



**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SUR**

**TESIS MAGISTER EN SALUD COLECTIVA**

Autor/a

Vera Bastias, Carolina

Tutor/a

Mg. Salas Manuela

ARGENTINA

BAHIA BLANCA

2022



## HOJA DE POSTGRADO

## **PREFACIO**

Esta tesis se presenta como parte de los requisitos para optar el grado Académico de Magister en Salud Colectiva, de la Universidad Nacional del Sur y no ha sido presentada previamente para la obtención de otro título en esta Universidad u otra. La misma contiene los resultados obtenidos en investigaciones llevadas a cabo en el Hospital de Río Colorado “Dr. José Cibanal”, dependiente del Ministerio de Salud de Río Negro, durante el periodo comprendido entre enero y julio de 2022, bajo la dirección de la Magister Manuela Salas, de la carrera de Maestría en Salud Colectiva.

.....7 de abril.....de 2021

Ciencias de la Salud

Universidad Nacional del Sur

## **DEDICATORIA**

A mis hijos, Lucio y Simón

que son el motor que me inspira a ser cada día mejor persona.

A Manuela Salas por su guía firme y comprometida.

## **AGRADECIMIENTO**

A mi familia por ser el pilar fundamental donde se sostienen mis sueños y proyectos.

A los docentes, tutores, administrativos y compañeros de maestría por permitirme integrar nuevos saberes a mi práctica cotidiana y darme la oportunidad de reflexionar sobre la Salud Colectiva y de descubrir nuevas formas de comprender el mundo en el que vivimos.

A mis compañeras enfermeras del primer nivel de atención por la invaluable colaboración realizada para gestar este proyecto.

## RESUMEN

La violencia de género es una situación que afecta a las mujeres que la padecen en diversos aspectos de sus vidas, siendo un grave problema de Salud Pública. Los centros de Atención primaria de la Salud (CAPS) son un espacio fundamental de contención para las mujeres que asisten a pedir ayuda por situaciones de violencia de género. El personal de enfermería que allí trabaja es un importante recurso humano al momento de realizar acciones de prevención y detección precoz de la violencia de género. El interés de esta investigación fue dar cuenta de cuáles son las representaciones sociales que motivan el quehacer de enfermería en relación a este problema de salud. El objetivo fue describir e interpretar las representaciones sociales del personal de enfermería de atención primaria. Se realizó un estudio cualitativo, de tipo transversal de carácter descriptivo, en él se analizó el resultado obtenido de las entrevistas semiestructuradas, basado en categorías del entramado teórico conjugadas con categorías elaboradas a partir de dimensiones surgidas del relato del personal de enfermería.

Las categorías analíticas propuestas para este trabajo son las siguientes: Representaciones acerca de la VG, sobre el rol de la enfermería en prevención y promoción de la misma, sobre las experiencias previas de atención a mujeres que han sufrido VG y también las representaciones acerca de experiencias personales acerca de la VG.

Acerca de los resultados obtenidos, predominó en las entrevistadas el sentimiento de bronca, así como también la impotencia y la preocupación, en especial ante casos de femicidios. Identificaron a la violencia de género en términos de violencia física y verbal, en menor medida explican la violencia sexual y psicológica. Ninguna de las entrevistadas hace referencia a la violencia simbólica y patrimonial. En relación a la prevención, las citas dan cuenta de desconocimiento acerca de cuáles son las actividades orientadas a la misma. Prevalece la idea de que la violencia de género es una problemática a resolver desde otros organismos e instituciones. Al indagar acerca de las propias experiencias, la mayoría refiere haber pasado por una situación de VG personal o familiar y aseguran, además, que puede ser útil la experiencia al momento de atender a una mujer que padece VG.

**Palabras claves:** Violencia de género, enfermería, atención primaria, prevención.

## ABSTRACT

Gender violence is a situation that affects women who suffer it in various aspects of their lives, being a serious Public Health problem. The Primary Health Care Centers (CAPS) are a fundamental containment space for women who attend to ask for help in situations of gender violence. The nursing staff who work there is an important human resource when it comes to carrying out prevention and early detection of gender-based violence. The interest of this research is to give an account of the social representations that motivate the nursing work in relation to this health problem. A qualitative, cross-sectional study of a descriptive nature will be carried out, in which the result obtained from the semi-structured interviews based on categories of the theoretical framework combined with categories elaborated from dimensions that arise from the story of the nursing staff will be analyzed. The analytical categories proposed for this work are the following: representations about gender violence, about the role of nursing in this prevention and promotion, about previous care experience for women who have suffered gender violence and representations about personal experience about gender violence.

Regarding the results obtained, the feeling of anger prevailed in the interviewees as well as impotence and concern, especially in the cases of femicide. They identified gender violence in terms of physical and verbal violence; to a lesser extent they explained sexual and psychological violence. None of the interviewees makes reference to symbolic and patrimonial violence. In relation to prevention, the citation reveals a lack of knowledge about which are the activities oriented towards it. The idea prevails that gender violence is a problem to be solved by other organizations and institutions.

When inquiring about their own experience, most of them refer to having gone through a personal or family GV situation; they also assure that the experience can be useful when caring for a woman who suffers from GV.

**Keywords:** Gender violence, nursing, primary care, prevention.



## LISTADO DE ABREVIATURAS

**APS:** Atención primaria de la salud.

**CAPS:** Centro de atención primaria de la salud.

**ILE:** Interrupción legal del embarazo.

**ITS:** Infección de transmisión sexual.

**NUM:** Ni Una Menos.

**OMS:** Organización Mundial de la Salud.

**RS:** Representaciones sociales.

**SSP:** Secretaría de salud pública.

**VG:** Violencia de género.

**ONG:** Organización no gubernamental.

LISTADO DE FIGURAS

Figura 1. Mapa de Río Colorado.....22  
Figura 2. Ciclo de la violencia.....29

## INDICE

TITULO.....	14
PROPOSITO.....	15
PROBLEMATIZACION.....	16
PREGUNTAS DE INVESTIGACION.....	19
HIPOTESIS.....	20
JUSTIFICACION PERSONAL.....	21
JUSTIFICACION SOCIAL.....	21
JUSTIFICACION ACADEMICA.....	22
ESPACIO DE INVESTIGACION.....	23
MARCO TEORICO.....	25
<i>La violencia contra las mujeres.....</i>	25
<i>Género. La perspectiva.....</i>	33
<i>La mujer. La víctima.....</i>	36
<i>Representaciones Sociales: Una visión del mundo.....</i>	38
<i>Representaciones sociales, género y feminismo.....</i>	42
<i>El modelo biomédico y la enfermería.....</i>	44
<i>La enfermería argentina:</i>	
<i>luchas, contradicciones y resistencias.....</i>	46
<i>Atención primaria de la salud: tratamiento y abordaje de la violencia de género....</i>	49
ESTADO DEL ARTE.....	54
<i>Prácticas y detección precoz.....</i>	54
<i>Comunicación y rol de enfermería.....</i>	56
<i>Representaciones sobre violencia de género.....</i>	57
OBJETIVO GENERAL.....	60
<i>Objetivo específico.....</i>	60

METODOLOGIA.....	60
<i>Diseño de Investigación.....</i>	60
<i>Población.....</i>	61
<i>Entrada al campo.....</i>	61
<i>Periodo.....</i>	62
<i>Fuentes de información.....</i>	62
ANALISIS.....	64
<i>Descripción de categorías.....</i>	64
REPAROS ETICOS.....	65
RESULTADOS.....	65
<i>Representaciones sociales acerca de violencia de género.....</i>	65
<i>Representaciones sobre el rol de la enfermería en la prevención y detección precoz.....</i>	67
<i>Representaciones acerca de las experiencias previas de atención a mujeres que han sufrido VG.....</i>	70
<i>Representaciones acerca de las propias vivencias sobre VG.....</i>	72
DISCUSION.....	74
<i>Sobre las Representaciones acerca de la VG.....</i>	74
<i>Sobre las representaciones acerca del rol de la enfermería en La prevención y detección precoz.....</i>	79
<i>Representaciones sobre las experiencias de atención a mujeres que han sufrido VG.....</i>	83
<i>Representaciones acerca de las propias vivencias.....</i>	83

REFLEXIONES FINALES.....	86
<i>Sugerencias para Jefas/es de Servicio y de Atención primaria.....</i>	<i>88</i>
PALABRAS CLAVE.....	88
BIBLIOGRAFIA.....	89
ANEXO 1. GUIA DE ENTREVISTA.....	92
ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	94
ANEXO 3. RESOLUCION APROBATORIA COMITÉ DE DOCENCIA E INVESTIGACION DE RIO NEGRO.....	97
ANEXO 4. RESOLUCION APROBATORIA PLAN DE ESTUDIOS LIC. EN ENFERMERIA. UNIVERSIDAD DEL COMAHUE.....	101

**TITULO:** Violencia de género: representaciones sociales del personal de enfermería de Atención Primaria.

Estudio situado en el primer nivel de atención del hospital de Rio Colorado durante el primer semestre del año 2022

## **PROPOSITO**

A partir de este trabajo se busca generar conocimiento acerca de los sentimientos, creencias, saberes y vivencias del personal de enfermería de atención primaria del área programa de Rio Colorado sobre la violencia de género en función de las consultas que reciben en su lugar de trabajo por esta problemática.

Este trabajo se propone reflexionar acerca de las representaciones sociales del personal de enfermería del primer nivel de atención del hospital de Rio Colorado en relación a la violencia de género, que permita a futuro desarrollar estrategias en el quehacer enfermero orientadas a la prevención y detección precoz.

El accionar cotidiano del personal de enfermería es una potente herramienta para prevenir y actuar ante esta problemática y para ello serán necesarias sólidas bases de conocimiento y sensibilización. Se espera que este estudio aporte elementos que favorezcan estas reflexiones dentro de la enfermería en el primer nivel de atención.

## PROBLEMATIZACION

Los centros de atención primaria de la salud (CAPS) son un punto clave para detectar y ofrecer ayuda a las mujeres que son víctimas de violencia de género (VG) y la enfermería tiene un lugar privilegiado dada su cercanía con la comunidad. El personal de enfermería es un pilar fundamental tanto en la atención a las mujeres que concurren con esta problemática como en la prevención y detección.

Las ideas, vivencias, saberes y sentires en relación a la VG interpelan a la enfermería como parte del equipo de salud y exigen dar cuenta de las representaciones sociales que el personal de enfermería tiene acerca del tema. Una enfermería enmarcada dentro de una estructura verticalista, patriarcal y hegemónica muchas veces obstaculiza el vínculo entre las mujeres que consultan y el personal de enfermería.

La VG es perpetrada en el ámbito del hogar, entre otros; ese espacio donde la mujer debería sentirse segura y protegida. Es por eso que muchas mujeres llegan al centro de salud de su barrio sin mencionar estos maltratos y los relacionan con accidentes domésticos lesiones, cefaleas y refiriendo malestares inespecíficos que se atienden y la mujer vuelve a su entorno, siendo así invisibilidad la real causa.

Según datos arrojados por la Línea 144, línea telefónica que funciona desde el 2013 destinada a brindar información, orientación y contención ante situaciones de violencia de género, en el periodo que va del 2013 al 2015 el 98,4 de los llamados recibidos fueron de mujeres que refieren episodios de violencia física, psicológica y económica por parte de sus parejas y ex parejas. El 98% de los llamados recibidos dan cuenta de situaciones de violencia similares vividas con anterioridad, solo un 2 % de las mujeres llamaron a la línea 144 ante el primer evento de violencia padecido. El 91% de los casos atendidos refieren la violencia física, el 23 % a violencia económica y/o patrimonial, el 6,4% a violencia sexual. Se considera que la violencia simbólica y psicológica subyace a todas las formas de maltrato (Social, 2016).

Se estima que en ese mismo lapso 2518 niños y niñas quedaron huérfanos por esta causa, 1617 son menores de edad. Esta misma fuente indica que en relación al tiempo de maltrato la mayoría de los casos dan cuenta de situaciones que reconocen de 1 a 5 años de antigüedad (41,2% de los casos), seguidos de situaciones que van de los 6 a 10 años (22%). Cabe destacar que la categoría "menos de un año" es la de menor frecuencia (14,8%). Según datos del observatorio de femicidios "Adriana Marisel Zambrano" cada 30 horas muere una mujer en Argentina por causa de la violencia de género (Social, 2016).

Estos datos registrados a nivel nacional en el año 2015, muestran importancia de realizar un trabajo preventivo y de detección precoz en todos los ámbitos, fundamentalmente en el que nos nuclea,



dado que, en la mayoría de los casos, la mujer se acerca al sistema de salud refiriendo síntomas inespecíficos, encubriendo de esta manera un pedido de ayuda que los trabajadores de la salud y en especial enfermería debe poder traducir.

Los datos a nivel provincial en relación a la VG dan cuenta de un problema que se presenta en aumento y también a nivel local. Según el Plan Nacional de Acción para la prevención, asistencia y erradicación de la violencia contra las mujeres (2017) desarrollado por el Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales, la provincia de Río Negro se encontraba en 2015 en el séptimo lugar en la tasa de femicidios con respecto al resto de las provincias de Argentina. (Social, 2016) y en la última década (2008-2018) ocurrieron 93 femicidios en Río Negro, según datos tomados del Poder Judicial de Río Negro (Judicial, 2018).

En la ciudad de Río Colorado se registraron 138 denuncias por VG durante el año 2018 siendo el 7,83% de las consultas totales a nivel provincial, durante el año 2019 el total de denuncias fue de 164 registrando un aumento y en el año 2020 se contabilizan 134 denuncias (Judicial, 2018).

Las últimas estadísticas indican que a nivel nacional se produjo un femicidio cada 27 horas durante el primer mes del año, siendo el 70 % de los mismos perpetrado por la pareja o ex pareja de las víctimas. Durante el año 2020 se registraron 270 femicidios, uno cada 29 horas (Ahora que Si Nos Ven, 2021).

En la ciudad de Río Colorado el hospital local no cuenta con estadística que visualice casos de violencia de género tanto en la guardia como en las salas de atención primaria.

Pensar en la violencia de género como problema social y político, sobre todo como una situación que afecta al bienestar de las personas, es pensarla como un problema de salud y también como expresión del patriarcado generador de una profunda desigualdad, en términos políticos, sociales y económicos. Es necesario identificar elementos que se relacionan con las formas patriarcales y hegemónicas desde la formación profesional pasando por las prácticas que los profesionales de la salud realizan en lo cotidiano.

La violencia de género ha sido naturalizada por el sentido común y también forma parte del cotidiano trabajo de los equipos de salud y en especial del personal de enfermería que muchas veces despersonaliza la atención que brinda, generando distanciamiento y negación de los sentimientos de las mujeres que requieren asistencia por esta problemática. También existe la rotulación o etiqueta sobre la mujer que consulta por vivencias de violencia de género en la jerga del personal de salud en términos de “la fajadita<sup>1</sup>” o “la golpeada”.

---

<sup>1</sup> Estas expresiones suelen utilizarse por el personal de salud cuando una mujer que fue víctima de abuso, acude al centro de salud a la consulta con el médico o enfermería.

La violencia de género afecta tanto a la salud individual como colectiva y obliga a los trabajadores de la salud a contar con herramientas que permitan trabajar sobre todo en la prevención, si se tiene en cuenta que cuando se visibiliza una agresión física, la mujer ya ha sido vulnerada en su integridad mucho antes.

Considero fundamental realizar un aporte a los estudios existentes sobre el campo de la enfermería, ya que se cuenta con escasos trabajos de investigación que planteen esta problemática, así como también generar nuevos espacios de discusión académica y de reflexión a nivel local acerca de nuestras prácticas enfermeras en la prevención y detección precoz de la violencia de género.

Desde la mirada de la Salud Colectiva se pretende con este trabajo realizar aportes que contribuyan a considerar a la calidad de la atención y la protección de la salud de las mujeres como bien social, como un derecho universal que refleje políticas inclusivas y superadoras, orientadas a reducir la desigualdad existente.

## **Preguntas de investigación**

¿Cuáles son las representaciones sociales sobre la violencia de género que tienen los enfermeros y enfermeras que trabajan en los centros de Salud del Área programa Río Colorado?

¿Cuáles son las representaciones sociales del personal de enfermería de los Centros de salud del Área programa del Hospital de Río Colorado sobre el rol que tienen en la prevención y la detección precoz de la violencia de género durante el primer semestre de 2022?

¿Cuáles son las interpretaciones del personal de enfermería en torno a las vivencias, sobre la atención de mujeres que consultan por VG en los centros de salud del Área programa de Río Colorado durante el primer semestre 2022?

¿Cómo operan las experiencias previas y las experiencias personales de las enfermeras que trabajan en los Centros de Salud del Área programa de Río Colorado sobre violencia de género al momento de la asistencia de mujeres que padecen VG durante el primer semestre de 2022?

## HIPOTESIS

Las representaciones sociales que el equipo de enfermería que trabaja en los centros de salud del Área programa del Hospital de Río Colorado tiene en relación a la violencia de género impiden considerar a la prevención y detección precoz como una actividad propia de la enfermería y se desencuentran con la profundidad que involucra la vivencia de la violencia, por lo tanto, no se planifica ni se realizan acciones en este sentido.

También se considera que el personal de enfermería puede experimentar sentimientos de impotencia e incomodidad ante la consulta de una mujer que sufre violencia de género por no sentirse capacitadas o con herramientas para asistir estas situaciones. Se da por entendido, además, que ante una situación de violencia serán las fuerzas de seguridad quienes deben hacerse cargo junto con el área de salud mental y servicio social del hospital.

Coll Vinent y col (2005) afirma en su investigación que existe un bajo porcentaje de profesionales que consideran que se trata de un problema de salud, y también hay una baja consideración del papel de los servicios médicos ante este problema ya que pocas personas acuden por este problema al hospital, aunque estas consideraciones contrastan con los resultados de dicho estudio, que indican que aproximadamente un 20% de las mujeres que acuden al médico padecen algún tipo de violencia doméstica y con la percepción que de este problema tienen los profesionales de otros países. A pesar de que se recomienda la detección sistemática hay dificultades para que esto sea así ( Coll Vinent y col, 2005).

Los profesionales de la salud en general, y de la enfermería en particular, formados bajo el paradigma biomédico, muchas veces no cuentan con recursos para trabajar con situaciones de violencia de género, y se encuentran limitados al momento de detectar precozmente a una mujer que está viviendo una problemática de este estilo.

Según un estudio realizado en Brasil en el año 2011 de la mano de Franzoi y col, los profesionales de la salud tienen internalizada cierta representación sobre el problema de la VG que muchas veces se traduce en omisión de cuidados, de empatía y de solidaridad hacia las mujeres que consultan por esta problemática. No sienten, además, tener herramientas para lidiar con estas situaciones en la consulta definiendo su actuación como de una “impotencia paralizante” y dejando claro el vacío existente tanto en la formación profesional como en la organización de los servicios de salud para atender a las mujeres que consultan por VG.

Las experiencias previas y personales del personal de enfermería en relación a esta problemática pueden influir positivamente al momento de atender a una mujer que sufre VG y además dichas experiencias resultan útiles al momento de desarrollar estrategias en torno a la detección precoz y

a las actividades preventivas. La violencia de género se visibiliza para la sociedad, cuando ya lleva tiempo ejerciéndose.

## **JUSTIFICACION**

### **Personal**

Mi trabajo como enfermera desde hace más de veinte años me llevó a compartir espacios laborales diversos, desde la atención en la guardia, pasando por el trabajo en el primer nivel de atención y me ha permitido tomar contacto con diversas realidades, y poder observar muchas veces en el trabajo con mujeres, que la consulta por una situación de violencia de género sucede cuando las agresiones ya no pueden ocultarse, sobre todo aquellas que dejan marcas físicas.

La elección del tema elegido, violencia de género, también se relaciona con mis vivencias familiares y personales por lo tanto no es una elección azarosa, sino que atraviesa profundamente mi experiencia de vida.

Al observarlas prácticas de mis colegas y las propias, relacionadas con la prevención de la violencia de género, en los diferentes lugares que me ha tocado trabajar considero fundamental poder repensar estas prácticas, pero más importante aún aquellas creencias, opiniones y posiciones que adopta la enfermería ya que de estas representaciones sociales se desprende finalmente la acción. Acción que puede no solo ayudar a visibilizar el problema sino evitar daños en la salud física, psíquica y emocional de la mujer y su entorno más cercano.

Si se piensa en este sentido, considero que la enfermería tiene mucho para aportar al ser muchas veces el primer y único contacto que las mujeres tienen con el centro asistencial.

Al pensar en la salud de las mujeres y analizando la práctica de enfermería desde mi lugar de trabajo en un centro de atención primaria del barrio de Buena Parada, surge la inquietud de indagar y analizar las representaciones sociales que la enfermería del sector público de la ciudad de Río Colorado, tiene en torno a la violencia de género.

### **Social**

La violencia de género afecta no solo a la mujer sino a todo su entorno, colocando a la persona en situación de inferioridad, limitando así sus relaciones sociales y laborales, deteriorando su autoestima, el cuidado de su salud física y mental. Afecta también a los hijos de la mujer, que son testigos presenciales de uno o varios tipos de violencia por parte del hombre hacia la madre, siendo vulnerada su salud mental y física. Es por esto que la violencia de género es considerada un problema de salud pública que debe atenderse y sobre todo prevenirse.

Los enfermeros y enfermeras adquirimos conocimiento y experiencia a lo largo de nuestra formación académica de grado y post grado, pero por sobre todas las cosas, es nuestra experiencia en el espacio laboral lo que mayoritariamente nos aporta conocimiento.

Por lo tanto, es imprescindible contar con recurso de enfermería capacitado, que pueda realizar una buena valoración en el momento de la consulta, con mirada crítica y libre de prejuicios para ofrecer asesoramiento y contención a la mujer que acude al servicio de salud. Trabajar en estos términos tendría un impacto positivo en la tarea desarrollada por el personal de enfermería y en las usuarias de los centros de salud de la ciudad de Río Colorado.

### **Académica**

La tesis tiene la finalidad de cumplir con los requisitos de la materia Taller de Tesis, la misma está dentro de la currícula de la Maestría en Salud Colectiva del Departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional del Sur.

Se espera, además, que el conocimiento que surja de esta tesis aporte herramientas al recurso humano que forma parte de la atención primaria de mi ciudad, en especial a los enfermeros y las enfermeras, actores fundamentales a cargo de la promoción y prevención de la comunidad.

## **ESPACIO DE TRABAJO**

La ciudad de Río Colorado es una ciudad ubicada al noreste de la provincia de Río Negro, en la orilla sur del río Colorado, que da nombre a la misma, en el km 858 de la ruta nacional 22 (Figura 1). Según el censo 2010 el municipio posee 13828 habitantes (INDEC 2010). La economía se basa principalmente en la agricultura y la ganadería, aunque en los últimos años se han desarrollado otros medios de producción, destacándose principalmente la actividad turística ya que geográficamente está ubicado de manera estratégica en el corredor turístico patagónico.

En materia de salud cuenta con un sanatorio privado que realiza cirugías de baja complejidad, tiene sala de partos y realiza traslados, atendiendo a las personas con obra social y prepagas en su mayoría. También, desde el sector privado, funciona un centro de consultorios externos que nuclea a varias especialidades médicas y de la salud: ginecología, kinesiología, ortopedia y traumatología, pediatría. También cuenta con un gimnasio para realizar rehabilitación física.

En el sector público el hospital de Río Colorado está categorizado con la complejidad IV, atiende a más de 300 personas por día en las diferentes especialidades, el servicio de internación cuenta con 30 camas, parto y preparto con 4 camas, la guardia y observación con dos camas más. Dependen del área cinco centros de salud ubicados en los barrios, que brindan atención de enfermería y atención médica de lunes a viernes, trabajando principalmente la promoción y la prevención de enfermedades prevalentes y sosteniendo programas de atención de salud destinados principalmente a la embarazada y al niño, al adulto mayor y a la salud de la mujer.

Figura 1. Mapa de ciudad de Río Colorado.



Fuente: Departamento de Catastro. Municipalidad de Río Colorado.2019.



## MARCO TEORICO

Desde el desarrollo del marco conceptual se definirá en primer lugar el término violencia contra las mujeres porque resulta relevante explicarla y contextualizarla, para luego distinguirla de otros tipos de violencia. Posteriormente, se describen a las RS para adentrarnos en los conceptos que utilizaremos para trabajar en el desarrollo metodológico. Se analizarán las representaciones vinculadas al concepto de género, feminismo y violencia de género.

Se trabajará con los conceptos de biologicismo y modelo médico hegemónico, para intentar describir las creencias y sentires del personal de enfermería que fue formada y amoldada a esta forma de hacer medicina. A estos fines, también, se ubica en términos históricos y políticos a la enfermería argentina.

### La violencia contra las mujeres

La violencia es un hecho que atraviesa tanto a hombres como a mujeres, pero escuchar o pensar sobre situaciones de violencia contra una mujer provoca malestar y estremecimiento. Existe una resistencia a conocer y escuchar sobre violencias, sobre todo en los medios de comunicación, ya que provoca sensaciones de displacer e incomodidad. Un hecho violento contra una mujer, golpes, violación o abuso, genera expresiones en la sociedad de diferente tipo. Se suelen escuchar comentarios del tipo: eso no les pasa a todas las mujeres, o, no es para tanto, o bien: son cosas de la intimidad de cada casa etc. Estas expresiones y tantas otras, forman parte del imaginario social que existe en torno a la violencia de género. Este imaginario responde a un complejo proceso existente en cada sociedad, mediante el cual se privilegian determinados valores, postergando otros y actuando además sobre el imaginario personal de cada una de las mujeres, que suelen tener pensamientos del tipo: me merezco esto, nunca podré contarlo, o ¿por qué a mí? Estas creencias persisten y se reproducen a través del tiempo, perpetuándose con carácter de verdad, teniendo como consecuencia una minimización de los hechos de violencia (Velasquez, 2003).

Según la Organización de Naciones Unidas (ONU) la violencia de género se define como:

“Todo acto de violencia que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual y psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad tanto si se producen en la vida pública como en la privada” (ONU, 1993).

El término violencia implica una forma de proceder que determina el uso de la fuerza para obtener algo; deriva de vis que significa fuerza (ONU, 1993). Sin embargo, si se centra el uso en esa definición, se corre el riesgo de reducir la violencia a las formas físicas, dejando de lado otros tipos

de violencia (simbólica, emocional, económica). Las definiciones de violencia deben resultar útiles para describir las formas que existen, pero también debe tener un valor explicativo acerca de que es la violencia de género y por qué se ejerce sobre las mujeres. Es entonces fundamental estudiar la violencia sin separarla de la noción de género ya que se ejerce por la diferencia subjetiva entre los sexos.

