



# Terapia Ocupacional en traumatología: un caso de violencia de género

Occupational Therapy in Traumatology: a case of gender-based violence

---

Cecilia Spikermann

## Cecilia Spikermann

Licenciada en Terapia Ocupacional. Jefa de Residentes de la Residencia de Terapia Ocupacional del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires con base en Hospital General de Agudos Bernardino Rivadavia.

ceciliaspikermann@yahoo.com.ar

## Resumen

El trabajo a continuación expone el caso de una mujer víctima de violencia de género, quien evidenció dificultades en el transcurso del tratamiento de Terapia Ocupacional (TO) en el área de Traumatología. La violencia de género es una problemática social compleja, que sucede a partir de la confluencia de diversos factores históricos, sociales y culturales. La misma resulta una de las más graves vulneraciones de derechos humanos hacia el género femenino, acarreado secuelas de diversa índole que afectan principalmente el derecho a la salud integral y al desarrollo personal, y en casos extremos el derecho a la vida misma. A lo largo del presente trabajo se realiza una revisión conceptual para favorecer la comprensión de la violencia de género, colaborando con la visualización de la misma, y compartiendo los modos de abordaje propuestos por los diversos autores, desde una concepción de salud integral, con una postura de perspectiva de derechos e interseccionalidad. Al mismo tiempo, se propone la reflexión del rol del TO en el abordaje de dicha problemática, pensada desde el área de Traumatología en esta experiencia de trabajo, pero que puede extrapolarse también a otras áreas de la profesión.

**Palabras clave:** Terapia Ocupacional, violencia contra la mujer, traumatología.

## Abstract

*The following work describes the case of a woman victim of gender violence, who showed difficulties during the course of treatment in Occupational Therapy (OT) in the area of Traumatology. Gender violence is a complex social problem, which depends on various historical, social and cultural factors. It is one of the most serious violations of human rights to feminine gender, directly affecting the right to health and personal development, and in extreme cases the right to life itself. Throughout the present work a conceptual review is made to understand gender violence, sharing different authors approaches, based on conceptions of integral health, rights perspective and intersectionality. At the same time, the role of OT in these situations, and extrapolated to other areas of the profession, will be analyzed.*

**Key words:** Occupational Therapy, Gender based violence, Traumatology.

## Introducción

La experiencia que se relata a continuación, fue presentada en las XVI Jornadas de Residencia de Terapia Ocupacional del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires del 13 de mayo de 2016, en el Hospital General de Agudos Dr. E. Tornú. La misma fue sujeta a modificaciones para la publicación en la presente revista.

El siguiente relato surge de la asistencia realizada como residente del Hospital General de Agudos Bernardino Rivadavia, en el área de Reumatología y Traumatología, bajo la modalidad de atención de consulta ambulatoria.

Dentro de la población que se suele asistir en el Hospital, se encuentran predominantemente personas de estrato social medio-bajo y bajo. Resulta frecuente encontrarse con historias de vida de gran complejidad.

Dentro de ellas, se encuentra la de Graciela, una mujer de 44 años, derivada por el servicio de Traumatología, presentando una lesión de quemadura localizada en el miembro superior izquierdo (MSI), ocurrida en contexto de violencia de género ejercida por su ex pareja, 8 meses antes de la derivación. La lesión le provocó importantes dificultades en la movilidad, lo cual interfería en la incorporación del miembro superior izquierdo de la paciente en las actividades.

En el transcurso de las sesiones, Graciela experimentaba grandes dificultades para el manejo del dolor (hiperalgesia en cicatriz), lo cual es una reacción esperable para dicha lesión. Sin embargo, se observaba que los cambios que ocurrían sesión a sesión eran muy lentos. Por lo tanto, el principal problema detectado, fue la presencia del dolor, lo cual también limitaba las intervenciones posibles para lograr la recuperación de la movilidad.

Dicho cuadro, llevó al surgimiento de varias preguntas al respecto. Teniendo en cuenta la característica multidimensional del dolor<sup>1</sup>, y el contexto de violencia en el que ocurrió la lesión: ¿Cómo es el manejo del dolor en las víctimas de violencia?, ¿influye el contexto en que se realizó la lesión. Se considera pertinente esclarecer algunos conceptos de violencia contemplados en la legislación actual. La Ley 26.485 (2009) de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres, define la violencia doméstica contra las mujeres como:

Aquella ejercida contra las mujeres por un integrante del grupo familiar, independientemente del espacio físico

donde ésta ocurra, que dañe la dignidad, el bienestar, la integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, la libertad, comprendiendo la libertad reproductiva y el derecho al pleno desarrollo de las mujeres. Se entiende por grupo familiar el originado en el parentesco sea por consanguinidad o por afinidad, el matrimonio, las uniones de hecho y las parejas o noviazgos. Incluye las relaciones vigentes o finalizadas, no siendo requisito la convivencia. (Ley 26.485, art.6, p.5)

Si se tiene en cuenta lo que implica una situación de violencia contra la mujer, según lo descrito por la ley, puede inferirse que esto acarrea consecuencias en las víctimas.

