

Atención a víctimas de violencia sexual en Hospitales Públicos. El impacto de las representaciones sociales en la calidad de la atención* **

Ana Palazzesi***

Resumen

El propósito de este trabajo es mostrar los resultados del proyecto que buscó conocer e indagar sobre las representaciones sociales acerca de la violencia de género y sexual de los profesionales de la salud que atienden a víctimas de violencia sexual en Hospitales Públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Para ello, se realizó un estudio descriptivo, exploratorio y comparativo, con utilización de técnicas cualitativas. Se efectuaron entrevistas semiestructuradas a profesionales de la salud: psicólogos/as, médicos/as y trabajadores/as sociales integrantes de los Comités de Violencia de los Hospitales Públicos. Los resultados son relevantes en la medida en que se realiza una descripción del nivel de sensibilidad hacia el tema de la violencia sexual que poseen los profesionales de la salud, para poder generar políticas que permitan mejorar la atención de las víctimas de violencia sexual con el fin de evitar la revictimización de las mismas.

Palabras clave: Violencia de género - violencia sexual - representaciones sociales - profesionales de la salud.

Abstract

The purpose of this paper is to show the results of the project that sought to describe and analyze the social representations about gender and sexual violence against women in health care public hospitals in Buenos Aires. We conducted a comparative exploratory descriptive study, using qualitative techniques. Semi-structured interviews to professionals from different disciplines of health: psychologists, doctors, and social workers members of the Committees of Violence in Public Hospitals. The results are relevant to the extent that they show a description of the level of sensitivity to the issue of sexual violence held by health professionals from the Public Hospitals care for victims of sexual violence in order to generate policies that improve the care of victims of sexual violence to prevent the second victimization of them.

Keywords: Gender violence - sexual violence - social representations - health professionals.

* Este proyecto de investigación fue realizado con el apoyo de una Beca “Ramón Carrillo-Arturo Oñativia”, categoría iniciación, otorgada por el Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Comisión Nacional Salud Investiga.

** La presente contribución representa una parte de mi tesis de doctorado.

*** Licenciada en Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata .Doctoranda de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Es docente de Metodología de la Investigación en Violencia Familiar y Fundamentos para el Estudio de la Violencia Familiar de la Carrera Interdisciplinaria de Violencia Familiar de Psicología de la UBA.

Introducción

A pesar de que los esfuerzos de prevención destinados a eliminar la ocurrencia de la violencia sexual son claramente necesarios, también es importante considerar cómo podemos prevenir futuros traumas entre las mujeres que ya son víctimas. Las consecuencias negativas de las violaciones se producen no sólo por efecto del episodio en sí mismo, sino también a causa de la respuesta desfavorable del entorno. Las investigaciones sugieren que las víctimas de violación pueden experimentar culpa por el trato recibido por parte del personal del sistema de salud (victimización secundaria o la segunda violación) (Campbell, 1999).

La victimización secundaria refiere a los comportamientos y las actitudes de los profesionales del sistema de salud, los cuales son culpabilizar a la víctima y dispensar un trato insensible.

La calidad de la atención brindada a las víctimas de violencia sexual depende directamente de las representaciones sociales de los profesionales de la salud sobre la violencia de género. Si los profesionales no están sensibilizados en la temática, difícilmente puedan brindarles un trato digno a las víctimas de violencia sexual.

Sistema de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

La Ciudad de Buenos Aires cuenta con 33 hospitales que prestan asistencia médica en las distintas especialidades en forma gratuita. Estos establecimientos brindan servicios de mediana y alta complejidad que incluyen la atención de urgencias las 24 horas, consultorios externos, internación (clínica, quirúrgica y maternidad), hospital de día y de rehabilitación psicofísica y psiquiátrica. En los hospitales también se realiza una amplia gama de estudios de laboratorio, anatomía patológica, genética y diagnóstico por imágenes con variada tecnología.

De estos 33 hospitales, 13 son Hospitales Generales de Agudos, que a partir del 1° de noviembre de 2011 (Resolución N° 1915/MSGC/11) deben implementar con carácter de obligatorio el “Protocolo para víctimas de delitos contra la integridad sexual”, aunque 2 de los Hospitales no cuentan con Guardia Toco-Ginecológica para garantizar la atención a las víctimas durante las 24 horas.

Hasta no hace mucho tiempo no existían equipos especializados ni un protocolo de atención específico, de modo que no se garantizaba la aplicación de los cuidados

preventivos ni la contención psicológica. Además, la falta de registros impedía tener un conocimiento preciso del tipo de demanda que la problemática genera en el sistema de salud.

Las estadísticas de denuncias brindan una aproximación a la magnitud de las violaciones y de otros delitos contra la integridad sexual; cifras que, si bien son suficientemente elocuentes, sólo dan cuenta de una parte de la realidad de las violaciones, ya que una inmensa mayoría de las mujeres no hace la denuncia y, por lo tanto, las víctimas, que potencialmente podrían acudir al sistema público de salud, son muchas más de las que las estadísticas pueden reflejar.

Esta investigación se llevó a cabo entre el segundo semestre del año 2010 y el primer semestre del 2011 en los cuatro hospitales de referencia de la Ciudad de Buenos Aires, y es de tipo cualitativa, utilizando como técnica de recolección de datos la entrevista semi-estructurada a profesionales de la salud que integran los comités de violencia de los hospitales públicos seleccionados, con el fin de relevar las representaciones sociales de los mismos sobre la violencia de género y realizar una comparación entre las distintas profesiones. Los profesionales seleccionados en esta investigación pertenecen a las disciplinas de la medicina, psicología y trabajo social. Las entrevistas generalmente se llevaron a cabo en los hospitales donde desempeñan sus tareas, entrevistando a un mínimo de 3 profesionales por hospital.

