Violencia contra las mujeres y salud: malestar, medicalización y consumo de sustancias psicoactivas

"El tipo de drogas que más consumen las mujeres maltratadas son las prescriptas por su médico"
(Valdez y Juares, 1998:4)

Índice

1- Introducción a la problemática a abordar

2- Metodología

3- Algunos conceptos teóricos para el análisis

3.1 *El problema oculto*

3.2 *El abordaje desde la salud*

3.3 *La medicalización*

3.4 *El malestar*

4- Informe Estadístico: descripción general de la población bajo estudio

4.1 Perfil sociodemográfico de las mujer en situación de violencia

4.2 Características de la situación de violencia

4.2 Factores de riesgo

5- Los casos de violencia atendidos en la Línea 144

5.1 El impacto de la violencia en la salud mental de las mujeres y el abuso de psicofármacos

5.2 La obstaculización de la ruta crítica

5.3 Afrontamiento de la situación de violencia

5.4 Autoatención y automedicación como estrategia

5.5 Psicofármacos por inducción, presión y engaño

5.6 Interrupción y privación del tratamiento

5.7 Suicidio e ideación suicida como salida fallida

6- Conclusiones

7- Lista de referencias

1 Introducción a la problemática a abordar

El presente informe indaga, desde un enfoque de género, el cruce entre género, violencia contra las mujeres[1], medicalización y consumo de sustancias psicoactivas[2]. El interés por abordar esta problemática surge,en primer lugar del análisis de los testimonios que brindan las mujeres que se contactan con la Línea 144 y, en segundo lugar, nos proponemos dar visibilidad a la complejidad de esta problemática así como las connotaciones que éstas tienen en la salud de las mujeres.

Como desarrollaremos a continuación, siguiendo diferentes autores/as, el consumo por parte de las mujeres de psicofármacos y drogas "legales" (alcohol y tabaco) suele constituirse, en situaciones de violencia de género, en una estrategia tendiente a mitigar y/o sobrellevar el padecimiento que, a su vez y paradójicamente, inhibe o cuanto menos dificulta la búsqueda de alternativas y recursos adecuados para poner fin a la violencia, incrementándose así la vulnerabilidad de las mujeres.

En este trabajo nos centraremos en el consumo de psicofármacos teniendo en cuenta que "cuando analizamos el consumo de sustancias por género, vemos que la prevalencia de mujeres sólo es mayor en el consumo de drogas "lícitas" (tabaco, psicofármacos), lo que está estrechamente ligado a su rol de género: para una mujer ser catalogada de "adicta" es mucho más "costoso" en términos sociales y familiares, ya que se aleja de lo que se espera del desempeño de su rol de madre, protectora, etc." (Brasesco, 2010:17). Es en esta línea, que Maffía (2011) sostiene que la experiencia en el consumo de sustancias psicoactivas no es igual para mujeres que para varones, "Psíquicamente, son distintas las motivaciones y disparadores del consumo, así como la percepción de riesgo de cada sustancia y el estado de vulnerabilidad frente a ellas. Del mismo modo, son claramente diferentes sus hábitos de consumo y las conductas que despliegan durante el mismo. También son muy distintos los costos familiares y sociales que "pagan" por tener

[1]Bajo esta perspectiva, el presente trabajo se enmarca en la definición de violencia contra las mujeres y en particular de la violencia doméstica, contenidas en la Ley Nacional Nº 26.485.

[2]Cuando hablamos de sustancias psicoactivas podemos distinguir entre las permitidas y de circulación regulada, que están en el mercado con fines terapéuticos –medicamentos– y las permitidas y socialmente aceptables, como el alcohol y el tabaco.

una adicción; son superiores las restricciones que tienen para acceder y permanecer en tratamiento; son mayores los índices de mortandad comparados" (Maffía, 2011: 1).

2 *Metodología*

Para elaborar el presente estudio tuvimos en cuenta información referida a las llamadas recepcionadas por la Línea 144[3], entre el año 2014 y 2016, en las cuales se identificaron términos claves referidos a la temática de estudio: medicalización, consumo de sustancias psicoactivas, malestar y depresión, entre otras.

Nuestro interés por la temática nos lleva a analizar la información desde dos perspectivas complementarias para poder abordar la complejidad de las situaciones a las que refieren las personas en situación de violencia que se contactaron con la Línea. Una primera aproximación, de corte cuantitativo, permite dar cuenta de las características generales de los 131 llamados seleccionados, tomando en cuenta las jurisdicciones desde las cuales se efectuaron las llamadas y variables específicas tales como: persona que efectuó la llamada, edad, tipos y modalidades de violencia, presencia de niños/as, entre otras.

En segundo lugar, un abordaje de corte cualitativo nos permitirá analizar en profundidad los testimonios de los 131 casos seleccionados teniendo en cuenta como dimensiones de análisis: ruta crítica y obstáculos que afectan la salida de la situación de violencia, estrategias de afrontamiento, suicidio e ideación suicida como salida fallida.

[3]La Línea 144 está destinada a brindar información, orientación y contención ante situaciones de violencia de género, en articulación con organismos nacionales, provinciales y municipales, y también con organizaciones sociales dedicadas a la temática, para generar y fortalecer políticas destinadas a brindar una protección integral en estos casos. Funciona las 24 horas, los 365 días del año, como parte de un sistema de protección dirigido a brindar una respuesta integral y contención inmediata a las personas en situación de violencia.

El equipo de atención de la Línea 144 está conformado por profesionales del derecho, psicología y trabajo social especializados en la temática de género y bajo la lógica de la interdisciplinariedad. En este sentido, se erige como un espacio de escucha responsable que ofrece información y contención ante un llamado que puede ser realizado por la persona en situación de violencia, por un familiar o por cualquier otro/a allegado/a.

La Línea 144 dispone de una Guía de Recursos de alcance nacional -regularmente validada por el equipo de operadoras/es de la misma - donde se enumeran y describen las instituciones públicas y las organizaciones sociales que brindan atención psicológica, asesoramiento jurídico o servicios sociales a las personas que enfrentan situaciones de violencia.

3 Algunos conceptos teóricos para el análisis

Antes de abocarnos al análisis de los datos provenientes de los llamados a la Línea 144, consideramos pertinente realizar un breve recorrido por diversos conceptos teóricos a fin de que nos permitan una lectura integral, desde la perspectiva de género, de la problemática del consumo de sustancias realizado por mujeres en situación de violencia. Nos interesa especialmente abordar el consumo de psicofármacos de las mujeres violentadas tanto en su vertiente de "control social de las mujeres" (Burín, 2010) como en su vertiente de ser una estrategia de afrontamiento por parte de ellas de la violencia padecida.

3.1 El problema oculto

El informe de la OMS(2001) sobre salud mental y género expone que mientras entre los varones son más frecuentes los trastornos adictivos y de personalidad y hay pocas diferencias por sexo en las enfermedades psiquiátricas mayores (tales como esquizofrenia o trastorno bipolar) que afectan sólo al 2% de la población, las diferencias por sexo se dan particularmente en las alteraciones mentales comunes (depresión, ansiedad, quejas psicológicas y somáticas). Estos cuadros que afectan al 30% de la población —hasta el 50% en algunas muestras de población atendida en atención primaria de algunos países (OMS, 2001)—, ocurren el doble en mujeres que en varones. Y además, la evolución entre las mujeres es peor; los episodios depresivos son entre ellas más largos, las recidivas más frecuentes y con mayor tendencia a la cronicidad que entre los varones (OMS, 2001).

Esta mayor afectación de las mujeres se debe tanto a factores psicológicos como sociales y de género, en la medida que el papel tradicional de las mujeres en las sociedades las expone a más tensiones, al tiempo que les resta capacidad para modificar su entorno estresante, así como la alta tasa de violencia doméstica y sexual a que están expuestas (OMS, 2001).

Como se enunció anteriormente, los trastornos mentales comunes son el doble de frecuentes en mujeres que en varones. Ello no parece deberse a factores biológicos ligados al género, que aunque pudieran existir, no justifican el resultado. Por el contrario, influyen factores psicosociales relacionados con el papel de género tradicional asignado a las mujeres ligado al ámbito doméstico y que las expone a mayores tensiones debido a la carga y responsabilidad de las tareas decuidado que recae casi en exclusiva sobre ellas.