La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (2013), reconocen varias secuelas que puede experimentar una mujer víctima de violencia. Las mismas pueden ser de carácter físico (hematomas, quemaduras, fracturas, síndromes de dolor crónico o hasta la muerte), sexuales y reproductivos (embarazo no planeado, infecciones por transmisión sexual, etc.), mentales (depresión, trastornos de la alimentación o del sueño, baja autoestima, etc.), conductuales (uso nocivo del alcohol u otras sustancias, entre otros).

Teniendo en cuenta lo anterior y la multifactorialidad de las secuelas que pueden experimentar las mujeres maltratadas, se considera fundamental que pueda pensarse un abordaje de la persona desde una concepción integral de salud desde un consultorio en el área de Traumatología, no obstante que las intervenciones suelen darse la mayoría de las veces bajo una perspectiva biomecánica.

Por todo lo expuesto, la escasa experiencia en la temática y las dificultades experimentadas en el transcurso del tratamiento, es que se plantean los siguientes objetivos:

- Profundizar sobre la conceptualización de la violencia de género.
- Articular dichos conceptos con el caso presentado para una mejor comprensión del cuadro clínico, procurando mantener un abordaje desde una concepción integral de la salud.

## Desarrollo

Graciela es empleada doméstica (desocupada actualmente), que concurre a Terapia Ocupacional (TO), derivada por el servicio de Traumatología a principios de febrero de 2016, con diagnóstico de quemadura profunda de 2do. grado<sup>2</sup> localiza-

1 Característica multidimensional del dolor: "el dolor debe ser estudiado como algo más y diferente de una mera respuesta neurofisiológica a un estímulo que se intuye como amenazante, si es que queremos de verdad, captar las complejas relaciones entre lo biológico, lo psicológico, lo social y lo cultural que ponen en marcha el enfrentamiento con una experiencia de padecimiento" (Otegui Pascual, R., 2009, p.148).

2 Quemadura 2do. grado profunda: envuelve daños en la epidermis y en la dermis. Puede desarrollar contracturas y cicatrización hipertrófica, que puede desencadenar en deformidades y/o discapacidad (Hunter, Macklin & Callahan, 1995).

da en el antebrazo izquierdo y con el objetivo de estimular la movilidad.

Al momento de la evaluación inicial, la paciente refiere dolor intermitente de escala numérica 8/10 en base de pulgar y cara anterior de muñeca y codo (zonas coincidentes con cicatrización hipertrófica de la herida). Presenta limitaciones en el rango de movimiento de codo, antebrazo y muñeca. No logra el cierre de puño completo ni la oposición del pulgar. Se observa una marcada bradicinesia en los movimientos.

Respecto a las Actividades de la Vida Diaria, la paciente es independiente, compensando el uso del miembro afectado con el miembro superior contralateral. Refiere dificultad para la realización de actividades de motricidad fina (ej. atarse los cordones). No logra desempeñarse en actividad laboral habitual, y presenta dificultad para ingresar a un nuevo puesto de trabajo, dada la lesión que presenta. Actualmente realiza “changas” para mujeres mayores del vecindario.

### Algo de la Historia Ocupacional

Graciela nació en Formosa, donde tuvo tres hijos que viven con su padre (ex pareja de la paciente), quien también ejercía violencia física y psicológica contra ella.

El año pasado, la mujer se separó de él y viajó a Buenos Aires para conseguir un mejor sustento económico y traer a los hijos a vivir con ella. Su ex-pareja intenta quitarle la tenencia de los hijos, por lo cual se encuentra en juicio y con asesoramiento de una abogada.

En Buenos Aires, Graciela formó una nueva pareja, quien también ejerció violencia física sobre ella en reiteradas oportunidades, habiéndole ocasionado la lesión por quemadura (con aceite hirviendo) cuando la paciente quiso separarse de él.

La primera semana luego de la lesión, Graciela permaneció encerrada en una habitación, sin concurrir a ningún centro de salud para realizar las curaciones, ya que el agresor no le permitía salir por temor a que ella realizara la denuncia. Posteriormente consiguió acudir a un centro de salud, acompañada por él, con el fin de evitar que comente lo ocurrido con otras personas.

Así transcurrió por meses, cuando en un determinado momento, la paciente logró escapar de la vivienda, dirigiéndose hacia la Ciudad de Buenos Aires, donde permaneció en situación de calle por tres días. Conoció entonces a una compañera que le sugirió alojarse en una pensión y allí se vinculó con señoras mayores que le brindaban trabajo a partir de la realización de “changas”.