Durante los últimos años el mundo entero ha sido escenario para una serie de manifestaciones con consignas como Ni Una menos o Me Too que repudian y denuncian asesinatos, maltratos sexuales y otras violencias contra las mujeres. En las calles de las ciudades más cosmopolitas del mundo así como también en los escenarios más importantes de la farándula, se escuchan voces de protesta tejiendo una hermandad que trasciende el límite entre países, avanzando en legitimidad social. Se presencia entonces, lo que muchos pensadores y comunicadores han decidido llamar la cuarta ola del feminismo, caracterizada por la masividad de las protestas, la repercusión en los medios de comunicación más importantes del mundo, y la amplia participación de las redes sociales ocupándose de manera central de denunciar violencias y desigualdades para con las mujeres (Trebisacce, 2020).

En Argentina se observa en 2015, el nacimiento del movimiento Ni Una Menos (NUM), que toma las calles en señal de protesta y trasciende hacia las arenas de las universidades, los gremios, las escuelas y también el sistema de salud. Tan exitoso fue el NUM que logró despertar estructuras que permanecían dormidas bajo el ala del orden patriarcal y androcéntrico y también colaboró con el impulso de proyectos feministas y a organizar de alguna forma la militancia en el campo de las políticas públicas, los gremios y las instituciones educativas. Entonces, ante la masividad de las protestas, el feminismo comienza a perder su marca del nombre maldito y además la revierte para transformarla en una marca de lucha, de justo reclamo, de reivindicación necesaria para las mujeres (Trebisacce, 2020).

En este trabajo se aborda la violencia de género en relación al padecimiento de mujeres 'cis', la condición cisgénero<sup>2</sup> fue el modo en el que el feminismo logra definir la problemática de las mujeres sin más, aunque es necesario aclarar que bajo el ala de este feminismo se agrupan también minorías del colectivo LGTBI+.

En Argentina existe desde el año 2009 una ley de Protección Integral a las Mujeres, ley 26485 (Ministerio Publico de Defensa, 2009) y aun con la existencia de dicha ley, el movimiento feminista y sus movilizaciones vienen a dar cuenta de muchas formas de violencia hacia las mujeres en

---

<sup>2</sup> Cisgénero: es una palabra utilizada para describir una persona cuya identidad de género coincide con el sexo asignado al nacer (Maffia, 2003).

distintos ámbitos de la vida, así como también de la existencia de machismos explícitos y de otros que no lo son tanto.

Se plantea un nuevo escenario en nuestro país y a nivel mundial dado que se establece un nuevo paradigma que colabora a la formación de nuevas sensibilidades, que entran en disputa con viejas estructuras y definiciones que el sistema patriarcal ofrece hasta el momento. Claramente, nada de esto sucede de un momento a otro; en Argentina luego de la dictadura militar, los años ´80 traen aires de libertad y emancipación, al igual que en varios países latinoamericanos azotados por el horror de las dictaduras cívico-militares. Es en este espacio donde comienzan a organizarse algunas mujeres para dar forma a una organización feminista llamada ATEM, Asociación de Trabajo y Estudio de la Mujer, estas nuevas militantes traían renovadas ideas y posiciones y buscaron colaborar con otros actores sociales del momento como las Madres de Plaza de Mayo, participando en marchas y manifestaciones del momento. Surgen también con fuerza los organismos de derechos humanos y a su vez agrupaciones feministas buscando establecer miradas desde lo político, que incluyan derechos donde antes no eran posibles. Estos derechos humanos en permanente construcción histórica y política son los que colaboraron en definir y en mostrar donde hay una vulneración, una violencia, y donde no (Trebisacce, 2020).

El Estado juega un papel preponderante en el tratamiento, la resolución y en la prevención de estas situaciones mediante aquello que prohíbe o sanciona, así como también en los riesgos que evite, y sobre todo en las oportunidades que cree o las que niegue para las mujeres. La responsabilidad estatal, su complicidad por omisión o ineficiencia, es real y es necesario comenzar a apreciarla para entender que, para prevenir, sancionar y erradicar la violencia de género en nuestra sociedad, es necesario pensar en modificar las estructuras sociales, los modos de subjetivación de los que disponen las víctimas, así como trabajar sobre los modos de subjetivación propios de quienes ejercen la violencia (Fuster Pravato, 2017).

El sector salud ha observado, hasta hace algunos años, el fenómeno de la violencia de género como mero espectador, como reparador de daños, como contador de casos. Recién en la década del ´60 esta mirada comienza a cambiar cuando en EEUU surge en el área de pediatría el diagnóstico conocido como Síndrome del bebé golpeado, haciendo visible dentro de los hospitales la necesidad de crear programas y dispositivos que asistan y prevengan la violencia dentro del ámbito familiar. También en los años ´70 con el crecimiento de movimientos feministas se pone foco en la violencia de género, las agresiones de tipo sexual, psicológico y los femicidios, pasando de este modo a formar parte de las agendas públicas de los servicios de salud de varios países desarrollados. En América latina recién en los años ´80 comienza a incorporarse en agenda de salud el tema de la

violencia de género de manera lenta y progresiva, acompañando así el final de sistemas políticos autoritarios en la región (Minayo, 2005).

La violencia de género es una situación frecuente que afecta a las mujeres que la padecen por lo tanto también es un problema de salud pública. Aproximadamente un 20% de las mujeres que concurren a los servicios de salud padecen esta situación, aunque el motivo de consulta generalmente no es el resultado de una lesión por agresión, sino que se trata de consultas a veces inespecíficas que no son más que un pedido de ayuda encubierto (Farras, 2008).

La violencia contra las mujeres se define como aquella acción, conducta u omisión que, de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como privado, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, como así también su seguridad personal. Quedan comprendidas las perpetradas por el estado y sus agentes. Se considera violencia indirecta, según la Ley 26485, toda conducta, acción u omisión, disposición, criterio o práctica discriminatoria que ponga a la mujer en desventaja, con respecto al varón (Social, 2016).

Según la normativa actual, existen diversos tipos de violencia que muchas veces se encuentran presentes de manera simultánea y se clasifican de la siguiente manera:

La forma física es aquella que se emplea contra el cuerpo de la mujer produciendo daño o riesgo de producirlo o cualquier otra forma de maltrato, agresión que afecte su integridad física.

La psicológica es la violencia que causa daño emocional y disminución de la autoestima o perjudica y perturba el pleno desarrollo personal y busca degradar o controlar sus acciones, comportamientos, creencias y decisiones mediante amenaza, acoso, hostigamiento, restricción, humillación, deshonra, descrédito, manipulación, aislamiento. Incluye también la culpabilización, vigilancia constante, exigencia de obediencia, sumisión, cohesión verbal, persecución, insulto, indiferencia, abandono, celos excesivos, chantaje, ridiculización, explotación, limitación del derecho de circulación, o cualquier otro medio que cause perjuicio a su salud psicológica y a la autodeterminación (Justica, 2009)

También existe la violencia sexual que se define como cualquier acción que implique la vulneración en todas sus formas con o sin acceso genital, del derecho de la mujer a 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 vinculares o de parentesco, exista o no convivencia, así como la prostitución forzada, explotación, esclavitud, acoso, abuso sexual y trata de mujeres (Justica, 2009).

La violencia económica y patrimonial es la que se dirige a ocasionar un menoscabo en los recursos económicos o patrimoniales de la mujer a través de la perturbación de la posesión, tenencia o

propiedad de sus bienes, pérdida, sustracción, destrucción, retención o distracción indebida de objetos, instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes, valores y derechos patrimoniales, así como también la limitación de los recursos económicos destinados a satisfacer sus necesidades o privación de los medios indispensables para vivir una vida digna.

Limitar o controlar los ingresos de la mujer, así como la percepción de un salario menor por igual tarea, dentro de un mismo lugar de trabajo se considera también violencia económica.

La violencia simbólica es aquella que, a través de patrones estereotipados, mensajes, valores, iconos o símbolos, transmite y reproduzca dominación, desigualdad, discriminación en las relaciones sociales, naturalizando la subordinación de la mujer en la sociedad (Social, 2016).

Estas definiciones, enmarcadas en la Ley de Protección a las Mujeres (Justicia, 2009), aportan herramientas desde lo jurídico legal que son útiles desde su campo de acción, pero vale mencionar que la violencia de género ha sido estudiada y analizada desde diferentes disciplinas. Por ejemplo, desde la mirada psicoanalítica y en palabras de Lacan (1978) la tendencia a la agresividad sería correlativa a la formación del yo y entiende la violencia como un problema narcisista ya que la violencia surge de una sensación de amenaza que pone en riesgo la posibilidad de sostener el propio Yo. Supone recuperar el poder sobre algo que se ha perdido o que está a punto de perderse (Lacan, 1978).

Se plantea la necesidad de identificar, también, entre tres formas de violencia según el espacio en el que aparecen: violencia individual (intrasubjetivo), vincular (intersubjetivo) y social (transubjetivo). En el primer espacio la violencia surge en la infancia de la persona. En la violencia vincular y analizando el de pareja en especial, cabe destacar que puede ser un vínculo de reciprocidad o de asimetría, lo que supone un ejercicio desigual del poder. La posición que cada persona adopte dentro de la pareja tendrá que ver con su historia previa (identificación), creencias y mitos que se hayan construido a lo largo de esa historia, así como también anhelos conscientes y deseos inconscientes (Berestein, 2000).

Algunos mitos que aún hoy operan en el inconsciente tienen que ver con la idea de otro que viene a completar y colmar sin fisuras, además de garantizar la perpetuidad del sentimiento amoroso hacia la pareja. En este entramado intersubjetivo se tejen ideales culturales que nacen en el imaginario social y que no son estáticos ni homogéneos (Abelleira & Delucca, 2004).

En ese espacio intersubjetivo, la violencia de género supone despojar al otro de su carácter de ajeno, intentando que sea lo más parecido posible al Yo, esta violencia trata de anular al otro, de reducirlo, de quitarle su singularidad y negarle autonomía. De todas formas, para que el vínculo se sostenga en el tiempo perpetuando la violencia, es necesario cierto complemento entre la persona

que sostiene el poder dentro de la pareja y lo ejerce de modo narcisista y otro que lo sostenga y lo avale en ese lugar de poder, tal vez con la ilusión de pertenecer a ese vínculo (Berestein, 2000).

Los vínculos humanos se construyen en permanente relación con la sexualidad y el poder. Según aportes de M Foucault, el poder nunca permanece en sentido unidireccional, sino que se debe pensar en la existencia de poderes y en una compleja dispersión de estos en las relaciones humanas. Se vuelve necesario entonces, analizar los diferentes juegos de poder que se presentan en cada espacio, los efectos que producen, los puntos de apoyo que sostienen, las alianzas que se forman, considerar a este poder como algo dinámico, en permanente movimiento y construcción (Foucault, 1991).

También la psicóloga Leonore Walker (1979) propone una nueva mirada para pensar y explicar la violencia contra las mujeres, conocida como ciclo de la violencia y sugiere etapas o fases que permiten la comprensión de este problema (Figura 2). La primera es la acumulación de la tensión: hay un incremento gradual de tensión y ansiedad aumentando la enemistad entre los miembros de la pareja. Se acentúa la violencia verbal y pueden aparecer las primeras formas de violencia física. En esta fase la mujer intenta calmar al agresor complaciéndole y haciendo todo lo que él quiere, creyendo que así puede evitar la agresión. Son episodios aislados. La víctima tiene sentimientos de angustia, ansiedad, miedo, confusión y desilusión. La tensión se intensifica y se acumula (Walker, 1979).

Luego sucede una explosión o el momento de la agresión, siendo el más brutal ya que pueden producirse todos los tipos de agresiones anteriormente descritas. La duración de esta fase suele ser corta, aunque sus consecuencias pueden ser duraderas. Es la fase en la que las mujeres denuncian o piden ayuda pasados unos cuantos días (Pascual Valea, 2015).

La calma, reconciliación o "luna de miel" aparece cuando la que la situación parece volver a la normalidad, el agresor muestra su arrepentimiento y pide perdón a la víctima utilizando técnicas de manipulación afectiva tales como regalos, caricias o promesas, promete que no volverá a suceder y la mujer termina creyendo que todo cambiará. En esta etapa muchas de las denuncias no llegan a prosperar puesto que son retiradas (Walker, 1979).

Figura 2. Ciclo de la violencia.



Fuente: Elaboración propia

La violencia de género es considerada un factor de riesgo para la salud de la mujer. Sus consecuencias pueden clasificarse en mortales y no mortales. Dentro de estas últimas se observa un deterioro de la salud física. Se incluyen lesiones traumáticas como cortes, fracturas, quemaduras o heridas, incapacidades parciales o permanentes como pérdida de audición, trastornos gastrointestinales, síntomas inespecíficos como cefaleas, tensión arterial elevada o dolor crónico, entre otros (Pascual Valea, 2015).

También aparecen trastornos en la salud sexual y reproductiva de la mujer, por ejemplo, infecciones de transmisión sexual (ITS) como VIH, dolor pélvico crónico, infección urinaria o trastornos menstruales. La mujer puede embarazarse sin desearlo realmente. En el embarazo pueden producirse hemorragias, abortos, muerte fetal, lesiones fetales o partos prematuros, entre otros (Pascual Valea, 2015).

En relación a la salud psíquica de la mujer la violencia puede producir una serie de síntomas y cuadros clínicos psíquicos como trastornos de ansiedad, baja autoestima, insomnio, intentos de suicidio, trastornos alimentarios (anorexia, bulimia), trastornos por estrés postraumático, trastornos depresivos, consumo de alcohol y drogas, dependencia psicológica al agresor (síndrome de Estocolmo), trastornos de personalidad o trastornos obsesivos-compulsivos, aparece el aislamiento social, pérdida de empleo, ausentismo laboral, disminución del número de días de vida saludable. Entre las consecuencias mortales para la mujer se registran los femicidios y aunque las tasas de muerte por homicidio femenino son menores que las de muerte por homicidio en hombres, una elevada proporción de muertes de mujeres se relacionan con violencia doméstica. Las mujeres que sufren violencia de género, además, corren el riesgo de suicidarse ya que la tensión emocional y

física que sufren las víctimas hace que vean en el suicidio una forma de liberación para aliviar su dolor. La principal causa de que las mujeres sean violadas, asesinadas, mutiladas y maltratadas en infinidad de formas es y será el patriarcado, sostenido por la acción de personas e instituciones que perpetúa esta desigualdad, naturalizando así, la violencia de género. Desde hace más de cinco mil años, el patriarcado somete a la sociedad toda, siendo el poder sustentado mayoritariamente por varones, siendo la mujer la principal perjudicada y sometida. El patriarcado le asigna al hombre una serie de características como fuerza, independencia, seguridad, valentía y a la mujer otras como sumisión, debilidad e inseguridad. Este “reparto” de propiedades hace que exista una fuerte convicción del predominio del hombre por sobre la mujer estableciéndose entre ellos estereotipos de roles. Estos valores patriarcales, establecidos desde épocas primitivas, se relacionan con los maltratos hacia la mujer, un hecho que se sostiene sobre normas sociales y culturales (Pascual Valea, 2015).

Si se entiende la violencia de género como un problema social, político y cultural, sustentado por la dominación masculina, basada en las relaciones asimétricas de poder se concluye que el sistema patriarcal subordina a las mujeres, colocándolas en situación de inferioridad.

Los grandes filósofos que han dejado su nombre en la historia tenían algunas ideas acerca de lo que la mujer representaba, para Aristóteles, por ejemplo, la mujer es hembra por su falta de cualidades y permanece estancada en una mentalidad infantil, por lo tanto, carece de capacidad para generar un criterio y juicio propios. Rousseau consideró a la mujer como un ser falso, mundano y artificial. De esta manera se ubicaba a la mujer como un ser corporal, sensible, movido por la intuición, débil físicamente y sobre todo incapaz de utilizar la lógica. Todo esto concluye en la necesidad de comprender que la naturaleza obliga a la mujer a encadenarse al hombre, único ser capaz de ejercer poder intelectual. Y si se habla de poder, justamente la violencia cuya raíz etimológica está en la noción de fuerza, conlleva al uso de esa fuerza para provocar un daño y remite al concepto de poder (Arriazu, 2002).

Desde la mirada de la antropóloga feminista Rita Segato esta violencia se manifiesta no solo en el uso de este poder sobre el cuerpo de las mujeres sino también hacia los cuerpos feminizados, hacia la tierra en busca de explotación económica. La violencia se manifiesta como forma de profunda desigualdad, sostenida por una elite económica que busca la concentración extrema de las riquezas a costa de la destrucción de los recursos naturales, de la vida. Explica que la violencia tiene su raíz más profunda en la precarización económica, en la vulneración de derechos, en el trabajo esclavo y servil producido por la caída de los salarios dado que este paradigma de explotación actual conlleva a la crueldad y a la desprotección de la vida humana, a la fragmentación y a la disminución de la empatía (Segato 2015).



En Argentina cada día una mujer es asesinada por un hombre que piensa que tiene derecho a hacerlo. La gran mayoría de las víctimas, sin embargo, consta en su expediente con una o más denuncias. Las mismas, muchas veces son tomadas como falsas o exageradas por el personal de seguridad y generalmente son recibidas por el agente de la fuerza pública que inicia expedientes que viajan a paso por lento por el camino de la justicia. Muchas mujeres relatan episodios similares luego de acudir a realizar la denuncia: el descreimiento del personal policial, la mirada o el comentario crítico hacia la mujer que denuncia (Hendel, 2017).

Algo similar sucede en las instituciones de salud donde muchas veces las mujeres se acercan a pedir ayuda de manera solapada y buscando llamar la atención sobre algunos aspectos de su salud física. Otras veces pueden plantear directamente que están viviendo una situación de violencia en sus casas y corren el riesgo de ser desestimadas por el personal de salud (Hendel, 2017).

Es fundamental incluir dentro de este trabajo en torno al fenómeno de la violencia contra las mujeres miradas que enriquezcan el debate y la reflexión, desde diferentes ángulos tomando definiciones taxativas y normativas, pero también incorporando diversos matices que, desde la sociología, la antropología y las teorías feministas se ofrecen para una mejor comprensión de un vasto tema que no agota su complejidad.

Es importante pensar las violencias desde un sentido plural, teniendo en cuenta que la imagen del violento surge como expresión de una sociedad fuertemente patriarcal y donde conviven también una profunda desigualdad y marginación social y económica. No está de más pensar en el problema de la violencia de género como la punta de un profundo iceberg que lleve a cuestionar como sociedad los privilegios del patriarcado, así como también la supremacía del poder en manos de unos pocos.

### **Genero. La perspectiva**

Desde que las personas nacen se va construyendo el proceso de identificación con el género, y la sociedad en su conjunto otorga ideas de lo que deben ser los hombres y mujeres, lo que les es propio a cada sexo. Desde los primeros años y con la adquisición del lenguaje, las personas comienzan a asumir su identidad de género identificándose con todas las actitudes, sentimientos y comportamientos que le corresponden como niño o niña y a partir de ahí las elecciones que realicen, juegos, vestimenta, comportamientos etc. Estas elecciones se encuentran influenciadas por los estereotipos presentes en la sociedad, desde que comienza el proceso de socialización.

El papel del género entonces comienza a tomar forma desde la sociedad como un conjunto de normas y prescripciones que son propias para cada sociedad y cada cultura acerca de lo que debe ser femenino y lo que debe ser masculino. Aunque hay variantes según cada sociedad, es aquí cuando también surgen las primeras divisiones laborales: las mujeres paren hijos, por lo tanto,

cuidan, entonces lo femenino es todo aquello que refiere a lo maternal, doméstico y privado en tanto que lo masculino es lo que se corresponde con el ámbito público. Estos estereotipos condicionan las potencialidades de las personas y sirven para reflexionar sobre aquellos aspectos que se consideran innatos a las personas según su sexo y que no son más que meras construcciones sociales, en su mayoría limitantes (Lamas, 1996).

La perspectiva de género invita a reconocer que por un lado existe la diferencia sexual y por el otro están las ideas, atribuciones, representaciones que van construyéndose tomando como referencia esta diferencia sexual.

Los discursos sobre género han colaborado con la construcción de diferentes representaciones que originan y reproducen imágenes sobre feminidad y masculinidad. Estos han desempeñado una vital importancia al momento de sostener la reproducción y supervivencia de prácticas y creencias sociales diferenciadas según el sexo. Es por eso que el género será una categoría necesaria al momento de estudiar cuestiones relacionadas con la mujer y lo femenino que debe estar presente en todas las disciplinas, ya que no es solamente un ser humano, sino que es un sujeto con género. El lenguaje, la historia y las formas sociales se encuentran generizadas (Velasquez, 2003).

Lo masculino y lo femenino surgen de una historia común, de recorridos compartidos ya que hombres y mujeres se han enfrentado a problemas comunes en todas las épocas, y esta situación de interdependencia los ha conducido a la cooperación mutua. Desde el punto de vista psicológico hombres y mujeres se perciben de modos diferentes, no siempre formando parte de un mismo grupo y sobre todo con objetivos distintos.

Según la mirada conservadora y patriarcal sobre la sexualidad humana sostenida por la filosofía, la religión dogmática, la medicina y el derecho existen solo dos sexos: masculino y femenino. Las relaciones sexuales entre estos únicos dos sexos tienen como objetivo la procreación y se considera la familia conformada por padre, madre e hijos la unidad natural primaria dentro de la sociedad (Maffia, 2003).

Dentro del contexto cultural en que se vive existen diferencias entre los sexos y la oposición entre ellos se encuentra naturalizada. Es por eso que explicar cómo se producen las distinciones de género es lo que ha mantenido ocupadas a las teoristas feministas que ya no se quedan en la mera descripción de estas diferencias, sino que ahondan en la profundización del proceso que las ha llevado a existir.

Si se considera que existen solo dos sexos, masculino y femenino, se está realizando una reducción que abarca aspectos sumamente complejos de la sexualidad humana y así se produce la primera clasificación dicotomizada de las personas de acuerdo al sexo anatómico con el que se nace. Entonces, si esta reducción a dos sexos se realiza, se afirma que la persona tendrá la identidad

subjetiva de género del sexo anatómico con el que ha nacido, y ajustará su rol social a la heterosexualidad. Cualquier otra elección que se salga de esta norma será considerada una perversión, una desviación a combatir con el bisturí, las leyes y el castigo divino (Maffia, 2003).

Las mujeres han ido modificando sus experiencias sociales y el reconocimiento que se les da dentro de un grupo, dando mayor jerarquía a sus propios relatos, a la capacidad de poder a partir de la propia conciencia.

Si bien la diferencia física entre el varón y mujer es evidente, a las mujeres se les atribuye la cercanía con la naturaleza, con lo natural, supuestamente por su función reproductora, aunque tanto hombres como mujeres comparten características naturales y como animales sociales. Es por eso que muchas veces se tacha de antinatural a una mujer que no desea ser madre que mantiene interés en el ámbito público. También es interesante observar cómo muchas de estas atribuciones empiezan a verse obsoletas y dejan de operar. Es por eso que se puede encontrar un hombre con acentuadas características femeninas, a una mujer con atributos masculinos, travestis, transexuales, hombres que aman a hombres, mujeres que aman a mujeres, en fin, una gran variedad de posibilidades que permiten combinar sexo, género y orientación sexual de las personas (Lamas, 1996).

A lo largo de la historia el patriarcado, como sistema de dominación, alejaba a las mujeres de los diferentes procesos de producción confinándola y sometiéndola al trabajo en el hogar y al rol reproductivo. Siglos de dominación sostenidos por el capitalismo y los organismos religiosos potenciaron la creencia o representación de una supuesta inferioridad de las mujeres respecto a los hombres (Carrasco y Recio, 2014).

La igualdad entre hombres y mujeres se encuentra garantizada en el artículo 4 de la Constitución Nacional argentina, aun así se sabe que recibir un trato igualitario no genera por sí solo igualdad en diferentes ámbitos de la sociedad. Una comunidad que avanza y progresa es también aquella que ha logrado reducir al máximo las expresiones de desigualdad y discriminación entre sus miembros. En el caso de las mujeres, se sabe que urge a los gobiernos y estamentos públicos diseñar políticas que garanticen la igualdad de oportunidades para ellas ya que existen condicionantes culturales, económicos y sociopolíticos que acentúan estas diferencias. Dichas diferencias no son causadas por la biología de las personas sino por ideas, pre conceptos y prejuicios que surgen del aspecto social y se encuentran dentro de la complejidad del género (Lamas, 1996).

Es necesario entonces comprender como surgen estas desigualdades y la discriminación hacia la mujer por ejemplo en el ámbito laboral. Bien sabido es que existen ciertas presunciones de tipo cultural con un fuerte arraigo en la historia, que muestran a las mujeres como personas capacitadas para ciertas tareas e imposibilitadas para otras, debido a su supuesta vulnerabilidad física, o bien

la importancia que tiene dentro del ámbito de cierto modelo familiar. Según esta mirada se debe proteger a la mujer de ciertos espacios públicos, confinándola al ambiente familiar resaltando la intransferible función reproductora de las mujeres.

Un estereotipo presente y fuertemente arraigado en nuestra sociedad tiene que ver con la pasividad femenina, esta creencia ubica a las mujeres solo por el hecho de ser mujeres en calidad de víctimas y les atribuye dentro del contexto de la violencia las características de obediencia, sumisión, debilidad física aumentando la imagen de vulnerabilidad e incapacidad y al mismo tiempo las posibilidades de ser violentadas. Es así como las mujeres se transforman en víctimas solo por el hecho de ser mujeres, y ante esta creencia fuertemente arraigada, existen al menos dos representaciones instaladas en el imaginario social de mujer frente a la agresión por parte del hombre. La primera encarna a la mujer sumisa y temerosa situada en la posición de víctima para siempre. Este estereotipo se relaciona con la historia personal de cada mujer, pero además la coloca en un rol de pasividad tal que es incapaz de reacción hostil alguna, sobre todo si se piensa en la imagen femenina que representa el amor y la receptividad. El otro estereotipo identifica a las mujeres más agresivas y en actitud de provocación, cosa que lleva a pensar socialmente que esa mujer se buscó el maltrato con su actitud irreverente, por lo tanto, se lo merece. Este patrón no hace más que justificar al atacante ya que se interpreta la actitud de la mujer como una invitación al castigo y a que la violencia no sea considerada como tal. Cabe destacar que ambas caracterizaciones no hacen más que señalar a la mujer como culpable, una por ser demasiado pasiva y no defenderse, y la otra por provocar conductas agresivas (Velasquez, 2003).

Dentro de los atributos que se corresponden con la imagen de la enfermería encontramos representaciones que afirman que la enfermera debe ser sumisa, inocente, débil, pasiva, obediente. Estas cualidades o características son pasibles de ser inculcadas y aprendidas en las escuelas de formación profesional si no se incluye una mirada que abarque la perspectiva de género en sus programas.

Cuando se toma como referencia la biología de hombres y mujeres, con sus diferentes características físicas y funciones reproductivas, cada sociedad adjudica un conjunto de roles, representaciones y discursos tanto para unos como para otras. A esta construcción de tipo simbólico y cultural se la denomina género y ocupa un rol de tipo reglamentador y condicionante de la conducta tanto objetiva como subjetiva de las personas.

