



UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA

SEDE GUAYAQUIL

CAMPUS MARÍA AUXILIADORA

**DESAFÍOS Y BARRERAS EN LA INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL EN VIOLENCIA
DE GÉNERO EN UN CENTRO DE SALUD**

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de

Licenciado en Psicología

AUTOR:

VÍCTOR JONATHAN ABAD HERMENEGILDO

TUTOR:

PSIC. ÁNGEL MILTON GUZÑAY VENTURA

GUAYAQUIL-ECUADOR

2026

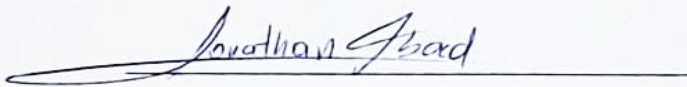
**CERTIFICADO DE RESPONSABILIDAD Y AUTORÍA DEL TRABAJO DE
TITULACIÓN**

Yo, **Víctor Jonathan Abad Hermenegildo** con documento de identificación N°
0950252031 manifiesto que;

Soy el autor y responsable del siguiente trabajo; y, autorizo a que sin fines de lucro la
Universidad Politécnica Salesiana pueda usar, difundir, reproducir o publicar de
manera total o parcial el presente trabajo de titulación.

Guayaquil, 04 de febrero del año 2026

Atentamente,



Víctor Jonathan Abad Hermenegildo

0950252031

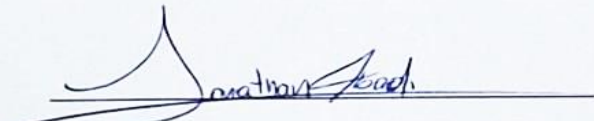
**CERTIFICADO DE CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL
TRABAJO DE TITULACIÓN A LA UNIVERSIDAD
POLITÉCNICA SALESIANA**

Yo, **Víctor Jonathan Abad Hermenegildo** con documento de identificación N° **0950252031**, expreso mi voluntad y por medio del presente documento cedo a la **Universidad Politécnica Salesiana** la titularidad sobre los derechos patrimoniales en virtud de que soy autor de la **Sistematización de experiencias prácticas de investigación y/o intervención: “Desafíos y barreras en la intervención psicosocial en violencia de género en un centro de salud”**, el cual ha sido desarrollado para optar por el título de: **Licenciado en Psicología**, en la Universidad Politécnica Salesiana, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente.

En concordancia con lo manifestado, suscribo este documento en el momento que hago la entrega del trabajo final en formato digital a la Biblioteca de la Universidad Politécnica Salesiana.

Guayaquil, 04 de febrero del año 2026

Atentamente,



Víctor Jonathan Abad Hermenegildo

0950252031

CERTIFICADO DE DIRECCIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Yo, **Ángel Milton Guzñay Ventura** con documento de identificación N° **0920200821** docente de la **Universidad Politécnica Salesiana**, declaro que bajo mi tutoría fue desarrollado el trabajo de titulación: **DESAFÍOS Y BARRERAS EN LA INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL EN VIOLENCIA DE GÉNERO EN UN CENTRO DE SALUD**, realizado por **Víctor Jonathan Abad Hermenegildo**, con documento de identificación N° **0950252031**, obteniendo como resultado final el trabajo de titulación bajo la opción **Sistematización de experiencias prácticas de investigación y/o intervención** que cumple con todos los requisitos determinados por la Universidad Politécnica Salesiana.

Guayaquil, 04 de febrero del año 2026

Atentamente,



**Psic. Ángel Milton Guzñay
Ventura, Mgtr.
CI. 0920200821**

Dedicatoria

Dedico este trabajo primeramente a Dios, por ser mi guía, mi fortaleza y quien ha permitido que llegue hasta este momento de mi vida.

A mis dos madres que me guían desde el plano espiritual: mi mami Anita y mi abuelita María. Aunque las extraño todos los días, su amor eterno y sus enseñanzas siguen siendo la brújula que orienta mis pasos.