El concepto de representación social desarrollado por los autores Moscovici (1961, 1981, 1984 y 1998) y Jodelet (1989) es una herramienta adecuada para acceder al nivel de significación de los/las profesionales que asisten a las mujeres víctimas de violencia sexual al modo en que interpretan la violencia de género y la violencia sexual. Al brindar información acerca de cómo conceptualizan a la violencia de género y sexual, y además en la manera en que esto influye en la provisión de atención médica, psicológica y social.

Moscovici, las define como un “conjunto de conceptos, declaraciones y explicaciones originadas en la vida cotidiana, en el curso de las comunicaciones interindividuales. Equivalen en nuestra sociedad, a los mitos y sistemas de creencias de las sociedades tradicionales, puede incluso, afirmarse que son la versión contemporánea del sentido común” (Moscovici, 1981) La finalidad de las representaciones sociales es

transformar en familiar lo desconocido. Este principio de carácter motivacional es universal en las representaciones sociales.

Este artículo toma la Escuela Clásica desarrollada por Denise Jodelet en estrecha cercanía con la propuesta de Serge Moscovici. Ya que metodológicamente recurre, por excelencia, al uso de técnicas cualitativas, en especial las entrevistas en profundidad y realizar el análisis del contenido como por medio del método comparativo constante.

Violencia sexual

La violencia sexual contra las mujeres es el resultado de una violencia estructural de género y de patrones socioculturales que discriminan a las mujeres. La violencia estructural de género responde a un sistema que justifica la dominación masculina sobre la base de una supuesta inferioridad biológica de las mujeres, que tiene su origen en la familia y se proyecta en todo el orden social, económico, cultural, religioso y político.

Son las prácticas sexuales dañinas e impuestas, con o sin penetración, mediando fuerza, uso de armas u otras formas de intimidación (amenazas, chantaje emocional, abuso de poder o de confianza) ocurridas en el ámbito familiar o extra familiar, pudiendo ser el o los agresores familiares, allegados o extraños, tratándose de episodios aislados o de situaciones reiteradas, acontecidas recientemente, o en el pasado (Chejter, 2002).

La violencia sexual es un fenómeno extendido a pesar de que no se cuenta con estadísticas globales que avalen esta situación y las existentes no reflejan la realidad de la misma. En Argentina se desconoce la magnitud del problema, pues no se han encontrado datos epidemiológicos publicados. Según varios autores (Corral, Echeburúa, Sarasúa y Zubizarreta, 1995) entre un 15% y un 25% de las mujeres es objeto de una agresión sexual en algún momento de su vida; de entre ellas, más del 50% - e incluso del 70%, según el estudio de Bownes, O’Gorman y Sayers (1991) – experimenta un trastorno de estrés postraumático según los criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 1994). La mayoría de las personas afectadas por este tipo de problemas no son tratadas adecuadamente debido a que no existen normativas claras a seguir en los aspectos médicos, legales, psicológicos y sociales. Cada institución responde a criterios normativos propios, por lo que se hace imprescindible el trabajo interinstitucional e

interdisciplinario para abordarlo desde una manera multifacética, y consensuar así criterios para la construcción de normativas efectivas y eficientes de trabajo.

Las investigaciones criminológicas sobre la violación han mostrado, en los últimos años, que este delito no es un acto espontáneo, cometido en forma individual y con el objeto de obtener una satisfacción sexual. Las investigaciones señalan que existe, frecuentemente, una *premeditación por parte del agresor*, una *selección de la víctima*, un *conocimiento o relación de parentesco entre autor y víctima*, así como que un gran número de violaciones son realizadas por grupos delictivos (Marchiori, 2009).

La “violación cruenta” (Segato, 2003) es la cometida en el anonimato de las calles, por personas desconocidas, anónimas, y en la cual la persuasión cumple un papel menor; el acto se realiza por medio de la fuerza o la amenaza de su uso. Esta forma representa una porción insignificante de las formas de violencia sexual e incluso, muy probablemente, de las formas de sexo forzado. Falta información confiable y los procesos judiciales son pocos cuando se trata de abuso incestuoso o acoso producido en la privacidad de la vida doméstica, los cuáles tienden a ser silenciados en virtud de los supuestos de privacidad y santidad de la esfera familiar y doméstica.

La violación aparece como un fenómeno de “agresión por la agresión misma”, sin finalidad ulterior en términos pragmáticos. Se revela como el surgimiento de una estructura sin sujeto, una estructura en la cual la posibilidad de consumir el ser del otro a través del usufructo de su cuerpo es la caución o el horizonte que, en definitiva, posibilita todo el valor o significación.

Es el impulso agresivo propio y característico del *sujeto masculino* hacia quien muestra los *signos y gestos de la femineidad*. Ya que la violación –en tanto uso y abuso del cuerpo del otro- no es una práctica exclusiva de los hombres ni son siempre las mujeres quienes la padecen. Pero generalmente son los hombres los sujetos identificados con el registro afectivo masculino y es más probable también que las mujeres estén asociadas a los significantes de la femineidad.

Tanto los estudios históricos como las etnografías y demás estudios cualitativos muestran la universalidad de la experiencia de la violación. El acceso sexual al cuerpo de la mujer sin su consentimiento es un hecho sobre el cual todas las sociedades humanas tienen o tuvieron noticias.

En el plano étnico, las evidencias muestran que no existe sociedad donde no exista el fenómeno de la violación. Sin embargo, la variabilidad de la incidencia de esta práctica es notable; hay sociedades donde esa incidencia es máxima, y otras en las cuales se reduce a casos extremadamente esporádicos y singulares, según la cultura y, en particular, la forma asumida por las relaciones de género en unas y otras culturas (Segato, 2003).

En el plano histórico, la violación acompañó a las sociedades a través de las épocas y en los más diversos regímenes políticos y condiciones de existencia (Segato, 2003).

Esta situación comienza a modificarse con el surgimiento de la modernidad y el individualismo que, poco a poco, extienden la ciudadanía a la mujer y la transforman en sujeto de derecho a la par del hombre aunque no sin contradicciones y paradojas. En condiciones de una modernidad plena o avanzada, ella deja de ser una extensión del derecho de otro hombre y, por lo tanto, la violación pierde el carácter de una agresión que, transitivamente, afecta a otro hombre a través del cuerpo de la mujer, para ser entendida como un delito contra ella (Segato, 2003).