Las consecuencias de este rol tradicional se relacionan con situaciones de aislamiento, dependencia y subordinaciónque se plasman tanto en la falta de proyecto y tiempo propios restándoles así capacidad de acción y autonomía para modificar su entorno estresante, como en una mayor exposición a situaciones de violencia de género. Los cambios de los modelos tradicionales femeninos hacia modelos más nuevos e innovadores ligados a la presencia de mujeres en el ámbito público, lejos de liberar a las mujeres de sus responsabilidades domésticas, les imprime una acumulación de roles y responsabilidades conocida como la "doble o triple" jornada laboral. A partir de ésta división de ámbitos de trabajo por género tradicionalmente impuesta, se genera a su vez una división de roles que implica que los varones "disfruten de más poder y reconocimiento social, mientras que las mujeres quedan relegadas al ámbito de lo privado, a la invisibilidad y a la falta de proyección social" (Sánchez Pardo, et al. en Maffia y Colace, 2011:7). Es en esta línea que Maffía relaciona el mayor uso de tranquilizantes por parte de mujeres a surol tradicional de género centrado en la reproducción y el cuidado del hogar ya que dicho rol "favorece la aparición de situaciones de incomunicación y aislamiento social, la ausencia de reconocimiento y valoración social y la carencia de proyectos y espacios propios para la realización personal" (2011:16).

3.2 El abordaje desde la salud

Existen diferencias en la atención sanitaria brindada a las mujeres. Los médicos y médicas son más proclives a diagnosticar depresión a las mujeres incluso frente a la misma sintomatología que a los varones y, consecuentemente a prescribirles psicofármacos, ya sean ansiolíticos, antidepresivos, tranquilizantes o somníferos. Según la OMS (2001), esto puede explicarse tanto por la mayor prevalencia entre las mujeres de trastornos mentales comunes, como por su mayor tendencia a buscar ayuda en los profesionales de salud. Llegado este punto debe llamarse la atención sobre el comportamiento de los/as profesionales de la salud, quienes tienden a inclinarse por la opción de prescribir medicamentos cuando se enfrentan a una situación psicosocial compleja,cuando en realidad su resolución exigiría medidas de intervenciónpsicológicas y sociales, actuando así bajo la influencia de estereotipos de género que inducen a mayor prescripción de tranquilizante a las mujeres.

Sostenemos entonces, que la mayor presión de alteraciones mentales comunes sobre las mujeres se relaciona con factores psicosociales y de género que hay que tener en cuenta en el momento de atender en una consulta médica a una mujer. En esta línea, Maffía sostiene que las motivaciones femeninas para consumir psicofármacos "se relacionan con la necesidad de evitar cierta sintomatología, como el estrés, la angustia, el nerviosismo, la tristeza o las dificultades para dormir, que se derivan de sus responsabilidades familiares y/o de la compatibilidad del trabajo dentro y fuera del hogar. Muchas de las mujeres, como el propio entorno familiar y social, consideran estas reacciones emocionales ante determinadas circunstancias y condiciones de vida como una enfermedad que pretende ser superada con el uso de psicofármacos"(2011:12).

3.3 La medicalización

En este sentido, intervienen además los estereotipos sociales y de género que influyen en la resignificación de las quejas por parte de los/as profesionales de la salud.

Si entran bajo el enfoque de las especialidades médicas, serán diagnosticados como trastornos de órgano o síndromes funcionales emergentes, como fibromialgia, síndrome de fatiga crónica, colon irritable, disfunción témporo-mandibular, etc.

Y finalmente una buena parte, de magnitud no conocida, quedará en la categoría de síntomas sin explicación médica, sin diagnóstico, y que en atención primaria engrosan las estadísticas de pacientes que acuden "sin enfermedad" o con "signos y síntomas mal definidos".

Existe un penetrante solapamiento diagnóstico entre las diversas alteraciones mentales comunes y, a su vez, entre éstas y los síndromes funcionales y de estos últimos entre sí. Todos ellos comparten la misma sintomatología con diversa intensidad y se reagrupa de formas distintas para dar lugar a aparentes diagnósticos distintos.

Este solapamiento debería hacer pensar que el sistema de clasificación basado en síntomas por órganos y sin trastorno fisiopatológico no responde a la naturaleza de estos padecimientos.

Uno de los principales problemas que condiciona el solapamiento diagnóstico es la variedad de interpretaciones sobre las quejas que pueden hacer los y las médicas, dependiendo de aspectos subjetivos como su área de conocimiento y sus estereotipos de género.

Resulta aquí pertinente recuperar la noción de "medicalización" desarrollada por Foucault entendida como "la práctica médica que opera continuamente sobre toda la vida y que, en calidad de dispositivo de poder, pone en juego el saber médico con el fin de controlar y normalizar a los individuos y a las poblaciones… Se trata entonces de un proceso en el que intervienen factores sociales, políticos y fundamentalmente económicos, ligados a la industria farmacológica" (Teodori, 2015:100). Es en esta línea que se relaciona al consumo de psicofármacos con el modo en que las instituciones, a través de sus técnicos/as y/o profesionales, intervienen en contextos de consulta donde mujeres en situaciones de violencia acuden con sintomatología propia de la situación, tales como dificultad para dormir, dolor de pecho, ansiedad o depresión. Así, la violencia doméstica queda inscripta en esta lógica de medicalización.Teodori considera a esta violencia como fuente de sufrimiento y padecimiento, e incluso como origen de problemas de salud. Es decir que la violencia de género, como sostiene Riquer Fernández, es "una dolencia que sin ser enfermedad, enferma y puede causar la muerte" (Teodori, 2015:104). Frente a la complejidad de una problemática que no puede sólo reducirse a una cuestión de salud, Teodori sostiene que la racionalidad médico-científica se ve "forzada" a incorporar a su campo a la violencia caracterizándola como una enfermedad. Nos enfrentamos así a un proceso de patologización de la violencia de género en el plano de la salud mental (Teodori, 2015).

En consecuencia, el abordaje desde una perspectiva de género de la ingesta de psicofármacos –tanto prescripto como autoadministrados− por parte de mujeres en situación de violencia de género lleva a incrementar su vulnerabilidad por dos motivos. "Uno de ellos es el impacto de la estigmatización, que refuerza la idea de que el maltrato responde al carácter psicopatológico de la mujer agredida y la culpabiliza. Otro de los aspectos que aumenta en forma directa la vulnerabilidad es que el efecto de la medicación psiquiátrica provoca alteraciones en el comportamiento de las mujeres; en ocasiones obtura la capacidad de comprender el malestar y actuar con conciencia para enfrentar contradicciones entre sus deseos y la realidad. Pero fundamentalmente produce que sus reacciones se lentifiquen, y les impide actuar y defenderse de la agresión" (Teodori, 2015:108).

El uso de los medicamentos que en algún momento fueron recetados puede interpretarse como un movimiento de apropiación, por parte de las mujeres, que se

relaciona con los procesos de autoatención, la cual es una práctica cotidiana que incluye un conjunto de estrategias para la obtención de diferentes beneficios mentales y físicos: consumo autónomo de antibióticos, analgésicos o psicotrópicos así como de diferentes sustancias (tisanas, alcohol, etc.). Menéndez señala que "será la intencionalidad con que se utilice cualquiera de estas sustancias la que le dé el carácter de automedicación" (Teodori, 2015:109).

3.4 El malestar

Una cuestión de enorme importancia es la paradoja existente en el tratamiento de todas las alteraciones psíquicas menores y funcionales. Se realiza un enorme esfuerzo en diferenciar diagnósticos de procesos aparentemente distintos y, sin embargo, el tratamiento farmacológico es finalmente el mismo: antidepresivos y estimulantes.

La medicación tranquilizante utilizada en mujeres es un hito del que ya alertaba Mabel Burín(1991), haciendo referencia a la "tranquilidad recetada".La tendencia internacional indica que el doble de mujeres que varones consumen psicofármacos (Burín, 2002). Médicos y médicas tienen tendencia a recetar el doble de estimulantes y antidepresivos a mujeres que a varones. Y además, si bien el auge del uso de ansiolíticos tuvo su cumbre en los años 60 y 70, el progreso de la medicalización de los malestares, sobre todo de las mujeres, se va desplazando al aumento espectacular del uso de antidepresivos.

Burín propone otros modos de comprensión de las psicopatologías de las mujeres referidos alorigen social de los conflictos y su interrelación con los modos psíquicos de producción del malestar a través de los sentidos que cada sujeto otorga a tales conflictos.

Las alteraciones psíquicas y somáticas, bajo su diversa presentación, tienen una procedencia común: el malestar cultural de las mujeres. El malestar de las mujeres fue propuesto como la otra salud mental en el Seminario Internacional sobre el Malestar Psíquico de las Mujeres (Roma, 1988) donde investigadoras desde la sociología y la clínica confluyeron en la necesidad de definir una nueva salud mental de las mujeres que diferenciara entre el sufrimiento procedente de las condiciones de la vida cotidiana y la enfermedad.