La paciente concurrió al Servicio Social del Hospital Argerich, para tramitar el Certificado de Discapacidad, ya que no la tomaban en ningún empleo dada la lesión evidenciada en el an-

tebrazo. Además, logró realizar la denuncia contra el agresor.

### Tratamiento de Terapia Ocupacional

Por todo lo expuesto hasta aquí, se conoce que la paciente concurre al Hospital sin haber recibido tratamiento de rehabilitación previo (solo realizó las curaciones de la herida). Desde Terapia Ocupacional se trabajó a partir de los siguientes objetivos:

- Disminuir hiperalgesia de cicatriz
- Reducir retracción de cicatriz
- Incrementar elasticidad de los tejidos blandos
- Mejorar rango articular de movimiento de codo, antebrazo, muñeca y mano
- Favorecer uso funcional de la mano, e incorporación de la misma en Actividades de la Vida Diaria
- Brindar un espacio de escucha

Para el cumplimiento de dichos objetivos, se realizaron las siguientes intervenciones:

**Métodos preparatorios:** ejercicios movilidad global MSI; movilidad pasiva MSI, estiramiento auto-asistido del mismo miembro; educación en cuidados de la herida, masaje sobre dicha lesión y en zona periférica (difícil por tolerancia paciente), técnica desensibilización herida (a partir de tolerancia gradual ante diferentes texturas), aplicación K- taping<sup>3</sup> en porción superior trapecio, ejercitación con Mirror Therapy<sup>4</sup>.

**Actividades propositivas:** actividades funcionales bimanuales, destreza manual.

**Uso terapéutico del yo** (Avila Alvez a., et. al., 2010): soporte emocional, sugerencia de consulta a Salud Mental.

A lo largo de las sesiones, la paciente presentó leves mejorías, avances a un ritmo lento (reducción de hiperalgesia en algunas zonas de la lesión, aunque persistió en área cercana

3 El K- taping es un vendaje (cinta elástica autoadhesiva), que realiza efecto en diferentes tejidos y estructuras neuromusculares, según la tensión y la dirección en la que se aplique (Kinesio-Taping Association International, 2017). En el presente caso, se utilizó para favorecer la relajación de la porción superior del Trapecio, músculo que se encontraba contracturado, para favorecer alivio sintomático y una mejora postural en la paciente.

4 **Mirror Therapy** (Terapia del espejo): Es un método terapéutico que facilita la recuperación de la funcionalidad, promueve destrezas motoras y senso-perceptuales y, además, mejora el manejo del dolor en población con amputación, enfermedad cerebrovascular, síndrome de dolor crónico, disfunción motora y alteraciones en la coordinación, entre otras. Existe un protocolo a seguir, pero en líneas generales, la persona realiza movimientos con el miembro no afectado, proyectándolo en el espejo y trata de imitar los movimientos de forma activa con el miembro afectado (sin mirarlo). Existe evidencia científica de que esta terapia favorece cambios a nivel del Sistema Nervioso Central, generando efectos terapéuticos (Castro-Alzate ES, et. al., 2016).

al codo). Relató que continuaba con ardor los días siguientes a la sesión de Terapia Ocupacional y continuó con dificultad para incorporar el Miembro Superior Izquierdo en las actividades (tanto en el hogar como en la sesión). Permanecía con mucho temor y dificultades para avanzar en el tratamiento y cuando refería el ardor, sus expresiones faciales no se condicionaban con el síntoma referido.

Teniendo en cuenta lo anterior, y dada la complejidad de la situación, donde el principal obstáculo que se presenta para avanzar en el tratamiento es la dificultad del manejo del dolor (ardor), es que surgen las siguientes preguntas: ¿qué medidas se pueden tomar desde Terapia Ocupacional, además de sugerir la derivación a Salud Mental?, ¿cómo se piensa un tratamiento en estas circunstancias, donde son muchas las situaciones que “duelen”, más allá de la mera lesión física?

A continuación, se hará un breve recorrido teórico para favorecer una mejor comprensión de dicha problemática para luego relacionarla a las preguntas previamente formuladas.

### **Violencia de género: una problemática compleja**

Los casos de violencia de género acarrearán una gran complejidad. Gabriela Pombo (2014) sostiene que la violencia de género constituye una de las más graves vulneraciones de derechos humanos que afecta especialmente el derecho a la salud integral y al desarrollo personal y, en casos extremos, el derecho a la vida misma.

El concepto de género “(...) conlleva una de las maneras en que las sociedades organizan a los sujetos para monopolizar y distribuir poderes” (Lagarde. 1990, citado en Pombo, 2014, p.27) Pensar la realidad desde una perspectiva de género implica poner el foco de atención en las desigualdades vivenciadas por el género femenino en el acceso y control de los recursos socialmente valorados.