La violación sólo se convierte en un delito en el sentido estricto del término con el advenimiento de la modernidad. Antes, puede considerársela como un acto regulado por relaciones sociales no jurídicas, cuya aparición se asocia a determinadas circunstancias del orden social. Segato (2003), a partir de las entrevistas realizadas a violadores, distingue tres tipos de violación:

1. Como castigo o venganza *contra* una mujer genérica que salió de su lugar, de su posición subordinada y claramente tutelada en un sistema de estatus. Este abandono de su lugar muestra los signos de una sociedad y una sexualidad gobernadas en forma autónoma o a encontrarse físicamente lejos de la proyección activa de otro hombre. La violación se recibe como un acto disciplinador y vengador contra una mujer genéricamente abordada. El mandato de castigarla y sacarle su vitalidad se siente como una amenaza fuerte e ineludible. La violación es un castigo y el violador un “moralizador”. El violador no soporta la sospecha que cae sobre la mujer, esta se vuelve contra él, contra su incapacidad de poseer el derecho viril y la capacidad de ejercer control sobre ella. En la actualidad, con la exacerbación de los reclamos de la autonomía de las mujeres, esa tensión se agudiza.
2. Como *agresión o afrenta contra otro hombre* también genérico, cuyo poder es desafiado y su patrimonio usurpado mediante la apropiación de un cuerpo femenino o en un movimiento de restauración de un poder perdido para él. Esta situación es particularmente característica de sociedades de apartheid racial o

social, en las cuales se hace sentir la existencia de fuertes barreras de exclusión y marginación.

3. Como una *demonstración de fuerza y virilidad ante una comunidad de pares*, con el objetivo de garantizar o preservar un lugar entre ellos probándoles que uno tiene competencia sexual y fuerza física. Esto es característico de las violaciones cometidas por pandillas, por lo común de jóvenes y habitualmente las más crueles. Sin embargo, aunque se trate de un delito solitario, persiste la intención de hacerlo *con, para o ante* una comunidad de interlocutores masculinos capaces de otorgar un estatus igual al perpetrador.

La **violación conyugal** o marital es la violencia sexual que se da en la relación conyugal o en convivencias estables y se articula con la dinámica de la violencia cotidiana de diversos tipos por parte de la pareja, como un medio más para el sometimiento de la esposa o compañera (CECYM, 2002).

El violador, tiene una relación de conocimiento familiar con la víctima, confía en que la mujer guarde silencio sobre la agresión. Conoce la vulnerabilidad en la que se encuentra la víctima. De esta manera no es raro que los casos de violación en el grupo familiar integren la cifra negra de la criminalidad, es decir las agresiones que no llegan al conocimiento de las instituciones (Marchiori, 2009).

Es el acceso carnal por el empleo de la fuerza física y/o la intimación, por cualquier vía: vaginal, anal u oral. Es un hecho traumático por la usurpación y la posesión del cuerpo, por el robo de la intimidad, por la desprotección frente al uso de métodos coercitivos. Constituye la transgresión del cuerpo, de los sentimientos, de la autoestima, de la confianza y seguridad de la mujer (Dohmen, 2006). La violación de la mujer vulnera sus derechos como sujeto, como ser independiente, coarta su libertad y su dignidad. Según Groth (1984), la violación es un acto Pseudosexual. El medio es el uso y abuso de los genitales de la víctima. Y el fin es la búsqueda de placer por el sometimiento, el control y dominio del otro, no por el acto coital.

Las víctimas de violación marital viven estos episodios con quién comparten su intimidad y en quien depositaron su confianza, sino con el que proyectaron vivir la vida, experimentando un estado de expectativa angustiante por la amenaza potencial de su repetición. Muchas de estas mujeres padecen como cierre de la golpiza la violación de su pareja, ya no oponen resistencia por las lesiones o por lo que pudiera ocurrirles si llegara a negarse. Se juega una extensión del sometimiento físico al sexual.

La dominación sexual se ejerce por medio de la fuerza física hasta la intimidación con armas y/o amenazas de daño hacia ella o sus seres queridos. A veces usan métodos coercitivos para obligarla a realizar actos sexuales que ella rehecha, la denigran o le provocan dolor; o directamente son violadas cuando duermen, aprovechando su indefensión. Según investigaciones, el 85% de los delitos sexuales ocurren en lugares de incumbencia cotidiana y de manos de familiares o personas allegadas (Dohmen, 2006).

Representaciones sociales de los profesionales de la salud¹

En este apartado se presentan los resultados obtenidos en los cuatro hospitales de referencia en atención a víctimas de violencia sexual de la Ciudad de Buenos Aires (en adelante H1, H2, H3 y H4).

La violencia estructural de género responde a un sistema que justifica la dominación masculina sobre la base de una supuesta inferioridad biológica de las mujeres, que tiene su origen en la familia y se proyecta en todo el orden social, económico, cultural, religioso y político. De esta manera, el sistema de salud no se encuentra excluido de discriminar a las víctimas de violencia sexual, brindando una atención revictimizadora.

Las instituciones del ámbito de la salud reproducen con frecuencia estos patrones socioculturales en sus actuaciones. Médicos/as, psicólogas, trabajadoras sociales, enfermeros/as y otros profesionales de la salud se ven afectados en su actuación por estereotipos, prácticas y presunciones, brindando un trato discriminatorio a las víctimas de violencia sexual.

A partir de las entrevistas a los profesionales de la salud se construyó la siguiente tipología de representaciones sociales imperantes en sus discursos en relación a la violencia sexual hacia las mujeres. Se trata de evaluar las concepciones dominantes en relación con la violencia sexual hacia las mujeres, la inclusión o no de los factores socioculturales y la perspectiva de género al momento de explicarla y comprenderla. A los efectos de profundizar en estos aspectos se indagó en las siguientes subdimensiones.