Se define el malestar psicosocial como el sufrimiento que no puede ser descifrado y expresado en palabras y que aparece como sufrimiento anímico o en el cuerpo como síntomas mal definidos y sin causa orgánica demostrable.

Nos referiremos a los procesos en cuestión como los síndromes del malestar de las mujeres con un enfoque que los unifica a través de su significado, lo que permite abordarlos en su causalidad, factores asociados y repercusiones, dejando provisionalmente a un lado las necesidades diagnósticas, con un abordaje y tratamiento integral que incluya condicionantes de género y subjetividad. En el campo de la salud mental de las mujeres, Burín (2010) señala que se han ido adoptando diferentes modelos de atención en nuestro país, que van desde una concepción "tradicional" centrado exclusivamente en la salud reproductiva de la mujer y ligado a su aparato reproductor, una concepción denominada "psicodinámica" que piensa la salud mental de las mujeres como un estado de equilibrio y armonía al que se debe llegar mediante la aplicación de técnicas (incluida la medicalización) por parte de un profesional y, por último, una concepción más novedosa que es la "participativa" y pone el énfasis en considerar a la mujer como un sujeto social activo y protagonista en la construcción de su salud mental y de las acciones para trasformar "aquellos factores opresivos que constituyen modos de vida enfermantes" (Burín, 2010:2).

Cuando las mujeres acuden a los servicios de atención primaria en salud con quejas y síntomas anímicos y somáticos sin causa orgánica, podemos decir que hacen una demanda explícita sobre sus síntomas y una demanda implícita, o no manifestada, sobre su malestar que es de contenido psicosocial.

La ausencia de un espacio de escucha en el que exista la posibilidad de significar la queja, implica el ejercicio de violencia institucional (Teodori, 2015) definida por la Ley Nº 26.485 como una modalidad de violencia contra las mujeres. (Artículo 6, inciso b)[4].

Toda vez que los/as profesionales de la salud carecen de la formación especializada para atender casos de violencia de género, recurren al sentido común y la propia experiencia profesional y personal. Al igual que ante otras problemáticas de índole social, el equipo de salud suele prescindir de datos de los pacientes que puedan colocarlo frente a conflictos ético-morales, y así "diferentes formas de manejar o gerenciar el dolor en el

[4] Violencia institucional: "Aquella realizada por las/los funcionarias/os, profesionales, personal y agentes pertenecientes a cualquier órgano, ente o institución pública, que tenga como fin retardar, obstaculizar o impedir que las mujeres tengan acceso a las políticas públicas y ejerzan los derechos previstos en esta ley. Quedan comprendidas, además, las que se ejercen en los partidos políticos, sindicatos, organizaciones empresariales, deportivas y de la sociedad civil".

ámbito del trabajo llegan a ocasionar violencia institucional, en nombre de la ciencia y el conocimiento técnico" (Teodori, 2015:56).

4 Informe Estadístico: descripción general de la población bajo estudio

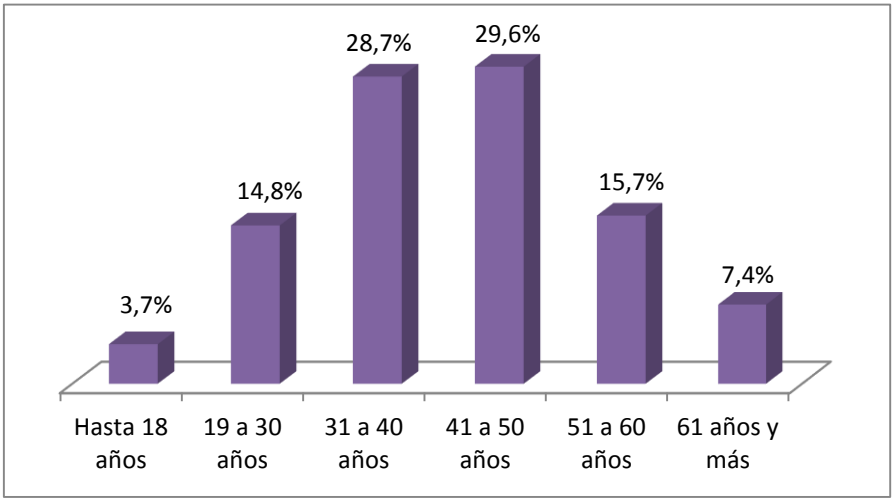
Para elaborar el presente estudio tuvimos en cuenta información referida a las llamadas recepcionadas por la Línea 144,entre el año 2014 y 2016, en las cuales se identificaron términos claves referidos a la temática de estudio: medicalización, consumo de sustancias psicoactivas, malestar y depresión, entre otras.A partir de estos criterios de selección la población objetivo quedó comprendida por un total de 131 llamadas efectuadas por personas en situación de violencia que se han identificado como mujeres.

Cabe aclarar que en el presente informe la relevancia está dada por la temática y no por la representatividad numérica de los casos.

4.1 Perfil sociodemográfico de las mujeres[5] en situación de violencia

Respecto a la edad de las personas en situación de violencia, el 58.3% de los llamados recibidos corresponden a mujeres entre 31 y 50 años (aproximadamente en 6 de cada 10 llamadas), seguidas por los grupos etarios "51 a 60 años" y "19 a 30 años" que aportan un 15.7% y 14.8% respectivamente, mientras que las mujeres de 61 años y más representan un 7.4% del total de llamados. Por último el 3.7% de las mujeres que se comunicaron con la Línea tenían hasta 18 años.

Gráfico 1: Edad de las mujeres en situación de violencia



[5]El presente informe utiliza el término mujeres en situación de violencia entendiendo así a mujeres cis y a todas las identidades autopercibidas mujeres.

En cuanto a la distribución de las 131 llamadas, según la jurisdicción del territorio nacional de procedencia, Buenos Aires es la que registra el mayor porcentaje de llamadas (50.4%). Le siguen CABA y Mendoza con el 10.7% respectivamente y Santa Fe con el 9.2%.

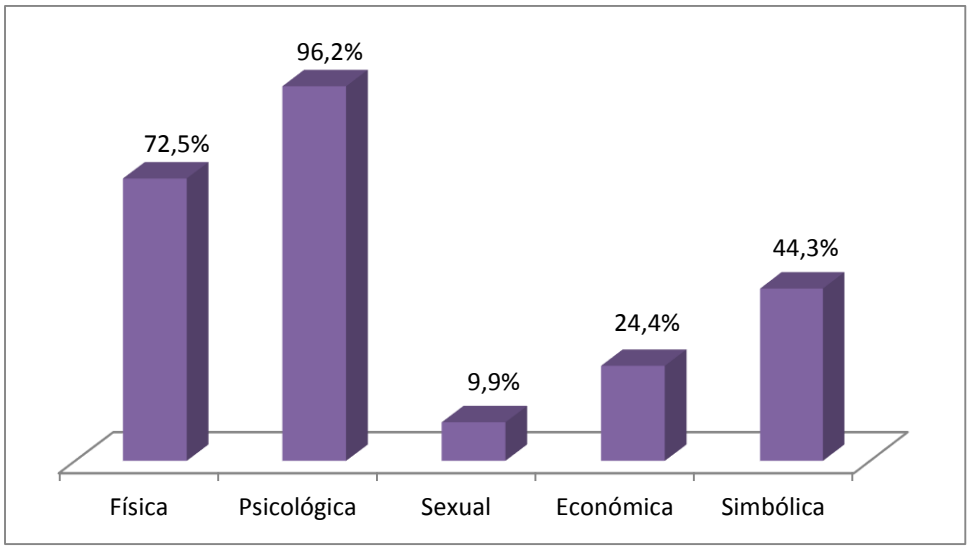
Tabla 1: Distribución de llamados según provincia

Provincia	Frecuencia	Porcentaje
Buenos Aires	66	50,4%
Capital Federal	14	10,7%
Mendoza	14	10,7%
Santa Fe	12	9,2%
Córdoba	7	5,3%
Tucumán	4	3,1%
Entre Ríos	3	2,3%
Río Negro	2	1,5%
San Juan	2	1,5%
Catamarca	1	0,8%
Chaco	1	0,8%
Chubut	1	0,8%
Jujuy	1	0,8%
La Pampa	1	0,8%
Neuquén	1	0,8%
Tierra Del Fuego	1	0,8%
Total	131	100,0%