En relación a esto, Pombo (2014) sostiene que una de las manifestaciones más graves de la desigualdad de género es la violencia. La autora refiere que el concepto de “violencia de género” surge a partir de la necesidad de comprender cómo la violencia contra la mujer se da dentro del contexto de un ordenamiento de género patriarcal por el cual mujeres y niñas ocupan un lugar de subordinación dentro de la sociedad.

Sumado a esto, la autora agrega que la condición de migrante (como es el caso de Graciela) puede acentuar la vulnerabilidad y exposición de las mujeres a situaciones de violencia de género. La escasa red de apoyo social o familiar, un contexto cultural diferente al propio, sumado a las desigualdades estructurales – sustentadas en patrones de género, de estrato social, étnicos, entre otros–, confluyen en una mayor vulneración de derechos y en mayores dificultades para acceder a los servicios públicos de asistencia y prevención de la violencia de género.

Por lo tanto, es importante comprender que se trata de un fenómeno polifacético y complejo en donde confluyen factores psicológicos, familiares, socio-culturales e institucionales y que, por tanto, requiere de modelos explicativos holísticos e integradores que permitan proceder de manera efectiva (Pombo, 2014).

Uno de ellos es el “Modelo Ecológico” (SERNAM. 2009, citado en Pombo, 2014), donde se sostiene que existen cuatro niveles de sistemas que interactúan entre sí y potencian la ocurrencia de la violencia de género: el nivel individual, el microsistema, el exosistema y el macrosistema.

- El nivel individual remite a los comportamientos y a la historia personal. Por ejemplo, en este nivel se ubicaría la construcción de una identidad femenina asociada a la sumisión, debilidad, dependencia y de una identidad masculina asociada a la fuerza, el control, el dominio.
- El microsistema incluye el entorno inmediato: las relaciones interpersonales más cercanas como la familia, las parejas, etc. Por ejemplo, un factor potenciador de la violencia de género podría ser un modelo familiar de estilo autoritario.
- El exosistema remite a los contextos comunitarios y a cómo éstos pueden favorecer o legitimar modelos violentos. Las escuelas, los ámbitos de trabajo, las instituciones, los medios de comunicación pueden contribuir a la reproducción de un orden de género patriarcal, a la naturalización y reproducción de la violencia, etc.
- El macrosistema refiere a las normas sociales y culturales, a los sistemas de creencias que prevalecen en una sociedad y por las cuales ésta se organiza. Son las creencias y valores respecto de lo que es ser mujer o varón dentro una cultura patriarcal.

Entonces, a partir de este modelo explicativo se puede evidenciar cómo la problemática de la violencia de género excede la relación entre el “agresor” y la “víctima” y que conlleva una confluencia de diversos factores históricos, sociales y culturales que favorecen que esta problemática se sostenga en el tiempo.

### **Violencia de género y manejo del dolor**

Luego de presentar la complejidad de la problemática y retomando la pregunta *¿cómo se piensa un tratamiento en estas circunstancias, donde son muchas las situaciones que duelen, más allá de la mera lesión física?*, considero que es fundamental que, como profesionales de la salud, entendamos que el dolor es solo una parte visible, un síntoma, de la compleja problemática vivenciada por las mujeres víctimas de violencia.



En relación a esto, Winkelmann (2013) argumenta que los cuerpos de las mujeres maltratadas sólo llevan las marcas de *algunos* de sus problemas; sufren una violencia tanto física como psicológica. Muchas mujeres viven en un mundo de dolor y sufrimiento. La autora delimita la diferenciación entre ambos conceptos.

El dolor es el proceso completo de sentir, interpretar y modular las sensaciones físicas. Es una experiencia subjetiva y una construcción histórica; lo conforman un lugar, una época y cultura específicos y la psique individual (Morris. 1991, citado en Winkelmann, 2013). Agrega que el dolor se ve reforzado por estados psicológicos y emocionales. En cambio, el sufrimiento tiene que ver con:

Un estado específico de malestar grave inducido por una pérdida de integridad, de cohesión, un dejar de estar intacto, un dejar de ser un todo como persona, o bien por una amenaza que la persona en cuestión cree resultará en la disolución de su integridad. El sufrimiento continúa hasta que la integridad se restaura o la amenaza desaparece (Cassell. 1995-1899, citado en Winkelmann, 2013, p.146).

Se considera que Graciela, dadas las recurrentes situaciones de violencia vividas, puede estar atravesando tanto un proceso de dolor, como de sufrimiento, con la consiguiente *pérdida de integridad* de su persona. Por lo tanto, ¿de qué modo se puede en T.O. acompañar a Graciela en la reconstrucción de su integridad? Los conceptos analizados en los siguientes apartados, intentarán dar cuenta de una mirada posible en la recuperación de su integridad.