En lo concerniente a las representaciones con respecto a la violencia de género se distinguieron tres tipos de situaciones:

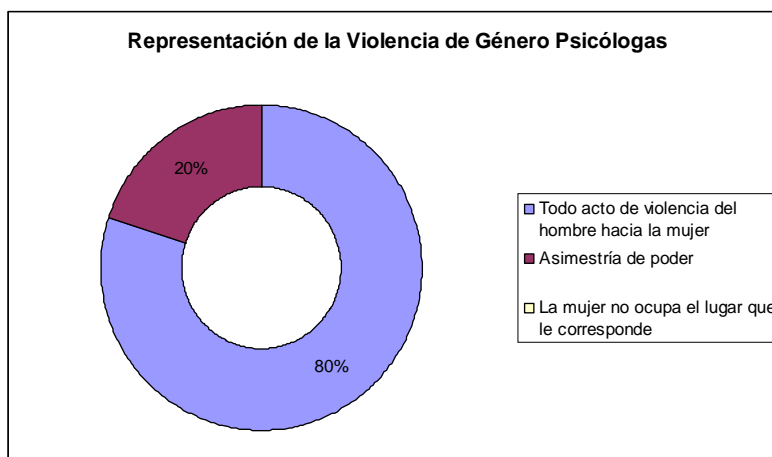
¹ El estudio fue descriptivo, con diseño selectivo, con utilización de una técnica cualitativa como la entrevista en profundidad. Se entrevistaron 16 profesionales en total. Todos integrantes o ex integrantes de los Comité de Violencia Sexual de los 4 hospitales seleccionados.

- 1) Concepciones que entienden a la violencia de género desde una perspectiva de género. Para este grupo la violencia de género remite a todo acto de violencia del hombre hacia la mujer.
- 2) Concepciones que entienden a la violencia de género como asimetría de poder. En este grupo no aparecen los géneros, o sea, no se hace referencia que es del hombre hacia la mujer, encubriendo la problemática de género.
- 3) Concepciones que conciben a la violencia de género como responsabilidad de la mujer, por no ocupar el lugar de subordinación que le corresponde. De modo que las causas de la violencia se encuentran en la mujer, no poniendo en cuestión el universo de valores que funda el sistema patriarcal en el que se asientan las situaciones de violencia.

En lo respectivo a las representaciones con respecto a la violencia sexual se distinguieron cuatro tipos de situaciones:

- 1) Concepciones que entienden a la violencia sexual como una práctica sexual no consentida. Para este grupo si no hay consentimiento, la práctica es ilegal.
- 2) Concepciones que conciben a la violencia sexual como el ejercicio de poder sobre el otro excluyendo a la mujer de la definición. En este grupo se hace referencia al desequilibrio de poder, pero no aparecen los aspectos vinculados al género.
- 3) Concepciones que entienden a la violencia sexual como el ejercicio de la sexualidad con violencia. En este grupo se omite el ejercicio de poder mediante la fuerza que ejerce el agresor sexual, y se concibe a la violencia sexual como un acto sádico. Queda excluida la mujer de la definición.
- 4) Concepciones que entienden a la violencia sexual como responsabilidad de las mujeres. Hay una importante referencia a aspectos vinculados a la mujer, donde se culpabiliza a la víctima, respondiendo al modelo patriarcal.

Representaciones Sociales de las Psicólogas sobre la Violencia de género



El 80% de las psicólogas entrevistadas afirma que la violencia de género es todo acto de violencia ejercido por el hombre hacia la mujer.

“Es todo acto de violencia basado en la diferencia de género que tenga o pueda tener como resultado un daño, sufrimiento físico, psicológico para la mujer, inclusive la amenaza, coacción o privación de la libertad, tanto en la vida pública como privada.” (XP1.1)

“Este lugar de diferencia que toma la mujer con el hombre en el poder. Estamos desnaturalizando esto. Es el Edipo social.” (XP3.1)

“Es la violencia ejercida hacia el lugar de la mujer que, social, económica y políticamente siempre está ubicada en un lugar de desventaja. Las causas son el posicionamiento económico -político-social e histórico que se le da a la mujer.” (XP4.1)

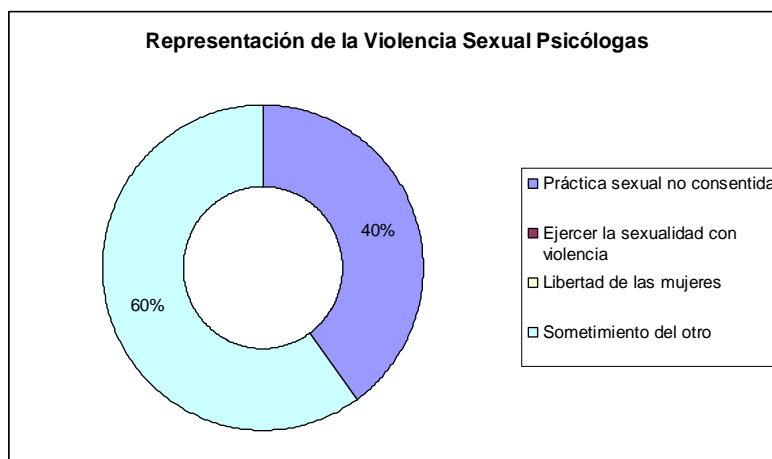
Se observa en estos ejemplos un conocimiento de la problemática de la violencia hacia la mujer, donde el hombre es el que ocupa el lugar de poder y ejerce la violencia hacia la mujer, ubicada en un lugar de inferioridad.

Sólo el 20% restante define a la violencia de género como una asimetría de poder, sin hacer referencia al hombre y/o mujer.

