marca física, visible, observable que dé cuenta de la situación de violencia. Si bien se ha avanzado mucho en el análisis e investigaciones sobre la temática, aún

persisten miradas y posiciones prejuiciosas que reproducen malestares y revictimizan a aquellas personas que no “cumplen” con el deber ser de “una buena víctima”. El develamiento de las violencias sexuales ocurridas durante la niñez y/o adolescencia, constituye un acto subjetivo/subjetivante muy importante que, en varias oportunidades, no es adecuadamente dimensionado por las instituciones que intervienen. Se entiende por develamiento al momento en el cual el relato se produce por primera vez. Es un acto subjetivo de alta valía en términos psicológicos y emocionales, debido a que constituye un punto de quiebre con la trama de la violencia sexual que sostuvo previamente el secreto.

Ante el develamiento es posible que se sucedan mecanismos defensivos del psiquismo como la desmentida (acto que hace posible sostener algo difícil de explicar) o la retractación (negación de la violencia) respecto de aquel relato que se produjo. Este hecho, es sin duda alguna, como afirman varias expertas en el tema al respecto (Toporosi, 2022; Summit, 1983), la reafirmación del hecho abusivo, a pesar de que hegemonícamente se lo comprenda como “mentira”, como invento y/o fantasía. En los ámbitos de salud, el develamiento puede quedar relegado si no es acompañado por síntomas físicos que den cuenta de ese daño y padecimiento.

En consonancia con lo anterior, resulta primordial posicionarnos desde una mirada integral y una escucha activa que trascienda perspectivas inmediatistas y superficiales respecto a lo que emerge en el contexto de una consulta.

Detección y abordaje de situaciones de violencia en el marco institucional de un hospital

Muchos interrogantes surgen del devenir cotidiano y del quehacer profesional en el ámbito sociosanitario, tales como: ¿En nuestro ejercicio profesional cotidiano contemplamos/tenemos presente la posibilidad de que las personas que atendemos, además de estar atravesadas por múltiples situaciones problemáticas que afectan su salud integral, pueden haber vivido o estar viviendo situaciones de violencias por motivos de género? ¿Cuáles son las posibilidades de intervención profesional ante estas situaciones desde una institución de salud?

Estas preguntas reavivan viejos debates en torno al rol de los equipos de salud en la detección y abordaje de

situaciones de violencia. Nos interpelan de lleno, sitúan en el centro de la escena la necesidad de problematizar y trascender la mirada que se sustenta en el modelo médico hegemónico (en adelante, MMH)⁷ tan arraigado en las instituciones y en sus agentes. En este sentido, el trabajo interdisciplinario resulta imprescindible para abrir espacios de escucha activa y desplegar intervenciones que promuevan la reparación.

¿Cómo respondemos desde los equipos de salud: estamos dispuestas/os a observar y escuchar lo que no siempre se manifiesta de forma directa y abierta, pero está ahí? ¿Cuándo entrevistamos a usuarias incluimos en forma rutinaria la pregunta sobre la ocurrencia de violencias en el pasado o en la actualidad?

Sostenemos la necesidad de trabajar de manera interdisciplinaria e intersectorial en el abordaje de las violencias, ya que dichas intervenciones requieren de una mirada integral para evitar la revictimización y la sobre-intervención. Ambas circunstancias (revictimización y sobre-intervención) suelen producir efectos traumáticos que profundizan el daño previamente padecido.

Además, el armado de un “equipo” promueve que las/os profesionales podamos elaborar colectivamente y transitar mejor los efectos que produce en nosotras/os la escucha de relatos que describen “el horror”, aunque nos encontremos trabajando en distintos sectores o áreas. También favorece una evaluación más completa, exhaustiva y abona a que la toma de decisiones sea más asertiva en función de aquello que emerge en una consulta. Asimismo, nos permite alojar la frustración y la impotencia que muchas veces emerge cuando las personas que atendemos no están en condiciones de tomar una decisión que las proteja o no compartan lo que proponemos en pos de la construcción de una “salida”. Toporosi (2022) destaca que:

El rol que tenemos los profesionales de la salud puede ser profundamente desalienante, si posibilidad de recuperación de la capacidad para pensarnos y pensar a nuestros/as pacientes desde categorías que incluyan la articulación de los

padecimientos subjetivos con las condiciones de producción de subjetividades en esta sociedad y en esta cultura (p.11).