### Otras posibles secuelas...

En relación a las secuelas que las situaciones de violencia pueden dejar en las personas. Herman (2013), refiere que la exposición de las mujeres ante estas situaciones, las puede llevar a experimentar *síndrome del trauma crónico*, en donde las personas “están siempre alerta, nerviosas, llenas de ansiedad (...) Se tiene un sentimiento constante de peligro inminente (...) Cualquier signo, simbólico o real, de peligro potencial deriva en hiperactividad, nerviosismo, ir de un lado a otro, gritar y llorar” (Hilberman. 1980, citado en Herman, 2013, p.87). Agrega que las víctimas también pueden experimentar numerosos síntomas somáticos (Herman, 2013). Teniendo en cuenta este concepto, por más que Graciela no muestre corporalmente una actitud nerviosa o de hiperactividad, puede estar experimentando un estado de alerta, lo cual contribuye a la percepción de hiperalgesia en la cicatriz. Este aspecto es fundamental tenerlo en cuenta a la hora de trabajar con esta población. Para intentar disminuir gradualmente el estado de alerta, se pensó en realizar técnica de respiración durante la movilización pasiva del MSI, además de respetar los tiempos y la voluntad de la paciente ante ciertas intervenciones (hubo

un día que no deseó descubrir la herida, por encontrarse particularmente dolorida).

### Dificultades en el acceso a la salud

Herman (2013) sostiene que es posible que una mujer maltratada, a la hora de encarar un tratamiento, sienta algo de cautela o temor, sobre todo al principio, con respecto a la evaluación que haga el personal. Teniendo en cuenta la historia de violencia, algunas mujeres creen que a nadie le importa ni su dolor físico ni el emocional; la situación de vulnerabilidad suele impedirles explorar sus dolorosos recuerdos. En relación a esto, dicho autor refiere que muchas mujeres nunca confían por completo en el personal de salud, al que deben revelar al menos parte de la información acerca de la manera en que se las ha maltratado.

Pombo (2014) expone que las respuestas institucionales no siempre están alineadas con las necesidades y demandas de las mujeres en situación de violencia. De este modo, suelen surgir una serie de obstáculos en distintas instancias claves para la efectiva atención y resolución de estas situaciones.

En relación a esto, fue identificado que los equipos de salud suelen tener serias dificultades para identificar indicadores de violencia en las consultas, lo cual torna la situación aún más difícil, dado que las mujeres no suelen exponer directamente la situación de violencia por la que atraviesan, –ya sea por miedo, vergüenza o culpa–, sino que se limitan a consultar por las dolencias causadas. Esta dificultad del personal de salud obedece a múltiples factores. Entre ellos, la falta de capacitación en la temática; la visión biológica y fragmentada de la salud, por la que se pierde de vista la integralidad de la persona y se tiende a proceder únicamente sobre las lesiones; la banalización de la violencia en los procesos de atención de la salud. En los casos en que la situación de violencia ha sido detectada la capacidad de respuesta está ligada a la sensibilidad del personal. En muchos casos, entre el personal sensibilizado, la falta de capacitación y la inexistencia o desconocimiento de protocolos de acción hace que su intervención se limite a impartir consejos (Teodori. 2010, citado en Pombo, 2014). Ante esta temática, Winkelmann (2013) agrega que muchos profesionales sanitarios tienen problemas para ver la naturaleza del dolor de las víctimas. No prestan la debida consideración al dolor real de las mujeres víctimas de maltrato. No detectan –o simulan no detectar– sus causas y no intervienen; pueden ser insensibles y en sus informes registran la violencia como si no procediera de agente alguno.

También se ha observado una tendencia a *psiquiatrizar* a las mujeres víctimas de violencia, a través de la prescripción de tranquilizantes o a maltratarlas y a responsabilizarlas por la violencia vivida (OPS. 2000, citado en Pombo, 2014).

### Abordar lo invisible, cuestionar lo naturalizado

Retomando la dificultad detectada en la accesibilidad a servicios de salud, u otros efectores (justicia, desarrollo social, etc.), que pueden atravesar las mujeres víctimas de violencia de género, es relevante como se mencionó anteriormente, la existencia de una normativa que promueve la prevención de la violencia hacia la mujer (Ley 26.485, 2009), en donde se declaran derechos de las mujeres víctimas de violencia tales como: derecho a la integridad física, psicológica, sexual, etc. y a gozar de medidas integrales de asistencia, protección y seguridad, entre otras. Sin embargo, la invisibilización de la violencia contra las mujeres, por parte de la sociedad (incluidos los profesionales), es algo que continúa ocurriendo.

Eva Giberti y Ana María Fernández refieren:

Los procesos de desigualdad-discriminación-violencia, no son en rigor invisibles, sino que están invisibilizados; es decir, que los aspectos de la subordinación de género: discriminaciones, exclusiones, descalificaciones, violentamientos, se encuentran naturalizados (...), queda sin registro la práctica violenta, lo que la vuelve posible (...) abordar lo invisible, significará abrir la interrogación, problematizar críticamente aquellos procesos de naturalización por los cuales se produce socialmente tal invisibilidad (Giberti & Fernández, 1989, p.18).