“Cualquier situación de violencia donde lo que aparece una víctima y victimario donde lo fundamental es la asimetría de poder. Hay un sujeto que aparece borrado, esto produce un shock. Que aparezca la singularidad en la terapia.” (XP1.2)

Este ejemplo muestra una omisión, al no aparecer en el enunciado el género de los distintos actores.

Representaciones Sociales de las Psicólogas sobre la Violencia sexual



En referencia a la pregunta qué es la violencia sexual, el 40% de las psicólogas entiende que es una relación sexual sin consentimiento.

“Es un hecho, o varios hechos que atentan contra la integridad física, psíquica, y moral en tanto personas libres con capacidad de decidir sobre sus actos sexuales, sobre su propio cuerpo, son tomadas coercitivamente por un agresor, abusando o violando a la misma, convirtiéndola en víctima. Sobre todo se considera a la violencia sexual como un abuso de poder en las relaciones sexuales entre los géneros.” (XP1.1)

En este ejemplo se observa cómo se toma a la violencia sexual como una de las formas de la violencia de género, donde el derecho a decidir de la víctima se ve avasallado por el victimario. Otro 60% lo refiere al sometimiento.

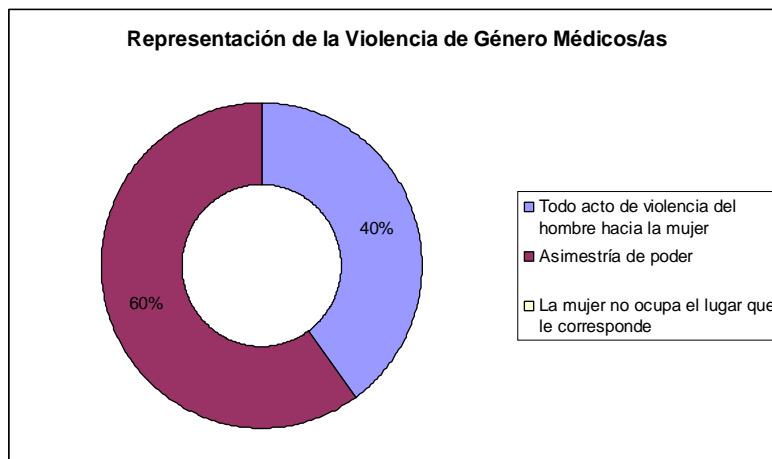
“Tiene el secuestro incorporado. Fue secuestrada, amenazada y violada. No es el recorte de lo sexual. Cualquier situación de sometimiento de uno contra otro, de lo más mínimo a lo más atroz.” (XP1.2)

En este ejemplo se observa cómo la psicóloga va más allá de la violación, incluyendo también en el hecho traumático el secuestro y amenaza previa, no quedando solamente en la violación.

“Es la violencia ejercida sobre alguien que no dispone de las posibilidades de defenderse. Igual que la violencia de género pero agudizada.” (XP4.1)

En este caso también se toma a la violencia sexual como una de las tantas violencias de género, pero la víctima es despojada del género, y omitido el agresor sexual.

Representaciones sociales de los/as médicos/as sobre la Violencia de género



El 60% de los médicos/as entrevistados/as cuestiona la utilización del concepto violencia de género, entendiendo por esto la violencia ejercida por el hombre hacia la mujer, ya que hay “hombres violados”, “homosexuales violados”.

“No existe más varón, mujer. He tenido hombres violados, sexual o los otros tipos de violencia” (XM2.1)

“No sólo la mujer es violada y no hay espacio para los hombres violados, homosexuales violados. Esta situación se da en los humanos. Debe haber muchos hombres abusados o violados que por cuestiones culturales no se acercan.” (XM3.1)

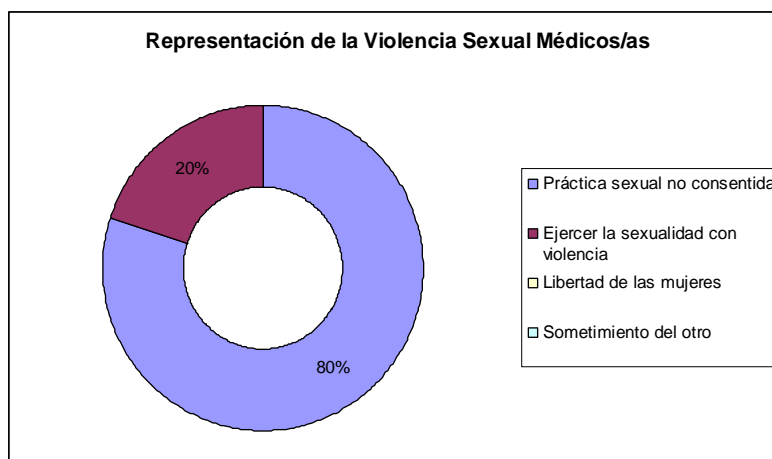
En estos ejemplos, de las médicas de dos hospitales (H2 y H3), se observa que las profesionales tienen la concepción de que tanto las mujeres como los hombres pueden sufrir la violencia de género, ya que hay hombres violados, homosexuales violados, indicando de alguna forma que la balanza está equilibrada en cuanto a las víctimas. Pero si tomamos a los agresores sexuales, como se plantea en el capítulo 4, vemos que el 96% son del género masculino, contra el 4% del género femenino, que como se indica, las agresoras sexuales generalmente abusan de menores de edad del mismo sexo.

El 40% afirmó que es la violencia que se ejerce hacia la mujer por la histórica idea de debilidad e inferioridad de la misma.

“Es todo acto de violencia basado en su género que cause daño, muerte o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado. Se dan en el marco de relaciones asimétricas, en general acompañadas de amenazas o coerción de cualquier tipo.”(YM1.1)

“Se ejerce por la histórica idea de debilidad e inferioridad de la mujer que se puede trasladar a todas las diferencias de poder.” (XM3.2)

Representaciones Sociales de los/as Médicos/as sobre la Violencia sexual



El 80% de los médicos afirma que la violencia sexual es cualquier práctica sexual no consentida.