A mis madres terrenales: mis tías Natalia, Norma y Lourdes. Gracias por ser el soporte fundamental de mi existencia, por cuidarme como a un hijo y por sostenerme incondicionalmente para cumplir esta meta. Este logro es tan mío como de ustedes.

A mi pequeña lucecita que ha alumbrado mis momentos más oscuros mi bebe Ana Camila quien a sido mi recarga de felicidad y fortaleza este logro también es tuyo

A mis mejores amigos Daniel, Juan, Antonio y Joel los cuales hemos compartido vivencias, anécdotas, enseñanzas y alegrías, muchas veces fueron esa escapatoria en momentos difíciles como también aterrizaje hacia la realidad cuando más lo necesitaba, no quiero pasar sin agradecer a Melany y Ariana por su amistad la cual me ayudo aprender muchas cosas sobre mi y mi entorno.

De manera especial también quiero agradecer a mi persona favorita la cual con paciencia y amor ha sabido tener siempre las palabras correctas para evitar quiebres en mi vida, como soldados en batalla hemos estado juntos siendo leales y nunca dejándonos atrás, siempre avanzando tomados de la mano, gracias eternas a ti Mel por siempre estar ahí.

También quiero extender un agradecimiento a la Universidad Politécnica Salesiana quien ha sido guía y parte importante en mi formación en conjunto con mis docentes quienes con amor y respeto sembraron conocimiento y buenos valores hacia mi carrera.

Y para finalizar quiero agradecer al Centro de Salud Indio Guayas los cuales me permitieron realizar mis practicas preprofesionales y en conjunto de su departamento de psicología liderado por la Psicóloga clínica Grey Granda fueron pilares como también reforzadores de conocimiento y amor hacia esta linda profesión, los llevare siempre en mi corazón.

“Instruye al niño en su camino, y aun cuando fuere viejo
no se apartará de él”

Proverbios 22:6

Resumen

A partir del análisis de las barreras de acceso y las dinámicas institucionales en la atención de mujeres en situación de violencia de género, la sistematización de experiencias se centra en la intervención psicosocial en el Centro de Salud Indio Guayas. El trabajo se enmarca en un Enfoque Psicosocial Crítico, aplicando las categorías de Galtung, Bourdieu y Maslach, sobre la base de la Violencia Estructural, Violencia Simbólica y el Desgaste Profesional, respectivamente, para dar sentido a la realidad.

A nivel de metodología, se optó por un estudio cualitativo a partir de la observación participante y el registro en diarios de campo, a partir de la reconstrucción de la experiencia de la interacción entre la institución, el personal de salud y las usuarias. El análisis mostró que la atención se ve viciada por una organización cultural el Modelo Médico Hegemónico que prioriza lo biológico y no lo psicosocial.

Se sostiene que las prácticas de revictimización y distanciamiento técnico son mecanismos defensivos sobre la falta de institucionalidad y el Burnout de la sobrecarga laboral. El estudio genera una mirada despatologizante para las usuarias y no punitiva para el personal, sugiriendo la necesidad del empleo de estrategias de Cuidado del Cuidador y la limpieza de protocolos que certifiquen un nivel de atención integral y digna.

Palabras Clave: Sistematización, Violencia de Género, Violencia Estructural, Modelo Médico Hegemónico, Burnout, Enfoque Psicosocial.

Abstract

Based on the analysis of access barriers and institutional dynamics in the care of women experiencing gender-based violence, this systematization of experiences focuses on the psychosocial intervention carried out at the Indio Guayas Health Center. The study is framed within a Critical Psychosocial Approach, applying the categories of Galtung, Bourdieu, and Maslach specifically Structural Violence, Symbolic Violence, and Occupational Burnout to provide a deeper understanding of the institutional reality.

Methodologically, a qualitative study was conducted through participant observation and field diary records, reconstructing the interaction between the institution, health personnel, and users. The analysis revealed that care is compromised by a cultural organization centered on the Hegemonic Medical Model, which prioritizes biological aspects over psychosocial needs.