Bentancor et al. (2009), hacen referencia al concepto de victimización, que tiene que ver con las consecuencias que una persona sufre debido a un hecho traumático. Los autores promueven trabajar por la desvictimización, que consiste en el proceso de reparación luego del hecho violento, en el cual intervienen diferentes actores y factores.

Pombo (2014), sostiene que la dispersión y falta de articulación entre los distintos actores que intervienen en el abordaje de las situaciones de violencia, propicia experiencias de *revictimización* en las que las mujeres deben relatar su historia una y otra vez en las diversas instituciones por las que circulan, obstaculizando de este modo su proceso de recuperación.

Establecer articulaciones con las instituciones involucradas aporta a la imprescindible coordinación entre ellas, ya que es práctica frecuente que las mujeres inicien procedimientos –a veces simultáneos– en áreas sociales, de salud y de justicia (ELA. 2009, citado en Pombo, 2014).

Por lo tanto, como profesionales de la salud, es nuestra responsabilidad, visibilizar esta situación, abordando la temática y empoderando a las mujeres para tomar sus propias decisiones de forma autónoma a través de intervenciones que colaboren a la desvictimización de las mismas.

### Construyendo un ambiente seguro...

Por lo referido hasta aquí se observa la importancia que adquiere la conformación de un lugar seguro para alojar a las mujeres supervivientes de un trauma y el efecto obstaculizador que genera en la recuperación un entorno percibido como hostil o no protector. Herman (2013) refiere que la confianza es un factor esencial para adquirir una sensación de seguridad y, por tanto, de una revelación curativa.

Teniendo en cuenta este concepto, es de suma importancia el hecho de que Graciela haya podido encontrar un espacio en T.O. para expresar su dolor y todo lo que ello conlleva. Se considera que este hecho es terapéutico en sí mismo ya que permite que comience a operar el proceso de resignificación de dicho síntoma en la persona, entendiéndolo como parte de la problemática compleja vivenciada.

Por lo tanto, la construcción de un vínculo de confianza con la paciente es un eje fundamental a tener en cuenta para lograr paulatinamente, que ella pueda experimentar alivio sintomático y avanzar en el tratamiento. Desde T.O., se procuró colaborar en este aspecto, brindando un espacio de escucha activa y empática, con ausencia de juicios de valor, respetando sus tiempos y separándolos de los personales del terapeuta. Se vislumbró la construcción de cierto espacio de confianza, evidenciado en que Graciela pudo demandar necesidades específicas, no siendo esta una conducta habitual en ella. El hecho de que la paciente se anime a expresar su dolor, también puede dar indicio de la confianza generada en el espacio de T.O., que deberá continuar construyéndose y sosteniéndose a lo largo del tiempo.

### Otros factores relevantes para la recuperación

Bentacor et al. (2009) describen algunos factores relevantes para la recuperación de las víctimas de violencia: sus propias características, su habilidad para hacer frente al evento y las circunstancias relacionadas con el evento.

Siguiendo esta línea, Pombo (2014), refiere que es de suma utilidad la identificación de habilidades, capacidades y recursos con los que cuentan las mujeres maltratadas, para enfrentar las situaciones de violencia vivenciadas. Diferencia las capacidades individuales, como así también los recursos familiares, locales y comunitarios.

Relacionando estos factores con el proceso vivenciado por Graciela, se considera pertinente resaltar las fortalezas que ella presenta, tales como haber logrado dar fin a la relación con el agresor y realizado la denuncia. También la capacidad para expresar su dolor y para comenzar a construir una red social: vínculo con compañera de cuarto, vecinas que le proporcionaron sostén laboral, asesoría por parte de Trabajo Social y Abogada e inicio del tratamiento de Terapia Ocupacional.

De todos modos, cabe mencionar que Graciela refirió haber reducido los momentos de encuentro con su compañera de cuarto. Asimismo, expresó deseos de conseguir trabajo como vendedora de ropa en Constitución, aunque al momento del tratamiento no había llegado a consumarlo.

Ante estos sucesos, desde T.O. se comenzó a trabajar el empoderamiento de la paciente para fortalecer sus lazos sociales y laborales. Bentancor considera que la construcción de redes sociales es fundamental para el abordaje de las personas víctimas de violencia. Refieren que el armado de una red social:

Posibilita la potencialización de los recursos que poseen y la creación de alternativas novedosas para fortalecer la trama de la vida (...), el mundo no es *tal como nos es dado*, sino que lo construimos entre todos, y esto nos coloca en situaciones de responsabilidades compartidas (Betancor et al., 2009, p..63).