### **La mujer, la víctima**

La victimización de la mujer tiene al menos dos formas de manifestarse; la primera sostiene el estereotipo de mujer sumisa, obediente y dócil y la otra que las mujeres son responsables de desatar actitudes violentas en los hombres mediante la provocación. ¿Agredidas o agresoras? Este

imaginario social pone en foco la actitud de la mujer como débil o bien provocadora, pero siempre como sujeto pasible de ser atacado o agredido solo por ser mujer, y además corre el lente de la actitud masculina, siendo justamente esta la actitud la generadora del hecho violento que se condena. Es por eso que en diversas instancias se pueden reproducir comentarios del tipo: ¿Usted se dio cuenta que su marido podía golpearla y no hizo nada? O bien: ¿No le diste demasiada confianza? ¿Cómo vas vestida así? Mediante comentarios de este estilo el agresor se convierte en víctima, y sobre todo se activa otro mito muy arraigado en la sociedad: las mujeres solo están seguras en compañía de un hombre, cuando en la realidad son justamente esos hombres los principales agresores (Velasquez, 2003).

Según Velázquez (2003), la victimización de la mujer es consecuencia entonces de este rol pasivo que socialmente se le ha otorgado, siendo agredida y agresor parte de una construcción que sucede al momento del ataque. Pero también se es víctima cuando se establecen relaciones asimétricas de poder, y se ejercen mecanismos de violencia simbólica. Por eso es importante preguntarse qué lugar se les da y ocupan quienes atraviesan una situación de violencia de género y sobre todo que mecanismos están presentes y permiten a la mujer el corrimiento de esa figura de damnificada. Las mujeres no son solo perjudicadas de las violencias físicas y sexuales, sino que muchas veces despliegan acciones o estrategias en un intento de reducir la tensión que se ha creado y lograr algún tipo de modificación de ese rol que las coloca en una posición inferior con respecto al hombre. Empezar a reconocer estas estrategias como recursos valiosos es muchas veces una forma de empoderar a las mujeres que atraviesan estas situaciones (Velasquez, 2003).

Las mujeres en muchas oportunidades no pueden tener en cuenta estas herramientas, y también hay un entorno que descrea de ellas, por ejemplo, ante la denuncia a un efector de la fuerza pública, surgen comentarios del tipo: ¿está segura que no exagera en su relato? También el entorno familiar muchas veces opera en este sentido colaborando con este descreimiento y puesta en duda: ¿habrá sido una caricia un poco fuerte? Este descreer lleva a la mujer a poner en tela de juicio la conducta considerada como correcta o incorrecta, existe entonces un corrimiento de lo que está moralmente mal o bien. Esta representación de la mujer como un ser sin recursos, sin poder, sin palabras, sin voz, lleva a considerarla un objeto sobre el cual se pueden ejercer todo tipo de agresiones. Sin embargo, estas acciones existen y se manifiestan en forma de defensa, gritos, huida. Reconocerlas es el primer paso para que la mujer pueda comenzar a desvictimizarse, ya que considerarse alguien que resiste es sentir que algo de sí misma permanece intacto. A partir de ahí la supuesta víctima se transforma en alguien que luchó para dejar de serlo (Velasquez, 2003).

Según Tamara Pitch, desde la mirada de la justicia penal, los usos de términos como violencia y femicidio vienen a dar cuenta de una compleja situación de desigualdad y subordinación hacia las

mujeres. Como consecuencia, se corre el riesgo de negar u obviar gravemente la subjetividad de la mujer reduciéndola a un simple pedido de ayuda de cierto grupo vulnerable (Pitch, 2014).

Otra forma de negación en invisibilización que aún está presente dentro del imaginario social tiene que ver con el uso del término violencia familiar, o violencia hogareña para mencionar o encuadrar los hechos de violencia perpetrados por los hombres contra sus parejas o ex parejas. Es entonces que todos estos mecanismos apuntan a reducir a las mujeres la categoría de víctimas que deben ser rescatadas, aunque bien se sabe que las mujeres despliegan infinidad de recursos para salir de esta condición.

### **Representaciones Sociales: Una visión del mundo**

El término de Representación Colectiva fue acuñado por Emile Durkheim quien sostenía que estas representaciones eran las ideas, creencias y sentires que surgen de una estructura social amplia. Las personas absorben estas ideas, las reestructuran, modifican y les dan sentido. Es por eso que la representación colectiva de cualquier objeto o situación siempre trascenderá a la representación individual. La representación colectiva, para Durkheim, conduce a las personas a incorporar y reproducir percepciones, valores y categorías clasificatorias, estas categorías de pensamiento no son dadas a priori y no se consideran universales, sino que surgen gracias a los hechos sociales que pueden ser analizados e interpretados. No existen representaciones incorrectas o inadecuadas, ya que todas explican las necesidades de las personas a lo largo de la vida según las formas y condiciones dadas. Tampoco son necesariamente conscientes para las personas, pero si ejercen influencia para que los miembros de un grupo actúen de una determinada forma. Según este autor la religión y la moral son consideradas representaciones sociales universales, así como también las categorías de tiempo y espacio (Durkheim, 1898).

Max Weber (1985) vincula las RS a los conceptos de ideas, espíritu, concepción y mentalidad articulados para referirse a la visión del mundo como noción a ser estudiada. Las ideas son apreciaciones sobre la realidad de las personas y mantienen su propia dinámica. Usando el concepto "visión del mundo" el autor trabaja con ideas más abarcativas generalmente creadas por los grupos dominantes de cada sociedad. Sostiene que las RS tienen movimiento propio y deben ser leídas dentro de los procesos históricos en los que se desenvuelven. Tanto Weber como Durkheim afirman que es importante esta comprensión de las ideas y además avanzan en entender el rol de la historia como creadora de especificidades y determinaciones. Las RS se expresan en el lenguaje, actitudes y conductas que van normatizándose y se transforman en rutinas, por lo tanto, pueden ser analizadas y estudiadas. El sentido común permite que las personas construyan su vida y puedan explicarla según el stock de conocimientos que posean. Para comprender las RS es fundamental realizar un profundo análisis del lenguaje del sentido común, tomado como forma de

conocimiento e interacción social y dentro de ese lenguaje el uso de la palabra y la comunicación de la vida cotidiana. La palabra es tomada como producción histórica y a su vez es territorio donde se enfrentan intereses contradictorios, siendo instrumento y material para la comprensión de la realidad (Minayo, 2009).

Los seres humanos pueden comprender, dar sentido, actuar y afrontar conflictos que surgen en el plano del mundo social solo a través de los vínculos y relaciones que se construyen en el mismo. A raíz de estas interacciones surgen en el ámbito de la psicología social los conceptos de: intercambio psíquico, alma de grupo, conciencia de masas. Estas interacciones son el génesis de las RS, nacen del diálogo de la persona con su entorno, tienen esta impronta social y se manifiestan en el ámbito público (Bruel dos Santos, 2008).

Gramsci (1981) también hace contribuciones a la teoría de las representaciones sociales cuando explica el sentido común como insumo con un potencial para transformar la realidad, y agrega que todas las clases sociales tienen su conjunto de ideas. Sus aportes indican que, si bien puede existir un carácter de conformismo y de ilusión que afecta a todas las clases sociales, también supone que las RS pueden ser potenciales generadores de cambios. Las RS resultan ser una combinación de ideas de las clases dominantes y las visiones del mundo de los grupos subalternos, esta combinación a veces se encuentra en tensión al existir dominación y resistencia permanente entre estas dos fuerzas (Minayo, 2009).

Fue Serge Moscovici (2002) quien basándose en el trabajo de Durkheim logra ampliar el concepto de Representaciones Colectivas a Representaciones Sociales, sosteniendo que estas últimas pueden dar cuenta de los procesos de sociedades más complejas y modernas.

En este trabajo se toman también las bases conceptuales de Moscovici y Jodelet para definir y dar encuadre a las representaciones sociales ya que abarcan no solo las teorías científicas sino también las ideologías, aspectos culturales, las experiencias y la comunicación cotidiana; estos elementos pueden contribuir a comprender desde la perspectiva del personal de enfermería a la violencia de género.

Cuando las personas hacen referencia a los objetos sociales, los clasifican, los explican y además los evalúan, es porque tienen una representación social de ese objeto. Las personas conocen la realidad que los rodea, mediante explicaciones que extraen de los procesos de comunicación y del pensamiento social. Las representaciones sociales (RS) sintetizan dichas explicaciones y en consecuencia hacen referencia a un tipo específico de conocimiento que juega un papel crucial sobre cómo la gente piensa y organiza su vida cotidiana: el conocimiento del sentido común (Araya Umaña, 2002).

Jodelet (1984) señala que:

“Representar es hacer un equivalente, un objeto se representa cuando esta mediado por una figura y es aquí cuando emerge la representación y su contenido. Este conocimiento es compartido por el grupo, es un conocimiento socialmente elaborado. Bajo sus múltiples aspectos, intenta dominar esencialmente el entorno, comprender o explicar los hechos e ideas que pueblan el universo de la vida o que surgen en él, actuar sobre él y con otras personas y situarse respecto a ellas, responder a las preguntas que nos plantea el mundo, saber lo que significan los descubrimientos de la ciencia y el devenir histórico para la conducta de la vida” (Araya Umaña, 2002 pág. 11).

Las representaciones sociales también están constituidas por la opinión, según Moscovici:

“todo en la vida social, hasta la ciencia se basa en la opinión. Las representaciones sociales proceden por observaciones, por análisis de estas observaciones, se apropian a diestra y siniestra de nociones y lenguajes de las ciencias o de las filosofías, y extraen conclusiones” (Moscovici, 2002 pág. 5).

Cuando hablamos de representaciones sociales consideramos que no hay un corte entre el universo exterior y el universo del individuo, que sujeto y objeto no tienen siempre comportamientos diferentes y que solo existe según los medios y métodos que permitan su abordaje (Moscovici, 2002).

Así, cuando alguien expresa su opinión sobre algo, consideramos que ya ha sido representado y que el estímulo y la respuesta se forman conjuntamente. Cuando un individuo expresa una actitud negativa sobre algo en particular, consideramos esta actitud como una toma de posición. Si partimos de que una representación social es una “preparación para la acción”, no lo es solo en la medida que guía el comportamiento, sino sobre todo en la medida que remodela y reconstituye los elementos del medio en el que el comportamiento debe tener lugar. Llega a dar un sentido al comportamiento, a integrarlo a una red de relaciones donde está ligado a su objeto. Al mismo tiempo proporciona las nociones y las teorías y el fondo de observaciones que hacen estables y eficaces a estas relaciones (Moscovici, 2002).

Tomando la línea de trabajo de Denise Jodelet se puede inferir que la forma en que se estructura la experiencia del mundo y de los otros en las distintas culturas y épocas depende de los procesos cognitivos desarrollados por las personas y esto sucede porque existen dos procesos fundamentales; por un lado la identificación a través de la cual se instalan diferencias y semejanzas entre personas, y por otro la relación que define los vínculos que existen ya sea por



equivalencia(intercambio, don, prelación), dependencia(producción, transmisión, protección). Esta caracterización a partir de un funcionamiento cognitivo que remite a una interioridad permite establecer modelos de organización de las relaciones sociales que podrían aplicarse al estudio de las representaciones sociales en espacios sociales definidos (Jodelet, 2008 pág. 48).

Tanto en su origen como en sus funciones, las representaciones sociales pueden abordarse desde tres esferas: la de la subjetividad, la de la intersubjetividad y la de la transubjetividad. La esfera de la subjetividad hace referencia a procesos propios del individuo, a través de los cuales se apropia de y crea representaciones. Esos procesos pueden ser cognitivos y emocionales, y pueden depender de las experiencias. Abordar el nivel individual permite conocer los significados que los sujetos dan a un determinado objeto. La esfera de la intersubjetividad se refiere a las representaciones elaboradas en la interacción entre sujetos, fundamentalmente a través de la comunicación verbal directa. La esfera de la transubjetividad contiene elementos que atraviesan el nivel subjetivo y el intersubjetivo, incluye todo lo que es común para los miembros de un colectivo, se refiere al espacio social y público (Jodelet, 2008 pág. 51).

Jodelet explica:

“La noción de subjetividad nos lleva a considerar los procesos que operan a nivel de los mismos individuos. Por más de que nuestras indagaciones apuntan a detectar los elementos representacionales compartidos, sería reductor eliminar de nuestro examen lo que corresponde a los procesos por los cuales el sujeto se apropia de y construye tales representaciones. Estos procesos pueden ser de naturaleza cognitiva y emocional, y depender de una experiencia en el mundo de vida. Conviene distinguir las representaciones que el sujeto elabora activamente de las que el mismo integra pasivamente, en el marco de las rutinas de vida o bajo la presión de la tradición o de la influencia social. La participación en el mundo y en la intersubjetividad pasa por el cuerpo: no existe pensamiento desencarnado flotando en el aire. Esto nos lleva a integrar en el análisis de las representaciones los factores emocionales e identitarios, juntamente con las tomas de posición ligadas al lugar social (Jodelet, 2008 pág. 52).

El nivel subjetivo de las RS es fundamental, ya que estas son siempre del sujeto y tienen además una función expresiva que nos interesa analizar.

Las representaciones sociales son conjuntos dinámicos, producen permanentemente comportamientos, acciones y relaciones que modifican el medioambiente de manera constante y en retroactividad (Araya Umaña, 2002).

## **Representaciones Sociales, Género y feminismo**

A comienzos de los años sesenta aumenta el interés por las cuestiones de orden simbólico y surge la necesidad de explicarlos utilizando conceptos como memoria social y representación social. Si bien la teoría de las RS acaparó el interés de los medios intelectuales de la época, no fue hasta principios de los años ochenta que reaparece con fuerza logrando cierta madurez. Esto se debe a que, en su investigación, Moscovici desafía los cánones de la psicología moderna haciendo hincapié en aquellos fenómenos orientados hacia lo subjetivo, recurriendo a métodos inusuales para la psicología moderna. Por este motivo, deben transcurrir casi veinte años para que sean permitidas nuevas posibilidades de análisis, habilitando además el surgimiento de nuevos actores sociales. En este escenario, los años ochenta serán testigo de nuevos conceptos, que proponen además a la ciencia incorporar nuevas categorías de análisis como por ejemplo el concepto de género (Maffia, 2010).

El concepto de género adquiere importancia y relevancia como construcción social y cultural teniendo en cuenta las dimensiones históricas que han ido modificando esta visión. Hoy sabemos que es una construcción cultural que permite interpretar de manera colectiva e individual el contexto donde las personas se desarrollan. De esta manera, el concepto de género se convierte en un valioso instrumento que permite el análisis de aspectos subjetivos y de procesos sociales y culturales (Bruel dos Santos, 2008).

La historia nos muestra que las características del género están vinculadas a la diferenciación sexual de la humanidad. A lo largo de la vida las personas aprenden sobre roles, estereotipos, formas de expresión, definiciones acerca de la feminidad y masculinidad, normas que estructuran el comportamiento acerca de lo que es correcto y lo que no (Bruel dos Santos, 2008).

Estas visiones del mundo y de las relaciones muchas veces asocian ciertas conductas y formas de expresión como propias de la masculinidad como, por ejemplo: fuerza, virilidad, energía, independencia y otras tales como: emoción, debilidad, dependencia, afectividad a la feminidad. Entonces por ejemplo si un hombre expresa sus emociones según el estereotipo de género se piensa que tiene características femeninas y si una mujer se muestra independiente, fuerte y decidida, se piensa que tiene acentuadas características masculinas.

Esta mirada estereotipada no tiene connotaciones inocentes, sino que generalmente influye fuertemente en la vida de las personas, sosteniendo imágenes y roles aprendidos a lo largo de la vida, adjudicando roles según el sexo de la persona. Por ejemplo, si una mujer asume estas formas estereotipadas de lo que se espera de ella para su vida probablemente hará esfuerzos para mostrarse dependiente, débil y afectuosa y se interesará por cumplir la misión que esta representación social le ha asignado: casarse y tener hijos, ocupándose de la vida doméstica y la atención de las necesidades de su familia (Bruel dos Santos, 2008).

Claramente la asunción de estos roles, como hechos sociales, conlleva a una profunda desigualdad entre hombres y mujeres. Estos roles son construcciones aprendidas durante la socialización y se relacionan con las expectativas, valores y creencias que el entorno coloca en el individuo, estableciendo así premios y castigos reales o simbólicos a aquellos que cumplan o no dichas expectativas (Hendel, 2017).

El estudio de las representaciones sociales como así también de las teorías feministas surge en un mismo momento, en un tiempo de transición paradigmática. Estas teorías emergentes aparecen en estrecho vínculo con la realidad y no de manera desvinculada. No se instalan con tranquilidad y de manera pacífica, sino que se abren paso de manera disruptiva y en conflicto revelando que finalmente los campos de saber son también campos de disputa (Maffia, 2010).

Estas teorías tienen puntos de coincidencia que se instalan y conceptualizan objetos que hasta el momento se consideraban menores, por ejemplo, las mujeres y el sentido común.

Otro factor común tiene que ver con el hecho de que ambas teorías pasaron por un periodo de latencia hasta que lograron ser aceptadas e incorporadas a las ciencias sociales. Esta nueva dimensión del conocimiento abarca perspectivas divergentes al paradigma dominante: realiza una crítica que antepone naturaleza a cultura, razón a emoción, ciencia a sentido común. De esta manera se determina la importancia de los aspectos subjetivos, afectivos y culturales en la construcción de los saberes y también en el hacer de la ciencia. Se proponen categorías relacionales en las que se vincula el objeto de conocimiento y su contexto. La Teoría de las RS no separa al sujeto y su propio conocimiento de su entorno, y de construir ese saber será dentro de la propia subjetividad. No es una imagen fija ni una foto de la realidad, es tan solo una visión sobre esta, una forma de traducir que el objeto intenta elaborar pero que se encuentra en movimiento, cambio y evolución permanente (Maffia, 2010).

Una representación social es dinámica ya que se forma dentro de un medio cultural, que cambia y se modifica de acuerdo a las necesidades del contexto. Aunque estas modificaciones no siempre resulten simples, sino todo lo contrario. En esta línea, el rol de género como una representación social opone resistencias al cambio tomando elementos de la cultura y la vida social, como por ejemplo ciertas ideologías o religiones que son muy resistentes a ser modificadas y así se naturalizan e internalizan en la conciencia colectiva de las personas (Maffia, 2010).

Las RS son una herramienta para la comprensión del pensamiento colectivo. En relación al feminismo, éste se ha apropiado fuertemente de la realidad de las mujeres: somos objeto y sujeto de estudio y la importancia de este colectivo es afectiva y cultural reuniendo los requisitos para convertirse en una RS compleja y polémica. En este sentido, la categoría género aporta elementos para lograr una mayor comprensión y explicación de los comportamientos sociales de mujeres que

se encuentran representando altos valores de la cultura hegemónica patriarcal. Desde las RS masculinidad y feminidad son entendidas como el resultado de una construcción social y cognitiva, alejando su causalidad de las diferencias entre los sexos en el ámbito social. El género es una construcción social (Maffia, 2010).

La importancia del estudio de las RS se relaciona con hacer visibles ciertas creencias, valores e ideologías que suponen, con fundamento biologicista, la adscripción a ciertos roles o formas de comportamiento que ubican a hombres y mujeres en posiciones distintas. La VG tiene su origen en estas profundas desigualdades que se transmiten como un conjunto de valores que logran sostener y perpetuar la hegemonía masculina (Bruel dos Santos, 2008)

### **El modelo biomédico y la enfermería**

Se realiza una apropiación de los conceptos de las definiciones de Minayo María Cecilia acerca de las concepciones de salud/enfermedad, de salud como capital económico y social. Además, se propone explorar la concepción de hegemonía médica y biomedicina como forma de atención, propuesta por Eduardo Menéndez para contribuir con el análisis de las RS puesto que el personal de enfermería ha sido afectado por estas formas de atención, reproduciendo muchas veces este modelo.

El lenguaje de la enfermedad no es el lenguaje propio del cuerpo físico, sino que tiene que ver con la mirada que la sociedad y que cada cultura le atribuye al padecimiento en cuestión. Sea cual sea la dinámica del estar enfermo para la persona, se busca al personal médico para lograr que se legitime y avale esta situación. De esta manera se adoptan las características y actitudes del estar enfermo para la persona y también para la sociedad, para la mirada de ese otro que le da significado al padecimiento (Minayo, 2009).

El sector salud es considerado en la actualidad como un importante eslabón dentro de la economía mundial como productor de bienes y servicios, pero también como generador de nuevos conocimientos y tecnologías. Por lo tanto, resulta ser un bien económico y cultural en disputa ya que los beneficios de los avances en este sector no benefician a la sociedad por igual, sino que se evidencia la profunda desigualdad social a favor de quienes acumulan mayor capital económico y de conocimiento (Vignolo, 2011).

La biomedicina es una forma de atención, la que más se expande luego de la auto atención, que en tanto institución como profesión se encuentra en permanente cambio y modificación. Esto la coloca en una posición primordialmente hegemónica hasta en países con otras tradiciones médicas académicas propias como China, Japón o India. Esta hegemonía ha logrado organizar una institución internacional a la que adhieren oficialmente la mayoría de los países del mundo, como es el caso de la OMS (Menéndez, 2009 pág. 37).

En palabras del propio Menéndez:

“Una notoria característica de la biomedicina es la expansión del consumo de medicamentos producidos por la industria farmacéutica e introducida por los estados hasta los lugares más recónditos, pertenecientes a otras culturas y grupos étnicos. La biomedicina se apoya en la idea de que todo padecimiento o comportamiento puede y debe ser resuelto con medicamentos. Intenta explicar desde la biología todos los padecimientos de las personas y también las representaciones sociales del proceso salud/enfermedad/atención (Menéndez, 2009 pág. 39).

En este contexto y con esta impronta se forman los profesionales de la salud biomédica, basando el aprendizaje en contenidos biológicos y apenas mencionando procesos sociales, culturales, económicos y psicológicos, desconociendo, además, otras formas de atención ligadas profundamente a las culturas y los pueblos. Los enfermeros y las enfermeras no han sido la excepción, basando sus intervenciones en las pautas médicas en gran medida. La biomedicina forma y entrena profesionales preparados para tratar, curar y analizar a la persona desde una mirada biologicista, dando cada vez menos lugar dentro de la consulta a la palabra de la persona que asiste. Profesionales incapaces de decodificar las referencias socioculturales de las personas, interesados en aplicar métodos diagnósticos y prueban clínicas para finalmente medicar a las personas consultantes (Menéndez, 2009).

No es de extrañar que la enfermería, atravesada por este modelo biomédico, se encuentre con escasas herramientas y también imposibilitada para determinar algunas acciones que tienen que ver con la detección de la violencia de género, problemática que ocupa a los sistemas de salud a nivel local y en todo el mundo.

Existen situaciones de conflicto, desarrollos de saberes y formas de atención que reemplazan y complementan a la biomedicina, así como críticas a las características y su funcionamiento, de todas maneras, la biomedicina ha encontrado soluciones para seguir creciendo y expandiéndose sin que esto signifique un debilitamiento del sistema biomédico.

La biomedicina necesita demostrar a través del desarrollo de investigaciones biomédicas que todo puede ser explicado desde el punto de vista biologicista, sobre todo las causas de los padecimientos y las maneras de resolverlos. Es por eso que todo lo que se desarrolle por fuera de esa lógica no pertenece a la categoría de ser curado o sanado. Este es el caso de las consultas que realizan las mujeres en los centros asistenciales refiriendo malestares generales que no son más que un pedido de auxilio encubierto ante situaciones de violencia. En numerosas ocasiones estas consultas no

logran evacuar la angustia y desamparo que sienten las mujeres que están viviendo situaciones de violencia de género.

### **La enfermería argentina: luchas, contradicciones y resistencias**

Resulta pertinente para este estudio realizar un recorrido por la historia de la enfermería y la producción de cuidados en nuestro país desde la colonia hasta la actualidad haciendo hincapié en las reivindicaciones de la profesión, las luchas y los intentos por desprenderse de la hegemonía médica en ciertos momentos de la historia, y de acoplarse al mismo modelo otras veces. Además de ubicar dentro de este sistema al personal de enfermería con sus recorridos históricos particulares, ideologías, luchas y formación y comprender según estos procesos históricos la mirada de la enfermería actual hacia las prácticas hegemónicas y patriarcales resulta fundamental para realizar una compleja comprensión de las RS que atraviesan el colectivo enfermero.

La historia oficial de la profesión enfermera nos relata un listado de acontecimientos relacionados a fundación de instituciones de asistencia y formación fuertemente ligadas a la militancia religiosa y los intereses de la jerarquía eclesiástica argentina, así como también de los altos rangos militares (Morrone, 2016).

Desde la llegada de los españoles a tierras argentina, las mujeres acompañaron realizando tareas de cuidado en momentos de campaña y expediciones. Con la formación de hospitales también surge la necesidad de incorporar personal de asistencia al trabajo médico. La creación de los primeros hospitales modernos data de la primera década del siglo XX en Buenos Aires, estos contaban con un ala destinado a las “hermanas”, grupo de religiosas que tenían a su cargo no solo los servicios espirituales sino también la asistencia a los pacientes internados, con la ayuda de la enfermera caba y personal empírico, formado en el trabajo y sin otra preparación que la práctica diaria<sup>3</sup>. Lo integraban personas de muy bajo nivel económico y social, muchas de ellas analfabetas. Sus tareas no estaban diferenciadas, cumplían indistintamente funciones de enfermero, cocinero, mucama y de peón, y lo hacían en condiciones de trabajo penosas (Morrone, 2016).

Las primeras escuelas de enfermería incluían tanto a varones como mujeres, pero en el año 1916 el gobierno de Buenos Aires establece por ordenanza que el personal de enfermería solo debía ser femenino, desplazando a los hombres de la posibilidad de un trabajo formal en hospitales y del acceso a la formación profesional.

---

<sup>3</sup> . Las cabas (rango militar no profesional) si bien eran responsables de gestionar las actividades de enfermería se mantenían siempre bajo la autoridad de las hermanas de la caridad, o sea, por debajo de la autoridad religiosa católica de ese momento.

Se podría decir que no solo se intentó fiscalizar la profesión sino fundamentalmente feminizar la misma, dándole aún más un carácter subalterno que de por sí ya tenía en relación a la medicina (Morrone, 2016).

En Argentina quienes lideraron la formación controlaron la profesión enfermera, moldearon el estereotipo y ligaron a la profesión con la religión, esto contribuyó a la feminización y enajenación de la conciencia para comprenderse dentro del mundo del trabajo y de los derechos laborales. Los textos que hacen referencia a la historia de la enfermería omiten las luchas y tensiones que se han dado en diferentes momentos de la historia de la profesión. Estos mismos líderes formaron alianzas con los gobiernos dictatoriales. Esto colaboró con el disciplinamiento y el control social dentro de las instituciones. La evidencia más contundente de la fragilidad de la enfermería se materializa en las acciones con las que se autodisciplina, se sostiene entonces el discurso médico hegemónico y patriarcal en la práctica cotidiana al no problematizar ni discutir el espacio subalterno con el que se ubica a sí misma (Morrone, 2016).