The study argues that practices of revictimization and technical distancing function as defensive mechanisms in response to a lack of institutional support and burnout from work overload. This research offers a de-pathologizing perspective for users and a non-punitive approach for staff, suggesting the implementation of "Care for the Caregiver" strategies and the refinement of protocols to ensure integral and dignified care.

Keywords: Systematization, Gender based Violence, Structural Violence, Hegemonic Medical Model, Burnout, Psychosocial Approach.

Índice

1. DATOS INFORMATIVOS DEL PROYECTO	3
1.1. Nombre de la práctica de intervención o investigación	3
1.2. Nombre de la institución o grupo de investigación	3
1.3. Tema que aborda la experiencia (categoría psicosocial u objeto de conocimiento)	3
1.4. Localización	4
2. OBJETIVO	4
3. EJE DE LA INTERVENCIÓN O INVESTIGACIÓN	5
3.1. La Violencia de Género como Fenómeno Estructural: Más allá del conflicto interpersonal	6
3.2. Violencia Institucional y Simbólica: Las Dinámicas del Poder Invisible	7
3.3. Cultura Institucional y Modelo Médico Hegemónico: La Brecha entre Norma y Práctica	11
3.4. Revictimización y Ruta Crítica: El Análisis del Proceso de Atención	12
3.5. Enfoque Psicosocial Crítico: Subjetividad y Desideologización.....	13
3.6. Cuidado al Cuidador y Desgaste Profesional: Una Mirada Comprensiva al Talento Humano.....	13
3.7. Mecanismos Defensivos Institucionales:.....	15
4. OBJETO DE LA INTERVENCIÓN O DE LA PRÁCTICA DE INVESTIGACIÓN	16
4.1. La Institución:.....	16
4.2. El Personal de Salud:	16
4.3. Las Usuarias:	16
5. METODOLOGÍA	17
5.1. Observación Participante	17
5.2. Revisión Documental Crítica	18
5.3. Reconstrucción Histórica	18
5.4. Entrevista Semi estructurada y Diálogo Informal	19
6. PREGUNTAS CLAVES	19
7. ORGANIZACIÓN Y PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN	21
7.1. Registro y Recopilación	21
7.2. Clasificación y Categorización.....	21
7.3. Análisis e Interpretación	22
7.4. Síntesis y Redacción del Informe	23
8. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	23
8.1. Categoría: análisis de la Violencia Estructural.....	23

8.2.	Categoría: Naturalización de la espera y burocracia	24
8.3.	Silenciamiento del malestar emocional	24
8.4.	Análisis de la Revictimización en la Ruta Crítica	25
8.5.	Análisis del Desgaste Profesional	25
9.	JUSTIFICACIÓN	26
9.1.	Relevancia Social y Práctica	26
9.2.	Relevancia Institucional y Ética	26
9.3.	Relevancia Académica y Teórica	27
10.	CARACTERIZACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS	27
10.1.	Las Usuarias Sujetas de Atención	27
10.2.	El Equipo de Salud Sujetas de la Institución	28
10.3.	El Actor Sistematizador	28
11.	INTERPRETACIÓN	29
11.1.	La Paradoja de la Institución: Curar y Disciplinar	29
11.2.	La Violencia Simbólica como Sentido Común	30
11.3.	El Cuidado como Condición Política de la Atención	30
12.	PRINCIPALES LOGROS DEL APRENDIZAJE	30
12.1.	Logros Alcanzados	31
12.2.	Lecciones Aprendidas	31
12.3.	Limitaciones y Obstáculos del Proceso	32
12.4.	Impacto en el Perfil Profesional	32
13.	CONCLUSIONES	33
14.	RECOMENDACIONES	34
14.1.	A la Institución de Salud	34
14.2.	Al Área de Talento Humano	34
14.3.	A la Academia y Futuros Practicantes	35
15.	BIBLIOGRAFÍAS	36
16.	ANEXOS	37

1. DATOS INFORMATIVOS DEL PROYECTO

1.1.Nombre de la práctica de intervención o investigación

Sistematización de la experiencia de prácticas preprofesionales: Análisis crítico de la respuesta institucional, las barreras actitudinales y las dinámicas de violencia simbólica en la ruta de atención a usuarias víctimas de violencia de género.