4.2 Características de la situación de violencia

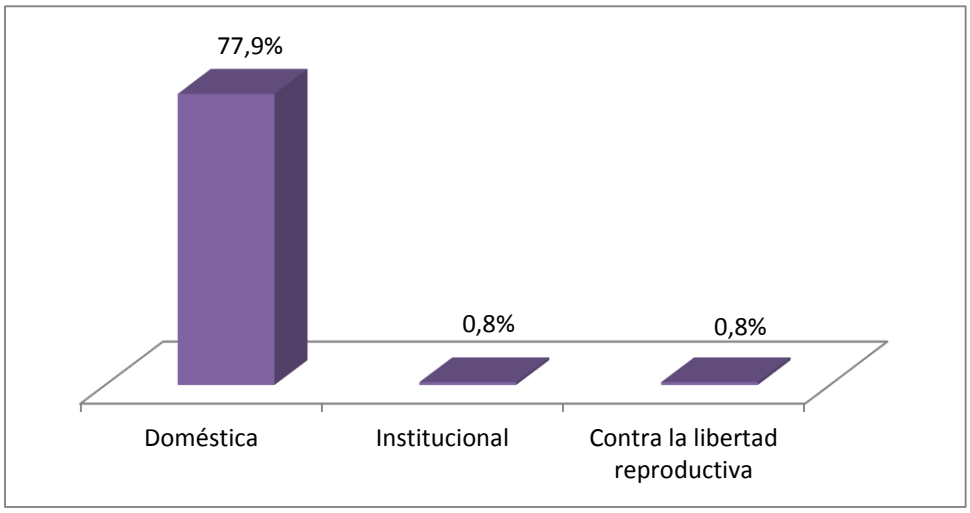
La violencia psicológica se destaca como el tipo de violencia que con mayor frecuencia declaran las mujeres, representando el 96.2% de los casos bajo estudio, seguida por la violencia física con un 72.5%, el 44. 3% hace referencia a situaciones de violencia simbólica, mientras que el 24.4% refiere a casos de violencia económica. Por último se registraron 9.9% de llamados por violencia sexual.

Gráfico 2. Mujeres en situación de violencia según el tipo de violencia.



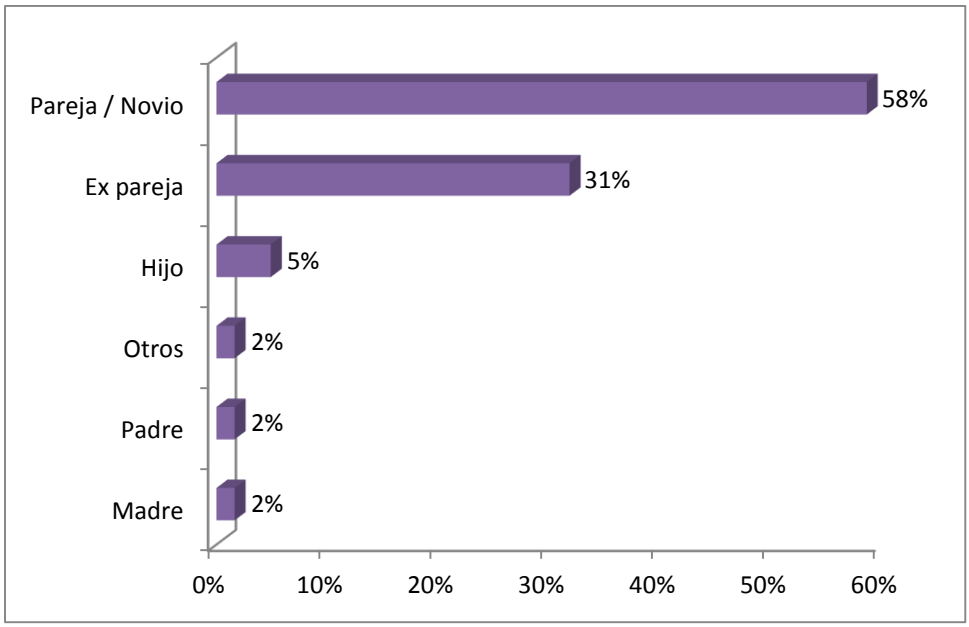
Respecto a las modalidades de violencia, mayoritariamente se hace referencia a la violencia doméstica (77.9%). Tanto la modalidad de violencia contra la libertad reproductiva como la violencia institucional están representadas por un 0.8% cada una.

Gráfico 3. Mujeres en situación de violencia según la modalidad de violencia



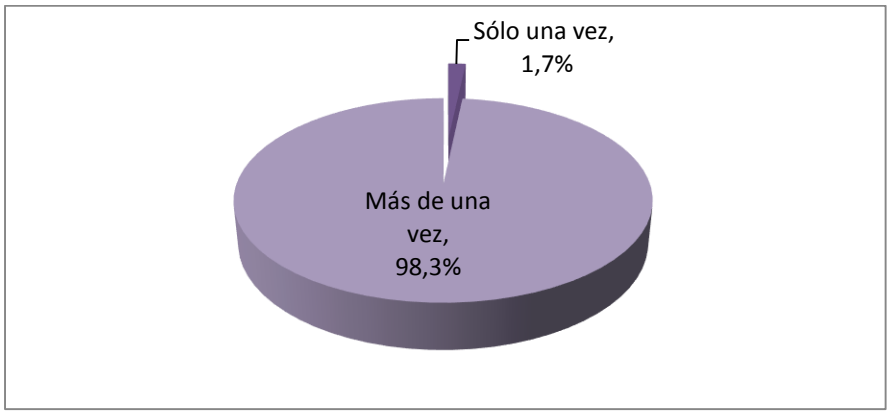
En lo que se refiere al vínculo con la persona agresora, los más significativos hacen referencia a sus parejas onovios (58% de los casos) y las ex parejas (31%,de los casos), mientras que el 5% representa a los hijos de las mujeres en situación de violencia.

Gráfico 4. Mujeres en situación de violencia según el vínculo con el agresor.



En relación a la frecuencia de la situación de maltrato, una abrumadora mayoría ha atravesado situaciones de violencia más de una vez.

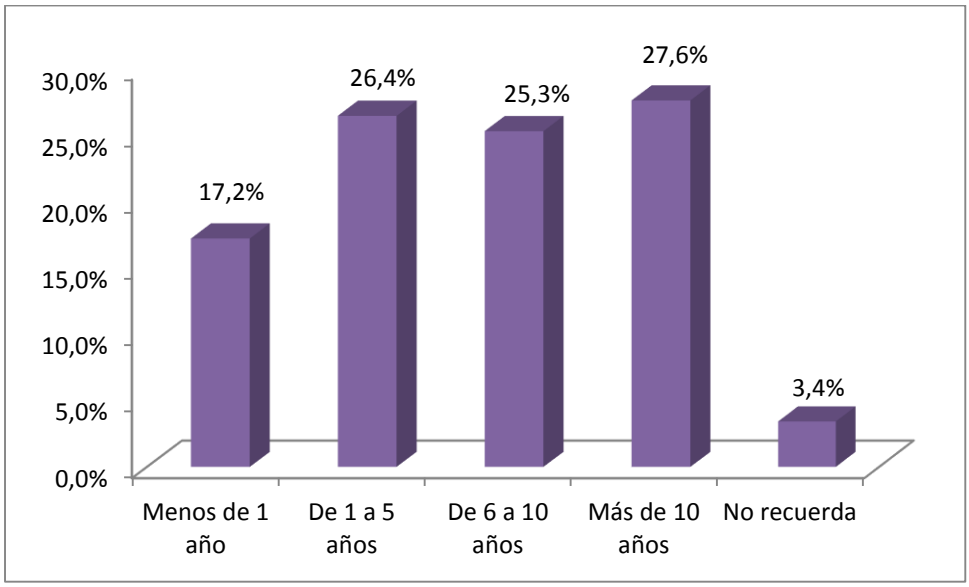
Gráfico 5. Mujeres en situación de violencia según la frecuencia del maltrato.



En relación al tiempo de maltrato, se observa que la mayoría de los casos refieren a situaciones de violencia sostenidas durante más de 10 años (27.6%) de duración. Seguidos por los periodos “de 1 a 5 años” y “de 6 a 10 años” aportando 26.4% y 25.3% respectivamente. También es significativo señalar que el 17.2% de las mujeres que se

comunicaron con la Línea declaran estar (o haber estado) en situación de violencia durante menos de un año.