Dentro de las omisiones deliberadas de gran parte del material de estudio relacionado a la historia de la enfermería de Argentina tiene que ver con el periodo relacionado con la profesionalización de la misma, ocurrido durante el gobierno peronista (1942-1955).

Cabe mencionar que el triunfo electoral de Juan D Perón fue acompañado por una fuerte movilización social, proveniente de diferentes estratos de la sociedad argentina, que pedía por demandas largamente postergadas por los gobiernos anteriores. Una de esas demandas tenía que ver justamente con el estado sanitario del país y la creación de nuevos espacios formativos y con una mayor intervención por parte del Estado. Es así que en 1946 se crea la Secretaria de Salud Pública (SSP) a cargo del neurocirujano Ramón Carrillo, quien tuvo dentro de sus objetivos primordiales, la profesionalización del personal que realizaba tareas de enfermería. Tal es así que al año siguiente se inaugura con gran éxito la escuela de Enfermeras de la SSP, brindando a muchas mujeres la posibilidad de inserción laboral y profesional de acuerdo a las nociones de género imperantes en esa época. Se creía que las mujeres contaban con innatas aptitudes para el cuidado de las personas dada la connotación maternal del acto mismo de cuidar y ayudar a sanar (Ramacciotti, 2010).

Carrillo pretendía una reforma sanitaria profunda, grandes hospitales con personal de enfermería jerarquizado y profesionalizado. Sostenía que cada enfermera debía atender no más de cuatro pacientes, por lo tanto, el número de personal existente distaba mucho de ser el ideal. Durante el gobierno peronista el número de enfermeras profesionales ascendió considerablemente. El perfil de las profesiones vinculadas a la sanidad se relacionaba principalmente con la vocación de servicio, el espíritu de solidaridad y ayuda al prójimo, valores propiciados por la iglesia católica. Además de

la escuela de enfermería fundada por Carrillo y en paralelo al mismo proyecto político y social, empiezan a tomar vuelo y relevancia las acciones de la Fundación Eva Perón, como por ejemplo la creación de la Escuela de Enfermeras con el objetivo de formar mujeres profesionales con un perfil moderno y renovado (Ramacciotti, 2008).

Estas dos instituciones educativas estuvieron en permanente contacto y en algunos momentos hasta en tensión y disputa, ya que ambas pugnaban por la excelencia de sus egresadas, aunque con ciertas diferencias en cuanto al modelo educativo y al perfil de egresadas que pretendían conseguir. La escuela a cargo del Ministerio de Salud era dirigida por enfermeras formadas en las antiguas Sociedades de Beneficencia que, si bien adherían a las innovadoras ideas de Carrillo, de manera solapada sostenían un estrecho vínculo con la Iglesia Católica. Por su parte las enfermeras formadas en la Fundación Eva Perón logran desprenderse del estereotipo de benevolencia religiosa que hasta ese momento ocupaba todos los espacios de la sociedad (Ramacciotti, 2008).

Las enfermeras de Evita encarnaban la representación de la mujer profesional, autónoma y decidida y podían ser reconocidas por su actitud, cultura general, sin necesidad de ser vistas en compañía de un médico. Estas nuevas profesionales representaban a su vez el cambio de paradigma vivido en la época, ya que en ellas podía verse a la ciudadanía haciendo uso de los derechos plenos de la mujer trabajadora que además percibía un beneficio económico por su trabajo. Quedaban en cuestionamiento las ideas de dádiva y benevolencia relacionadas a la profesión. Muchas de estas egresadas emprenderían el camino de la militancia política formando filas en el Partido Peronista Femenino, abogando por el derecho a voto, entre otras reivindicaciones feministas (Morrone, 2016). Las enfermeras del Ministerio, dirigidas por María Teresa Molina, eran formadas bajo los preceptos de la piedad cristiana:

“Los uniformes eran blancos y todo rasgo de sensualidad femenina fue barrido, estaba sancionado cruzarse de piernas. Era requisito excluyente ser bajita, la postulante debía tener entre 16 y 32 años. Debía ser soltera o viuda. Se asocia este requisito a la creencia de que toda mujer normal en su etapa de fertilidad posee instinto ‘maternal’ y si no está canalizado en la gestación y crianza de los hijos trasladaría sus dotes naturales al cuidado de los enfermos” (Ramacciotti, 2008 pág. 138).

Con la dictadura del año 55 llegó la disolución del partido peronista y de la escuela de enfermería, además de la Fundación Eva Perón. Muchas graduadas fueron torturadas, hostigadas y perseguidas durante el golpe militar y las que estaban a punto de recibirse sufrieron persecuciones



y humillaciones sin contar con una entidad ni organización profesional que pueda defender sus derechos (Morrone, 2016).

En pleno proceso dictatorial la Asociación de Enfermeras Católicas establece celebrar el día nacional de la enfermería el 21 de noviembre en honor a la Virgen de los Remedios, en colaboración con la recién creada Asociación de Enfermeras Diplomadas, legitimando por su parte la celebración ante el gobierno de facto y sus representantes (Morrone, 2016).

Cita Beatriz Morrone en su libro Soltando Amarras:

“La obediencia y el sometimiento a la autoridad, al orden instituido es una condición *sine qua non* para una vida posible. Misionar y redimir, palabras que dan cuenta del mandato que aparece naturalizado por las enfermeras que escribieron partes de la historia de los movimientos asociativos” (Morrone, 2016 pág. 133).

En la actualidad en nuestro país existe una puja entre el colectivo de enfermería en relación al festejo del día de la enfermería. Se impone el 21 de noviembre como el día de la Enfermera Argentina, establecido por la Iglesia Católica y la Junta Militar del 55 al 12 de mayo, fecha establecida internacionalmente que da cuenta del nacimiento de Florence Nigthingale, la creadora de la enfermería moderna (Morrone, 2016).

Aún hoy cada 21 de noviembre se siguen dando misas en hospitales y escuelas de enfermería reforzando así en el imaginario de profesionales y estudiantes la imagen de castidad, pureza y devoción relacionada con la enfermería (Morrone, 2016).

Reflexionando sobre los hechos que han influido en la formación, el rol y la identidad de la enfermería argentina cabe identificar algunas representaciones sociales relacionadas con la sumisión y la obediencia que las instituciones religiosas transmitieron durante mucho tiempo siguen operando en la actualidad.

### **Atención Primaria de la Salud: tratamiento y abordaje a la violencia de género**

La estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) se ha convertido en una propuesta con amplio reconocimiento y consenso entre los actores de los sectores vinculados a la salud ya que plantea el derecho universal a la salud, sin embargo, existen diferencias importantes al momento de poner en práctica este consenso.

La Atención Primaria de la Salud (APS) se ha constituido en un componente estable dentro de las propuestas de reformas en los sistemas de salud a nivel mundial. De manera lenta pero progresiva crece la proporción del personal y tecnologías, así como de insumos y recursos que se destinan a lo que se denomina el primer nivel de la salud. Forma parte de los discursos sanitarios de los países

desarrollados la desconcentración de actividades y la reducción del peso de los hospitales por motivos bastante alejados de la propuesta original de Alma Ata en 1978. Esto se evidencia en el incremento significativo de personal de salud que trabaja por fuera de los hospitales, además de la inclusión de nuevas categorías laborales especializadas en el trabajo comunitario. También surge el desarrollo de nuevas tecnologías que permiten revertir la concentración tecnológica en los hospitales, como por ejemplo el surgimiento de nuevas vacunas, la multiplicación de centros de salud donde se trabaja cerca de las poblaciones vulnerables, se incluye la figura del promotor de la salud o agente sanitario muchos de ellos trabajando en escenarios (Rovere, 2012).

Se sostiene a la APS como medio o estrategia para lograr la meta Salud para todos, propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1977. En Argentina, como en varios países latinoamericanos, luego del último golpe militar la APS fue rescatada y revestida de sus componentes principales: participación social, intersectorialidad e interdisciplina, a través de actividades políticas y académicas (Rovere, 2012).

No debe confundirse la estrategia de atención primaria con los niveles de atención dentro del sistema de salud. Dichos niveles no son más que una forma organizada de gestionar los recursos según las necesidades de las personas. Se distinguen tres niveles de atención: el primer nivel representa el más cercano a la comunidad. Es el primer contacto que las personas establecen con el sistema de salud. Aquí la organización está preparada para satisfacer las necesidades de la población más frecuentes y fáciles de resolver. Este nivel también incluye a las actividades de promoción de la salud, prevención de enfermedades y los procedimientos de rehabilitación y recuperación de las funciones vitales de las personas (Vignolo, 2011).

Se cuenta con establecimientos de baja complejidad como consultorios externos y centros de atención primaria de la salud (CAPS) ubicados de manera estratégica en la periferia para facilitar el acceso de la población a dichos centros. Es en este espacio que compete a la investigación a realizar. En el segundo nivel se encuentran los hospitales y lugares donde se atiende a las personas que requieren internación en las áreas de medicina interna, cirugía, ginecobstetricia, pediatría y psiquiatría entre otras. En el tercer nivel de atención se resuelven las necesidades de un porcentaje mucho menor de la población, se trata de patologías complejas que requieren procedimientos especializados y alta tecnología. Cada nivel de atención establece el nivel de complejidad del centro de salud. También se define la complejidad según el tipo de recurso humano, físico y tecnológico necesario para cubrir los objetivos asistenciales planteados. El primer nivel de complejidad abarca a centros de salud y consultorios externos y asisten médicos y medicas de familia, enfermeras y enfermeros comunitarios, psicólogos y psicólogas, trabajadores sociales y agentes sanitarios. El segundo nivel de complejidad hace referencia a la atención en hospitales con especialidades como:

clínica médica, pediatría, cirugía general, psiquiatría, etc. En el tercer nivel de complejidad se encuentran aquellas prestaciones que requieren subespecialidades, recurso humano y equipamiento de alta tecnología (Vignolo, 2011).

En relación al primer nivel de atención, cabe aclarar que se le menciona frecuentemente como atención primaria siendo de uso coloquial el término para definir las actividades que en este nivel se desarrollan. Trabajadores de la salud y la comunidad en su totalidad mencionan a la atención primaria cuando desean hacer referencia a las actividades del primer nivel de atención.

El personal de enfermería tiene un amplio recorrido histórico dentro del primer nivel de atención. Aunque se considera a la enfermera domiciliaria muy propia del siglo 20, estas prácticas tienen su origen un siglo antes, durante el iluminismo en Inglaterra. De esta manera, gracias al impulso del mercantilismo se avanza con procesos relacionados con la educación y también con la promoción de la salud en los propios domicilios. Es posible encontrar en estas primeras experiencias pioneras y rudimentarias, las bases del desarrollo de profesiones tales como: enfermería, trabajo social, obstetricia, nutricionista y otras (Rovere, 2012).

La representación que cada sociedad tiene sobre la salud/enfermedad está fuertemente enraizada en la cultura, en el modo de ser de cada pueblo. Se deben considerar las categorías salud/enfermedad como ventanas abiertas para lograr comprender las acciones de las personas, las relaciones entre individuos y grupos sociales, y además dentro de la institución de salud con sus propios mecanismos de control y dirección. La idea cultural de que es la VG para el sector salud es clave para comprender el abordaje que se realiza dentro de las instituciones (Minayo, 2009).

La salita, como se le llama habitualmente al centro de salud, suele ser un espacio predominantemente femenino ya que el personal de enfermería, administrativo y agente sanitario está constituido por mujeres en su mayoría. El personal de atención primaria ejerce muchas veces un rol de mediador entre los intereses y objetivos planteados por los diversos programas de salud planteados por la gestión de turno y la realidad local. Estos programas suelen estar enfocados en la salud reproductiva de las mujeres y la salud materno infantil, siendo entonces las mujeres las principales destinatarias de estos programas (Pozzio, 2011).

En el último periodo se observa la necesidad de establecer discusiones acerca de la participación del sector salud en el tratamiento y abordaje que se le da a la violencia de género, tratando de correr el eje de estas discusiones de los temas más relacionados a la biomedicina y las enfermedades con aparente origen en el cuerpo humano. La VG antes de ser un problema intelectual, lo es de practica social y política que afecta a las organizaciones de salud y no solo por los costos que implica sino porque muchas veces los profesionales de la salud pueden ser víctimas de violencia. Las personas que trabajan dentro de los sistemas de salud son también actores que reproducen, pueden contribuir

a superar o reafirmar estas expresiones de violencia. Es fundamental entonces comprender las expresiones socio históricas de la VG y las posibilidades de intervención política y dentro del sector teniendo presente que lo contrario a la violencia no es la no violencia sino la ciudadanía y la garantía de poder ejercer libremente los derechos que conlleva. Dentro del campo de la salud es necesario establecer acuerdos entre los diferentes sectores clínicos, generalistas y de emergencias superando cualquier tentación a medicalizar la violencia y buscando la especialización para poder atender resolutivamente a las víctimas de VG (Minayo, 2005).

Se analiza desde textos de Minayo María Cecilia de qué manera, en los años 60 y 70 en América Latina, surgen teorías capaces de dar cuenta de la salud como una cuestión compleja, resultante de determinaciones y de condiciones sociales, pero no se logra poner en agenda el tema de la violencia de género con facilidad. Algunas de las resistencias más importantes tienen que ver con la mirada biomédica que prepondera sobre el sector salud aun hoy, mirada para la cual los factores sociales no son más que un mero ingrediente que puede ser tenido en cuenta o no al momento de explicar un padecimiento físico. Otro aspecto que ha influido tiene que ver con la creencia de que el tema de la violencia de género compete a las instituciones de seguridad, como la policía, la guardia civil y el derecho penal. Hasta hace poco tiempo el sector salud no tenía participación en esta problemática y se limitaba a asistir y curar lesiones físicas en los servicios de emergencias médicas o a derivar las consultas por violencia de género hacia otras instituciones vinculadas al orden social (Minayo, 2005).

A partir de la década del 60 en Estados Unidos se empieza a prestar atención desde la rama de la pediatría, a lo que finalmente se denominó el síndrome del bebé golpeado, plantándolo como un problema para el crecimiento y desarrollo de los infantes. A partir de ahí se comienza a observar el fenómeno de la violencia doméstica desde otra óptica. Para los años 70 varios países ya habrían constituido organizaciones y programas asistenciales para detectar y prevenir la violencia dentro del ámbito familiar (Minayo 2005).

De la mano de las teoristas feministas de los años 70 surgirá una filosofía que buscará la emancipación y sensibilización femenina sobre todo en contra del dominio y opresión de la cultura patriarcal. Surge la violencia de género como categoría que urge ser investigada y aumenta entonces, la producción científica y teórica en situaciones de agresión física, psicológica, mutilaciones, asesinatos, abuso sexual, y logra situarse en la agenda pública de muchos países. Estos cambios del plano social y político que en América latina comenzaran a vislumbrarse hacia los años 80 logrando poner en situación al principio de manera muy tímida al sector salud dentro de la discusión y planteamiento de la violencia de género como problema de salud (Minayo 2005).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) comienza a cumplir un rol fundamental sosteniendo que la violencia en todas sus formas debería ser prioridad en la agenda de discusión y actuación para América Latina recién a partir de 1994 (Violencia y Salud. Res n° XIX, 1994).

Puesta a problematizar a la violencia en palabras de Minayo resulta ser:

“un problema de la praxis sociopolítica que afecta materialmente los sistemas de salud, sus costos, su organización y abarca también a los profesionales de la salud como actores que reproducen, contribuyen para superar o exacerbar sus expresiones” (Minayo, 2005 pág. 77).

Existe aún en nuestros días un gran desconocimiento de la sociedad acerca de las formas silenciosas y naturalizadas de violencia de género que conviven en todos los sectores y también sobre sus daños y consecuencias para la salud de las personas.

Al tiempo que Minayo sugiere mayor participación de los sectores médicos, de atención primaria y servicios de urgencia en capacitación sobre VG y destaca:

“es importante buscar una especialización mayor en la atención a las víctimas para: monitoreo de las ocurrencias; sistematización, ampliación y consolidación de la atención prehospitalaria, asistencia hospitalaria a los lesionados y a los traumatizados; estructuración y consolidación de la atención posthospitalaria; capacitación de recursos humanos y, todo esto, acompañado por estudios e investigaciones que delimiten y evalúen las acciones del sector” (Minayo, 2005 pág. 77).

## **ESTADO DEL ARTE**

Existe numerosa bibliografía que da cuenta de la violencia de género como problema de salud, así como también se ha investigado sobre el accionar de los trabajadores de la salud en relación a esta problemática. Si bien se han estudiado las prácticas del personal de salud y particularmente del personal de enfermería, pocos estudios han hecho hincapié sobre las representaciones sociales en torno a la violencia de género.

### **Prácticas y detección precoz:**

Algunas investigaciones revelan que entre un cuarto y más de la mitad de las mujeres han sufrido al menos un episodio de VG a lo largo de su vida. Esto indica que, a pesar de la elevada frecuencia, existe un sub-registro de casos de VG en el sector salud, ya que surge una dificultad para diagnosticar y de registrar dichos casos que suelen encubrirse como accidentes domésticos y lesiones casuales. Esta situación hace que se estudien en profundidad los aspectos que hacen a la prevención y detección precoz de la VG (Franzoi y col, 2011).

Según un estudio realizado en Brasil en el año 2011 de la mano de Franzoi y col, los profesionales de la salud tienen internalizada cierta representación sobre el problema de la VG que muchas veces se traduce en omisión de cuidados, de empatía y de solidaridad hacia las mujeres que consultan por esta problemática. No sienten, además, tener herramientas para lidiar con estas situaciones en la consulta definiendo su actuación como de una “impotencia paralizante” y dejando claro el vacío existente tanto en la formación profesional como en la organización de los servicios de salud para atender a las mujeres que consultan por VG. En este trabajo los investigadores toman como objetivo de la investigación conocer y analizar bajo la perspectiva de género, las concepciones que los profesionales de los equipos de salud del municipio de Araracuara tienen en relación a: mujer, hombre y violencia de género. De este trabajo se toman elementos de los resultados obtenidos luego de aplicado el instrumento y sus conclusiones (Franzoi y col, 2011).

El trabajo de Pascua Valea (2015) realizado en España sugiere la valoración de los usuarios por parte del personal de enfermería y utiliza los patrones funcionales de Marjory Gordon. Esta investigación tiene como objetivo describir la violencia de género como un problema de Salud Pública determinando su alcance, magnitud, consecuencias, costes económicos, con el fin de que el personal sanitario correctamente formado sea capaz de detectar de forma precoz los casos de violencia así como también determinar las competencias de conocimientos, habilidades y actitudes necesarias en los profesionales de enfermería para prestar atención a las víctimas de VG; destacar la importancia de la comunicación en la relación terapéutica con la víctima; proponer formas de identificación y detección de los casos de violencia y por ultimo mejorar el abordaje multidisciplinar de la víctima. Se trata de una revisión bibliográfica que toma como población al personal de

enfermería de España y se toman principalmente elementos del marco teórico para enriquecer el abordaje de este proyecto.

Se realiza un análisis sobre cómo percibe su estado de salud la persona que acude al sistema de salud a solicitar ayuda, cuál es su nivel cognitivo-perceptual, como se relaciona con sus vínculos cercanos, alimentación, descanso, auto percepción, el nivel de estrés al que se encuentra sometida la persona. El mismo estudio explica la importancia del personal de enfermería en los servicios de atención de urgencias y primer nivel de atención, dada la cercanía con la comunidad ya que son los primeros profesionales de la salud en tomar contacto con la víctima (Pascual Valea, 2015).

Este trabajo ofrece herramientas para el personal de enfermería que trabaja en los sectores antes mencionados a fin de realizar un abordaje de la problemática de modo seguro teniendo en cuenta los diferentes aspectos en la vida de la mujer víctima de violencia de género que pueden verse afectados por esta situación. En base a esta valoración, el trabajo hace aportes en relación a la detección precoz, pero no indaga acerca de los sentimientos, temores, prejuicios, creencia etc. que puedan referir los enfermeros y enfermeras que trabajen en los sectores antes mencionados.

En relación al rol del personal de enfermería en la detección precoz afirma que existen elementos que deben ser tenidos en cuenta al abordar a una mujer que consulta en el CAPS como indicadores de VG:

Incoherencia entre la exploración y el mecanismo de producción que refiere.

Historial de “accidentes” frecuentes

Retrasos u olvidos de citas.

Actitud evasiva, mirada huidiza, confusión, actitud deprimida, tristeza.

Calificación desvalorada de sí misma: torpe e incapaz.

Problemas con alcohol o drogas.

Huellas de golpes, hematomas o heridas en diferentes partes del cuerpo. Por ejemplo, un desgarro del lóbulo de la oreja puede indicar un arrancamiento del pendiente o la existencia de hematomas en la región dorsal puede hacer pensar en que la víctima adoptó una posición de defensa al proteger su cara y tórax (Pascual Valea, 2015 pág. 20).

Coll Vinent y col. (2005) afirma en su investigación que existe un bajo porcentaje de profesionales que consideran que se trata de un problema de salud, y también hay una baja consideración del papel de los servicios médicos ante este problema ya que pocas personas acuden por este problema al hospital, aunque estas consideraciones contrastan con los resultados de dicho estudio, que indican que aproximadamente un 20% de las mujeres que acuden al médico padecen algún

tipo de violencia y con la percepción que de este problema tienen los profesionales de otros países. A pesar de que se recomienda la detección sistemática hay dificultades para que esto sea así.

En este estudio el objetivo es evaluar la atención del personal sanitario del Hospital de Clínicas de Barcelona frente al fenómeno de la violencia de género durante el año 2005. Se toma de este trabajo resultados y recomendaciones posteriores.

En el mencionado trabajo no se preguntó específicamente por la tasa de detección, pero sí indirectamente al preguntar si se había detectado algún caso alguna vez, e igualmente el resultado fue bajo, quizá porque no se reconoce como parte del trabajo habitual. Los resultados muestran un gran desconocimiento del tema por parte de los profesionales de la salud. Los ítems específicos para valorar el conocimiento y el grado de formación también muestran unos resultados muy escasos ( Coll Vinent y col, 2005).

### **La importancia de la comunicación y el rol de enfermería:**

El trabajo de Pascual Valea (2015) aporta elementos en cuanto al rol comunicacional del personal de enfermería prestando especial atención a las capacidades actitudinales y a la atención individualizada de las mujeres, teniendo en cuenta las características particulares de cada una de ellas para poder brindar respuesta a cada necesidad (Pascual Valea, 2015).

La comunicación de manera terapéutica es fundamental tanto para la persona que acude en busca de una respuesta como para el personal de enfermería que intentará desarrollar ciertas habilidades para poder generar un espacio de escucha activa y empatía.

Existen ciertos elementos a tener en cuenta dentro del espacio de la entrevista, identificados como facilitadores al momento de dar respuesta a mejorar la comunicación con las mujeres. En principio la atención, el profesional tiene que escuchar con interés a la paciente y ésta debe percibirlo, mirándola a los ojos y con una actitud corporal firme y orientada hacia ella. Hay que tener cuidado con la comunicación no verbal, es decir, no hay que mostrar expresiones de asombro o desinterés. Otra herramienta comunicacional es la empatía, debe realizarse una escucha activa sin interrupciones y sin emitir juicios. La mujer debe percibir que el profesional la entiende y comprende su angustia. También debe existir cierta claridad del lenguaje, el lenguaje utilizado por el profesional tiene que ser el adecuado dada la especial situación, y que en muchas ocasiones la mujer está sometida a elevados niveles de ansiedad. Otro elemento fundamental es el buen uso de silencios, el respeto de los silencios durante la entrevista es muy importante ya que va a permitir a la mujer reflexionar acerca de lo que quiere comunicar y, además, da la oportunidad de expresar sus sentimientos. Debe estar presente la retroalimentación, va a permitir comprobar que la mujer comprende la información recibida durante la entrevista. Dependiendo del momento de la entrevista, se realizarán unas u otras preguntas para que la mujer sea más o menos precisa en sus respuestas



y, así, se facilitará la reflexión. Hay que preguntar de forma clara y directa, de manera respetuosa, todo esto es muy importante para que la paciente no se sienta juzgada y sí comprendida. También se favorece el clima de la comunicación en la relación terapéutica cuando se le hace saber a la mujer que se le cree y que sus sentimientos son normales y comprensibles (muchas veces sienten amor y odio al mismo tiempo hacia su pareja), se deben transmitir mensajes positivos y resaltar sus logros y capacidades, apoyar sus decisiones, ofrecer información que le ayude a comprender lo que está pasando (Pascual Valea, 2015).

El buen uso de los silencios es muy importante, ofrece una herramienta indispensable ya que permite desarrollar una actitud de escucha activa. La escucha activa demuestra existe interés y aceptación por el relato del otro, por entender también sus silencios, si existe incomodidad o no. Muchas mujeres ante una consulta por VG pueden permanecer en silencio reflejando angustia o ansiedad ante la situación que la preocupa. Además, en este contexto, la empatía que se manifiesta a través de gestos, miradas y el respeto por estos silencios hace que la mujer consultante se sienta contenida y apoyada al momento de relatar su experiencia. Toda esa información que el personal de enfermería obtiene dará cuenta de lo que la persona siente, sus creencias, como impacta en ella esta situación, sus expectativas, lo que necesita en ese momento (Gonzalez Aller, 2014).

De este trabajo se desprende que el objetivo es, a partir de una revisión bibliográfica contribuir a actualizar los conocimientos sobre la comunicación terapéutica de las enfermeras al momento de realizar atenciones en el consultorio.

### **Representaciones sobre Violencia de género:**

Entendidas las Representaciones Sociales como construcciones históricas, culturales, sociales y psicológicas significativas para analizar la violencia de género, permiten la visualización de la complejidad de los aspectos que la contienen.

Las diferentes vertientes del feminismo comparten su compromiso político y ético por la defensa de las mujeres, así como de los grupos subordinados por el patriarcado, y a la vez están comprometidas con la producción de conocimientos que contribuyan a tal propósito (Ariza Sosa, 2013).

Ariza Sosa (2013) basada en investigaciones feministas asegura que es importante señalar que entre los dispositivos sociales de dominación simbólica de las mujeres, que operan a nivel individual y colectivo e indican la existencia de un patrón de legitimación y reproducción de la violencia de género, se han señalado la minimización, la idealización, la privatización, la justificación, así como la equiparación de la violencia femenina con la violencia masculina en las relaciones de pareja. La minimización consiste en restar importancia a la magnitud y gravedad de los actos violentos contra las mujeres; la idealización se refiere a la consideración del hogar como el lugar más seguro para

las mujeres cuando las estadísticas demuestran exactamente lo contrario; la privatización se presenta cuando se estiman las agresiones en la pareja como asuntos del ámbito íntimo, privado y que no requieren intervención social, ni penal, ni familiar. La justificación se refiere a la representación de que a las mujeres o bien “les gusta” o bien hicieron algo “para merecer” tal violencia. La equiparación, como su nombre lo indica, significa afirmar que es igualmente frecuente y grave la violencia que los hombres ejercen en las parejas que la que ejercen las mujeres, desconociendo las asimetrías de género (Ariza Sosa, 2013).