Tal como comentamos en la introducción, en el presente trabajo nos proponemos, a partir de la presentación y análisis de situaciones concretas de intervención desde el hospital, dar cuenta de nuestros procesos de trabajo en el abordaje de las violencias. Compartiremos interrogantes y reflexiones que surgieron durante el acompañamiento a dos usuarias a las que llamaremos M y R para resguardar su identidad.

Las situaciones de M y R: cuando lo estructural y lo subjetivo se entrelazan en la consulta

Ambas usuarias son jóvenes, mujeres, de clase trabajadora, que llegan al Departamento de Trabajo Social a partir de la interconsulta del Consultorio IVE-ILE que funciona en el hospital. En el transcurso de las entrevistas las dos usuarias refirieron haber atravesado situaciones de violencia sexual intrafamiliar en su niñez/adolescencia (en ambos casos el agresor fue un tío) y manifestaron que se encontraban en vínculos de pareja en los que la violencia también estaba presente.

M (29 años) y R (17 años) llegaron a la consulta en etapas diferentes respecto a la percepción y problematización de la situación que se encontraban viviendo. Mientras que el acompañamiento a M se desarrolló a lo largo de aproximadamente 5 meses y continúa; el acompañamiento a R se llevó adelante durante un mes y medio (al momento de la escritura de este trabajo). Desde el inicio de la intervención, M convive con su agresor y, si bien tiene empleo, depende económicamente de él dado que no se encuentra en condiciones solventar sola un alquiler. En cambio, en la situación de R, no hay convivencia con el agresor.

Es importante mencionar que ambas siguen siendo acompañadas tanto por Trabajo Social como por la Residencia de Psicología Clínica de la UBA. En las dos si-

7. Menendez (1988) describe al **modelo médico hegemónico** como “el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado”. El autor identifica como principales rasgos estructurales del MMH: biologismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, exclusión del conocimiento, legitimación jurídica, profesionalización formalizada, entre otros.

tuaciones solicitamos a dicha Residencia una entrevista de admisión para que las usuarias pudieran iniciar un proceso terapéutico. Durante estos meses mantuvimos varias reuniones con las psicólogas/os tratantes, así como algunas entrevistas interdisciplinarias conjuntas con M y R. Cabe destacar que M convive con su agresor y presentaba cierta dependencia económica de él.

Las marcas y los efectos de las situaciones de violencia en la niñez/adolescencia, de no ser elaboradas, retornan en la adultez ante la emergencia de nuevas situaciones de violencia que reviven los hechos pasados. Se tiende a una repetición de manera inconsciente, que expone nuevamente a situaciones de riesgo, daño y desprotección. Ambas usuarias sostuvieron/sostienen vínculos de pareja atravesados por la violencia. A lo largo de las entrevistas comenzaron a hacerse preguntas y a problematizar sus relaciones.

En sus procesos de elaboración de la situación presente, emergieron relatos de vivencias violentas traumáticas que sucedieron en su niñez/adolescencia. Todo ello a partir de un trabajo subjetivo de mucha valía, que implica idas y vueltas en sus decisiones y en su capacidad de accionar frente a las nuevas situaciones de violencia que afrontan.

En relación con lo anterior, podemos afirmar, en base a nuestras experiencias de atención, que uno de los efectos posibles del daño y el trauma es la reactualización del "lugar de objeto" en el presente. Escenarios distintos y otros vínculos, aunque con modalidades que reproducen muchos de los aspectos involucrados en las vivencias previas, aquí nos preguntamos: ¿Cómo podemos intervenir profesionalmente para que las usuarias puedan "salir" de ahí?; ¿Qué desplegamos en las entrevistas para intentar conmovir esa posición subjetiva que expone al daño e introyecta los discursos de desvalorización y responsabilización por lo que les ocurre?