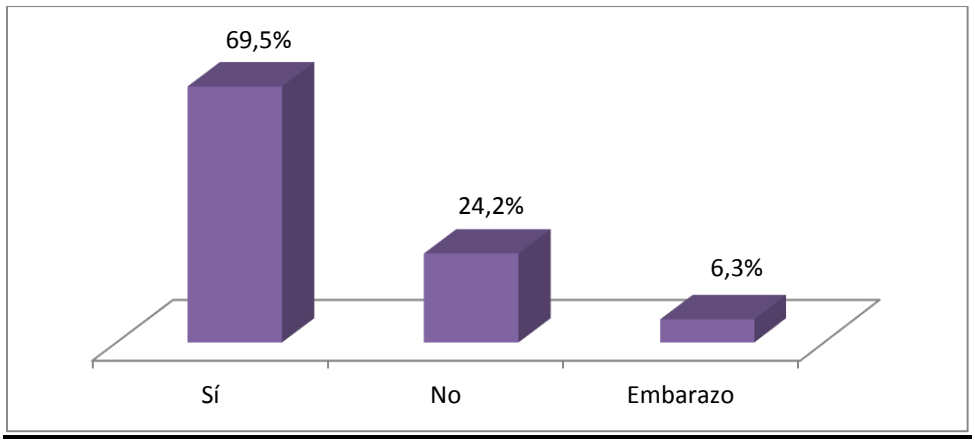
Gráfico 6. Mujeres en situación de violencia según el tiempo del maltrato.



4.3 Factores de Riesgo

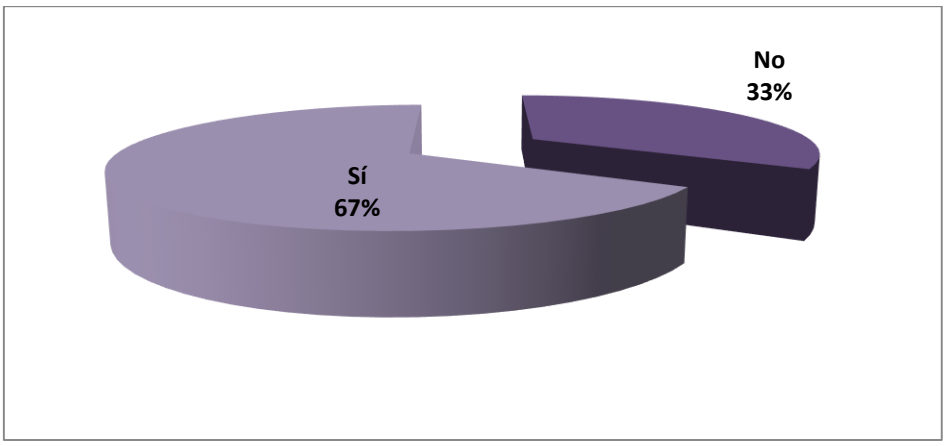
Cabe mencionar que en el 69.5% de los casos de mujeres en situación de violencia dan cuenta de la presencia de niños, niñas y/o adolescentes (NNA). Entendemos esta presencia como un factor de riesgo ya que acentúa la vulnerabilidad de la persona en situación de violencia como de los NNA involucrados. Asimismo el 6.3% de las mujeres refieren estar embarazadas.

Gráfico 7. Presencia de niños, niñas y adolescentes.



Respecto a la convivencia, un 67% informa convivir junto con la persona que ejerce violencia contra ellas.

Gráfico 8. Mujeres en situación de violencia según convivencia con el agresor.



5 Los casos de violencia atendidos en la Línea 144[6]

5.1 El impacto de la violencia en la salud mental de las mujeres y el abuso de psicofármacos

La violencia hacia las mujeres produce en ellas efectos adversos sobre su salud física y psicológica. Degrada la integridad, provoca inseguridad, disminución de la autoestima, incertidumbre, desesperanza y desvalorización, anula la autonomía produciendo la depresión. Investigaciones en el tema señalan que la severidad de la depresión se correlaciona con la severidad de la violencia (Vásquez, 2007). Las consecuencias del maltrato sobre la salud mental de las mujeres incluyen trastornos entre los cuales se encuentran la ansiedad, la depresión y la conducta suicida, además del abuso del alcohol

[6]Consideramos pertinente aclarar que los datos y relatos con los que contamos conforman las posibilidades que los/as operadores/as tienen al momento de la consulta de registrarlos en el aplicativo y esto se da en un contexto de escucha mediado por la situación emocional que la persona está atravesando al momento de realizar la llamada. De lo anterior se deduce que no siempre esos relatos registrados constituyen elementos acabados que nos puedan aproximar, confrontándolos con la teoría, a afirmaciones definitivas, sino que en términos generales se tratará de aproximaciones que pueden aportar al presente informe y dar visibilidad a la relación entre violencia, consumo de psicofármacos y el malestar de las mujeres en situación de violencia.

y drogas. En los siguientes relatos de mujeres que se comunicaron con la Línea 144 puede observarse dichas consecuencias:

Se comunica A diciendo que se quiso suicidar tomando pastillas luego de un episodio de violencia.

M ingresa al hospital por un intento de suicidio con pastillas luego de haber sido violentada físicamente por pareja.

L relata que su pareja de hace 25 años es agresivo y que por este motivo ella padeció depresión, a tal punto que intentó quitarse la vida tomando pastillas.

Los estados depresivos que la violencia produce se caracterizan por sentimientos de inutilidad, culpabilidad, impotencia, ansiedad, apatía generalizada y cierta incapacidad para llevar a cabo las actividades diarias. Frente a la aparición de estos síntomas, es frecuente que la mujer se dirija a consultar con un médico clínico quien ofrece como solución, la prescripción de psicofármacos (Burín, 2010). Esto puede apreciarse en el siguiente relato:

M está en tratamiento psiquiátrico y psicológico. Comenta haber tomado más medicación que la que le indicaron; clonazepam de 2 mg. Como 6 o 7 pastillas. Dice haber empezado con el tratamiento psiquiátrico después de realizar la denuncia por violencia hacia su ex pareja.

Hablar de consumo de psicofármacos, nos lleva a plantear la relación que existe entre el malestar y las condiciones de vida de las mujeres desde una perspectiva de género. Lo primero a destacar, es que las mujeres consumen el doble o el triple de psicofármacos que los varones (Meler, 2012), y lo siguiente, como ya fue expresado, es que los médicos/as tienden a medicar más a las mujeres que a los varones frente al mismo relato de síntomas. Burín, nos acerca una hipótesis donde podríamos encontrar pistas para una respuesta: “ el modo en que los estereotipos de género atraviesan la consulta médica y – muchas veces – naturalizan malestares y condenan a las mujeres a la medicalización innecesaria”(Burín, 2013). El malestar, siguiendo a la misma autora, es un concepto a mitad de camino entre la salud y la enfermedad (que no se encuadra dentro de estos criterios) y refiere a un sentimiento subjetivo de padecimiento que suele terminar expresándose en el cuerpo. Al no haber una perspectiva de género al interior del corpus médico para poder escuchar y

atender estos malestares que relatan las mujeres, se los transforma en estados de enfermedad, o sea, en estados medicalizables (Gelsi, 2000). Se medicalizan los conflictos de las mujeres y se acallan los síntomas, obturando así una salida posible hacia el empoderamiento y la necesaria trasformación de las condiciones de vida enfermantes, como sin lugar a dudas son las situaciones de violencia.

5.2 La obstaculización de la ruta crítica

La medicalización puede llegar a ser un obstáculo importante dentro de la denominada *ruta crítica*, es decir, en el contexto de los diversos caminos que recorren las mujeres para salir de una situación de violencia doméstica.

La *ruta crítica* es un proceso complejo, signado por avances y retrocesos, a lo largo del cual las mujeres realizan múltiples itinerarios para superar la violencia. Dado esto, la medicalización puede incluirse entre sus *factores inhibidores*, es decir, entre aquellos que demoran y frenan las acciones para iniciar esta ruta o continuarla cuando ya ha comenzado (Sagot, 2010).

En efecto, la medicalización puede incidir sobre la disposición anímica de las mujeres que sufren violencia y obstaculizar los caminos para dejarla atrás. En tal sentido, los relatos analizados dan cuenta de un amplio abanico de situaciones donde dicha medicalización parece cerrar el camino al proceso de ruta crítica, tal como lo ilustran los casos que reseñamos a continuación.

En varios de ellos, el consumo de psicofármacos parece funcionar como una suerte de "anestésico del dolor psíquico", a través del cual se procura tapar o mitigar el sufrimiento causado por una situación de violencia a la cual no se encuentra una verdadera salida:

B llama muy angustiada y con dificultades en la fluidez y claridad verbal. Dice encontrarse bajo el efecto de tranquilizantes y manifiesta estar muy cansada con su vida ya que lleva muchos años padeciendo de violencia física y verbal por parte de su pareja.

Otra persona que recurre a la Línea 144 ante la situación de violencia doméstica de una amiga, *relata que esta última asiste al psicólogo y al psiquiatra, y que recibe un tratamiento medicalizado. Los fines de semana, por fuera de la prescripción médica, consume más cantidad de pastillas para soportar la situación que vivencia en su casa*.