En el mismo estudio se concluye que si bien las mujeres tienen una representación social de subordinación ante el hombre, tanto hombres como mujeres comparten la creencia de cierta superioridad moral de las mujeres respecto de los hombres. Dicha superioridad moral consiste en la consideración de que las mujeres tienen una mayor capacidad para diferenciar aquellas conductas apropiadas de las que no lo son, por lo tanto, pueden aconsejar a sus parejas acerca de cuál decisión tomar y en qué momento hacerlo. Este discurso de la excelencia femenina, no obstante, puede interpretarse como paradójico ya que aparentemente se refiere a cierta superioridad, contribuye a la subordinación de las mujeres al patriarcado y a mantenerlas en el ámbito doméstico. Paralela a esta idea de la superioridad moral femenina surge la representación de la superioridad física masculina (Ariza Sosa, 2013).

En el mismo estudio, al analizar las representaciones sociales de los trabajadores y las trabajadoras de salud se expresaron discursos conservadores y muy tradicionales, con tendencia a culpabilizar a las víctimas, con predominio de representaciones hegemónicas. De este modo, los hombres mayores de 45 años expresaron compromisos éticos condicionados por las historias personales y posturas distantes sobre el riesgo de muerte de las afectadas. Las mujeres de mayor edad atribuyeron la violencia en las relaciones de las parejas que atienden, al cambio en los valores entre los cuales resaltaron el respeto, la honestidad y la tolerancia. Resaltaron el papel de las mujeres en la transmisión inter-generacional de las representaciones sociales patriarcales, lo cual puede ser interpretado como un punto de fuga en su discurso, al contradecir la denominada “pérdida de los valores” que señalan de forma reiterada (Ariza Sosa, 2013).

En las representaciones sociales que hacen visible las asimetrías de poder se pueden incluir la incipiente construcción de autonomía política femenina y el desconocimiento de los derechos de las mujeres, por amplios sectores de la población, lo cual incluye a algunos de los mismos profesionales intervinientes (Ariza Sosa, 2013).

En este estudio el objetivo que se plantea es comprender las representaciones sociales de las personas agredidas, agresoras y quienes les atienden, sobre la violencia en las relaciones de

pareja, en los contextos histórico, sociocultural, político y económico de la ciudad de Medellín, en la primera década del siglo XXI.

Un trabajo realizado en México a cargo de María Pozzio demuestra que la especialidad médica ginecobstetricia atraviesa un importante proceso de feminización pero que en relación a las prácticas que se prestan poco se ha modificado ya que se ejerce aun por parte de las congéneres maltrato y violencia, atribuidas al poder/saber médico. En este trabajo Pozzio se plantea realizar un análisis desde la categoría de género, y con ello, prestar atención a lo que sucede en una especialidad médica, la ginecobstetricia, que desde sus orígenes tuvo vinculaciones con el control del cuerpo femenino. Para ello realiza entrevistas a profesionales médicos que atienden la salud de la mujer en la ciudad de México entre noviembre de 2011 y noviembre de 2012. Se toman conceptos para enriquecer el marco teórico y además es relevante para analizar cómo influye la formación médico-hegemónica, muy similar a la formación del personal de enfermería, en el ejercicio de prácticas poco empáticas hacia las mujeres (Pozzio, 2014).

Según Franzoi y Col en su estudio, la construcción social de género es la responsable de la naturalización de la violencia, tanto para hombres como para mujeres. En este trabajo los profesionales de la salud declararon que existen barreras culturales que dificultan el tratamiento de la VG, y que la “guerra” siempre comienza en casa, haciendo referencia al ámbito doméstico como consecuencia de la falta de respeto mutuo. No atribuyen estas situaciones a la pérdida del status quo por parte del hombre ni a la progresiva ocupación de espacios laborales y sociales por parte de la mujer (Franzoi y col, 2011).

Otro estudio, realizado en Lisboa, Portugal, se plantea como objetivo analizar las representaciones sociales de un grupo de enfermeras y enfermeros alumnos de la licenciatura de enfermería en relación a la violencia de género, se aplicó una encuesta a ciento cincuenta enfermeras y enfermeros. Según Leal y Col los resultados señalan que las representaciones sociales de la violencia contra la mujer están restringidas al universo consensual por el cual se producen, constituido sobre todo por los diálogos informales y la vida cotidiana, y es aquí donde la violencia no es entendida como un problema de salud ( Cezar Leal y col, 2011).

En Barcelona, España, se realizó un estudio aplicado a todo el personal médico y de enfermería de un hospital clínico, en el año 2005 en el que se buscó evaluar la opinión del personal frente al fenómeno de la violencia de género y su relación con salud. Respondieron 287 profesionales. La mayoría de los encuestados (87,1%) consideró que era un problema importante, pero no veían como un problema de salud. El 60% consideró que podía tener un papel relevante en la detección de esta situación. En general, valoraron como muy baja su preparación para atender a este tipo de pacientes. El personal de enfermería era más sensible al problema y se consideraba más preparado

que el personal médico. Los profesionales de la salud están sensibilizados frente al problema de la violencia de género, pero no lo consideran un problema de salud y aducen falta de preparación para abordar este tema ( Coll Vinent y col, 2005).

## **OBJETIVO GENERAL**

Describir e interpretar las representaciones sociales del personal de enfermería de atención primaria del Área programa Río Colorado sobre la violencia de género durante el primer semestre del año 2022.

### **Objetivos específicos**

Identificar las representaciones sociales en torno al rol que cumplen en la prevención y detección precoz de situaciones de violencia del personal de enfermería del primer nivel de atención del hospital de Río Colorado durante el primer semestre del año 2022.

Explorar las representaciones del personal de enfermería de APS acerca de las experiencias de atención de mujeres que sufrieron VG, durante el primer semestre del año 2022.

Analizar cómo operan las experiencias previas y las vivencias personales sobre violencia de género al momento de la asistencia de mujeres que padecen VG.

## **METODOLOGIA**

### **Diseño de Investigación:**

Se realizó un estudio cualitativo, de tipo transversal de carácter descriptivo (Minayo, 2004).

Tanto en la investigación epidemiológica como en la indagación cualitativa las unidades de observación y análisis pueden ser muy diversas: personas, familias, grupos, instituciones, áreas geográficas o culturales, períodos, otras unidades de tiempo, programas, documentos, combinaciones de varias de las anteriores, entre otras. Los cambios que sufren al paso del tiempo los procesos sobre los que se indaga interesan también a ambas modalidades, si bien cada una de ellas los aborda en forma diferente (Martinez Salgado, 2012).

En toda investigación cualitativa el interés fundamental no es la medición sino la comprensión de ciertos fenómenos y sobre todo de procesos sociales en su amplia complejidad, por este motivo interesa indagar en torno al significado que tienen estos procesos para los y las protagonistas de la investigación, y el lugar que ocupan dentro del contexto social, histórico y cultural del que forman parte (Martínez Salgado, 2012).

El enfoque cualitativo resultó ser el método privilegiado para captar como las enfermeras experimentan, contextualizan y dan significado a la violencia de género. Explorar las representaciones sociales a partir de esta metodología implica integrar el elemento afectivo y la propia subjetividad (Maffia, 2010).

La investigación cualitativa elige sus unidades de estudio para lograr un conocimiento intensivo, profundo y detallado de y sobre los casos en los que tiene lugar el fenómeno que interesa, generalizable a otras situaciones en las que el fenómeno sucede (Martinez Salgado, 2012).

Se le ha dado especial importancia al registro, análisis y relato construido por el investigador ya que será generador de resultados y de una visión interpretativa particular. Debió considerarse el rol del investigador en el ámbito laboral que se desempeña, al tomar como objeto de investigación a sus propias colegas enfermeras del primer nivel de atención, teniendo en cuenta los matices de la relación con cada una de ellas.

### **Población**

La población de estudio está constituida por personas en un rango de edades que va de los 45 a los 62 años que desempeñan tareas de enfermería, en sus diferentes grados de formación académica (auxiliares de enfermería, enfermeras profesionales y licenciadas en enfermería) en el primer nivel de atención del Área programa del Hospital de Río Colorado. Se tomó como unidad de análisis a la totalidad de las enfermeras (8) que trabajan en este sector del hospital de Río Colorado, distribuidas en los cinco centros de salud. Se planificaron entrevistas para cada una de ellas teniendo en cuenta que alguna puede decidir no participar.

Según algunos autores la población en estudio debe ser designada como “invitada a participar” así de esta manera se subraya que, en esta forma de trabajo, la aceptación de los informantes es un elemento conceptualmente imprescindible y éticamente intrínseco. Esto no es equivalente al denominado consentimiento informado de la investigación epidemiológica (informar a los integrantes de una muestra aleatoria sobre los propósitos de la investigación no necesariamente significa considerar su deseo de participar en el estudio, ni tampoco supone siempre un cabal respeto a sus intenciones, temores o rechazos (Martinez Salgado, 2012 pág. 615).

### **Entrada al campo**

Esta etapa es fundamental para garantizar la viabilidad de la investigación. Se trata de establecer una situación de intercambio y de diálogo entre el investigador y los entrevistados, entre quienes debe establecerse una relación de cooperación (Minayo, 2004).

Se considera la entrada al campo a partir del conocimiento del grupo a estudiar y en base a un principio fundamental: la relación con el Otro. La aspiración de cualquier trabajo de campo es la de incluir personas, historias y voces para posteriormente construir un dato sólido y significativo de conocimiento, y la única vía para lograrlo es la de relacionarnos con el otro (Robles-Silva, 2012 pág. 605).

Se definió cada encuentro en base a una rigurosa descripción del vínculo y la relación laboral existente entre la investigadora y el entrevistado. Los dilemas éticos durante este encuentro deben

ser resueltos y negociados situacionalmente durante el trabajo de campo, no siempre pueden ser postergados. Acercarse a estos dilemas es reconocer la deliberación subjetiva realizada por el investigador frente a situaciones problemáticas en su relación con el otro (Robles-Silva, 2012 pág. 605).

La práctica reflexiva es una herramienta que ha acompañado durante todo el proceso de trabajo de campo y también posteriormente al analizar los datos obtenidos.

Al iniciar el momento de la entrevista la investigadora presentó la propuesta describiendo los objetivos y la justificación planteados en el trabajo. Se explicó acerca de la importancia de participar en la investigación y se garantizó la confidencialidad y el anonimato de toda la información obtenida durante la entrevista. Se solicitó también el consentimiento para grabar el encuentro y se leyó el consentimiento informado estando ambas partes de acuerdo con los procedimientos. Se usaron seudónimos para preservar la intimidad de las participantes.

### **Periodo**

El estudio se planificó durante el primer semestre del año 2022 en los cinco centros de salud correspondientes al sistema del área programa Rio Colorado. Autores como Robles-Silva recomiendan cierta flexibilidad y disposición en relación a los tiempos que debe durar una entrevista, y la posibilidad de repetir los encuentros si el entrevistado lo deseara. Según Robles-Silva (2012) "El trabajo de campo es un proceso, tiene una entrada, una permanencia y una salida. Los tiempos de trabajo de campo están definidos de acuerdo a las necesidades de investigación en cada institución, es decir, son los tiempos sociales de la academia y no de los participantes los que rigen el trabajo de campo. El académico es quien decide cual es el momento ideal para iniciar, y las personas no saben hasta cuando se les invita a participar. Los encuentros están definidos por el ritmo del tiempo social de la academia (Robles-Silva, 2012 pág. 606).

Se naturaliza entonces el hecho de que el investigador maneja los tiempos y los encuentros. El tiempo social y académico se ve impuesto sobre el tiempo de la vida cotidiana del otro.

### **Fuentes de información y técnicas de recolección de datos**

#### **Fuentes primarias**

La entrevista según Minayo supone una conversación entre dos que permite propósitos bien definidos y que permite acceder hacia aspectos subjetivos relacionados con valores, opiniones y actitudes de las personas que no podrían ser obtenidos mediante técnicas cualitativas (Minayo, 2009).

Se realizaron entrevistas semiestructuradas como técnica de construcción de datos.

Este tipo de entrevistas se realizan cuando se requiere obtener una información específica. La entrevista no supone una conversación sin pretensiones y neutra, desde el momento en que se

inserta como medio de recolección de los hechos relatados por los actores, en cuanto sujetos-objeto de la investigación que viven una determinada realidad que está siendo focalizada. Sus formas de realización pueden ser de naturaleza individual o colectiva (Minayo, 2004 pág. 45).

Se elige la entrevista semiestructurada ya que posibilita al investigador obtener información concreta, guiar la conversación hacia los aspectos sobre los que le interesa indagar y además permite cierta libertad en el discurso del entrevistado (Apéndice 1).

Las entrevistas semiestructuradas se generan a partir de las preguntas de investigación ya formuladas según lo que se considera importante indagar existiendo la posibilidad de modificar algunas preguntas o agregar otras en el transcurso de la investigación. (Apéndice 1: guía de entrevista).

También se consideró en todo momento durante la entrevista realizar una observación participante que permitirá tener un registro de gestos, actitudes, miradas y posturas del entrevistado.

La entrevista como método interrogativo de las RS no se sitúa solo dentro de un proceso activo e interactivo, sino que también lo hace desde lo discursivo, donde el lenguaje le confiere riqueza y profundidad a la experiencia (Maffia, 2010).

También se llevó registro en un cuaderno de campo. El cuaderno o diario de campo es un instrumento que se utiliza en cualquier momento de la investigación. Según Minayo es un “amigo silencioso” que no puede ser subestimado en cuanto a su importancia. En él diariamente podemos asentar nuestras percepciones, angustias, cuestionamientos e informaciones que no son obtenidas a través de la utilización de otras técnicas. El diario de campo es personal e intransferible. Sobre él el investigador se vuelca con el objeto de construir detalles que en su sumatoria van a agrupar los diferentes momentos de la investigación. Requerirá un uso sistemático que se extiende desde el primer momento de la ida al campo hasta la fase final de la investigación. Cuanto más rico sea en anotaciones este diario, mayor será la ayuda que ofrecerá a la descripción y al análisis del objeto estudiado (Minayo, 2004 pág. 50).

Durante la investigación se llevó registro en el cuaderno de campo acerca de percepciones, opiniones, actitudes, comentarios que realiza el personal de enfermería en relación a la violencia de género, tanto en su ámbito de trabajo como en reuniones sociales a las que acuden. Esta herramienta es de vital importancia dado que la investigadora permanecerá en contacto permanente con el objeto de estudio.

## **Análisis**

Se realizó un análisis de contenido categorial en base a categorías teóricas previamente definidas. Las categorías analíticas propuestas para este trabajo son las siguientes: Representaciones acerca de la VG como aquellas creencias, saberes y sentimientos de las y los enfermeros sobre actos que causan sufrimiento o daño físico o emocional hacia las mujeres.

También aquellas representaciones sobre el rol de la enfermería en la prevención y detección precoz de situaciones de violencia: Aquí se indagó sobre las creencias, sentimientos, saberes y vivencias acerca de la función de la enfermería en la detección precoz y prevención de la VG. En esta categoría se incluye la información recibida durante la formación académica, capacitación en servicio, cursos de postgrado, seminarios etc.

Además, las representaciones acerca de las experiencias previas de atención a mujeres que han sufrido VG: En esta categoría se explicitaron las ideas, creencias y sentimientos acerca de la actuación de enfermería dentro del proceso de atención de una mujer que consulta por VG en el ámbito del primer nivel de atención.

Y por último, las representaciones acerca de las propias vivencias sobre VG: En esta categoría se investigó sobre aquellas creencias, sentimientos y saberes acerca de la propia experiencia sobre la VG.

### **Descripción de categorías**

Durante la clasificación de datos se planteó trabajar con categorías analíticas establecidas previamente de manera teórica en base a la revisión bibliográfica realizada y a la definición operacional seleccionada para este trabajo. También se trabajó con categorías empíricas que podrán surgir luego de aplicadas las entrevistas. Las categorías analíticas propuestas para este trabajo son las siguientes:

#### **Representaciones acerca de la VG**

Creencias, saberes y sentimientos de las y los enfermeros sobre actos que causan sufrimiento o daño físico o emocional hacia las mujeres.

#### **Representaciones sobre el rol de la enfermería en la prevención y detección precoz de situaciones de violencia**

Creencias, sentimientos, saberes y vivencias acerca de la función de la enfermería en la detección precoz y prevención de la VG. En esta categoría se incluye la información recibida durante la formación académica, capacitación en servicio, cursos de postgrado, seminarios etc.

#### **Representaciones acerca de las experiencias previas de atención a mujeres que han sufrido VG**



Ideas, creencias y sentimientos acerca de la actuación de enfermería dentro del proceso de atención de una mujer que consulta por VG en el ámbito del primer nivel de atención. Esta categoría incluye el relato del personal de enfermería sobre las experiencias sobre la atención a las mujeres que asisten a consultar al CAPS tras haber sufrido una situación de violencia. Se exploran sentimientos, creencias, sensaciones al recordar esas historias de vida.

### **Representaciones acerca de las propias vivencias sobre VG**

Creencias, sentimientos y saberes acerca de la propia experiencia sobre la VG. Incluye sentirse acerca de situaciones de violencia vividas en el ámbito familiar de la persona, relatos en primera persona sobre experiencias propias o cercanas.

### **Reparos éticos**

Las cuestiones éticas constituyen un importante debate dentro de la historia de las investigaciones cualitativas. Existen dilemas éticos y no están resueltos solo por el simple hecho de realizar una investigación cualitativa, sino que es fundamental poner en práctica un ejercicio auto reflexivo sobre las implicaciones éticas en cada etapa de la investigación (Robles-Silva, 2012).

Este proceso reflexivo debe estar presente en toda la investigación, pero sobre todo al momento de realizar la entrada al campo de trabajo.

Todas las enfermeras decidieron participar de la investigación y se les garantizó el anonimato y la confidencialidad de toda la información que ellas brindaron, asimismo se respetó la autonomía de cada informante, aclarando previamente a cada entrevistada, la posibilidad de interrumpir la misma cuando ellas lo desearan (Robles-Silva, 2012).

Se confeccionó un consentimiento informado donde se detallan los objetivos de la investigación, el uso que se les dará a los datos, se garantizó la confidencialidad absoluta y la devolución de los mismos al grupo participante. Los nombres que figuran en las citas textuales a las entrevistadas son seudónimos, que se utilizan para garantizar el anonimato de las participantes (Anexo 2).

La investigación fue revisada y aprobada por el Comité de Ética e Investigación de la provincia de Río Negro (Anexo 3).

## **Resultados**

### **Representaciones sociales acerca de la VG**

Predomina en las entrevistadas el sentimiento de bronca e impotencia ante una imagen o noticia relacionada con la VG, así como también la preocupación relacionada con los femicidios. También se hace referencia al silencio que el tema provocaba como tabú en la sociedad. Hay una percepción de un aumento de casos de violencia de género.

“...antes casi no se hablaba de este tema...” (Estela, 16/02/2022).

...la violencia es el maltrato físico y también verbal...siento bronca, rabia, impotencia...” (Estela).

“...tenes la violencia psicológica, física, de todo tipo, sexual. “...hay mucha más violencia me parece. De lo que yo veía antes, hay mucha más violencia, lejos...” (Adriana, 12/04/2022).

”...Me imagino a una mujer golpeada claro, pero, puede haber violencia verbal, psicológica...”...me pone muy triste...” (Marisol, 23/03/2022).

La mayoría de las entrevistadas identifica la violencia de género en términos de violencia física y verbal, en menor medida explican la violencia sexual y psicológica, y ninguna de ellas se refiere a la violencia simbólica y patrimonial. Se menciona el ejercicio del poder que sostiene el hombre cuando somete a la mujer.

“...cuando una persona ejerce sobre otro un poder, y que uno no tiene que dejarse mandonear por otro” “Cuando un hombre ejerce su fuerza sobre una mujer...” (Marita, 27/04/2022).

Cabe destacar que varias entrevistadas comparan como se percibía la VG en una época pasada y como se encuentra la sociedad ahora con este tema, coincidiendo en que la problemática resulta ser cada día más relevante y se habla más del tema. Una entrevistada sostiene percibir más violencia en estos tiempos que hace unos años. También se hace una reflexión sobre el modo de mirar y validar estos hechos de violencia como cotidianos y naturales, observando que en algún momento se padeció de esa misma violencia tal vez sin registrarlos del todo.

“...El sexo débil, que antes se creía débil ahora está empezando a pelearla...” “...uno lo tomaba con naturalidad y que ahora se sabe en realidad eso también es una forma de violencia y que en algún momento la viviste...” (Teresa, 28/06/2022).

“...a veces me transformo, me produce también una violencia contra la persona que hizo eso. Me dan ganas de ir y también...” (Marita).

“hay mucha más violencia me parece. De lo que yo veía antes, hay mucha más violencia, lejos...” (Candela, 10/06/2022).

Al concepto de que hoy existe mayor violencia que en el pasado también se suma la creencia de que la violencia de género sigue siendo una problemática que involucra al ámbito privado de las personas, donde no se puede intervenir por lo tanto tampoco detectar precozmente.

“...me da bronca que uno no pueda involucrarse más con ese tipo de cosas  
Porque son tan delicadas ¿viste?...” (Adriana).

Dos de las entrevistadas también comparan la violencia sufrida por las mujeres con aquella que puede padecer un hombre en manos de su pareja mujer.

“...y no solamente contra la mujer, sino que también hay hombres que son violentados. Así que en realidad no es exclusivo contra la mujer. Se ve que es más contra la mujer y por ahí los niños, pero los hombres también sufren la VG” (Candela).

“...es la agresión a cualquier persona, tanto hombre como mujer...” (Antonella, 22/07/2022).

“...una como mujer no quiere que otras mujeres pasen por violencia, tampoco los hombres, porque hay hombres que también son violentados...” (Valeria, 11/07/2022).

En menor medida se observan comentarios donde se minimiza la problemática de la violencia de género como así también las denuncias que realizan las mujeres que la padecen, dándoles el carácter de popular y de nueva moda. También aquí aparecen comentarios descalificando a la mujer y poniendo en duda la denuncia y por lo tanto la agresión recibida.

“...es como que se puso de moda...” (Valeria).

“...hay que tener cuidado con las denuncias y todo eso. Escuchar siempre las dos campanas ¿Viste?” (Valeria).

Una de las entrevistadas explica la violencia verbal y la ubica en una posición de menor gravedad en relación a la violencia física, sin mencionar otros tipos de violencia, aunque puede empatizar con la persona que padece VG desde el común denominador de género.

“... hay otra violencia que es la de los insultos y el maltrato verbal. Eso también es violencia, menos grave capaz, pero también...” (Antonella).

“... me da mucha bronca, impotencia porque soy mujer también “(Antonella).

Todas las entrevistadas coinciden en relación a los sentimientos que les provoca la VG cuando mencionan a la bronca y la impotencia.

### **Representaciones sobre el rol de la enfermería en la prevención y detección precoz de situaciones de violencia**

En relación al rol que la enfermería debe o debería ejercer, las citas demuestran desconocimiento en torno a actividades de prevención y detección precoz. También hacen referencia a la sobrecarga laboral y a que el tema pareciera ser no tan importante o tan urgente.

También se hace referencia a la inutilidad y descreimiento de ciertas intervenciones realizadas en el pasado. Algunas mencionan la necesidad de trabajar en equipo o de conformar uno para trabajar estas situaciones. Se observa cierta inexperiencia acerca de lo complejo de la problemática y se la relaciona con un aspecto de la vida privada de las personas. Y cuando se cita a la prevención y detección precoz, no se encuentra información clara acerca del rol de la enfermera en esta situación.

“Es muy difícil hacer un diagnóstico, acá la mujer que viene no te dice nada. ¿Cómo hacés? No se puede, son temas de la vida privada de cada uno” (Valeria).

“Nosotras solas mucho no podemos hacer, porque acá atajamos de todo, y a veces ni el médico viene...” (Marisol).

“Estamos con tanto laburo que ni siquiera...lo pasamos por alto, hay otras cosas que son más urgentes” (Adriana).

“Vos sola no podes hacer nada, ahí tiene que intervenir la trabajadora social...” (Estela).

“...es muy difícil porque a veces la persona que tenes en frente por ahí te cuenta que sufre violencia, pero por ahí capaz no te cuenta nada...” (Estela).

“Desde todos los años que tengo nunca he visto que se haya solucionado nada, a veces la ayuda que uno ofrece queda en el aire...” (Marita).

“Tampoco yo sé muy bien que tenemos que hacer ¿Cómo la prevenís? No sé si se puede...porque si una mujer está enamorada le cree al tipo...y es muy difícil que salga de ahí” (Antonella).

Dos entrevistadas explicaron que, si bien era una dimensión compleja a la que se suman otras relacionadas con las premuras del trabajo cotidiano, es posible generar un espacio de escucha activa donde la persona pueda recibir la ayuda que necesita en el centro de salud.

“...Yo creo que se puede y es necesario, porque a veces el primer contacto es con la salita, cuando vienen al control con los nenes, porque es la puerta de entrada de la mujer...muchas veces es el único lugar que tienen para pedir ayuda...” (Teresa).

“...desde la salita se puede ayudar más que trabajando en el hospital, porque acá conocemos a la gente, y hay más confianza también, hay contacto cercano, se habla mucho con la gente, capaz eso ayuda, pero no sé bien. En el hospital no conoces a la que te atiende, ahí es más difícil...” (Antonella).

La mayoría de las entrevistadas desconocen el funcionamiento de grupos de apoyo relacionados con la VG. También se hace referencia a alguna actividad realizada con motivo de NUM y pueden recordar algún taller del que hayan participado. Todas coinciden en la falta de capacitación recibida desde la institución y organismos de gobierno. Una de ellas menciona a la agrupación Socorristas, encargada del acompañamiento de personas que solicitan la interrupción voluntaria del embarazo (ILE), y la confunde con una ONG de ayuda a mujeres que pasan por situaciones de violencia, desconociendo el rol de dicha agrupación. Varias desestiman la importancia y a su vez la urgencia para trabajar en el tema, refiriendo pocos conocimientos y pocas capacitaciones, además, sin manifestar preocupación por la situación.

“...una vez al año como que nos acordamos esa fecha, y después se paraliza y no se trabaja...” (Estela).

“...capacitación no recibí nunca ninguna” (Estela).

“He participado en un grupo después todo quedó en la nada” (Marita).

“Acá me enteré que hay una Comisaria de la mujer, pero después no sé si hay algo más...” (Marisol).

“A nivel local y presencial no, capacitaciones nada” ¿Las socorristas no están para eso?” (Teresa).

“Parece que no es un tema urgente, a nadie le importa...” (Antonella).