1.2.Nombre de la institución o grupo de investigación

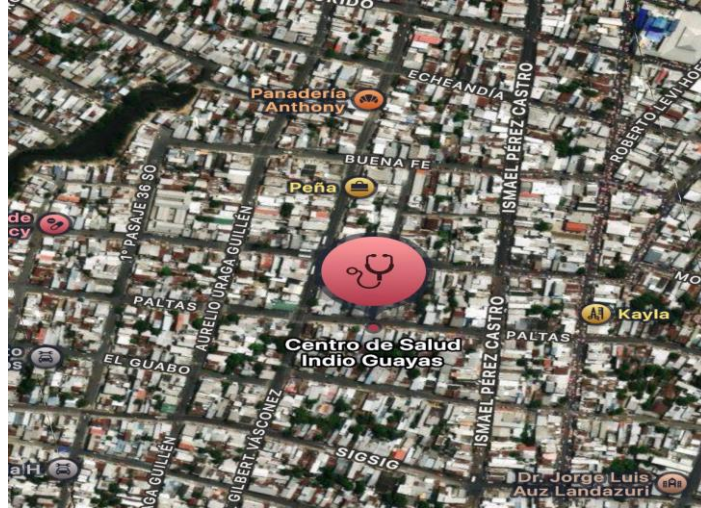
Centro de Salud Indio Guayas – Ministerio de Salud Pública (MSP), Coordinación Zonal 8.
Institución perteneciente al Primer Nivel de Atención de Salud.

1.3.Tema que aborda la experiencia (categoría psicosocial u objeto de conocimiento)

La experiencia aborda las barreras invisibles y la violencia simbólica dentro del sistema sanitario. Se analiza específicamente cómo los sistemas de creencias del personal de salud, los estereotipos de género y la cultura del Modelo Médico Hegemónico interfieren en la calidad de la atención, generando procesos de revictimización y obstaculizando el acceso a una salud integral para las mujeres víctimas de violencia.

1.4. Localización

Ciudad de Guayaquil, Provincia del Guayas, Ecuador.



Dirección: Calle Paltas, entre Ismael Pérez Castro y Gilbert Vasconez.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

Interpretar de manera crítica la experiencia obtenida durante la intervención psicosocial que fue realizada en el Centro de Salud Indio Guayas, otorgando sentido mediante el análisis de las barreras de acceso como la violencia simbólica, las dinámicas institucionales, el modelo de gestión, la cultura organizacional y las barreras actitudinales y su influencia en el nivel y la calidad de la atención brindada a usuarias en situación de violencia de género desde un Enfoque Psicosocial Crítico.

2.2. Objetivos Específicos

1. Contextualizar las situaciones de vulnerabilidad y carencia material de las usuarias en la categoría teórica de la violencia estructural correlacionando las barreras visibles con las

dificultades para el seguimiento en los procesos de atención y evitando así la estigmatización de las víctimas.

2. Caracterizar las dinámicas de atención del servicio a raíz de los conceptos de la violencia simbólica y el modelo medico hegemónico reflexionando sobre el manejo de los tiempos como también los espacios y la burocracia pudieran influir en la subjetividad de las usuarias y en los procesos de revictimización.