A fines de marzo de 2016, Graciela discontinuó el tratamiento. Se intentó localizarla a través del Hospital Argerich, con quien ella estaba referenciada, pero hasta el momento no se la ha podido contactar.

### Abordaje interseccional en problemáticas sociales complejas

A pesar de que el presente trabajo se focalizó en un caso en particular, se considera pertinente mencionar lo sugerido por los expertos en la temática para abordar problemáticas sociales complejas como es la violencia de género, ya que puede resultar de utilidad como marco teórico para el abordaje profesional de dicha problemática.

Se mencionó anteriormente que la violencia de género es una de las vulneraciones más graves de los derechos humanos. Así, la perspectiva de derechos se convierte en una herramienta fundamental para poder identificar y analizar las desigualdades sociales existentes y de ese modo elaborar estrategias que enfrenten dichas desigualdades y persigan el disfrute igualitario de los derechos (Pombo, 2014).

En relación a la articulación de la perspectiva de derechos humanos con la perspectiva de género no se trata de rechazar el principio de igualdad sino de conjugarlo con las diferencias para evitar las desigualdades. En palabras de MacKinnon: “la desigualdad no es una cuestión de identidad y diferencia, sino de dominio y subordinación. La desigualdad tiene que ver con el poder, su definición y su incorrecta distribución” (MacKinnon. 1995, citado en Pombo, 2014, p.131). Con lo cual, tampoco puede perderse de vista la perspectiva de género en el abordaje de dicha problemática.

Sumado a esto, se mencionó que las mujeres migrantes en muchas ocasiones pueden ser más vulnerables a sufrir la violencia. Entonces, también resulta imprescindible incluir en la

práctica profesional el enfoque de interculturalidad<sup>5</sup> como lo es la violencia de género, donde se busca abordar las formas en las que el patriarcado, la opresión de clase y otros sistemas de discriminación pueden generar desigualdades que estructuran las posiciones relativas de las mujeres (AWID. 2004, citado en Pombo, 2014).

Se describe a la interseccionalidad como:

Una herramienta para reconocer la diversidad constitutiva de poblaciones usualmente homogeneizadas y para visibilizar las relaciones de poder que configuran diferentes posiciones sociales y generan desigualdades. Este tipo de análisis, potencia la capacidad de entender las causas profundas de la desigualdad y sus intersecciones, así como de intervenir sobre la realidad de un modo complejo y focalizado en la inclusión social de los grupos históricamente excluidos, en una búsqueda por fortalecer su autonomía (Pombo, 2014, p. 132).

Por lo tanto, la interseccionalidad se propone como marco de referencia para el abordaje de problemáticas sociales complejas, promoviendo la visibilización y comprensión de las mismas, desde una mirada integral (entendiendo su multicausalidad), y manteniendo un posicionamiento crítico, y en defensa de los derechos humanos.

### Conclusión

A lo largo del escrito se ha podido evidenciar que el caso planteado es de gran complejidad, dadas las situaciones recurrentes de violencia experimentadas por Graciela, las secuelas físicas y psicológicas que esto conlleva. Por esta razón es que se considera de suma importancia poder pensar un abordaje integral desde T.O. cualquiera sea el área en la que se ejerza la profesión. Conocer los conceptos de violencia, la legislación vigente y el impacto que esto puede generar en las personas es fundamental a la hora de idear el tratamiento y tomar decisiones más acertadas favoreciendo el éxito del mismo.

Aún queda un largo recorrido por realizar con Graciela (de retomar tratamiento), y quizás los interrogantes planteados no obtengan una sola respuesta. Sumado a esto, es probable que no se obtengan soluciones a corto plazo, dada la complejidad de la temática, por lo que resulta importante manejar las propias emociones e impulsos.

La revisión de escritos de diferentes autores puede brindar nuevas herramientas para trabajar de aquí en adelante, tanto con el presente caso, como con los venideros, procurando visibilizar la violencia ocurrida, ofreciendo un espacio seguro de escucha, acompañando en la reconstrucción de la integridad

5 La interculturalidad reconoce la existencia de la diversidad cultural y busca dar cuenta de la interacción o encuentro entre dos o más grupos culturales en pos de una pretendida convivencia armónica (Pombo, 2014 p.127).

de la persona y colaborando de este modo al alivio de su sufrimiento y mejora en la funcionalidad. Es importante subrayar que los efectos de la violencia de género no se circunscriben a las consecuencias individuales de las mujeres que la padecen. La violencia de género trasciende el plano interpersonal agresor-víctima, en tanto constituye una violencia estructural para el colectivo femenino. Por lo tanto, la violencia de género es un problema social que adquiere relevancia a nivel nacional y mundial (Pombo, 2014).