Estos relatos se encuentran en sintonía con los hallazgos de la investigación realizada por Teodori (2015), de acuerdo con la cual tanto los psicofármacos como el alcohol son las sustancias que ayudan a estas mujeres a "sostener" su vida familiar y soportar la violencia durante años, sin que nadie sospeche la situación por la cual atraviesan.

Así, la ingesta de psicofármacos ─ya sean prescriptos o autoadministrados─ lleva a incrementar la vulnerabilidad de las mujeres en situación de violencia y ello por dos motivos: de una parte, por el impacto de la estigmatización, que refuerza la idea de que el maltrato responde al carácter psicopatológico de la mujer agredida y la culpabiliza; y de la otra ─que interesa particularmente considerar aquí por el peso que puede tener en la decisión de emprender o no la ruta crítica─ por el efecto de la medicación psiquiátrica, que provoca alteraciones en el comportamiento, ya que obtura la posibilidad de comprender el malestar y actuar para modificarlo. Más aún, la medicalización trae como consecuencia una lentificación del pensamiento y de la acción que les impide defenderse de la agresión recibida (Teodori, 2015).

Asimismo, en este contexto se torna muy complejo el devenir de la ruta crítica que atraviesan estas mujeres, lo cual supone un desafío por parte del equipo de profesionales de la Línea 144 para sostener a la mujer en el camino de fortalecer su autoestima y autonomía. Precisamente el equipo de operadores/as ofrece información, con el propósito de brindar a la mujer una batería de recursos psicológicos, sociales y legales que le permitan empoderarse y fortalecer su autonomía, a través de grupos de apoyo y/o terapias psicológicas especializadas y sensibles con la temática.

5.3 Afrontamiento de la situación de violencia

El análisis del consumo de psicofármacos desde una perspectiva de género nos permite ver que este consumo por parte de mujeres violentadas, lejos de ser visto como un comportamiento ligado a la transgresión, puede comportar una estrategia de afrontamiento de la violencia padecida. Siguiendo a Viodres, la autora define al afrontamiento como "un conjunto de esfuerzos que se realizan para manejar diferentes situaciones adversas, desagradables, estresantes a lo largo del tiempo y de acuerdo con contextos específicos. Forma parte de un proceso, no se trata de una situación aislada: se

trata de un conjunto de respuestas desarrolladas en interacción con el medio" (Viodres, citada en Teodori, 2015:155)

El concepto de afrontamiento definido por Lazarus y Folkman como "aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo" (1986:164) es una noción que resulta apropiada para dar cuenta de la complejidad del concepto al incluir aspectos del contexto, recursos disponibles y cuestiones personales, que se ponen en juego para definir y/o afrontar la realidad por la que atraviesan las mujeres.

El afrontamiento de las situaciones de violencia puede llevar mucho tiempo, de manera tal que las estrategias que ponen en juego las mujeres se van combinando en una dinámica compleja, acorde a la complejidad de las circunstancias que deben afrontar. En este sentido, estrategias tales como beber alcohol, consumir drogas o no concebir lo que está sucediendo como un problema, interfieren claramente con las conductas tendientes a resolver la situación. De la misma manera, las estrategias pasivas, como el sometimiento a la conducta del agresor, perpetúan el problema. En el siguiente relato puede considerarse el uso de psicofármacos como estrategia de afrontamiento:

F comenta que está en tratamiento psiquiátrico pero algunos días consume más de lo recetado para tolerar la situación de violencia que vive.

Acá se observa que si bien estas estrategias pueden estar orientadas a disminuir el malestar, lo hacen a corto plazo. Mientras que a largo plazo el malestar no sólo se mantiene, sino que se incrementa. Justamente, se ha encontrado que las estrategias se asociarían significativamente con la presencia de conductas suicidas. Se estima que dichas conductas estarían presentes en el 35 al 40% de las mujeres que sufren esta problemática, durante o luego de la finalización de la relación abusiva (Reviere et al, 2007).

5.4 Autoatención y automedicación como estrategia

La autoatención y automedicación pueden inscribirse dentro de las estrategias de afrontamiento de la violencia doméstica sufrida por las mujeres.

De acuerdo con Teodori (2015), la autoatención alude a un conjunto de prácticas que se utilizan para la obtención de diferentes beneficios mentales y físicos. Dentro de dichas prácticas, a su vez, la autora incluye la utilización que hacen las mujeres en situación de violencia de los medicamentos que en algún momento fueron recetados.

En este sentido, en algunos de los casos analizados se indican situaciones de consumo de psicofármacos que, en algún momento, fueron recetados a la mujer en el contexto de un tratamiento psiquiátrico, como se ilustra seguidamente:

Una mujer que sufre acoso por parte de su ex pareja, señala que en otras épocas ha realizado tratamientos psicológicos y psiquiátricos pero que los ha abandonado. Relata que se automedica con ansiolíticos.

Los mencionados registros también indican casos de consumo de psicofármacos que oportunamente fueran recetados a otras personas pertenecientes al círculo íntimo de la mujer ─como ser familiares, amigos/as y vecinos/as─. Dentro de este grupo se inscribe el siguiente testimoniodonde el destinatario original de los psicofármacos era el propio agresor:

J padece violencia verbal desde hace mucho tiempo por parte de su marido. Relata que éste la medica con pastillas proporcionadas por el psiquiatra de él.

Cabe añadir que el relevamiento de la Línea 144 también revela situaciones donde se constata un consumo de psicofármacos abusivo, o que se encuentra por encima de la dosis indicada por el médico que atiende a la mujer actualmente, tal como se desprende del siguiente caso:

Relata N que sufre violencia psicológica de parte de su marido, expresa que está bajo tratamiento psicológico y psiquiátrico pero que siente que no le están funcionando porque a veces toma algunas pastillas demás.

Volviendo a Teodori (2015), los consumos problemáticos en mujeres que se encuentran en situación de violencia también pueden ser comprendidos a la luz del

concepto de automedicación. Con este último se busca hacer referencia al consumo autónomo de dos tipos de sustancias: por un lado, antibióticos, analgésicos o psicotrópicos en calidad de fármacos; y por el otro, a sustancias que no son de uso médico y entre las que se cuentan las tisanas y el alcohol.

Con relación al primer grupo, cabe consignar los siguientes casos recogidos en la Línea 144:

U refiere ser víctima de violencia por parte de su ex pareja, relata que durante la convivencia el agresor ejercía violencia física contra ella y ante tanto maltrato empezó a tomar pastillas para dormir.

Un hombre manifiesta que su hermana padece violencia desde hace 30 años por parte de su pareja, con quien convive hasta la fecha. Comenta que la misma se automedica con pastillas por la situación de violencia que vive día a día.

Con relación al segundo grupo, es decir, al correspondiente al consumo de sustancias que no son de uso médico, los testimonios recopilados indican que su utilización suele combinarse y/o alternarse con el empleo de psicofármacos:

Una mujer que sufre violencia psicológica y física hace 30 años confiesa que en el día de hoy bebió alcohol y que siente vergüenza de esta situación de violencia que vive. Al ser médica ella misma se automedica, toma ansiolíticos y antidepresivos.

V nunca ha hecho denuncias, y no le ha contado a nadie lo que sucede, pasa días sin alimentarse y fuma 40 cigarrillos por día, es dependiente de los ansiolíticos y antidepresivos, y piensa en terminar con su vida.

5.5 Psicofármacos por inducción, presión y engaño

Los casos analizados indican que, más allá del consumo "voluntario" de psicofármacos realizado por algunas mujeres que procuran sobrellevar así el sufrimiento que les ocasiona la violencia de género, en manos de los agresores estas sustancias pueden llegar a ser una herramienta de manipulación: ya sea a través de su suministro (inducido, contra la voluntad de la mujer e incluso bajo engaño) o de su privación.

Por este motivo, los psicofármacos pueden incluirse entre las prácticas instrumentales que Velázquez (2003) denomina "técnicas de violencia" y que son desplegadas por el agresor para concretar la victimización de la mujer, es decir, para crear a ésta como víctima y perpetuarla en esa condición.

En este sentido, los llamados recibidos en la línea muestran que en algunas ocasiones el agresor proporciona pastillas a la mujer para inducir en ésta un estado de "tranquilidad" que, es dable presumir, busca inhibir su capacidad de respuesta frente a la violencia sufrida:

Una mujer refiere que su hermana ─la cual tiene problemas de salud que le impiden movilizarse─ sufre violencia por parte de su esposo, quien la medica más de lo prescripto con tranquilizantes y ella está permanentemente en un estado de sedación.