Dos participantes hacen referencia curso de la Ley Micaela, señalando lo interesante de los temas trabajados en dicha capacitación, pero a la vez resaltado lo insuficiente que les resultó realizar un curso virtual. Una de ellas manifiesta no haber podido acceder a dicha enseñanza. Se hace presente el concepto de obligación al momento de tomar la formación como un hecho sobre el que ellas no pueden decidir y sobre el que tal vez hubieran decidido no hacerlo. Se observa el bajo impacto que tuvo en general la implementación del curso, y las dificultades que existieron con la modalidad virtual

“Hace tiempo nos obligaron a hacer por internet un curso de la Ley Micaela, pero era virtual, no me pareció muy bueno, porque era desde la computadora...” (Valeria).

“Esta la ley Micaela, por ejemplo, que nunca tuvimos acceso desde acá...” (Marita).

Las entrevistadas refieren que hoy las mujeres se defienden más de las situaciones de violencia, y están en una situación de mayor conocimiento acerca de lo que es la VG, también hay menciones acerca como fue cambiando el rol de la mujer en la sociedad, de manera indirecta las citas intentan explicar los avances del feminismo en este sentido. Pueden dar cuenta de que en el pasado existía una naturalización de las situaciones de violencia de género, y además refieren como hecho normalizado quedarse en la relación y aceptar vivir estas situaciones. Recuerdan a su vez, una participación en una convocatoria realizada por el colectivo Ni Una Menos en el año 2015, y el relato en todos los casos resalta lo positivo de la experiencia. Como en otros momentos de la conversación, vuelven a mencionar que, si bien hay más información, nadie sabe demasiado sobre el tema, aunque se observa una representación positiva sobre el hecho del aumento de información circulante, sobre todo en términos de conocimiento acerca de los derechos de las mujeres, y mayor toma de decisiones por parte de las mismas.

“La mujer se defiende más ahora que antes. Antes vos te quedabas (en la relación), te decían: ¿para qué vas a hacer la denuncia si todo queda en la nada?, ahora las mujeres enfrentan más la situación...” (Marita).

“...Una vez marchamos por la pedir por Ni Una Menos, todas las compañeras de los puestos marchamos con la gente, estuvo bueno...” (Marisol).

“...Es un tema que recién está saliendo a la luz y creo que nadie sabe mucho. Ahora en todas partes tenés más acceso para poder pensar distinto, y si es para tu bien, bienvenido sea, pero antes mataban a las mujeres y nadie se enteraba, las golpeaban y las dejaban encerradas cuatro o cinco días y nadie sabía que pasaba...” (Teresa).

“...recién estoy empezando a ver bien, como se está difundiendo más, sobre todo los derechos de la mujer derecho a no ser violentada, maltratada, ahora lo veo, pero antes era un tema muy tabú, muy puertas adentro...” (Teresa).

Los comentarios de las entrevistadas son positivos en cuanto a los aspectos relacionados con la prevención si se trabaja en equipo y de manera interdisciplinaria, aunque también dan cuenta de las dificultades en lo cotidiano.

“...Yo creo que por ahí se puede hacer algo si hay un buen equipo interdisciplinario. Este es un tema de todos los barrios y no está muy charlado” (Marita).

“...es muy difícil hacer un diagnóstico acá la mujer viene y a veces no dice mucho” (Valeria).

## **Representaciones acerca de las experiencias previas de atención a mujeres que han sufrido VG.**

Quienes recordaron haber asistido a una mujer en situación de violencia refieren en su mayoría haber derivado a la persona a diferentes sitios como por ejemplo la comisaria o la guardia del hospital. La gran mayoría de las entrevistadas refieren desconocimiento sobre el accionar profesional ante una consulta por VG, protocolos de atención, falta de herramientas para trabajar en el momento. Una de ellas manifiesta cierto arrepentimiento por “no haber accionado correctamente”, según sus palabras, haciendo referencia a un suceso donde la víctima de VG no recibe acompañamiento por parte del equipo interdisciplinario y toma la decisión de suicidarse. La entrevistada refiere que hoy (este suceso fue hace más de veinte años) tendría una actitud diferente porque cuenta con más recursos e información.

También se menciona que, más allá de lo incomodo de la situación y del desconocimiento presente, surge la acción de llamar al personal de salud mental del servicio para que acudan en ayuda. En ningún caso manifiestan conocimiento acerca de un protocolo de atención ante estas situaciones, así como tampoco la puesta en marcha de un dispositivo que contemple otros actores dentro del sector salud y en otros ámbitos que trabajan con la problemática. En general, asumen una falta de preparación y falta de herramientas para el abordaje de estas situaciones.

“Que haga la denuncia. ¿Qué le voy a decir? A mí me faltan herramientas, ¿Cómo voy a atender eso yo?” (Adriana).

“...no sabíamos mucho como ayudarla. La tuve que mandar al hospital para que la ayuden allá. Nunca supe al final si fue...” (Antonella).

“Yo creo que sola no podría hacer nada, le diría que hiciera la denuncia donde corresponda” (Estela).

Algunas citas dan cuenta de la necesidad de acudir rápidamente al profesional de la salud mental de guardia, como primer referente dentro del equipo de atención primaria de la salud.

“...vino la chica golpeada llorando, con las compañeras no sabíamos que hacer, para donde disparar” ...nadie sabía qué hacer, llamamos a la psicóloga, la chica quedó esperando en el consultorio...” (Marisol).

“...se me ocurrió llamar al psicólogo” “...tampoco tengo las herramientas para poder no sé si solucionar...pero dar las herramientas necesarias a las mujeres, no sé si las tengo.” (Marita).

“...llamamos a los chicos de salud mental, la chica se terminó matando...creo que podríamos haber hecho otra cosa...” (Candela).

Dentro de las participantes que mencionaron nunca haber atendido a una mujer en esta situación, hay una que sugiere actividades relacionadas con la contención y el apoyo, como por ejemplo la escucha y la búsqueda de ayuda. También se sugiere el seguimiento de la situación desde el centro de salud.

Un testimonio sugiere que la víctima propicie el acercamiento y el diálogo con la pareja o ex pareja a fin de explicar la situación para que el abusador logre comprender lo grave de su falta y obviamente cese en su accionar violento.

Otra entrevistada simplemente que derivaría la situación a otro profesional de la salud o fuerza policial. Se hace presente, en un testimonio, la imagen que da cuenta que la violencia de género es un tema que no le incumbe a la enfermería, y que el rol predominante en estos casos es oficiar simplemente de nexo para que otros servicios e instituciones se hagan cargo de la situación.

“...yo llamo a los psicólogos y ellos que se hagan cargo, no sé, capaz a la policía también llamaría” (Valeria).

“...la escucharía y buscaría a alguien que la pueda ayudar porque ese es el momento y no después, cuando ella necesita ayuda...” (Teresa).

“...le diría que hiciera la denuncia donde corresponda. Que se la asista, no la dejaría abandonada...” (Teresa).

“...Tiene que enfrentar la situación y hablar con la pareja, explicarle que eso que está haciendo no está bien” (Teresa).

### **Representaciones sociales acerca de las propias vivencias sobre VG**

En relación a las propias vivencias, la mayoría de las entrevistadas comparten que han sufrido situación de violencia de género en el seno familiar, así como también explican que ellas mismas han pasado por alguna situación de VG en un tiempo pasado, o bien que hoy pueden comprender que aquello que se estaba padeciendo era violencia. Hay mayor información acerca de los tipos de violencias y una entrevistada manifiesta haber sufrido todos ellos. Las citas dan cuenta de que la violencia de género es un hecho frecuente en el seno familiar, ya que la gran mayoría de las entrevistadas la han padecido de con sus parejas o bien de manera indirecta con algún familiar. También se menciona una situación de abuso en el ambiente laboral que fue denunciada en una época pasada, donde la entrevistada refiere que no se tomó ninguna medida luego del hecho.



“...yo he tenido en mi vida violencia de todo tipo” (Adriana).

“Y ahora todo eso afloró y salió a la luz, y todo el mundo conoce, todo el mundo habla y eso abrió la mente de un montón de mujeres, entre ellas yo” “...porque yo sufrí abuso y lo denuncie hace muchos años, quedó en la nada” (Teresa).

“...yo viví la violencia con mi primer marido, si la pasé muy mal” (Antonella).

“Si, nos ha pasado en la familia, fue una situación muy desagradable, nos enteramos después igual” (Valeria).

Una de las enfermeras refiere no haber sufrido violencia en su matrimonio, pero en su testimonio da cuenta de una situación que se encuadra dentro de los parámetros de la violencia psicológica, la cual, obviamente, ella no distingue.

“...en lo personal no sufrí violencia. A mi directamente, mi ex marido me dejaba hablando sola y se iba...” (Candela).

Otra, recuerda los momentos vividos con dolor e impotencia, pero también culpabilizándose por haber permanecido en un vínculo violento. Aquí hay una creencia que relaciona el aprendizaje con el dolor.

“...Antes me acordaba y me largaba a llorar. Pero si, te dan ganas de pegarte a vos misma, porque ¿cómo podés ser tan pelotuda? Es así, ¿Cómo aprende una? A los golpes...” (Adriana).

Las participantes refieren que hoy están más informadas y que las mujeres en general cuentan con más herramientas para salir o evitar estas situaciones. Una de ellas comenta que trabajar dentro del sistema de salud fue de ayuda en su experiencia personal.

“...Uno trabajando acá, viendo otras cosas, tenés otra postura sobre la violencia, estás más informado y sabes que no te tenés que quedar aguantando golpes” (Candela).

“...creo que la mujer está saliendo de esto, está con otra mentalidad, conoce sus derechos” (Teresa).

Cuando se las interroga acerca de esta experiencia y la influencia que puede tener en la práctica al momento de atender a una mujer que sufre VG, la mayoría cita que puede servir de mucho, sobre todo al momento de detectar precozmente alguna situación de este tipo. Refieren que ahora pueden estar más atentas a brindar ayuda en caso de que sospechen de algún caso de VG. De todas

maneras, una entrevistada se permite diferenciar la experiencia previa sobre violencia y la capacitación necesaria para trabajar con la problemática, refiriendo que una no reemplaza a la otra. Hay citas que dan cuenta de la violencia vivida en otra época y la comparan con el cambio y avance social del momento presente sobre el tema, explicitando que hoy hay más información sobre el tema y que ellas mismas no se dejarían violentar.

“Ahora puedo decir que puedo estar más alerta, porque esas cosas pueden estar pasando, la violencia” (Estela).

“Sí, yo creo que influye, prestas más atención, sobre todo a las pibas más jóvenes” (Marisol).

“Hoy no permito que nadie violente a nadie. Si me doy cuenta que eso pasa abro los ojos. En lo personal siempre aguanté un montón, y ahora ya no...” (Teresa).

“La experiencia sirve, más vale, porque capaz te das cuenta mejor, pero hay que estar capacitado” (Valeria).

“Me di cuenta que muchas chicas podían vivir lo que yo había vivido y capaz ahora pueden tener la ayuda que yo no tuve...” (Antonella).

## Discusión

### Representaciones sociales acerca de la VG

La violencia de género es considerada un factor de riesgo para la salud física y psíquica de la mujer. Como consecuencia muchas veces se observa un deterioro de la salud física que puede manifestarse mediante lesiones traumáticas como cortes, fracturas, quemaduras o heridas, incapacidades parciales o permanentes como pérdida de audición, trastornos gastrointestinales, síntomas inespecíficos como cefaleas, tensión arterial elevada o dolor crónico, entre otros; también pueden surgir trastornos en la salud sexual y reproductiva de la mujer, por ejemplo, infecciones de transmisión sexual (ITS) como VIH, dolor pélvico crónico, infección urinaria o trastornos menstruales. La mujer puede embarazarse sin desearlo realmente. En el embarazo pueden producirse hemorragias, abortos, muerte fetal, lesiones fetales o partos prematuros, entre otros (Pascual Valea, 2015).

Es por esto, que la violencia de género representa una situación que tiene que ver con la vida de las personas mucho más de lo que frecuentemente se piensa. En relación a lo expuesto se observa que el personal de enfermería entrevistado no dimensiona la gravedad de la problemática ni todos los aspectos de la vida de la mujer que suele afectar cuando se produce, menos aún existe un registro del daño que puede causar en otros integrantes del grupo familiar que la vivencia, por

ejemplo, los niños y las niñas de la pareja. En este sentido, los resultados resultan coincidentes con el análisis de Coll Vinent y Col (2005) cuando afirma en su investigación que existe un bajo porcentaje de profesionales que consideran que se trata de un problema de salud, y también que hay una baja consideración del papel de los servicios médicos ante este problema ya que pocas personas acuden por este problema al hospital, aunque estas consideraciones contrastan con los resultados de dicho estudio, que indican que aproximadamente un 20% de las mujeres que asisten al médico padecen algún tipo de violencia doméstica y con la percepción que de este problema tienen los profesionales de otros países. A pesar de que se recomienda la detección sistemática hay dificultades para que esto sea así ( Coll Vinent y col, 2005).

Según un estudio realizado en Brasil en el año 2011 por Franzoi y col, los profesionales de la salud tienen internalizada una idea sobre el problema de la VG que muchas veces se traduce en omisión de cuidados, de empatía y de solidaridad hacia las mujeres que consultan por esta problemática, de manera coincidente con el presente trabajo, no sienten tener la formación necesaria para lidiar con estas situaciones en la consulta. Definen su actuación como de una “impotencia paralizante” y dejando claro el vacío existente tanto en la formación profesional como en la organización de los servicios de salud para atender a las mujeres que consultan por VG. Aquí, la mayoría de las entrevistadas logró identificar también en términos de bronca e impotencia a los sentimientos que surgen al momento de trabajar con una mujer que sufre violencia de género, y de manera coincidente con la hipótesis planteada, refieren pocos recursos o elementos desde lo teórico y práctico para atender a una mujer que sufre violencia de género.

No es de extrañar que la enfermería, atravesada por este modelo biomédico, se encuentre con escasas herramientas y también imposibilitada para determinar algunas acciones que tienen que ver con la detección de la violencia de género, problemática que ocupa a los sistemas de salud a nivel local y en todo el mundo.

Poniendo en palabras de Menéndez que la biomedicina forma y entrena profesionales preparados para tratar, curar y analizar a la persona desde una mirada biologicista, dando cada vez menos lugar dentro de la consulta a la palabra de la persona que asiste, se podría afirmar que los sentimientos de impotencia que el personal de enfermería refiere ante una situación de violencia de género tiene que ver con la escasa a o nula preparación en estos temas. Se forman profesionales incapaces de decodificar las referencias socioculturales de las personas, interesados en aplicar métodos diagnósticos y prueban clínicas para finalmente medicar a las personas consultantes (Menéndez, 2009).

No se puede pensar en estas representaciones donde surgen las asimetrías de poder, sin mencionar las concepciones e ideas acerca del poder que elabora M. Foucault, donde refiere que

existe un poder que todo lo envuelve, lo minimiza, lo reduce y que se encuentra en todos los sitios. Este poder se ejerce, y si bien nadie puede proclamar su propiedad, se sabe que el ejercicio del poder tiene una dirección dada. Es, claramente más sencillo determinar quien realmente no tiene poder (Foucault, 1999).

De estas desigualdades de poder también, las teoristas feministas se han ocupado de establecer diferencias claras cuando se expresan los términos violencia de género y femicidio. La expresión (violencia de género) puede usarse para describir la violencia contra las mujeres en su calidad de mujeres y no deben utilizarse los mismos términos describir la violencia contra los hombres en su calidad de hombres. Existe una falta de claridad en estos conceptos por parte de algunas entrevistadas, por ello resulta fundamental que estos conceptos sean analizados bajo la mirada de estas teorías. Se comprende que esta expresión se utiliza cada vez con más frecuencia para describir no solo la violencia física y psíquica sino también la discriminación económica y política. (Pitch, 2014)

Esto es fácilmente observable en varias entrevistadas, quienes ante el interrogante sobre que es la violencia de género, responden que puede ocurrir de manera bidireccional, y que es un término que refleja también aquel tipo de violencia que puede sufrir un hombre en manos de una mujer. Algunas entrevistadas utilizan la expresión violencia de género para hacer referencia justamente a los escasos casos donde un hombre puede ser violentado por una mujer.

En este sentido, puede verse reflejado como desde el lenguaje se introduce mucho de dominación simbólica en el estudio desarrollado en 2013 por Ariza Sosa quien señala que existen dispositivos de opresión de las mujeres que pueden operar tanto a nivel individual como colectivamente, y que muestran que existe patrones de dominación y legitimación de la violencia como por ejemplo la minimización, la justificación, así como también la equiparación de la violencia femenina, con la violencia masculina en las relaciones de pareja. Este mecanismo se observó en dos entrevistadas que al definir violencia de género explican también la violencia sufrida por los hombres, desconociendo las asimetrías de género existentes, como ya se mencionó en un párrafo anterior.

Desde la mirada de la antropóloga feminista Rita Segato la violencia se manifiesta no solo en el uso de este poder sobre el cuerpo de las mujeres sino también hacia los cuerpos feminizados, hacia la tierra en busca de explotación económica. La violencia se manifiesta como forma de profunda desigualdad, sostenida por una elite económica que busca la concentración extrema de las riquezas a costa de la destrucción de los recursos naturales, de la vida. Explica que la violencia tiene su raíz más profunda en la precarización económica, en la vulneración de derechos, en el trabajo esclavo y servil producido por la caída de los salarios dado que este paradigma de explotación actual

conlleva a la crueldad y a la desprotección de la vida humana, a la fragmentación y a la disminución de la empatía (Segato 2015).

En este sentido, las representaciones sociales explicadas como las creencias, sentimientos y saberes sobre los actos que causan sufrimiento a las mujeres, entendiendo las representaciones sociales como construcciones históricas, sociales y culturales que permiten visualizar los complejos aspectos que las contienen, logran visibilizarse en los testimonios recabados. Esto puede servir para analizar el campo de acción que tienen los y las profesionales de la salud, y en especial, las enfermeras entrevistadas, en relación a la violencia de género ya que una representación social es ni más ni menos que una preparación para la acción y también una herramienta que permite modificar y reconstituir los elementos del medio ambiente y el comportamiento en sí. Es por eso que el objeto de análisis, en este caso, las representaciones sociales acerca de la violencia de género, pueden darle sentido al comportamiento tanto individual como grupal e integrarlo a una red de relaciones proporcionando nociones y teorías que hacen estable la posición de cada profesional de la salud en torno al tema (Moscovici, 2002).

Existe, en los testimonios analizados, una idea acerca de la violencia como flagelo social pero también como cuestión que al ponerse de moda da lugar a la sospecha acerca de las denuncias realizadas por las mujeres. Estos conceptos dan cuenta de una mirada despojada de perspectiva de género, y de un relato anclado en nociones patriarcales y conservadoras.

También en el estudio de Ariza (2013) se encuentran coincidentes resultados cuando los y las trabajadores de la salud expresan discursos tradicionales, tendientes a culpabilizar a la víctima, además de minimizar la problemática, con predominio de representaciones hegemónicas. En las representaciones sociales que hacen visible las asimetrías de poder se pueden incluir la incipiente construcción de autonomía política femenina y el desconocimiento de los derechos de las mujeres, por amplios sectores de la población, lo cual incluye a algunos de los mismos profesionales intervinientes (Ariza Sosa, 2013).

La violencia de género opera como elemento disciplinador y de control sobre los cuerpos de las mujeres y además limita a las mujeres de derechos ciudadanos. Se afirma entonces que existe un acceso desigual a la ciudadanía como consecuencia del género, considerando que esta desigualdad no ha formado parte del interés público sino hasta hace pocos años y gracias a los movimientos de lucha feminista. La violencia hacia las mujeres comienza a formar parte de la agenda pública para luego ocupar un lugar en la agenda estatal, y sin lugar a dudas, a pesar de los esfuerzos tanto del estado como del activismo feminista, es un fenómeno que aún persiste. (Fuster Pravato, 2017). Cabe analizar el rol del estado en todos los ámbitos y la responsabilidad que compete al sector salud para subsanar estas desigualdades.

Esta desigualdad también ha formado parte del ámbito legislativo, ya que, en Argentina, recién en 1951 las mujeres pueden votar y un año después logran hacer su entrada en el Congreso. Aun hoy quedan resabios de la ley (N°18248 promulgada en 1969) que obligaba a las mujeres a usar el apellido del esposo seguido de la preposición “de” a sabiendas de que si se negaba a usarlo se consideraba una injuria grave y causal de divorcio para la mujer. Esta ley fue modificada en 2006. Si se tiene en cuenta, además que recientemente se modificó la ley sobre violencia intrafamiliar y que se consideraba un delito que sucede en el marco de la privacidad del hogar (Pecheny , 2006). En este punto, se observa en algunos comentarios realizados por las entrevistadas que aún existe la representación social de que los hechos de violencia ocurridos en el ámbito doméstico deben ser corregidos por quienes integran el mismo, y sobre todo, que las intervenciones o intentos de ayuda que vengan desde otros espacios o instituciones están fuera de lugar. Si bien la ley expresa que cualquier persona puede realizar la denuncia ante una situación de violencia de género, aún persiste la noción de que es un hecho del ámbito privado, en el cual no hay que intervenir.

En relación a lo que sucede en el ámbito doméstico, pensar en la mujer como víctima también es ubicarla en cierto rol pasivo que socialmente se le ha otorgado, siendo la damnificada y el agresor parte de una construcción que sucede al momento del ataque, pero también se es perjudicada cuando se establecen estas relaciones asimétricas de poder, mencionadas anteriormente y se ejercen mecanismos de violencia simbólica. Por eso es importante preguntarse qué lugar se les da y ocupan quienes atraviesan una situación de violencia de género y sobre todo que mecanismos están presentes y permiten a la mujer el corrimiento de esa figura de víctima.

Las mujeres no son solo afectadas de las violencias físicas y sexuales de manera pasiva, sino que muchas veces despliegan acciones o estrategias en un intento de reducir la tensión que se ha creado y lograr algún tipo de modificación de ese rol que las coloca en una posición inferior con respecto al hombre. Empezar a reconocer estas estrategias como recursos valiosos es muchas veces una forma de empoderar a las mujeres que atraviesan estas situaciones (Velasquez, 2003) La noción de víctima en algún momento, sobre todo desde lo penal, fue la única manera de legitimar a las mujeres como sujetos políticos, o al menos de encontrar la propia voz, partiendo claramente, de esa autodefinición. Esto tiene algunas consecuencias porque se plantea según la mirada neoliberal imperante cierto individualismo en la idea de salvación personal, individual y hasta privada. La mujer perjudicada según (Pitch, 2014) la otra cara del sujeto neoliberal que debe asumir toda la responsabilidad de las consecuencias que derivan de sus decisiones. Este sujeto, libre de elegir sus actos y de asumir la responsabilidad de sus decisiones se piensa que no depende de ningún contexto, social, político o económico. Individualizar y privatizar las acciones y decisiones de

las personas suponen una ruptura respecto de la idea de estado de bienestar donde muchas de esas decisiones y costos se comparten desde lo colectivo y grupal. (Pitch, 2014).

### **Representaciones sobre el rol de la enfermería en la prevención y detección precoz de situaciones de violencia**

En el último periodo se observa la necesidad de establecer discusiones acerca de la participación del sector salud en el tratamiento y abordaje que se le da a la violencia de género, tratando de correr el eje de estas discusiones de los temas más relacionados a la biomedicina y las enfermedades con aparente origen en el cuerpo humano. La VG antes de ser un problema que moviliza a las esferas académicas, es una situación de práctica social y política que afecta a las organizaciones de salud y no solo por los costos que implica sino porque muchas veces los profesionales de la salud pueden ser víctimas de violencia.

La representación que cada sociedad tiene sobre la salud/enfermedad está fuertemente enraizada en la cultura, en el modo de ser de cada pueblo. Se deben considerar las categorías salud/enfermedad como ventanas abiertas para lograr comprender las acciones de las personas, las relaciones entre individuos y grupos sociales, y además dentro de la institución de salud con sus propios mecanismos de control y dirección. La idea cultural de que es la VG para el sector salud es clave para comprender el abordaje que se realiza dentro de las instituciones (Minayo, 2009).

El personal de salud en general y las enfermeras que atienden en particular se constituyen en protagonistas fundamentales al momento de realizar prácticas beneficiosas para la comunidad, en especial para las mujeres que padecen la violencia de género, ya que algunas investigaciones revelan que entre un cuarto y más de la mitad de las mujeres han sufrido al menos un episodio de VG a lo largo de su vida. Esto indica que, a pesar de la elevada frecuencia, existe un sub-registro de casos de VG en el sector salud, ya que surge una dificultad para diagnosticar y de registrar dichos casos que suelen encubrirse como accidentes domésticos y lesiones casuales. Esta situación hace que se estudien en profundidad los aspectos que hacen a la prevención y detección precoz de la VG (Franzoi y col, 2011)

En relación al rol que la enfermería debe o debería ejercer, las citas del presente trabajo demuestran un profundo desconocimiento en torno a actividades de prevención y detección precoz. También hacen referencia a la sobrecarga laboral y a que el tema pareciera ser no tan importante o tan urgente.

Además, algunas entrevistadas hacen referencia a la inutilidad de ciertas prácticas y cierto escepticismo sobre algunas intervenciones realizadas en el pasado. Se menciona la necesidad de trabajar en equipo o de conformar uno para trabajar estas situaciones. Se observa ignorancia acerca de lo complejo de la problemática y se la relaciona con un aspecto de la vida privada de las

personas. Y cuando se cita a la prevención y detección precoz, no se encuentra información clara acerca del rol de la enfermera en esta situación.

Las entrevistadas refieren que hoy las mujeres se defienden más de las situaciones de violencia, y están en una situación de mayor conocimiento acerca de lo que es la VG, también hay menciones acerca como fue cambiando el rol de la mujer en la sociedad, de manera indirecta las citas intentan explicar los avances del feminismo en este sentido. Pueden dar cuenta de que en el pasado existía una naturalización de las situaciones de violencia de género, y además refieren como hecho normalizado quedarse en la relación y aceptar vivir estas situaciones. Recuerdan a su vez, una participación en una convocatoria realizada por el colectivo Ni Una Menos en el año 2015, y el relato en todos los casos resalta lo positivo de la experiencia. Como en otros momentos de la conversación, vuelven a mencionar que si bien hay más información, nadie sabe demasiado sobre el tema aunque se observa una representación positiva sobre el hecho del aumento de información circulante, sobre todo en términos de conocimiento acerca de los derechos de las mujeres, y mayor toma de decisiones por parte de las mismas.

Durante los últimos años el mundo entero ha sido escenario para una serie de manifestaciones con consignas como Ni Una menos o Me Too que repudian y denuncian asesinatos, maltratos sexuales y otras violencias contra las mujeres. Se observa que el personal de enfermería entrevistado, no es ajeno a estas influencias, y que existe más información circulando acerca de los hechos que forman parte de la violencia de género.

La información obtenida en las entrevistas da cuenta de un mayor conocimiento acerca de los derechos civiles de las mujeres, y sobre todo sobre los distintos tipos de violencia existente, esto sucede gracias al alcance masivo de luchas y reclamos feministas que toman agenda pública y habilitan la circulación de mayor información al respecto.