Es fundamental que se aborde la problemática, no solamente en el caso a caso, sino también a nivel global, promoviendo un trabajo en equipo, articulando con los diversos actores intervinientes (trabajo intersectorial), favoreciendo el acceso a información precisa, a la visibilización y desnaturalización de la violencia por parte de las instituciones públicas y fomentando el trabajo con aquellas organizaciones que brindan apoyo a las mujeres víctimas de violencia (OPS, 2000, citado en Pombo, 2014). Es importante además, favorecer la generalización del conocimiento entre profesionales vinculados al tema acerca de las características de la violencia de género y de los lugares que prestan ayuda durante el proceso; por otro lado, llevar a cabo campañas de prevención y concientización en todos los niveles, particularmente en las primeras relaciones amorosas desde la infancia y la pubertad (ELA, 2009, en Pombo, 2014).

Para finalizar, quisiera resaltar la importancia de la formación profesional tanto en esta temática como en todas aquellas problemáticas sociales complejas que nos atraviesan para optimizar nuestras prácticas como agentes de salud, colaborando al adecuado abordaje de las mismas desde una mirada integral, crítica y de perspectiva de derechos. ■

[Recibido: 11/05/17 - Aprobado: 28/06/17]

## Referencias bibliográficas

- Ávila Álvarez, A., Martínez Piédrola, R., Martilla Mora, R., Máximo Bocanegra, M., Méndez Méndez, B., Talavera Valverde, M. et al. *Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y proceso*. (2010) 2da Edición [Traducción]. [www.terapia-ocupacional.com](http://www.terapia-ocupacional.com) [portal en Internet]. Disponible en <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf> traducido de: American Occupational Therapy Association (2008). *Occupational therapy practice framework: Domain and process* (2nd ed.).
- Bentancor, F., García, S., González, N., Muñoz, S., Saravia, C., Nin, A. (2009). Conceptualizando Prácticas en Víctimas de Violencia. *Psicología forense: actividades científicas*, vol. 21, 40-67.
- Castro-Alzate, ES., Aguía-Rojas, K., Linares-Murcia, LV., Yanquén-Castro, L., Reyes-Villanueva, V. (2016), Análisis bibliométrico: la terapia de espejo como estrategia de intervención desde la Terapia Ocupacional en el ámbito clínico. *Rev. Cienc Salud.*;14(1): 63-74. doi: [dx.doi.org/10.12804/revsalud14.01.2016.06](https://doi.org/10.12804/revsalud14.01.2016.06).
- Giberti, E., Fernández A. (1989). *La mujer y la violencia invisible*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Sudamericana.
- Herman, J. (2013). Cautiverio. En Aguilar, A. (org) *Cárcel de Amor* (pp. 74-97), Madrid, España: Ministerio de Cultura, Museo Nacional Centro de Arte Reina Sofía.
- Hunter, J., Macklin E., Callahan, A. (1995). *Rehabilitation of the hand: surgery and therapy*. St. Louis, Missouri: Estados Unidos: Mosby.
- Kinesio Taping Association International (2017), What is the Kinesio Taping Method?, recuperado de: <https://kinesiotaping.com/about/what-is-the-kinesio-taping-method/>.
- Ley N°26.485. Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollan sus relaciones interpersonales, Boletín Oficial 31632, Buenos Aires, Argentina, 14 de abril de 2009.
- Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud (2013). *Comprender y abordar la violencia contra las mujeres: consecuencias para la salud*, Oficina Regional para las Américas, Washington DC: Estados Unidos. Recuperado de: <http://www.paho.org/mwg-internal/de5fs23hu73ds/progress?id=Zd7BmVq-vP1SgV4f1YGGdN09jRnr64A9D6-oCbBCat8Q>.
- Otegui Pascual, R. (2009). El Sufrimiento: la forma sociocultural del dolor. En Grimberg, M., (ed.) *Experiencias y narrativas de Padecimientos: miradas antropológicas sobre la salud, la enfermedad y el dolor crónico* (pp. 147-165), Buenos Aires, Argentina: Facultad de Filosofía y Letras, UBA.
- Pombo, Gabriela (2014). *Las mujeres migrantes y la violencia de género: aportes para la reflexión y la intervención*. Buenos Aires, Argentina: Oficina Nacional de la Organización Internacional para las Migraciones para Argentina. Ministerio de Desarrollo Social del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Recuperado de: [http://argentina.iom.int/co/sites/default/files/publicaciones/Manual\\_OIM-digital.pdf](http://argentina.iom.int/co/sites/default/files/publicaciones/Manual_OIM-digital.pdf)
- Winkelmann, C. (2013). El tormento de las mujeres, el dolor de las mujeres. En Aguilar, A., (org) *Cárcel de Amor* (pp. 130-133). Madrid, España: Ministerio de Cultura, Museo Nacional Centro de Arte Reina Sofía.

## Cómo citar este artículo:

Spikermann, C. (2017). Terapia Ocupacional en traumatología: un caso de violencia de género. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 3(1), 17-24.