Muchas veces las usuarias, y en estas situaciones tanto R como M, presentan conductas de sobreadaptación (lo que les ha permitido "sobrevivir" a los contextos violentos, aunque con un alto costo). En otras oportunidades, aparece la negación de lo sucedido y/o la disociación. Sobreadaptación, negación y disociación son manifestaciones de mecanismos defensivos. Aquí, resulta muy importante ir de a poco, con cuidado, respetando los tiempos y posibilidades de cada persona. Conocer estas formas defensivas del psiquismo nos permite comprender que la emergencia del relato que nombra el haber

padecido y/o padecer una situación de violencia, no es suficiente para correrse de esa situación, no implica automáticamente hacer un "borrón y cuenta nueva". Ambas usuarias sostienen de alguna forma el vínculo con su (ex) pareja, insisten en la imposibilidad de separarse, de establecer límites, siendo muy conscientes de ello. Este posicionamiento permite también comprender la dependencia y dominación que las atraviesa. Ante estas situaciones, las estrategias profesionales "confrontativas", que interpelan la percepción de las usuarias sobre la situación que atraviesan, pueden habilitar la toma de conciencia, pero no siempre resultan oportunas. Es por ello, que como posicionamiento ético-político de nuestra profesión, sostenemos que el respeto y el cuidado deben guiar nuestras intervenciones, bajo la premisa de no "violentarlas" o dejarlas "desarmadas", cuando aún no están en un momento subjetivo que les permita problematizar las experiencias vividas. Esta postura, implica una comprensión activa (Mallardí, 2014) de lo que le sucede a las personas con las que trabajamos, pues "la propuesta que aquí se sostiene se funda en la necesidad de recuperar aspectos subjetivos, vincularlos con las dimensiones objetivas que interpelan el cotidiano, y, en consecuencia, promover instancias progresivas de problematización" (p. 97).

Por otro lado, cuando la violencia puede verse y nombrarse suele aparecer la angustia. Se trata de procesos que llevan tiempo, mucha revisión y elaboración de lo vivido, no suceden espontáneamente, sino que requieren de ciertas condiciones internas y externas, íntimamente relacionadas: la predisposición y posibilidad de las usuarias y la disposición y escucha empática del equipo de salud.

Asimismo, tanto M como R han recibido atención en salud mental debido a manifestaciones en el cuerpo que aparecen repentinamente y las afecta. R, en el año 2021 cursó una internación de 15 días por un dolor muy intenso en las piernas que le impedía caminar. Tras múltiples estudios que se le realizaron, descartaron la organicidad y arribaron a la conclusión de que se trataba de una enfermedad "psicosomática". Por su parte, M hace unos meses concurrió a consulta por guardia en un hospital especializado en salud mental por sentir fuertes dolores de panza, cansancio extremo e ideas autolesivas. Cabe destacar que los efectos de las situaciones de violencia de género, y, en particular, de las violencias sexuales, provocan síntomas psicofísicos que persisten e insisten a lo largo del tiempo.

El proceso de intervención en ambas situaciones tuvo como punto de inicio la realización de un diagnóstico a partir de una serie de entrevistas pautadas. En las situaciones de violencia por motivos de género resulta fundamental evaluar el nivel de riesgo en el que se encuentran las personas en el presente, para definir las estrategias a seguir en forma inmediata, a corto y/o mediano plazo.

Entendemos que para la realización de una evaluación integral es central atender a los siguientes aspectos (Gonzalez Videla y Tarasiuk (2017): historizar (antecedentes de situaciones en otros momentos de la vida y también si existieron intervenciones de otras áreas/programas/sectores y/o denuncias judiciales previas), caracterizar la situación de violencia actual y determinar la dinámica en la que se produce, identificar si se trata de un episodio aislado o son agresiones que ocurren de un modo sistemático. Asimismo, es necesario conocer la percepción de las personas respecto a la situación que atraviesan (nivel de registro el daño y el riesgo) y si existen otras personas afectadas (niñeces, adolescencias, adultas/os mayores, entre otras).