“No es violación, puede ser una relación no consentida sin ser violación. El toqueo, insinuación, emborrachar a una persona para abusarla. Violación es penetración con utilización de la fuerza. También puede ser penetración con objetos que pueden no estar higienizados” (XM2.1)

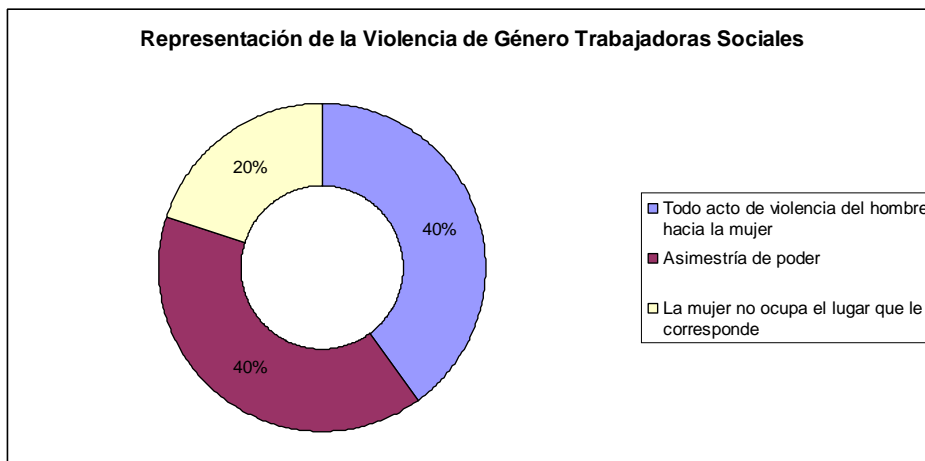
“Cualquiera puede ser víctima, no tiene que ser penetración, cualquier práctica sexual que la víctima no consienta” (XM3.1)

“Acto donde la violencia de género se manifiesta” (XM4.1)

Y un 20% afirma que es ejercer la sexualidad con violencia.

“Sexual, es amplia, ejercer la sexualidad con violencia en los medios, la sexualidad se ejerce con violencia.” (XM3.2)

Representaciones sociales de las trabajadoras sociales sobre la Violencia de género



El 40% de las trabajadoras sociales entrevistadas define a la violencia de género como una desigualdad de poder, excluyendo de la definición la concepción de género.

“La violencia en general es una desigualdad de poder, un abuso, un ejercicio desigual del poder. Es una cuestión social, cultural y económica.” (XTS4.1)

Un 20% afirma que la mujer no sabe ocupar el lugar que les corresponde, lo cual se podría interpretar como que la mujer no está lo suficientemente empoderada como para estar a la par del hombre.

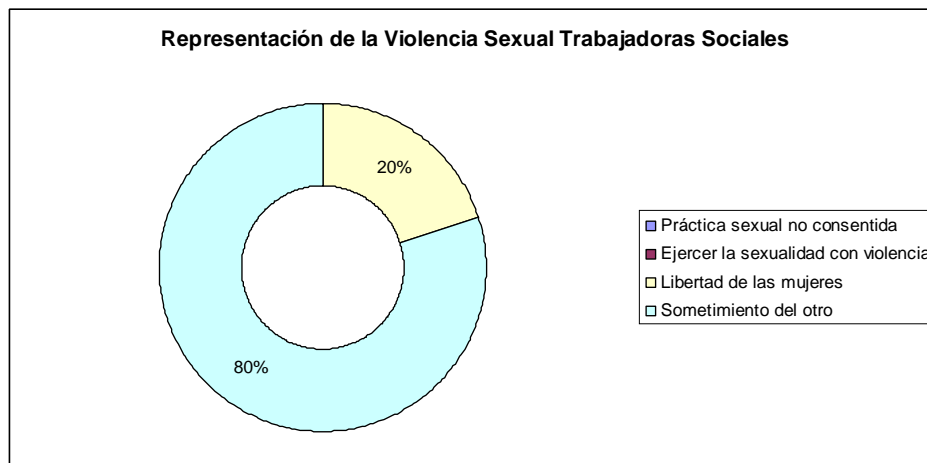
“Las mujeres no sabemos ocupar el lugar que nos corresponde. Subyace el miedo, tenemos a la figura masculina por arriba nuestro. Cuesta mucho que las mujeres se animen, muchas tienen mentalidad de víctima.” (XTS4.2)

Otro 40% afirma que es la violencia que ejerce el hombre hacia la mujer.

“Es la irrespetuosidad, la desconsideración hacia la persona, entendiendo por persona un ser que tiene un físico, psíquico y social. Existe porque evolutivamente desde que el hombre se instaló en la tierra la mujer es considerada inferior.” (XTS1.1)

“La violencia de género no es solo la física, también está la verbal. El desestimar por la condición de ser mujer. Las descalifican, o la denigran, no las tienen en cuenta. No es de igual a igual” (XTS2.1)

Representaciones sociales de las Trabajadoras Sociales sobre la Violencia sexual



Un 20% afirma que la violencia sexual está vinculada a la libertad de las mujeres, responsabilizando a las víctimas por la violencia sufrida.