Un hombre cuenta que su cuñado ejerce violencia física y psicológica sobre su hermana, a quien le administra pastillas "para que esté más tranquila".

Del análisis de estos casos surge que la procedencia de los psicofármacos que los agresores suministran a las mujeres en situación de violencia puede ser completamente regular ─receta profesional expedida en tiempo y forma─ a pesar de que su destino final implique, por el contrario, un acto irregular y violento. Así, en uno de los casos reportados en la Línea 144 arriba relatado como el caso de J, se advierte que la medicación utilizada por el agresor para "tranquilizar" a su esposa es la que, en realidad, el profesional de la salud había prescripto a éste.

Asimismo, siendo que cuando acuden a la consulta médica las mujeres que sufren violencia de género suelen guardar silencio sobre su situación por distintos motivos (como el temor o la vergüenza), a menos que los/as profesionales de la salud cuenten con el conocimiento y las herramientas necesarias para detectar qué es lo que realmente ocurre, estas mujeres pueden quedar expuestas a círculos viciosos donde su vulnerabilidad irá aumentando con el correr del tiempo. Al respecto, el siguiente testimonio recibido en la Línea 144 es muy ilustrativo:

R cuenta que hace muchos años sufre violencia física y psicológica por parte de su esposo y que éste ha hecho alianza con la madre de ella. Cuenta que a partir de un

supuesto trastorno bipolar, ha sido evaluada por cinco psiquiatras distintos, sin recibir el diagnóstico esperado. En alguno de estos tratamientos, en 2013, la medican con clonazepam y lamotrigina. Tiempo después, al desistir de tantos tratamientos, el marido le pide que aumente al doble la dosis de lamotrigina y ella lo hace. Pero al sentirse peor consulta con un psiquiatra, el cual discute con su madre cuando se entera de esta alteración en la medicación. En este sentido, señala que ha llegado a consultar a una clínica especializada, donde le indicaron que no podían internarla porque lo que ella tenía era depresión".

Así como existen agresores que buscan inducir a la mujer a consumir pastillas, también existen otros que tratan abiertamente de empujarla a ello:

D confiesa que en la víspera su pareja quiso agredirla físicamente e intento forzarla a tomar pastillas, amenazándola de muerte, luego de lo cual además la echó de la vivienda.

Una madre comenta que su hija de 17 años esta de novia desde hace un año con un varón violento, que en la fecha agredió físicamente a esta última mediante golpes y cortes, y además la habría obligado a tomar un par de pastillas.

En un caso de este tipo particularmente grave, la ingesta obligada de pastillas es seguida de un intento de suicidio:

Un padre relata que su hija debió ser internada porque habría intentado quitarse la vida luego de que, según refiere, fuera obligada por su ex-pareja a ingerir pastillas tras haber sido golpeada por éste.

A los casos donde la mujer es obligada a consumir psicofármacos se suman otros donde el agresor suministra los mismos a la mujer sin su conocimiento, generalmente con el fin de violentarla sexualmente:

H relata que su ex pareja la golpeaba y que cuando ella se negaba a tener relaciones sexuales, éste le suministraba drogas que utilizaba la madre del agresor para dormir. Confiesa que tomó consciencia de su situación pues varias veces se despertaba en la cama en medio de un charco de sangre que salía de sus genitales.

P afirma que le recetaron clonazepam debido a que sufre ataques de pánico. Pero de acuerdo a su relato, esta medicación la duerme profundamente a la noche y cuando se despierta en la mañana, se da cuenta de que ha sido violada por el agresor.

Una persona manifiesta que su compañera de estudios es abusada física y sexualmente por su pareja. De acuerdo con su relato el agresor la duerme, poniéndole pastillas en el café, para abusar sexualmente.

5.6 Interrupción y privación del tratamiento

Por otra parte, y si bien no hace al núcleo de este informe, no podemos dejar de mencionar una cuestión que emerge de la lectura de los registros de la Línea 144 y que está relacionada con el tema que aquí abordamos. Nos referimos a la interrupción o ausencia de tratamiento psiquiátrico, el cual también puede obstruir la salida a la violencia.

Al respecto, el siguiente caso pone en evidencia las consecuencias sobre la salud psíquica, que puede derivarse de la violencia económica ejercida por el agresor en contextos de violencia doméstica:

X que afirma sufrir violencia psicológica por parte de su ex pareja y que por este motivo fue derivada a un psiquiatra que le diagnosticó depresión, expresa que no pudo continuar adelante con el tratamiento porque el agresor le retiró la cobertura de la obra social.

En conexión con lo anterior, cabe mencionar también aquellas situaciones donde el propio agresor priva de su medicación a la mujer que sufre violencia, incrementando así la situación de vulnerabilidad en la que ésta ya se encuentra, como lo muestra este otro caso reportado en la Línea 144:

Una mujer señala que el novio de su hija ejerce violencia sobre esta última, motivo por el cual la joven atentó contra su vida mediante la ingesta de pastillas y debió ser internada en un centro neuropsiquiátrico. Sin embargo, su madre destaca que luego de este episodio aún permanece bajo amenaza con el agresor, quien se aprovecha de su vulnerabilidad, descuidándola en la ingesta de la medicación psiquiátrica prescripta por el médico y es ahí cuando se dan los episodios de violencia.

Como vemos, tanto la violencia económica que deja a la mujer sin cobertura de salud como la privación de la medicación debidamente prescripta constituyen "técnicas de violencia" que el agresor emplea para doblegar la voluntad de su víctima, en el sentido que describe Velázquez (2003). En tal sentido merecen considerarse, a su vez, como factores inhibidores que obstaculizan la ruta crítica.

5.7 Suicidio e ideación suicida como salida fallida

Consultando literatura sobre el suicidio (Campos, Padilla y Valerio, 2004), cabe destacar algunas cuestiones. La primera, es diferenciar el suicidio consumado del intento de suicidio. En este último se destaca que tiene un carácter comunicacional que puede manifestar un pedido de ayuda para salir de una situación que produce intenso sufrimiento y la persona la vive con impotencia para modificarla. La segunda, que el suicidio y su intento, vienen acompañados por señales previas de angustia que deben ser detectadas a tiempo para su prevención: es crucial atender a los estados depresivos previos. La tercera, que a la hora de elegir un método, las mujeres tienen más probabilidades de elegir una sobredosis de psicofármacosque los varones (Campos, Padilla y Valerio, 2004). Esto se ve en los siguientes relatos:

F tuvo un intento de suicidio tomando dos tabletas de lexotanil.

O manifiesta haber tomado unas pastillas porque ya no quiero saber nada de nada. Se indaga por lo que consumió; clonazepan de 2 mg.

D intentó suicidarse tomando pastillas y alcohol.

R tuvo un intento de suicidio, ingiriendo gran cantidad de pastillas.

E habría intentado suicidarse con pastillas.

En estos relatos vemos cómo las mujeres recurren mayoritariamente a los psicofármacos como herramienta para intentar el suicidio. A veces este consumo se combina con el de alcohol, como puede observarse en el siguiente caso:

N comenta haber intentado suicidarse tomando pastillas y alcohol.

Podemos pensar que el suicidio se presenta así como una salida a un problema o a un modo de vida que produce sufrimiento. "Se asocia a frustración o necesidades insatisfechas, sentimientos de desesperación y desamparo, conflictos ambivalentes entre la supervivencia y una tensión insoportable, una disminución de las alternativas, y una necesidad de escapar" (Campos, Padilla y Valerio, 2004:14). Esto puedo apreciarse en los siguientes relatos de mujeres que se comunicaron con la línea 144:

L tomó medicación en exceso como consecuencia del hartazgo que le produce el maltrato físico y psicológico ejercido por su pareja.

I dice sufrir violencia de su esposo hace cerca de cuarenta años, manifiesta su deseo de suicidarse y relata tres intentos de suicidio: en el primero tomó pastillas, en el segundo se pegó un tiro cerca del corazón y en el tercero roció con alcohol la cama y la prendió fuego.

B tentó contra su vida por ingesta de pastillas. Siente mucho temor y no encuentra la salida a su situación.

S tuvo un intento de suicidio. Tiene un historial de cuadros depresivos. Tomó pastillas porque no tolera vivir más junto al agresor.