Durante las entrevistas resulta muy importante problematizar las situaciones de violencia, desnaturalizarlas, poder nombrarlas y significarlas como tales, disculpar a quiénes las padecen y poder inscribirlas como expresiones de relaciones sociales de dominación que operan opresivamente sobre mujeres y disidencias. Explicar las dinámicas de las violencias permite, en el marco de las consultas, vincular aquello que aparece como individual y privado con las relaciones sociales que producen y organizan la desigualdad, en el contexto de una sociedad machista, misógina y patriarcal.

Además, es necesario identificar estrategias de autocuidado desplegadas, conocer cómo está compuesta la red de las usuarias y quiénes de ese entramado resultan figuras de protección; saber si cuentan con empleo o no (y en caso de poseerlo indagar cuáles son condiciones), si perciben programas sociales o reciben ayuda de su red, si existe o no una situación de dependencia económica respecto al agresor.

Nuestro abordaje también incluye la orientación para el acceso a recursos específicos, asistenciales y/o terapéuticos que puedan brindar contención, como así también asesorar sobre la posibilidad de realizar una denuncia y solicitar medidas de protección, explicar el funcionamiento de los circuitos y pasos a seguir, evaluando junto con la afectada/o si está en condiciones de llevar a cabo estas acciones en ese momento.

La intervención también involucra brindar pautas de alarma y elaborar un plan de cuidados frente a una situación de emergencia, que incluya qué hacer, a dónde dirigirse, el resguardo de documentación personal, convocar a la policía, entre otras.

Insistimos en que los ejes que son parte del diagnóstico y evaluación llevados a cabo en el proceso de intervención, pretenden ser orientadores y no un esquema rígido y mecánico de pasos a seguir. El objetivo es abordar cada situación en su particularidad y poder establecer aquellas mediaciones con los condicionamientos estructurales en pos de una mirada integral.

Los equipos de salud y el desafío de la interdisciplina

Las situaciones de violencia por motivos de género, por su complejidad, suelen tener presentaciones y modalidades diversas, aunque mantienen algunos rasgos comunes, tal como se describió en las situaciones de R y M. Esto plantea la necesidad de pensar cada estrategia de intervención de manera singular, analizando dimensiones subjetivas, materiales y contextuales.

Como mencionamos anteriormente, el abordaje desde una Perspectiva Feminista Interseccional supone dimensionar el impacto diferencial que tiene la violencia por motivos de género en relación con otras opresiones simultáneas. Esto implica que las violencias que afectan a mujeres y LGBTI+ están determinadas también por diferencias económicas, culturales, etarias y étnicas, entre otras. Y por ello, tanto los efectos de la violencia estructural como las experiencias de resistencia y las posibilidades de la intervención profesional se articulan de distintas maneras según los contextos.

Claro está que los abordajes no suceden sin tensiones, obstáculos y contradicciones a nivel institucional y al interior de los equipos interdisciplinarios. Más aún con la lógica fragmentada en la que está organizado el hospital, dividido en servicios, secciones, departamentos, cátedras (entre otras); esta lógica institucional se expresa en perspectivas, dinámicas y modalidades de trabajo diversas y, muchas veces, también antagónicas. Este escenario nos enfrenta al desafío constante de generar consensos y establecer acuerdos de trabajo con la intención de brindar una atención integral y de calidad.

En este sentido, superar la lógica de la especialidad que divide organizacionalmente a los distintos sectores en el ámbito hospitalario, así como a la percepción de la salud de las personas: órganos, sistemas, funciones, patologías, grupos etarios (entre muchas otras), resulta una tarea compleja y, a la vez, necesaria.

En relación con lo anterior, la fragmentación en la atención, sostenida en el MMH que se expresa en miradas biologicistas, individualistas, a-históricas de los PSEACM tiene su correlato en las prácticas profesionales concretas. Estas miradas también se materializan en esquemas de percepción binarios: cuerpo - mente, normalidad - anormalidad, sano - enfermo, buen paciente - mal paciente, por nombrar solo algunas de sus posibles expresiones.