“Empieza desde la libertad que tienen las chicas hoy en día. La droga, el alcohol, la educación, la televisión. Las chicas queman etapas. Tiene mucho que ver con el andamiaje familiar.”(XTS4.2)

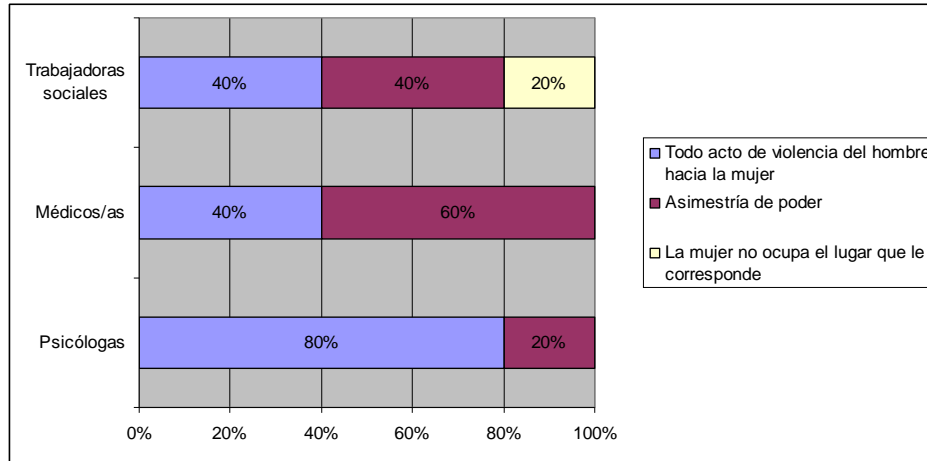
Otro 80% la define como una afección a la integridad del otro, sea este niño, mujer u hombre, marcando que es una violencia psíquica, física y social.

“Una afección a la integridad de otro, ya sea niño, mujer u hombre; donde se ejerce una violencia psíquica, física y social hacia el otro.”

“Lo mismo que la de género, pero implica cuestiones de sexo. Que no siempre tienen que ver con la penetración. También se debe a muchas causas, aspectos socioculturales, económicos y psicológicos”. (XTS4.1)

Comparación de las representaciones entre psicólogas, médicos/as y trabajadoras sociales

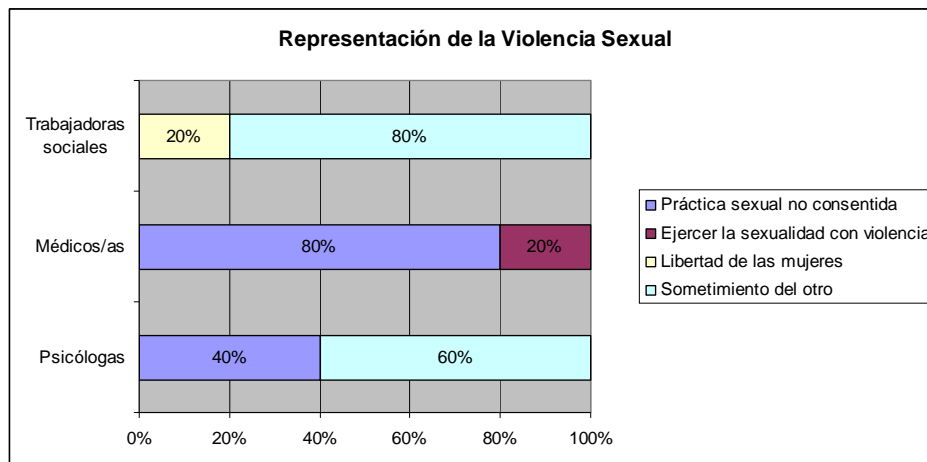
Representaciones sobre la Violencia de género



En cuanto a la definición de violencia de género entendida como todo acto de violencia del hombre hacia la mujer, se observa que las psicólogas (80%) superan a los médicos (40%) y las trabajadoras sociales (40%).

Los médicos/as en su mayoría (60%) la definen como asimetría de poder, sin hacer referencia al hombre y la mujer seguidos de las trabajadoras sociales (40%). Se observa cómo estos profesionales poseen la creencia de la no existencia de un desequilibrio de poder entre los géneros, rechazando las definiciones dadas al respecto por los organismos internacionales.

Representaciones sobre la Violencia sexual



Si se toma a la violencia sexual como una práctica sexual no consentida, se observa que el 80% de los/as médicos/as la representan de esta forma, contra el 40% de las psicólogas.

El 60% de las psicólogas lo refiere como el sometimiento del otro, al igual que el 80% de las trabajadoras sociales, sin hacer distinción de sexo, lo que podría indicar que las mismas no aceptan o adhieren a la definición de violencia sexual, entendida como una de las formas que adquiere la violencia de género.

El 20% de las trabajadoras sociales se representa a la violencia sexual como una responsabilidad de las mujeres, lo que indicaría que culpan a la víctima, viéndolas como responsables de lo que les sucedió. El acompañamiento que pueda brindar un profesional con esta creencia va a ser revictimizador. Es la creencia de la existencia de una provocación previa por parte de la mujer, de forma directa o indirecta.

Conclusiones

Puede afirmarse en primer lugar, que aun subsisten algunos patrones socioculturales discriminatorios que perpetúan la violencia contra las mujeres y que impactan directa y negativamente en el accionar de los profesionales de la salud, lo que podría repercutir negativamente en la atención brindada a las mujeres víctimas de violencia sexual. Aquí se pueden incluir las concepciones de los profesionales sobre la violencia sexual en las cuales no aparecen referencias a los géneros del agresor y víctima, lo que niega de esta forma que el género sea la condición por la cual el hombre ejerce la violencia hacia la mujer. Esta omisión afecta la práctica cotidiana de los profesionales de la salud. La atención que reciba una mujer víctima de violencia sexual que sea atendida por un profesional que no conciba a la violencia sexual como una de las formas de la violencia de género posiblemente sea revictimizante.

Los resultados permiten afirmar que no se puede considerar al cuerpo de profesionales de la salud como un bloque homogéneo, sino que en su interior se visualizaron una diversidad de posturas teóricas, concepciones, y posicionamientos en relación a la violencia sexual hacia las mujeres, que van desde la negación de la violencia sexual como una forma de violencia de género, responsabilizando a las víctimas, hasta posturas que toman a la violencia sexual como una de las formas más terribles de la violencia hacia la mujer.

Cuando los profesionales de la salud tienen puntos de vista estereotipados y negativos sobre el tema, derivado de un déficit en su formación específica en violencia sexual, aparecen dificultades en la atención brindada. La ausencia de formación en la temática también se refleja en los resultados de la investigación, por lo tanto, las actitudes y creencias de estos profesionales son negativas y dotadas de contenido moral. Estas dificultades, e incluso los prejuicios y las concepciones formadas, se basan intrínsecamente en el sentido común.