El acceso a la información y también los comentarios de las entrevistadas donde logran empatizar y a la vez sensibilizarse con la problemática sugieren una enorme posibilidad de transformación en el hacer cotidiano. El trabajo en las organizaciones de salud y sobre todo en el primer nivel de atención aporta una rica complejidad al ser trabajo vivo en acto y tiene una potencia para además formar redes generando nuevos espacios de acción. Es importante considerar entonces que el trabajo cotidiano del personal de enfermería en los centros de salud puede observarse como una micropolítica, en la cual de manera individual y colectiva son productores y producidos en los modos de actuar y en las formas de relación. De esta manera y en palabras de Franco, T se puede considerar la transformación de esa impotencia que varias entrevistadas refieren sentir, hacia la potencia que existe dentro de este espacio de micropolítica, considerando la posibilidad de



problematizar estas situaciones, posicionándose así fuera de los ruidos, las incomodidades o quejas (Franco T Emerson E, 2009).

Cuando se indaga acerca de los aspectos relacionados con la formación profesional, todas las entrevistadas coinciden en no haber recibido capacitación sobre violencia de género en sus formaciones de pregrado y grado, algunas refieren no recordar haber estudiado sobre el tema, y justifican este hecho haciendo referencia a que esta es una problemática que tomó mayor relevancia durante los últimos años. De manera que, si antes no se hablaba de violencia género, se concluye que tampoco se estudiaba. Los planes de estudio de la carrera de enfermería en Argentina han sufrido modificaciones y la provincia de Río Negro no es la excepción. En dicho plan de estudio proporcionado por la Universidad Nacional del Comahue no existe referencia acerca de la VG como materia o bien como temática incluida dentro de alguna materia de la currícula (Anexo 4).

Cuando se hace una revisión histórica a la historia de la enfermería y su formación, se descubre que dichos programas han sido atravesados por diferentes corrientes de pensamiento, luchas y procesos políticos y sociales.

La historia oficial de la profesión enfermera nos relata un listado de acontecimientos relacionados a fundación de instituciones de asistencia y formación fuertemente ligadas a la militancia religiosa y los intereses de la jerarquía eclesiástica argentina, así como también de los altos rangos militares (Morrone, 2016).

Entonces, quienes lideraron la formación controlaron la profesión enfermera, moldearon el estereotipo y ligaron a la profesión con la religión, esto contribuyó a la feminización y enajenación de la conciencia para comprenderse dentro del mundo del trabajo y de los derechos laborales. Los textos que hacen referencia a la historia de la enfermería omiten las luchas y tensiones que se han dado en diferentes momentos de la historia de la profesión. Estos mismos líderes formaron alianzas con los gobiernos dictatoriales. Esto colaboró con el disciplinamiento y el control social dentro de las instituciones. La evidencia más contundente de la fragilidad de la enfermería se materializa en las acciones con las que se autodisciplina, se sostiene entonces el discurso médico hegemónico y patriarcal en la práctica cotidiana al no problematizar ni discutir el espacio subalterno con el que se ubica a sí misma (Morrone, 2016).

En este sentido, las representaciones sobre la violencia de género resultantes encontradas en este trabajo coinciden con las palabras de Morrone (2016) dando cuenta del tipo de formación que el personal de enfermería ha recibido durante décadas ha contribuido en la construcción no solo de la identidad profesional, sino que también del sostenimiento de esta estructura patriarcal y profundamente hegemónica.

Esta estructura patriarcal forma parte de una sociedad profundamente afectada por estos valores ya que dicho patriarcado resulta ser la primera estructura de dominación y subordinación de la historia, por lo tanto, es de esperar que cualquier intento por parte de los y las protagonistas de esta historia hayan sido minados y reducidos. Por ejemplo, gran parte de la bibliografía con la que se educaron muchas enfermeras y enfermeros, omitía deliberadamente una parte fundamental de la historia de la enfermería (las enfermeras de Evita) donde se intentó jerarquizar la profesión, y sin dudas, despegarla de la imagen de devoción religiosa judeocristiana. (Morrone, 2016)

Cuando se sostiene que las currículas de los profesionales de la salud en general y la enfermería en particular han omitido o tratado de manera superficial temas como la violencia de género, se puede pensar en una formación que solo incluye aspectos biológicos, ya que aquello que no enferma el cuerpo físico no es tenido en cuenta.

Se observa que más allá de la falta de información y capacitación, la problemática de la violencia de género no es vista como importante, sobre todo si se compara con la enorme carga laboral que el personal sanitario ha tenido y aún tiene a causa de la pandemia reciente de COVID en nuestro país.

Se hace muestra en los resultados entonces, que la urgencia se encuentra en otras tareas, y Menéndez (2009) explica en este sentido, como la biomedicina influye en la formación de los trabajadores de la salud al priorizar todo padecimiento que atravesase el cuerpo físico, y sobre todo, al sostener que cualquier enfermedad puede curarse con medicamentos. De esta manera, la violencia de género quedaría por fuera de los estándares de enfermedad posibles o reconocidos por dichos trabajadores (Menéndez, 2009).

Si se habla de biomedicina, se aprecia que la misma ha encontrado soluciones para seguir creciendo y expandiéndose sin que esto signifique un debilitamiento del sistema biomédico, sobre todo luego de la pandemia COVID, ya que las prioridades de atención volvieron a ser del orden de lo biológico dejando por fuera muchos padecimientos a los que los sistemas de salud no logran evacuar dada la gravedad de la situación durante la pandemia.

Este paradigma necesita demostrar a través del desarrollo de investigaciones biomédicas que todo puede ser explicado desde el punto de vista biologicista, sobre todo las causas de los padecimientos y las maneras de resolverlos. (Menéndez, 2009)

Es por eso que todo lo que se desarrolle por fuera de esa lógica no pertenece a la categoría de ser curado o sanado. Este es el caso de las consultas que realizan las mujeres en los centros asistenciales refiriendo malestares generales que no son más que un pedido de auxilio encubierto ante situaciones de violencia. En numerosas ocasiones estas consultas no logran evacuar la

angustia y desamparo que sienten las mujeres que están viviendo situaciones de violencia de género.

En un estudio desarrollado por Vinent y Col (2005), en Barcelona, cuyo objetivo fue evaluar la atención del personal sanitario del Hospital de Clínicas de Barcelona frente al fenómeno de la violencia de género durante el año 2005 se observa que, si bien no se preguntó específicamente por la tasa de detección, pero sí indirectamente al preguntar si se había detectado algún caso alguna vez, el resultado fue bajo, quizá porque no se reconoce como parte del trabajo habitual. Los resultados muestran un gran desconocimiento del tema por parte de los profesionales de la salud. Los ítems específicos para valorar el conocimiento y el grado de formación también muestran unos resultados muy escasos ( Coll Vinent y col, 2005).

En general, valoraron como muy baja su preparación para atender a este tipo de pacientes. El personal de enfermería era más sensible al problema y se consideraba más preparado que el personal médico. De manera coincidente con los resultados de este trabajo, los profesionales de la salud están sensibilizados frente al problema de la violencia de género, pero no lo consideran un problema de salud y aducen falta de preparación para abordar este tema ( Coll Vinent y col, 2005)

En la joven historia de la enfermería como profesión no han sido pocos los momentos de militancia política y lucha, tanto individual como colectiva, sobre todo en la segunda mitad del siglo xx y si bien hay estudios incipientes a la vez escasos los mismos dan cuenta de una rica historia en defensa de los derechos humanos, el acceso a cuidados seguros y de calidad y sobre todo el reconocimiento como profesionales de la salud (Morrone, 2016).

Esto último deja ver una posición más bien emancipatoria de la disciplina enfermera que se encuentra en crecimiento permanente y en relación al tema VG algunos testimonios dan cuenta de una necesidad de capacitación permanente y de la búsqueda de herramientas puntuales para trabajar en prevención y detección precoz de estas situaciones.

### **Representaciones sociales acerca de las experiencias previas de atención a mujeres que han sufrido VG.**

En relación a las experiencias de atención que el personal de enfermería recuerda, es interesante observar cierta coincidencia en los relatos, con estudios realizados por Franzoi y Col (2011) que dan cuenta de emociones que van desde la impotencia hasta la ira. En dicho estudio, la impotencia se manifiesta como una emoción que resulta paralizante o que no deja paso a la acción asertiva que la situación requiere. También en dicho trabajo, se hace mención a la falta de registros por el

personal de salud de las mujeres que se atienden por sospecha o por una situación de VG. En muchos casos estos registros dan cuenta de lesiones físicas puntuales, y no se encuentra registro de la causa de las mismas (Franzoi y col, 2011).

Los relatos de las enfermeras que formaron parte de esta investigación muestran que la VG muchas veces no resulta tenida en cuenta como lo que Coll Vinent (2005), en su estudio, plantea que es: un factor de riesgo para la salud y la vida de las mujeres.

Varias entrevistadas refieren no contar con conocimientos que las avalen a realizar actividades en pos de la prevención y detección precoz. Según Menéndez (2009), la formación y capacitación de los trabajadores de la salud bajo el ala de la biomedicina, enfoca sus saberes sobre todo aquello que pasa por el cuerpo, que se muestra como signo o síntoma y que es pasible de ser cuantificado y revertido con una medicación. Esto deja por fuera muchos padecimientos psíquicos y emocionales, así como también situaciones como la VG que cuando se visibiliza en el cuerpo de las mujeres, ya es demasiado tarde.

Es interesante observar, además, que como dice Pozzio (2014) los centros de salud son un ámbito predominantemente femenino, donde las mujeres que allí trabajan muchas veces tienen un rol de mediadoras entre las necesidades de otras mujeres y los recursos disponibles. Estas mujeres pueden asumir una actitud más o menos empática con otras, pero, y volviendo a citar a Pozzio (2014) que sean mujeres no garantiza que trabajen con perspectiva de género, o simplemente que tengan más herramientas para atender a otras mujeres en situación de VG.

### **Representaciones sociales acerca de las propias vivencias sobre VG**

Las ideas, creencias y sentimientos que el personal de enfermería tiene acerca de las experiencias personales sobre la violencia de género pueden orientar acerca de las propias prácticas. Cada grupo social construye un relato sobre la violencia de género basado en la visión que tienen sobre el tema; así pueden explicarla, definirla y realizar determinadas prácticas o no.

En el último periodo se observa la necesidad de establecer discusiones acerca de la participación del sector salud en el tratamiento y abordaje que se le da a la violencia de género, tratando de correr el eje de estas discusiones de los temas más relacionados a la biomedicina y las enfermedades con aparente origen en el cuerpo humano.

Las personas que trabajan dentro de los sistemas de salud son también actores que reproducen, pueden contribuir a superar o reafirmar estas expresiones de violencia. Es fundamental entonces comprender las expresiones socio históricas de la VG y las posibilidades de intervención política y dentro del sector teniendo presente que lo contrario a la violencia no es la no violencia sino la ciudadanía y la garantía de poder ejercer libremente los derechos que conlleva (Minayo, 2005)

Algunas investigaciones revelan que entre un cuarto y más de la mitad de las mujeres han sufrido al menos un episodio de VG a lo largo de su vida (Franzoi y col, 2011). Esto indica que, a pesar de la elevada frecuencia, existe un sub-registro de casos de VG en el sector salud, ya que surge una dificultad para diagnosticar y de registrar dichos casos que suelen encubrirse como accidentes domésticos y lesiones casuales. Esta situación hace que se estudien en profundidad los aspectos que hacen a la prevención y detección precoz de la VG (Franzoi y col, 2011). Estos datos resultan coincidentes con la información obtenidas en el presente trabajo, ya que la mayoría de las entrevistadas aseguraron haber sido víctimas de violencia de género o bien tener algún familiar en esa situación.

Cuando se es víctima de violencia de género, se establecen relaciones asimétricas de poder y se ejercen mecanismos de violencia simbólica que muchas veces pueden pasar desapercibidos. Tal es el caso de tres entrevistadas que relatan sus experiencias con parejas o ex parejas en las cuales reconocen haber sufrido violencia psicológica, verbal, simbólica y económica al tiempo que no eran del todo conscientes de que eso que estaba pasando era violencia de género. Las mujeres no son solo víctimas pasivas de las violencias físicas y sexuales, sino que muchas veces despliegan acciones o estrategias en un intento de reducir la tensión que se ha creado y lograr algún tipo de modificación de ese rol que las coloca en una posición inferior con respecto al hombre. Empezar a reconocer estas estrategias como recursos valiosos es muchas veces una forma de empoderar a las mujeres que atraviesan estas situaciones (Velasquez, 2003)

Cuando se las interroga acerca de esta experiencia y la influencia que puede tener en la práctica al momento de atender a una mujer que sufre VG, la mayoría cita que puede servir de mucho, sobre todo al momento de detectar precozmente alguna situación de este tipo. Refieren que ahora pueden estar más atentas a brindar ayuda en caso de que sospechen de algún caso de VG. De todas maneras, una entrevistada se permite diferenciar la experiencia previa sobre violencia y la capacitación necesaria para trabajar con la problemática, refiriendo que una no reemplaza a la otra. Estas mujeres y sus experiencias de vida ofrecen la posibilidad de incorporar nuevas miradas a la práctica cotidiana, así como posibilidades de reflexión grupal ya que el centro de salud es el sitio al que muchas mujeres en situación de violencia de género acuden a pedir ayuda. El centro de salud es el escenario donde se toman muchas decisiones donde se priorizan ciertos cuidados por sobre otros, y estas elecciones no son producto de la casualidad. La enfermería en los centros de salud, atravesada por el modelo de hegemonía médica imperante muchas veces puede encontrarse limitada en cuanto a recursos y conocimiento al momento de prevenir y detectar precozmente esta problemática. Cabe destacar que si bien podría pensarse que haber vivido una situación de este

tipo puede colaborar al momento de atender a las mujeres no se puede ignorar la estructura patriarcal predominante en la sociedad.

Se conjugan dos factores al momento de pensar en las representaciones y prácticas sobre violencia de género, por un lado, la experiencia como mujer y sufrir la violencia en manos de una pareja o ex pareja, y por otro, formar parte de un colectivo profesional que supo tener entre sus mayores atributos la obediencia, la sumisión y la pasividad. Esto da cuenta de una gran necesidad de una agenda propia dentro de la enfermería más acorde a las demandas de los movimientos de mujeres y feministas tanto para generar una discusión activa sobre las prácticas como sobre los espacios de formación. Esta agenda empieza a definirse con el surgimiento de una nueva producción de conocimiento en enfermería que da cuenta de posiciones emancipatorias y cambios profundos dentro de las organizaciones profesionales. Mas allá de la historia enseñada en las escuelas, hoy se sabe que las organizaciones de enfermería tuvieron una activa participación y lucha en los momentos decisivos de la historia del país, aunque siempre se intentó quitar el supuesto tinte político a la profesión, o más bien se intentó “desperonizar” la profesión mediante la invisibilización de la Escuela de Enfermería de la Fundación Eva Perón (Morrone, 2016). Se puede considerar, entonces, que hay una rica historia dentro de la enfermería argentina que evidencia la lucha ante la incomodidad de modelos de trabajo hegemónicos y represivos.

Una de las entrevistadas no logra distinguir una actitud de violencia simbólica y psicológica vivida en su propia pareja dando cuenta justamente de esta necesidad que movilice a los y las profesionales de la salud del paradigma dominante hacia otro con perspectiva de género, más feminista e inclusivo.

Pozzio (2014) en su estudio, hace un análisis sobre las palabras y significaciones en juego acerca de las representaciones existentes al momento de atender a una mujer y ser mujer, en este caso, en un servicio de ginecología. Concluye que la empatía no es un atributo que tengan las mujeres per se como tampoco lo es la perspectiva género indispensable para trabajar con situaciones de violencia. Y aclara que el género como producción cultural, está anclado en los cuerpos, pero también en las cualidades, atributos y valores masculinas o femeninas que se hacen del mundo social (Pozzio, 2014).

En este sentido, se observa que la empatía se encuentra presente en los testimonios de las entrevistadas, así como también algunas dificultades en relación a lo que se debe hacer o lo que creen que se debe hacer en estas situaciones. Según datos ofrecidos por la investigación de Coll Vinent (2005) el personal de enfermería se encuentra más preparado para atender estas

situaciones, pero en líneas generales no lo consideran un problema de salud y aducen contar con pocas herramientas para resolver estos conflictos ( Coll Vinent y col, 2005).

En relación a la propia experiencia, varias entrevistadas reconocen haber padecido la violencia en la pareja o ex pareja y hacen referencia a que en el presente actuarían de otro modo, ya que cuentan con más información y están más empoderadas. El término empoderamiento nace en el seno de las luchas de los movimientos feministas y está íntimamente relacionado con los estudios sobre perspectiva de género. Empoderar remite a moverse de una situación de menos a más poder; da cuenta de un protagonismo activo sobre una situación, sobre una mayor capacidad de tomar decisiones para la propia vida. Implica también participación y autonomía y por sobre todo, lleva a reconocer y cuestionar, por parte de las personas, una estructura de poder dominante. Este proceso de empoderamiento entonces, tiene implicancias del orden individual y colectivo, donde se observa que aquello que parece personal, privado e individual es en realidad político y social (Pozzio, 2010). El personal de enfermería reconoce, sin hacer una mención explícita, el avance de las teorías feministas, y que ha resultado en beneficio para la mujer determinando que ellas mismas hoy harían algo diferente con las situaciones personales que han padecido.

## **Reflexiones finales**

La violencia de género hoy interpela a la sociedad y fundamentalmente a los equipos de salud ya que afecta a la salud individual y colectiva de las personas. Es por ello que los trabajadores de la salud y en especial la enfermería deben contar con herramientas sobre todo para trabajar en la prevención y detección precoz de la misma.

Como parte de la enfermería y de la atención primaria realizar este trabajo nos permite dar cuenta de una necesidad de reflexión acerca de nuestras prácticas en relación a la VG y sobre todo acerca de aquello que se omite y de cómo mediante nuestras representaciones sociales se perfila un accionar en el día a día.

En cuanto al procedimiento elegido para desarrollar la investigación, considero que la metodología fue apropiada para alcanzar los objetivos propuestos al comienzo del trabajo. Las entrevistas fueron realizadas en base a una guía semiestructurada, y eso también fue beneficioso ya que permitió indagar sobre todos los aspectos que hacían a la investigación, y además, dio libertad de expresión a las entrevistadas, lo cual se refleja en sus testimonios. En relación a las dificultades al momento de realizar las entrevistas, considerando que formo parte del mismo lugar de trabajo y que ocupo un rol, desde lo laboral, similar al de las entrevistadas, cabe destacar que todas se mostraron dispuestas a colaborar con la investigación, y que en la entrevista se mostraron amables e interesadas en que una compañera se preocupe por investigar esta problemática. Esto resultó ser un factor favorecedor ya que se creó un clima de apoyo y confianza mutua.

Como se plantea en la hipótesis, muchas de las representaciones sociales del personal de enfermería de atención primaria, al momento de atender a una mujer que sufre VG, se relacionan con sentimientos de impotencia, incomodidad e ira.

En relación a la detección precoz y la prevención de esta problemática se observa que el personal de enfermería no tiene incorporado el tema como un problema de salud, no gestiona cuidados preventivos y de detección precoz en los espacios que tiene para el trabajo comunitario. Las capacitaciones suelen llegar virtualmente desde organismos nacionales y provinciales de manera insuficiente o al menos no generando un impacto que lleve a modificar las prácticas actuales. No existe un programa de formación o capacitación a nivel local sobre la VG.

En relación a las representaciones que existen acerca de las actividades a realizar ante una situación de violencia de género considero que hay un gran potencial a desarrollar por las enfermeras y que se puede sumar a lo que ya se hace una nueva matriz de trabajo que incluya aspectos como la perspectiva de género, entre otros.

Se logra, con este trabajo, una reflexión acerca de estas representaciones y el conocimiento obtenido puede ser utilizado para sensibilizar, informar y colaborar con una mejor gestión de cuidados enfermeros en relación a la problemática en cuestión.

Este trabajo da cuenta del cambio positivo que ha tenido la sociedad en su conjunto en términos de obtención de derechos por parte de las mujeres y de cómo se han modificado positivamente, ciertas representaciones ancladas al patriarcado y a la hegemonía masculina. La población en estudio también se replantea la educación recibida, las improntas de obediencia, sometimiento y debilidad asociadas al modelo de enfermería que en otros tiempos supo dominar.

Se observa que el tema es conocido por las enfermeras que han formado parte del estudio, pero al mismo tiempo que se presentan dificultades al momento de describir acciones orientadas a la prevención y la detección precoz.

El propósito de este trabajo estaba orientado en principio a generar conocimiento a nivel local que sea de utilidad para repensar y a su vez desarrollar nuevas estrategias por parte del personal de enfermería y generar un espacio de reflexión individual y grupal acerca de la problemática.

**Sugerencias para jefas/es de servicio y de atención primaria:**

Los centros de atención de la salud son un punto clave para trabajar con la prevención de la violencia de género y más aún para detectar y ofrecer ayuda a las mujeres que allí concurren. La enfermera de la salita tiene un rol preponderante en el trabajo que allí se realiza dada su cercanía con la comunidad.

A partir de lo hallado en esta investigación se sugiere a jefas/es de servicio y directivas/as de los que dependen directamente los CAPS. el trabajo en la gestión, articulación y coordinación de



encuentros con el personal de enfermería en los cuales poder trabajar temas como violencia de género y sus modalidades, nociones sobre patriarcado y biomedicina, contextualizar la historia de la enfermería y sus luchas etc. Es necesario brindar herramientas que permitan tanto la prevención como la detección precoz, por lo tanto, al finalizar las capacitaciones el personal de enfermería sabrá identificar actitudes y comportamientos en las usuarias, que señalen situaciones de VG.

También se sugiere trabajar acerca de las propias experiencias en relación a la VG dentro de un espacio que genere intimidad y confianza, ya que muchas de las entrevistadas han pasado por esta situación en primera persona o bien con un familiar.

Dichos encuentros pueden adquirir la modalidad de taller y charlas debate donde el personal de enfermería pueda reflexionar acerca de sus ideas, sentires y saberes al tiempo que se construyen nuevos, generando así la posibilidad de discusión sobre nuevas prácticas.

Pueden pensarse como objetivos de estos encuentros, además, la creación de un protocolo prevención, detección precoz y de atención para el personal de enfermería ante situaciones de violencia de género que articule con la tarea que realizan otros organismos vinculados con la temática, tanto dentro como fuera del hospital; así como también la creación de gráfica y folletería con los datos de contacto de las instituciones que pueden ayudar a las mujeres en situación de VG, señales de alarma etc.

Se propone un espacio de encuentro con el grupo entrevistado para compartir y socializar los resultados de esta investigación.

Apostar a la formación continua y a la capacitación es una gran herramienta para la transformación y el cambio en el sector salud cuando se piensa en problemáticas como la violencia de género u otras y que la enfermería tiene mucho potencial a ser explorado cuando se piensa en prevenir y detectar la VG.

**Palabras clave:** Violencia de género, enfermería, atención primaria, prevención.

## Bibliografía

- Cezar Leal y col. 2011.** *representaciones sociales de la violencia contra la mujer en la perspectiva de la enfermería.* Lisboa : Interface - Comunic., Saude, Educ., 2011. Vol. 15.
- Coll Vinent y col. 2005.** *El personal sanitario no percibe la violencia domestica como un problema de salud.* Barcelona : Gaceta sanitaria, 2005. Vol. 7.
- Ahora que Si Nos Ven, Observatorio. 2021.** 2021.
- Araya Umaña, Sandra. 2002.** *Las representaciones sociales. Ejes teoricos para su discusion.* Costa Rica : flacso, 2002.
- Ariza Sosa, Gladys. 2013.** Las Representaciones sociales de la violencia en las relaciones de pareja en Medellin en el siglo XXI. Medellin : Revista CES Psicologia 134-158, 2013.
- Blanca Coll Vinent y col. 2005.** *El personal sanitario no percibe la violencia domestica como un problema de salud.* Barcelona : Gaceta sanitaria, 2005. Vol. 7.
- Bruel dos Santos, Teresa. 2008.** Representaciones sociales de género. Madrid : s.n., 2008.
- Carrasco y Recio. 2014.** Del tiempo medido a los tiempos vividos. s.l. : Revista de economia critica, 2014. 17. 82-97.
- Castro, Roberto. 2011.** *Teoria Social y Salud.* Buenos Aires : Lugar Editorial, 2011.
- Durkeim. 1898.** Representaciones individuales y representaciones colectivas. 1898.
- Farras, Coll Vinent- Echeverria-. 2008.** *El personal sanitario no percibe la violencia domestica como un problema de salud.* Madrid : s.n., 2008.
- Foucault, Michel. 1999.** La arqueologia del saber. Mexico : Siglo XXI Editores, 1999.
- Franzoi y col. 2011.** Violencia de género:concepciones de los profesionales de los equipos desalud de la familia. Sao Pablo : REv. Latino A. Enfermagem, 2011. Vol. 19, 3.
- Fuster Pravato. 2017.** ¿Prevenir, atender y erradicar?Políticas Publicas contra la violencia de género en la ciudad de Buenos Aires, 2015-2017. Buenos Aires : Revista perspectiva de Políticas Publicas, 2017. Vol. 17, 14.
- Gonzalez Aller, Cristina. 2014.** La comunicacion terapeutica usuario-enfermera en las consultas de atencion primaria. s.l. : Revista de Enfermeria Comunitaria, 2014. Vol. 2, 2.
- Hendel, Liliana. 2017.** Violencias de género: Las mentiras del patriarcado. Buenos Aires : Paidos, 2017.

- Jodelet. 2008.** El movimiento de retorno al sujeto y el enfoque de las representaciones sociales. *Revista Connexion*. Paris : s.n., 2008.
- Judicial, Poder. 2018.** Anuario Estadístico. 2018.
- Lamas, Marta. 1996.** la perspectiva de género. 1996.
- Maffia. 2010.** Investigación feminista: epistemología, metodología y Representaciones Sociales. Mexico : Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades, 2010.
- . **2003.** Sexualidades migrantes, género y transgenero. Buenos Aires : s.n., 2003.
- Martinez Salgado, carolina. 2012.** El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. Mexico : Ciencia y Salud Colectiva, 2012. 17.
- Menéndez, Eduardo. 2009.** *De sujetos, saberes y estructuras*. Buenos Aires : Lugar Editorial, 2009.
- Minayo. 2004.** Investigación Social. teoría, método y creatividad. Buenos Aires : Lugar Editorial, 2004.
- . **2005.** Relaciones entre procesos sociales, violencia y calidad de vida. Buenos Aires : s.n., 2005.
- Minayo, Maria Cecilia. 2009.** *la artesanía de la investigación cualitativa*. Buenos Aires : Lugar, 2009.
- Ministerio Público de Defensa. 2009.** 2009.
- Morrone, Beatriz. 2016.** *Soltando amarras*. Mar del Plata : Ediciones Suarez, 2016. 5ta edición.
- Moscovici. 2002.** *La representación social, un concepto perdido*. Lima : Instituto de estudios peruano, 2002.
- ONU. 1993.** Resolución 48/104. 1993.
- Pascual Valea, Beatriz. 2015.** *Actuación de enfermería ante la violencia de género. Detección precoz*. 2015.
- Pecheny . 2006.** derechos humanos y la sexualidad en la Argentina. Porto Alegre : horizontes antropológicos, 2006. Vol. 12, 26.
- Pitch. 2014.** La violencia contra las mujeres y sus usos políticos. 2014.
- Pozzio, Maria. 2010.** Del punto de vista de los estudios de género al punto de vista del actor. Buenos Aires : Question, 2010. Vol. 1, 26.
- . **2014.** El hecho de que sean mujeres no garantiza nada. Feminización y experiencias de las mujeres en la ginecología en México. Buenos Aires : Salud Colectiva, 2014.
- Ramacciotti, Karina. 2010.** la profesionalización de la enfermería argentina: disputas políticas e institucionales durante el peronismo. 2010.
- Ramacciotti, Valodra A. 2008.** Profesión, vocación y lealtad en la enfermería peronista, en la Fundación Eva Perón y las mujeres: entre la provocación y la inclusión. Buenos Aires : Biblios, 2008.
- Robles-Silva, Leticia. 2012.** *Dilemas éticos en el campo de la salud: temas olvidados en la investigación cualitativa en salud en Iberoamérica*. Mexico : Ciencia y Salud Colectiva, 2012. Vol. 17.