Consideramos que la interdisciplina tiene la potencialidad de favorecer diálogos que procuren trascender tal fragmentación. Desde el Trabajo Social se apuesta a la construcción de puentes entre disciplinas que permitan un abordaje más integral, mejoren la calidad de la atención y habiliten el diseño conjunto de estrategias de acompañamiento singulares. Desde nuestro posicionamiento profesional anclado en una perspectiva histórica crítica, podemos contribuir a reconocer aquellos condicionamientos estructurales que hacen a las situaciones de violencias por motivos de género, intentando ubicar las mediaciones que hacen puente entre aquello que se presenta en términos generales con los aspectos singulares de cada situación abordada. En este sentido, cuando se trabaja en una situación de violencia, además de la escucha activa y atenta a la demanda que trae a la consulta la usuaria, se intenta problematizar que aquello que aparece como algo individual, privado, subjetivo y cotidiano, responde a un sistema de múltiples opresiones, asimetrías y desigualdades presentes en cualquier modalidad de violencia. Este ejercicio, permite presentar la problemática no como una responsabilidad individual, sino como anclado en relaciones sociales más amplias (Polanco, 2019, P. 234). Si bien la interdisciplina no salda las tensiones, limitaciones y obstáculos institucionales, contribuye a disminuir o evitar la revictimización de las usuarias, la poli-intervención y la sobre intervención que se traducen en desgaste tanto para las pacientes como para los equipos de salud.

Respecto a este último punto, los equipos de trabajo se encuentran institucionalmente inscriptos, desarrollan sus tareas en condiciones laborales concretas: carga ho-

rraria, nivel de salario, disponibilidad de equipamientos y recursos para la intervención, estilo y signo político de gestión institucional (puede tender a formas democráticas o autoritarias, verticalistas u horizontales, relaciones de conflicto o de cooperación), clima de trabajo al interior de los equipos, posibilidad o no de sostener reuniones y espacios de co-visión, correlación de fuerzas entre distintos servicios, burocratización de la tarea, entre muchas otras variables. Estas dimensiones hacen a las intervenciones profesionales, imprimiendo límites y posibilidades en el marco de la autonomía relativa que cada disciplina posee.

También entendemos que, para nuestra disciplina, Trabajo Social, esta posición teórica, táctico - operativa y ético - política, muchas veces implica asumir una función educativa (Oliva, 2007). Esta función se pone en juego a la hora de disputar sentidos en torno a la percepción - interpretación - diagnóstico de las situaciones que presentan las usuarias y, en consecuencia, la definición de estrategias de intervención "adecuadas". En las dos situaciones compartidas, el trabajo interdisciplinario llevado a cabo consistió en acordar días y horarios de atención conjunta, principalmente en los momentos de control post IVE, a fin de no sobre-intervenir y fragmentar las acciones desde el equipo de salud y evitar desgaste en las usuarias. Respecto a los espacios de tratamiento psicoterapéutico, mantuvimos reuniones con las/os profesionales de Psicología para intercambiar y reflexionar conjuntamente sobre cómo continuar con los acompañamientos frente a los emergentes de las consultas individuales. En ocasiones, ante episodios de desborde y/o crisis de las usuarias, decidimos atender en equipo para favorecer una escucha integral y tomar definiciones en común. Esta dinámica, a su vez, permitió que ante la ausencia de algún/a profesional el proceso de intervención no se discontinúe.

En variadas ocasiones, la interdisciplina permite compartir el malestar y generar instancias de solidaridad entre profesionales y equipos, esto resulta fundamental cuando nos encontramos frente a situaciones de violencia de género, dado que su escucha y acompañamiento tiene efectos sobre quienes ponemos nuestro pensamiento, cuerpo y emoción en el abordaje. Estar disponibles para alojar y contener los relatos sobre el daño siempre nos expone a afectaciones, no sería posible de otro modo.