Las mujeres intentan suicidarse dos o tres veces más que los varones, pero éstos logran su objetivo mortal con más frecuencia (Meler, 2012; Campos, Padilla y Valerio, 2004). Este dato nos invita a reflexionar sobre las causas: ¿por qué las mujeres hacen más intentos de suicidio que los varones? Una respuesta puede darnos aproximarnos a la temática con una mirada puesta en el género: ¿habrá condiciones específicas en los modos de vida de las mujeres que sean tan sofocantes como para ver en la muerte una salida? Construirse como sujeta en el polo desvalorizado y subordinado de los géneros deja sus cicatrices. En este punto es importante destacar que la falta de respuestas eficaces de parte de las instituciones que deberían garantizar el derecho de las mujeres de vivir una vida libre de violencia, aumenta en las mujeres que sufren violencia la sensación de impotencia y de no salida.

Los siguientes relatos darían cuenta de esto:

Se comunica C en un estado de mucha angustia, diciendo que se quería morir, que nadie hacía nada y que ella ya hizo de todo pero nadie la ayuda y está sol. La única solución para poder solucionar su tristeza es tomar ahora un veneno que tiene en su casa.

K se automedica con Clonazepan. Tuvo 2 intentos de suicidios. Relata que sus denuncias no prosperan; está angustiada y tiene ganas de suicidarse.

En estos relatos puede pensarse que cuando las instituciones obstaculizan la ruta crítica que emprenden las mujeres en situación de violencia, ruta que debe fortalecerlas hacia su empoderamiento, esto impacta reforzándoles la sensación de impotencia para modificar la situación en la que se encuentran y la falta de salida a la misma.

Si bien la ideación suicida es frecuente entre las personas que sufren depresión, investigaciones en la temática revelan que entre las mujeres con cuadros depresivos, la ideación suicidad es significativamente más frecuente en mujeres maltratadas que en aquellas que no se percibe maltrato y con mayor frecuencia también llevan a cabo un intento suicida (Campos, Padilla y Valerio, 2004). En los siguientes relatos está presenta la ideación suicida.

V se tomó 30 pastillas y dice que se va a tirar bajo un tren.

E es paciente psiquiátrica, que se encuentra en tratamiento por depresión hace seis años y que esta medicada con Rivotril. Comienza su relato muy angustiada y hablando sobre acabar con su vida.

La violencia hacia las mujeres debe considerarse como un problema de salud pública. Deben incorporarse los avances en este terreno que dan cuenta de que el malestar en la mujer está directamente relacionado con estilos de vida nocivos basados en roles y expectativas de género. Teniendo en cuenta dicho malestar desde un enfoque de género, pueden evitarse los criterios médicos sexistas que tienden a recetar en pos de una adaptación a situaciones de vida insatisfactorias. Siguiendo esta línea de pensamiento puede pensarse la medicalización de las mujeres como un modo de control social hacia el género femenino donde se obtura la pregunta por las condiciones de género enfermantes y su salida de ellas mediante un proceso de empoderamiento. Las sujeta y “tranquiliza” en la subordinación y la violencia mediante la ingesta de pastillas, que lejos de ofrecer una mejora, termina siendo el arma utilizada en los intentos de suicidio.

6 Conclusiones

Por lo hasta aquí expuesto consideramos relevante realizar un abordaje diferencial e integral de la salud de las mujeres que llegan a la consulta médica –clínica, psiquiátrica, etc- desde una perspectiva de género que tenga en cuenta los estilos de vida nocivos de las mujeres relacionados con los mandatos, roles y expectativas sociales de su género.

La integración del enfoque de género en la formación e intervención de las y los profesionales de la salud y en las instituciones sanitarias, en general, favorece una mejor orientación de los servicios de salud hacia la equidad de género (Velasco Arias, 2007). Desde ese enfoque es más probable identificar los factores psicosociales asociados a los cuadros clínicos y favorecer cambios psicosociales en las mujeres.

No obstante, también proponemos trabajar estos temas con operadores/as en violencia de organismos públicos, sociales y comunitarios por ser actores sociales que también están implicados en la problemática de violencia contra las mujeres. De esta manera se buscará brindar herramientas que les permitan indagar acerca del estado de salud de las mujeres en situación de violencia de género e identificar la posible medicalización del "malestar" que manifiestan. Por lo antes mencionado, se destaca la importancia de medidas preventivas y de tratamiento que reconozcan la manifestación del malestar de las mujeres, coincidimos con Valdez y Juárez que "mientras los servicios de salud no consideren este aspecto, la mujer seguirá dominada por criterios sexistas que recomiendan que se adapte a su condición insatisfactoria, con la ayuda de fármacos y "consejos", y que le aplican etiquetas descalificatorias." (1998: 8)

En este contexto, consideramos que es sumamente relevante advertir desde los servicios de salud , sobre la medicalización del malestar de las mujeres, ya que esta última podría estar obstaculizando las posibles vías de superación de las situaciones de violencia.

Una mención especial corresponde a la contención, información y acompañamiento que brindan las/os profesionales de la Línea 144 a las mujeres que se contactan manifestando sus inquietudes, malestares, dificultades y padecimientos por la complejidad de las situaciones de violencia que viven. Cabe remarcar que frente a estos casos, es clave por un lado reforzar el acompañamiento por parte de su familia y/o amigos/as a la mujer afectada, a través de mecanismos *informales* de protección que

resultan fundamentales para garantizar su integridad, así como su fortalecimiento emocional. Por el otro, en aquellos casos donde se cuenta con el consentimiento de la mujer y la situación lo amerita el equipo de profesionales de la Línea realiza el seguimiento y acompañamiento y se le brinda a la persona que se contacta aquellos recursos disponibles en la jurisdicción donde reside la mujer, acordes a la situación en que se encuentra.

LISTA DE REFERENCIAS

Burín, M., Moncarz, E. y Velázquez, S. (1991). *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Burín, M. (2002). *Estudios sobre la subjetividad femenina: Mujeres y salud mental*. Buenos Aires: Librería de las Mujeres.

Burín, M. (2010) *Género y Salud Mental: construcción de la subjetividad femenina y masculina*. Recuperado de: http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/1529/Burin_2010_Preprint.pdf?sequence=1

Burín, M. (8 de abril, 2013). El modelo hegemónico de salud no tiene cómo codificar lo que nos sucede a las mujeres. *Comunicar Igualdad*. Recuperado de: http://www.comunicarigualdad.com.ar/el-modelo-hegemonico-de-salud-no-tiene-como-codificar-lo-que-nos-sucede-a-las-mujeres/

Brasesco (2010) Consumo de Psicofármacos y Género en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Campos, R. M., Padilla, S., & Valerio, J. C. (2004). Prevención de suicidio y conductas autodestructivas en jóvenes. *Biblioteca Nacional de Salud y Seguridad Social Costarricense*.

Gelsi, M. C. (2000). Estudio acerca del consumo de psicofármacos en las mujeres de mediana edad. En Zalúa, G. (Ed.) *Género y salud: V jornadas de investigación de la Facultad de Psicología UBA*(p. 127-135). Buenos Aires: Eudeba.

Lazarus R.S. & Folkman S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Martínez Roca. 2° edición.

Maffía, D. (2011). *El ocultamiento de las mujeres en el consumo de sustancias psicoactivas.* Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Unidad de Seguimiento de Políticas Públicas en Adicciones (USPPA). Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Meler, I. (2012). Las relaciones de género: su impacto en la salud mental de las mujeres y varones. En Hazaki, C. (Ed.) *La crisis del patriarcado*. Buenos Aires: Topia Editorial.

OMS (2001) *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*.

Reviere, S.L.; Farber, E.W.; Twomey, H.; Okun, A.; Jackson, E.; Zanville, H. & Kaslow, N.J. (2007). Intimate Partner Violence and Suicidality in Low-Income African American Women. A Multimethod Assessment of Coping Factors. *Violence Against Women*, 13, 11, 1113-1129.

Sagot, M. (2010). *La ruta crítica de las mujeres afectadas por violencia intrafamiliar en América Latina*. *Estudio de casos en diez países*. OPS/OMS. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Recuperado de http://www1.paho.org/spanish/hdp/hdw/rutacritica.pdf

Teodori, C. (2015). *A los saltos buscando el cielo. Trayectorias de mujeres en situación de violencia familiar.* Buenos Aires: Editorial Biblos.

Velasco Arias, S. (2007). Evaluación de intervención formativo - asistencial 2003-2006. Área Sanitaria de Murcia. Programa de Atención Biopsicosocial al Malestar de las Mujeres. Intervención en Atención Primaria. Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales

Velázquez, S. (2003). *Violencias cotidianas, violencia de género: escuchar, comprender, ayudar.* Buenos Aires: Editorial Paidós.

Valdez, R., & Juárez, C. (1998). Impacto de la violencia doméstica en la salud mental de las mujeres: análisis y perspectivas en México. *Salud mental*, 21(6), 1-10.

Vásquez, A. (2007). Relación entre violencia y depresión en mujeres. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 70(1-4), 88-95.