**Rovere, Mario. 2012.** Atencion Primaria de la Salud en debate. Rio de Janeiro : Saude em debate, 2012. Vol. 36, 94. 327-342.

**Social, Ministerio de Desarrollo. 2016.** *Plan nacional de accion para la prevencion, asistencia y erradicacion de la violencia contra las mujeres.* buenos aires : s.n., 2016.

**Velasquez. 2003.** Violencias cotidianas, violencia de género: escuchar, comprender y ayudar. Buenos Aires : Paidós, 2003.

**Vignolo, Julio. 2011.** Niveles de atencion, de prevencion y atencion primaria de la salud. Montevideo : Prensa latinoamericana, 2011. Vol. 32, 11-14.

*Violencia y Salud. Res n° XIX.* **Organizacion Panamericana de la Salud. 1994.** Washington DC : s.n., 1994.

## Anexos

### ANEXO 1 GUIA DE ENTREVISTA

<p>Objetivo general: Describir e interpretar las representaciones sociales del personal de enfermería de atención primaria del área programa del hospital de Rio Colorado sobre violencia de género durante el segundo semestre del año 2021.</p>	
<p>Identificar las representaciones sociales en torno al rol que cumplen en la prevención y detección precoz de situaciones de violencia del personal de enfermería del primer nivel de atención del hospital de Rio Colorado durante el segundo semestre del año 2021.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Qué opina acerca de la VG?</li> <li>2. ¿Conoce al respecto de ese tema?</li> <li>3. Si digo VG ¿Cuál es el primer sentimiento que surge? ¿en qué le hace pensar? ¿qué imagen aparece?</li> <li>4. ¿Qué siente cuando se entera de alguna noticia relacionada con la VG (femicidios, maltratos, violaciones)?</li> <li>5. ¿Cómo cree que puede prevenirse y detectarse a tiempo la VG?</li> <li>6. ¿Qué piensa que puede hacer el personal de enfermería para prevenir o detectar la VG?</li> <li>7. En caso de haber realizado algún taller o formación relacionada con la VG ¿Cómo fue? ¿Qué recuerda de la experiencia?</li> <li>8. En caso de haber realizado algún taller o actividad preventiva con el equipo de salud ¿Cómo fue? ¿Qué puede contar de esa tarea?</li> <li>9. ¿Qué piensa/cree que opinan sus compañeras y compañeros en relación al tema de la VG?</li> <li>10. Durante su formación profesional ¿qué información recibió sobre el tema?</li> </ol>

	<p>11. ¿Qué aportes sugiere para seguir mejorando la atención de enfermería en el CAPS sobre prevención y detección precoz de VG?</p>
<p>Explorar las representaciones del personal de enfermería de APS acerca de las experiencias de atención de mujeres que sufrieron VG durante el segundo semestre del año 2021.</p>	<p>12. ¿Recuerda alguna situación donde haya atendido a una mujer víctima de VG? ¿Recuerda que sucedió?</p> <p>13. ¿Qué sintió en ese momento?</p> <p>14. ¿Cree que podría haber hecho otra cosa?</p> <p>15. Si nunca le sucedió ¿Qué cree que haría en esa situación?</p> <p>16. ¿Cuál considera usted que es el accionar correcto ante estas situaciones?</p>
<p>Analizar cómo operan las experiencias previas y las vivencias personales sobre violencia de género al momento de la asistencia de mujeres que padecen VG.</p>	<p>17. ¿Puede recordar alguna situación de índole personal o familiar donde estuvo presente la VG?</p> <p>18. ¿Qué siente cuando invoca ese recuerdo?</p> <p>19. ¿Cómo cree que influye su experiencia personal acerca de la VG al momento de atender a una mujer que consulta por el tema?</p>

## ANEXO 2

### Consentimiento Informado

Acepto participar voluntariamente en esta investigación que corresponde a la Maestría en Salud Colectiva de la Universidad Nacional del Sur. El objetivo de este estudio es describir e interpretar las representaciones sociales del personal de enfermería de atención primaria sobre la violencia de género.

Dejo constancia que he sido informado/a sobre los objetivos de la misma. Me han indicado también que tendré que responder algunas preguntas en una entrevista. Esto tomará aproximadamente una hora de mi tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones será grabado. Me aseguraron que la información que yo provea en el curso de esta investigación es confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. También me informaron que, si alguna de las preguntas durante la entrevista me parece incómoda, tengo el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Carolina Vera al teléfono 2931 410156 y a la Ceepish –Laprida 240 – 2º Piso - Ministerio de Salud (02920 – 420310/311 Interno 113).

Entiendo que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Nombre del Participante: .....

Firma del Participante .....

Fecha.....

ANEXO 3

Resolución aprobatoria Comité de Docencia e Investigación Río Negro





Ministerio de Salud  
Provincia de Río Negro

VIEDMA, 26 AGO 2020

VISTO el Expediente N° 85660-S-2020 del Registro del Ministerio de Salud de la Provincia de Río Negro y;

CONSIDERANDO:

Que por el expediente del Visto, se tramita el pedido de autorización para llevar adelante el protocolo de investigación presentado por la Licenciada Carolina Vera Bastias, en carácter de investigadora principal a realizarse en el Hospital Área Programa Río Colorado "José Cibanal", sito en Calle república Española N° 555 de la Localidad de Río Colorado;

Que la Ley R N° 4.947 regula las actividades de investigación biomédica en los seres humanos;

Que conforme la norma mencionada en el párrafo precedente, para llevar a cabo acciones de investigación en el campo regulado por la misma en el territorio provincial, se requerirá la autorización previa del Ministerio de Salud de la Provincia de Río Negro;

Que a los fines de conceder la autorización, se debe merituar la justificación ética del proyecto, la valoración científica de la investigación, la necesidad o no del consentimiento expreso y por escrito del sujeto pasivo de la investigación, como – cuando así lo fuera - la acreditación de que lo ha efectuado con total conocimiento de causa y capacidad legal para el acto, la existencia de la evaluación de riesgos y beneficios para las personas y la comunidad que integran y la confidencialidad y el respeto a la privacidad y a la vida humana;

Que la presente autorización, no obsta al cumplimiento de la normativa y aprobación que otros organismos deban realizar en el marco de sus propias competencias;

Que los investigadores se comprometen a respetar las normativas internacionales y nacionales vigentes, particularmente la Resolución 1480/11 del Ministerio de Salud de la Nación así como las leyes provinciales pertinentes;

Que la Licenciada Carolina Vera Bastias, ha presentado la documentación necesaria para llevar adelante el protocolo de investigación identificado como "*Violencia de Género: Representaciones Sociales del Personal de Enfermería de Atención Primaria*", a realizarse en el Hospital Área Programa Río Colorado "José Cibanal", sito en Calle República Española N° 555 de la Localidad de Río Colorado;

Que el presente proyecto tiene como objetivo ser un estudio cualitativo, descriptivo simple, y se incluirán personas de sexo femenino en un rango de edades desde 41 (cuarenta y uno) a 58 (cincuenta y ocho) años que desempeñan tareas de enfermería (licenciadas, profesionales y auxiliares de enfermería), del primer nivel de atención;

Que analizada la documentación presentada a la Comisión de Ética y Evaluación de Proyectos Investigativos en Salud Humana – CEEPISH -



Ministerio de Salud  
Provincia de Río Negro

se ha verificado el cumplimiento de los recaudos por ley exigidos, lo que se asentó en Acta adjunta a fojas 70/71, recomendándose su aprobación;

Que por los motivos expuestos en los considerandos precedentes corresponde conceder la autorización requerida para la aplicación del protocolo de investigación;

Que ha tomado debida intervención la Subsecretaría de Asuntos Legales de este Ministerio, según su competencia, a fojas 77;

Que la presente se encuadra en los preceptos de la Ley R N° 4.947 y se dicta en función de las facultades previstas por el Artículo 20° de la Ley N° 5398 y Decretos 07/19 y 85/19;

Por ello:

EL MINISTRO DE SALUD  
RESUELVE:

ARTICULO 1°.- Autorizar el Protocolo de Investigación identificado como "*Violencia de Género: Representaciones Sociales del Personal de Enfermería de Atención Primaria*", a realizarse en el Hospital Área Programa Río Colorado "José Cibanal", sito en Calle República Española N° 555 de la Localidad de Río Colorado, y a la Licenciada Carolina Vera Bastias, en carácter de investigadora principal.

ARTÍCULO 2°.- Notificar a la Licenciada Carolina Vera Bastias, que deberá comunicar la finalización del protocolo autorizado, mediante la presentación de un informe con los resultados.


ARTICULO 3°.- Registrar, comunicar, cumplido, archivar.-

RESOLUCION N° 4990 "MS"

Lic. LUIS FABIAN ZGAIB  
MINISTRO DE SALUD  
PROVINCIA DE RIO NEGRO

APENDICE 4

Resolución aprobatoria Plan de estudio Licenciatura en Enfermería. Universidad Nacional del Comahue

  
 Universidad Nacional del Comahue  
 Consejo Superior

ORDENANZA N° 01.52  
 NEUQUÉN, 26 OCT 2018

VISTO, el Expediente N° 02183/18; y,

**CONSIDERANDO:**

Que, mediante Resolución N° 0066/18 el Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias del Ambiente y la Salud eleva al Consejo Superior la aprobación del texto ordenando de la modificación del Plan de Estudios de la carrera "Licenciatura en Enfermería", aprobado por Ordenanza N° 1019/17 del Consejo Superior;

Que, por Ordenanza N° 1019/17 del Consejo Superior se modifica el Plan de Estudios de la carrera "Licenciatura en Enfermería", Ordenanza N° 1031/12, perteneciente a la Facultad de Ciencias del Ambiente y la Salud;

Que, la Secretaria Académica de la mencionada Facultad, eleva la propuesta del texto ordenando de la carrera "Licenciatura en Enfermería", de acuerdo a lo requerido por el Ministerio de Educación de la Nación;

Que, la Dirección General de Administración Académica informa que no existen observaciones que realizar a lo solicitado;

Que, la Comisión de Docencia y Asuntos Estudiantiles emitió despacho recomendando aprobar la propuesta del texto ordenado del Plan de Estudios de la carrera "Licenciatura en Enfermería", de acuerdo a lo solicitado;

Que, el Consejo Superior en sesión ordinaria de fecha 18 de octubre de 2018, trató y aprobó el despacho producido por la Comisión;

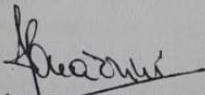
Por ello:

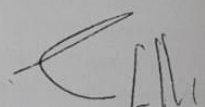
**EL CONSEJO SUPERIOR DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE  
ORDENA:**

**ARTÍCULO 1°: APROBAR** el texto ordenado del Plan de Estudios de la carrera "Licenciatura en Enfermería", Ordenanza N° 1019/17, perteneciente a la Facultad de Ciencias del Ambiente y la Salud, de acuerdo al Anexo Único adjunto a la presente.

**ARTÍCULO 2°: NOTIFICAR** a la unidad académica de lo resuelto en la presente.

**ARTÍCULO 3°: REGÍSTRESE**, comuníquese y archívese.

  
 Ing. Apilio SGUAZZINI MAZUEL  
 Secretario Consejo Superior  
 Universidad Nacional del Comahue

  
 Lic. GUSTAVO V. CRISAFULLI  
 RECTOR  
 Universidad Nacional del Comahue



Universidad Nacional del Comahue  
Consejo Superior

ORDENANZA N° 0152

### **ANEXO ÚNICO**

Plan de Estudios de la carrera "Licenciatura En Enfermería"

#### **Introducción**

La Universidad Nacional del Comahue y, en particular la Facultad de Ciencias del Ambiente y la Salud, tiene la oportunidad de revisar el Plan de Estudio de la Carrera de Licenciatura en Enfermería bajo los lineamientos propuestos por el Ministerio de Educación, según la Resol. N°2721/15. Es así que, mediante la constitución de la Comisión de Monitoreo, Seguimiento y Evaluación Curricular trabajo para desarrollar tales acciones, se llevaron a cabo modificatorias al Currículo vigente, en articulación con Docentes, No docentes, Graduados y Estudiantes de la Carrera.

En este proceso, se avanzó hacia una mejora sustancial en términos académicos, contribuyendo a la a la integración de los contenidos que fundamentan el Cuidado Enfermero. Se revisaron los criterios sobre la intensidad de la formación en todas las áreas que organizan el plan de estudios, las materias, ejes temáticos y contenidos curriculares básicos.

#### **Antecedentes**

En la Provincia de Neuquén, hasta el año 1999, la formación de Técnicos en Enfermería estaba a cargo de la Escuela Superior de Enfermería (ESEN), organismo dependiente del Ministerio de Salud Provincial. En ese año, se celebra un convenio entre la Subsecretaría de Salud de la Provincia y la Universidad Nacional del Comahue, para que el proceso de formación se desarrolle en el ámbito universitario exclusivamente. A partir de entonces, se inicia el dictado de la Carrera de Licenciatura en Enfermería, cuya dependencia académica estuvo a cargo de la Escuela Superior de Salud y Ambiente (ESSA). En el año 2008, por Asamblea Universitaria, la ESSA se constituye como Facultad de Ciencias del Ambiente y la Salud, manteniendo en vigencia el Plan de Estudios de la Licenciatura en Enfermería desde sus inicios.

En el período 2012, se decide llevar a cabo el primer cambio curricular, el que se fundamenta en la necesidad de que la formación se dé en el marco de los avances que se observan en el desarrollo disciplinar, tomando en consideración los cambios de paradigmas, tanto en la formación, como en la práctica y la investigación. Estas modificaciones en el diseño fueron relevantes ya que, a partir de ellas, se le ofrece al estudiante un bagaje de conocimientos acordes a las nuevas necesidades sociales, en el marco de la visión y misión que tiene la Universidad.

Han transcurrido cuatro años de su puesta en marcha, hecho que nos permite hacer una evaluación en retrospectiva de los pro y contra de aquella propuesta. Así, esta ocasión representa una instancia valiosa para la comunidad universitaria, para reflexionar no sólo sobre los cambios curriculares necesarios, sino discutir sobre la idea que tenemos acerca de quiénes aprenden y cómo aprenden el Cuidado Enfermero en particular. Es decir, poner en cuestión las prácticas pedagógicas a través de las cuales el currículo se implementará, como así también la organización académica e incluso la asignación y distribución de recursos.



Universidad Nacional del Comahue  
Consejo Superior

ORDENANZA N° .....0152.....

**Justificación**

Las modificatorias que se proponen se realizan en el marco de la Resolución N° 2721/15, emanada por el Ministerio de Educación en acuerdo con el Consejo de Universidades y la AEUERA. Dicha norma legal plantea propuestas innovadoras en los planes de estudio de la formación de grado de la disciplina Enfermera. Considerando la responsabilidad social que tiene la Universidad en la formación de sus Graduados, estas modificatorias tienen como fin último contribuir a la formación disciplinar de Profesionales autónomos y responsables referidas a las necesidades productivas y de trabajo que plantea la sociedad.

El Plan de Estudio no sufre modificaciones en la Carga Horaria Total de la Carrera, como tampoco en las Incumbencias, ni en el Perfil del Egresado, aprobados oportunamente y en consonancia con lo planteado por la Resolución Ministerial ya enunciada.

A continuación se detallan las modificatorias:

1. **Redefinición de las áreas.**
2. **Redistribución de la carga horaria teórico-práctica.**
3. **Inclusión de nuevas asignaturas.**
4. **Redistribución de asignaturas según año y cuatrimestre.**
5. **Unificación de asignaturas.**
6. **Incorporación de contenidos mínimos en algunas asignaturas.**

Las modificatorias se realizan al Plan de Estudio aprobado por Ordenanza C.S. N°1031/12, respetando la organización dada en dicho Documento.

En este sentido los cambios que se proponen se relacionan con:

**2.5. CARACTERÍSTICAS DEL PLAN**

- **Se redefine la denominación de las áreas, sin modificar el sentido asignado anteriormente:**

Los contenidos y experiencias de aprendizaje se reorganizaron en tres áreas.

- Área Profesional<sup>1</sup>
- Área Biológica
- Área Socio-Humanística

1

Cada asignatura del área Profesional integra, coordina y orienta el desarrollo de las asignaturas correspondientes a las otras áreas, las mismas son de cursado regular por tener actividad práctica profesionalizante por lo tanto no pueden ser acreditadas en condición de libres, a excepción de Fundamentos de Investigación en Enfermería y Metodología de la Investigación en el Cuidado Enfermero.



Universidad Nacional del Comahue  
Consejo Superior

ORDENANZA N° .....0152.....

Distribución de Asignaturas según las Áreas correspondientes:

Áreas	Asignaturas
Profesional	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Fundamentos de Enfermería.</li> <li>-Cuidados Enfermeros de Salud Psicosocial.</li> <li>-Cuidados del Adulto y del Anciano.</li> <li>-Cuidados de la Salud de la mujer, del Niño-a y Adolescente.</li> <li>-Gestión de los Servicios de Enfermería Hospitalarios y Comunitarios I.</li> <li>-Cuidados para la Salud Comunitaria I.</li> <li>-Fundamentos de Investigación en Enfermería.</li> <li>-Práctica Integradora de Cuidados Enfermeros I.</li> <li>-Metodología de la Investigación en el Cuidado Enfermero.</li> <li>-Cuidados a Personas en Estado Crítico de Salud.</li> <li>-Formación en Enfermería.</li> <li>-Gestión de los Servicios de Enfermería Hospitalarios y Comunitarios II.</li> <li>-Cuidados para la Salud Comunitaria II.</li> <li>-Práctica Integradora de Cuidados Enfermeros.</li> <li>- Taller de tesis.</li> </ul>
Biológica	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Introducción a las Ciencias Aplicadas.</li> <li>-Morfofisiología Aplicada.</li> <li>-Farmacología.</li> <li>-Física y Química Biológica Aplicada.</li> <li>-Microbiología y Parasitología</li> <li>-Nutrición y Dietoterapia.</li> </ul>
Socio-Humanística	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Filosofía y Ética.</li> <li>-Aspectos Bioéticos y Legales de Enfermería I.</li> <li>-Aspectos Bioéticos y Legales de Enfermería II.</li> <li>-Psicología General y Evolutiva.</li> <li>-Psicología Social y de las Organizaciones.</li> <li>-Aspectos Antropológicos del Cuidado</li> <li>-Aspectos Sociológicos del Cuidado I.</li> <li>-Aspectos Sociológicos del Cuidado II.</li> <li>-Bioestadística y Epidemiología Aplicada.</li> <li>-Bioestadística Aplicada.</li> <li>-La Disciplina Enfermera.</li> </ul>
Otras	-Inglés
Electivas	<p>Se proponen las siguientes Materias Electivas con modalidad de Seminario:</p> <p>Para el Área Profesional:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidados del Adulto Mayor en la Comunidad</li> <li>• La Enseñanza Pedagógica en la Formación Profesional</li> <li>• Redacción de Textos Científicos y Académicos.</li> </ul> <p>Para el Área Biológica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bioseguridad y Manejo de Residuos Patológicos.</li> <li>• Higiene Laboral en los Ámbitos de los Servicios de Salud</li> </ul> <p>Para el Área Socio-Humanística:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El Consentimiento Informado desde una mirada Ético-legal</li> <li>• El Medio Ambiente y la Salud</li> </ul>



Universidad Nacional del Comahue  
Consejo Superior

ORDENANZA-N° 0152

- **Se redistribuye la Carga Horaria teórico práctica según los criterios de intensidad de la formación.**

Las horas curriculares se distribuyen en el Primer y Segundo Ciclo con el mismo porcentaje teórico práctico (70 y 30%, respectivamente):

Ciclo	Carga Horaria Mínima	Teóricas		Prácticas	
		Nº	%	Nº	%
1er	2416	1691	70	725	30
2do	1440	1008	70	432	30
<b>Total</b>	<b>3856</b>	<b>2699</b>	<b>70</b>	<b>1157</b>	<b>30</b>

### 3. ORGANIZACIÓN CURRICULAR DE LA CARRERA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

- **Se incorporan nuevas Asignaturas, incluidas las Electivas:**

- Filosofía y Ética:** Se incorpora como nueva asignatura para cubrir la carga horaria de acuerdo a lo establecido para el Área Socio-Humanística según la Resolución Ministerial N°2721/15.
- Gestión de los Servicios de Enfermería Hospitalarios y Comunitarios I:** Se incorpora como asignatura del Área Profesional en el Primer Ciclo. Se brindan herramientas teóricas y prácticas para que colaboren en la gestión de servicios de cuidados mínimos o intermedios.
- La Disciplina Enfermera:** Se incorpora como asignatura del Área Socio-Humanística en el Segundo Ciclo.
- Aspectos Bioéticos y Legales II:** Se incorpora como nueva asignatura para cubrir la carga horaria de acuerdo a lo establecido para el Área Socio-Humanística según la Resolución Ministerial N°2721/15. Se incorporan contenidos teóricos no contemplados en el plan anterior que se ajustan a los nuevos estándares y que se articulan con los desarrollados por la asignatura homónima del Primer Ciclo.
- Dos Materias Electivas:** Se proponen distintas alternativas, distribuidas según las áreas de la carrera, para la formación integral del estudiante. La carga horaria para cada una es de 48 hs cuatrimestrales, distribuidas en el Segundo y Tercer año del Primer Ciclo. Se ofrecerán una serie de materias electivas a modo de Seminarios según necesidades de actualización, adquisición de contenidos teóricos y abordajes tecnológicos.
- Taller de Tesis:** se incorpora como asignatura del Área Profesional en el Segundo Ciclo de la Carrera según la Resolución Ministerial N°2721/15.



Universidad Nacional del Comahue  
Consejo Superior

ORDENANZA-N° 0152

En consecuencia la **Organización Curricular de la Carrera Licenciatura en Enfermería** queda constituida de la siguiente manera:

<b>PRIMER CICLO</b>		
<b>1er Año</b>		
<b>Materias</b>	<b>Régimen</b>	<b>Carga horaria</b>
1-Introducción a las Ciencias Aplicadas	C	64
2-Fundamentos de Enfermería	A	192
3-Morfofisiología Aplicada	A	128
4-Psicología General y Evolutiva	C	64
5-Aspectos Antropológicos del Cuidado	C	65
6-Física y Química Biológica Aplicada	C	64
7-Microbiología y Parasitología	C	60
8-Filosofía y Ética	C	64
<b>Total de Horas 1er Año: 701</b>		

<b>2do Año</b>		
9-Cuidados Enfermeros de Salud Psicosocial	A	141
10-Farmacología	C	80
11-Nutrición y Dietoterapia	C	64
12-Cuidados del Adulto y del Anciano	A	320
13-Inglés	A	96
14-Psicología Social y de las Organizaciones	C	48
15-Aspectos Sociológicos del Cuidado I	C	60
16-Materia electiva I	C	48
<b>Total de Horas 2do Año: 857</b>		

<b>3er Año</b>		
17-Cuidados de la Salud de la Mujer, Niño-a y Adolescente.	A	352
18-Bioestadística y Epidemiología Aplicada	C	65
19-Aspectos Bioéticos y Legales de Enfermería I	C	65
20-Materia electiva II	C	48
21-Cuidados para la Salud Comunitaria I	C	100
22-Fundamentos de Investigación en Enfermería	C	64
23-Gestión de los Servicios de Enfermería Hospitalarios y Comunitarios I	C	64
24-Práctica Integradora de Cuidados Enfermeros I	C	100
<b>Total de Horas 3er Año: 858</b>		
<b>Total del Primer Ciclo: 2416</b>		





Universidad Nacional del Comahue  
Consejo Superior

ORDENANZA N° 0152

<b>Título Intermedio obtenido: Enfermero/a</b>		
<b>SEGUNDO CICLO</b>		
<b>4to Año</b>		
25-La Disciplina Enfermera	C	80
26-Metodología de la Investigación en el Cuidado Enfermero	A	128
27-Cuidados a Personas en Estado Crítico de Salud	A	256
28-Bioestadística Aplicada	C	64
29-Formación en Enfermería	C	74
30-Aspectos Bioéticos y Legales de Enfermería II	C	96
<b>Total de Horas 4to Año: 698</b>		

<b>5to Año</b>		
31-Gestión de los Servicios de Enfermería Hospitalarios y Comunitarios II	A	200
32-Cuidados para la Salud Comunitaria II	A	160
33-Aspectos Sociológicos del Cuidado II	C	90
34-Práctica Integradora de Cuidados Enfermeros II	C	100
35-Taller de Tesis	A	192
<b>Total de Horas 5to Año: 742</b>		
<b>Horas Totales del Segundo Ciclo: 1440</b>		
<b>Título obtenido: Licenciado/a en Enfermería</b>		
<b>Horas Totales de la Carrera Licenciatura en Enfermería 3856</b>		

➤ Se adecúa la Carga Horaria en las siguientes Asignaturas:

2. Fundamentos de Enfermería.
5. Aspectos Antropológicos del Cuidado.
7. Microbiología y Parasitología.
9. Cuidados Enfermeros de Salud Psicosocial.
10. Farmacología.
12. Cuidados del Adulto y del Anciano.
15. Aspectos Sociológicos del Cuidado I.
17. Cuidados de la Salud de la Mujer, Niño-a y Adolescente.
18. Bioestadística y Epidemiología Aplicada.
19. Aspectos Bioéticos y Legales de Enfermería I.
21. Cuidados para la Salud Comunitaria I.
24. Práctica Integradora de Cuidados Enfermeros I.
26. Metodología de la Investigación en el Cuidado Enfermero.
29. Formación en Enfermería.
31. Gestión de los Servicios de Enfermería Hospitalarios y Comunitarios II.