Las manifestaciones más extremas de estas afectaciones pueden expresarse como desgaste por empatía (tam-

bién conocido como fatiga por compasión, implica un agotamiento físico y emocional producto de asimilar el padecimiento de la usuaria) y el burnout (estado de estrés crónico y agudo, que afecta física, mental y emocionalmente a la/el profesional por el involucramiento permanente en situaciones de violencia, vivenciado de manera traumática), entre otros. Los riesgos de no atender estas manifestaciones pueden implicar la despersonalización en la atención, es decir, posicionarse desde un lugar distante, desafectivizado y priorizando la intelectualización. Aquí operan como mecanismos de defensa ante la frustración frente a la escucha de la crueldad de las situaciones de violencia. A esto se suma el impacto negativo que tiene sobre las/os profesionales la burocratización de las tareas en los contextos institucionales, la escasez de recursos disponibles a través de las políticas públicas para la protección y asistencia de las usuarias, dificultando nuestra labor cotidiana.

Es por ello que insistimos en la necesidad del trabajo en equipo, de la interdisciplina, del sostenimiento de espacios de co-visión que posibiliten una revisión crítica de nuestras prácticas, habilitando la integración de emociones y sensaciones. Entendemos la co-visión como una instancia que permite recuperar los propios saberes para reflexionar sobre las prácticas profesionales, dando lugar al abordaje de malestares, frustraciones y avatares que conlleva trabajar con lo cruento del sufrimiento padecido a raíz de las situaciones de violencia por motivos de género.

La intervención profesional como espacio de lucha y visibilización de la violencia por razones de género

A modo de cierre y de invitar a la reflexión continua, como profesionales de las Ciencias Sociales, interviniendo en el campo de la salud pública, entendemos que es fundamental y necesario tensionar e interpelar a las diferentes manifestaciones de asimetrías de poder que inciden en la construcción de subjetividades que resultan oprimidas y violentadas, impactando sobre la salud integral de mujeres y disidencias.

En este sentido, es que, sostenemos procesos de intervención que, apoyados en una Perspectiva Feminista Interseccional, aporten a la desnaturalización de desigualdades en pos de bregar por la garantía de los derechos de todas las personas, y en particular, de quienes acceden a la atención pública de la salud.

El rol de los equipos de salud en la detección y abordaje de situaciones de violencias por motivos de género es imprescindible para validar las diversas formas de expresión de los relatos, proteger y acompañar de manera activa a las usuarias que padecen o han padecido alguna situación de violencia de género. En este sentido, no es posible aplicar protocolos rígidos de intervención, que a priori, definan lecturas y acciones a seguir, reproduciendo lógicas alienantes y alienadoras, burocráticas y mecanizadas.

Consideramos que trabajar en equipo y desde la interdisciplina permite un abordaje integral que contribuye a una comprensión respetuosa y empática de las situaciones que atraviesan las vidas de las personas que atendemos. Asimismo, contribuye a la definición de estrategias de acompañamiento singulares, teniendo en cuenta las circunstancias particulares, los tiempos subjetivos, las redes de apoyo y las condiciones materiales y simbólicas de vida, para construir y sostener una estrategia de resguardo posible. Sostener esta forma de trabajo, evita reproducir la sobre y la poli intervención, y, por sobre todo, la revictimización. Es importante destacar que las intervenciones institucionales producen efectos que pueden redundar en nuevas situaciones de violencia, en este caso, institucional.

Con relación a la particularidad de nuestra disciplina, entendemos que tenemos competencias y herramientas para detectar y abordar situaciones de violencia de género, reconociendo en el padecimiento subjetivo las marcas y efectos del trauma en las trayectorias vitales de las usuarias con las que trabajamos. Más allá de la disputa por la supuesta “especificidad”, debate continuo y preocupación constante en nuestra profesión, comprendemos que nuestras miradas y prácticas de intervención sostenidas en una Perspectiva Feminista Interseccional contienen el potencial de producir abordajes cuyo horizonte represente la defensa de los derechos humanos.