En segundo lugar, se puede afirmar que haber realizado una carrera universitaria no les brinda a los/as profesionales herramientas para trabajar con la temática de la violencia de género y sexual. No alcanza con la intensión a la hora de ocupar un lugar en los Comités de Atención a Víctimas de Violencia Sexual, sino que es importante la información, sensibilización y capacitación para poder cuestionar los propios saberes y creencias que se encuentran atravesados por la cultura patriarcal. Para ofrecer a las víctimas de la violencia sexual una atención adecuada se requiere personal capacitado que comprenda el problema, sus orígenes y consecuencias. Solamente la capacitación en la temática permite modificar las propias representaciones atravesadas por la cultura patriarcal. Es escaso el personal capacitado en la temática. La capacitación de los equipos debe incluir tanto el conocimiento técnico como una reflexión sobre sus actitudes, sus conceptos sobre la violencia sexual y sobre la atención de las víctimas de la agresión.

En tercer lugar, podemos inferir que las representaciones sociales de los participantes en este estudio acerca de la violencia de género y violencia sexual se basan en su mayoría en el sentido común. Se observa que persiste personal a cargo de la atención directa que no posee una sensibilización apropiada para un abordaje integral de las víctimas.

En cuarto lugar, se puede aseverar que la complejidad de la situación y la multitud de consecuencias impuestas a las víctimas exige un enfoque interdisciplinario en la atención a las mujeres que sufren violencia sexual. La violencia sexual es un problema de salud pública que involucra una perspectiva interdisciplinaria: médica, jurídica, psicológica, psiquiátrica y social; demanda un tratamiento asistencial ya que este tipo de agresión deja efectos psicológicos negativos a corto y largo plazo, además de enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados.

Bibliografía

- ANDERSON, B.S. y ZINSSER, J. P. (2000): *A history of their own. Volume II. Women in Europe from prehistory to the present. A revised edition*, New York, Oxford University Press.
- BARBERÁ, E (1998): *Psicología del género*, Barcelona, Ariel
- BERGALLI, R. y BODELÓN, E. (1992): *La cuestión de las mujeres y el Derecho Penal Simbólico*, Anuario de Filosofía del Derecho, IX.
- BOUCHOT BELTRÁN, A. (1999): “La construcción del género: origen de la violencia social”, en: *Iter Criminis. Revista de Derecho y Ciencias Penales*, México, n°2, pp. 51-84.
- BUTLER, J. (2001): *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*, México, Paidós.
- CAMPBELL J.C., SOEKEN K. (1999): “Forced sex and intimate partner violence: effects on women’s health”, en: *Violence Against Women*, n° 5, pp. 1017–1035.
- CHEJTER, S. y RUFFA, B. (2002): *Mujeres víctimas de la violencia sexual. Proteger, recuperar, reparar*, Buenos Aires, CECYM.
- CONNEL, P. W. (1997): *La organización social de la masculinidad*, Santiago, Ediciones de las mujeres.
- DEAUX, K (1984): “From individual different to social categories. Analysis of a decade’s research on gender”, en: *American Psychologist*, n° 39, pp. 105 – 116.
- DOHMEN, M. L. (2006): “Víctimización sexual en las mujeres maltratadas”, en: *Documento de trabajo VIII: jornada de la red Buenos Aires* (prov.), 1ª edición, Buenos Aires, De Los Cuatro Vientos.
- ECHEBURÚA, E., CORRAL, E., ZUBIZARRETA, I. y SARASUA, B. (1995): *Trastorno de estrés posttraumático crónico en víctimas de agresiones sexuales*, Fundación paideia.
- GÓMEZ GÓMEZ, E (2002): “Equidad, género y salud: retos para la acción”, en: *Revista Panamericana de Salud Publica*, Vol. 11, n° 5/6.
- GROTH, A. N. (1979): *Men who rape: The Psychology of the offender*, New York, Plenum.
- HEISE L, PITANGUY J, GERMAIN A. (1994): *Violence against women: the hidden health burden*, Washington, D.C., Banco Mundial, Discussion Paper, n° 255.
- JODELET, D. (1989): *Les representatios sociales*, France, PUF.
- KANUHA, V. (1997): “Violencia doméstica, racismo y el movimiento de mujeres golpeadas en Estados Unidos”, en: J. EDLESON y Z. EISIKOVITS (comp.) *Violencia doméstica. La mujer golpeada y la familia*, Buenos Aires, Granica, pp. 59-82.
- LIPS, H (2001): *Sex and gender. An introduction*, Toronto, Mayfield Publishing, 4° ed.
- MAQUEDA ABREU, M. L. (2006): “La violencia contra las mujeres: una revisión crítica de la ley integral”, *Revista Penal*, n° 18.
- MARCHIORI, H. (2009): *Serie Victimología, séptimo número*, Argentina, Encuentro Grupo Editor.
- MOSCOVICI, S. (1998): “The history and actuality of social representations”, en: FLICK, U. (ed) *The Psychology of the Social*, United Kingdom, Cambridge University Press.
- (1984): “The phenomenon of social representations”, en: R.M. FARR y S. MOSCOVICI (comps.) *Social representations*, Cambridge, Cambridge University Press.
- (1981): “On social representation”, en: J.P. FORGAS (comp.) *Social cognition. Perspectives in everyday life*, Londres, Academic Press.
- (1961): *La psychanalyse, son image et son public*, France, PUF
- OSBORNE, R. (1993): *La construcción sexual de la realidad*, Madrid, Cátedra.
- SEGATO, R. L. (2003): *Las estructuras elementales de la violencia*, Bernal, UNQ.
- VIEYTES, R. (2004): *Metodología de la investigación en organizaciones, mercado y sociedad: epistemología y técnicas*, Buenos Aires, De las ciencias.

Recibido: 01/03/2012. Aceptado: 01/11/2012.