Asumimos un compromiso político en la lucha contra las diversas expresiones de violencia machista y patriarcal. Es un compromiso ético - político que, en contextos de avance de la ultraderecha, nos impulsa a visibilizar las violencias que padecemos mujeres y disidencias a la vez que nos compele a luchar contras las violencias institucionales que revictimizan y también nos violentan como trabajadoras. Vamos a seguir luchando, en nuestros espacios de trabajo, en la calle y en nuestras vidas cotidianas por un mundo libre de violencias.

Bibliografía

- Biancardi, M., Cueto, J., Oliva, M., Pinelli, M., Soldati, S., Vega, M., & Vera, L. (2025). Maltrato infantojuvenil: Detección, evaluación y valoración. Consejo de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.
- Crenshaw, K. (1989). Desmarginalizando la intersección de raza y sexo: Una crítica feminista negra de la doctrina antidiscriminatoria, teoría feminista y política antirracista. *University of Chicago Legal Forum*, 1989(1), 139–167.
- González Videla, R., & Tarasiuk, M. (2017). *Estar de guardia: Aportes para las intervenciones del Trabajo Social en el marco de los equipos interdisciplinarios de salud mental en contexto de guardia hospitalaria* [Trabajo final integrador inédito, Curso de Posgrado “Los equipos interdisciplinarios de salud mental en la urgencia”]. Hospital General de Agudos «Carlos G. Durand».
- Mallardi, M. (2014). La intervención en Trabajo Social: Mediaciones entre las estrategias y elementos táctico-operativos en el ejercicio profesional. En M. Mallardi (Comp.), *Procesos de intervención en el Trabajo Social: Contribuciones al ejercicio profesional crítico*. Instituto de Capacitación y Estudios Profesionales, Colegio de Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires.
- Menéndez, E. L. (1988). Modelo médico hegemónico y atención primaria. En *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud* (pp. 451–464).
- Menéndez, E. L. (2009). Modelos, saberes y formas de atención de los padecimientos: De exclusiones ideológicas y de articulaciones prácticas. En *De sujetos, saberes y estructuras: Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva* (pp. 25–72). Lugar Editorial.
- Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad de la Nación (2023). *Guía de intervención para dispositivos territoriales de protección de personas en situación de violencia por motivos de género*.
- Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad de la Nación (2022). *Módulo I: Perspectiva de Género y Diversidad para el abordaje integral en Dispositivos Territoriales de Protección*.
- Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad de la Nación (2022). *Módulo II: Interseccionalidad y otras formas de opresión para el abordaje integral en Dispositivos Territoriales de Protección*.
- Ministerio de Salud de la Nación (2023). *Módulo 1; Clase 2 - Contextos y Desafíos*. Curso Violencia Sexual contra Niñas, Niños y Adolescentes.
- Oliva, A. (2007) *Trabajo Social y Lucha de Clases*. Imago Mundi.
- Polanco, N. (2019) El feminismo como lente privilegiada para el análisis crítico del ejercicio profesional, de las políticas públicas y de las prácticas cotidianas. En: Riveiro, L. (Comp.). *Trabajo Social y Feminismos. Estrategias y Debates*. Instituto de Capacitación y Estudios Profesionales. Colegio de Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires.
- Pombo, M. G. (2021). Perspectivas feministas interseccionales. Preguntas, cancelaciones y potencialidades articulatorias. *Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, 11(22), 48–61.
- Quiroga, A. (2001). *Enfoques y perspectivas en psicología social: Desarrollo a partir del pensamiento de Enrique Pichon-Rivière*. Ediciones Cinco.
- Summit, R. (1983). Síndrome de Acomodación del abuso sexual infantil. *Journal of Child Abuse and Neglect*.
- Tarasiuk, M. (2011). *Familias, violencias e intervención profesional* [Trabajo final anual inédito de residencia].
- Toporosi, S. (2022) *En carne viva. Abuso Sexual Infantojuvenil*. Topia Editorial.