3. Reflexionar acerca de las condiciones laborales del personal de la salud desde la perspectiva del desgaste emocional y Burnout entendiendo y comprendiendo las binarias como el distanciamiento técnico no como errores o fallas individuales sino como mecanismos defensivos frente a la posible sobrecarga laboral y escasez de estrategias de cuidado al cuidador al cuidador

3. EJE DE LA INTERVENCIÓN O INVESTIGACIÓN

El eje prioritario que consolido el análisis de esta sistematización de experiencias que se realizó en el Centro de Salud Indio Guayas se centró en un Enfoque Psicosocial Crítico. La decisión de escoger este marco teórico no fue al azar, ya que se buscó minuciosamente cuál podría darnos un mejor entendimiento de la problemática refiriéndonos a la violencia de genero teniendo en cuenta una visión que no solo se enfrasque en la víctima o en los procedimientos aislados que podrían conllevar a sesgos alejándonos de una posible verdad notan sencilla de ver.

El propósito de este trabajo es construir una lectura clara y limpia sobre como las interacciones institucionales, la cultura organizacional y los modelos de atención pueden influir de manera positiva o negativa en el abordaje y acompañamiento en las usuarias.

La reflexión crítica se dio en un lapso posterior a las prácticas en el Centro de Salud Indio Guayas, haciendo uso de las narrativas de la experiencia a base de la

observación activa contrastándolo con sustentos teóricos minuciosamente brindándonos una postura más objetiva con los sujetos involucrados

Dicho esto, a raíz de las situaciones vividas en las prácticas y las recopilaciones académicas adquiridas se dividió este eje en seis componentes teóricos claves que se desglosaran a continuación.

3.1.La Violencia de Género como Fenómeno Estructural: Más allá del conflicto interpersonal

La primera dimensión de análisis tuvo como propósito fundamental sacar la violencia del plano meramente doméstico o privado. Para ello, se recurrió a la teoría de la Violencia Estructural propuesta por el sociólogo y matemático Johan Galtung (1969). Este autor plantea el famoso "triángulo de la violencia", donde la violencia directa como la agresión visible, es solo la punta del iceberg, sostenida por una violencia cultural y una violencia estructural invisibles.

Fundamentación Teórica:

Galtung (1969) sostiene que la violencia estructural es aquella que está intrínseca en el sistema social; se manifiesta como una desigualdad en la distribución del poder y de las oportunidades de vida. No hay un actor específico que hiera directamente, sino un ordenamiento social que impide la satisfacción de las necesidades básicas. Bajo esta premisa teórica se evidenció durante las prácticas que, la pobreza, la falta de acceso a la educación o la dependencia económica no son condiciones naturales, sino formas de violencia pasiva que vulneran la autonomía de las personas.

Lectura de la Experiencia Situada:

Durante el periodo de prácticas en el Centro de Salud, se observó que el perfil de las usuarias que acudían al servicio coincidía con poblaciones en situación de alta vulnerabilidad socioeconómica. Al recordar la visión de Galtung (1969), se pudo entender que estas mujeres

no solo podrían sufrir agresión de sus parejas, sino que podían atravesando por múltiples carencias estructurales.

Recordando que, en muchas ocasiones, las instituciones de salud pueden operar bajo una lógica que invisibilizaba esta realidad por ejemplo cuando se exigía a una usuaria cumplir con ciertos requisitos burocráticos como fotocopias, traslados a otras dependencias, sin considerar su falta de recursos económicos, se estaba reproduciendo, sin intención explícita, una dinámica de exclusión.

La perspectiva psicosocial permitió comprender que la "dificultad para salir del ciclo de violencia" no respondía necesariamente a una patología psicológica de la usuaria que podrían ser dependencia emocional o masoquismo, sino a una falta real de alternativas materiales impuesta por la violencia estructural. Así, este marco teórico permitió despatologizar a la mujer y entender sus decisiones o la falta de ellas, como estrategias de supervivencia en un contexto de desigualdad estructural.

3.2. Violencia Institucional y Simbólica: Las Dinámicas del Poder Invisible

Para profundizar en el análisis de las interacciones cotidianas en las prácticas dentro del establecimiento de salud, se hizo necesario recurrir a categorías sociológicas que explican el funcionamiento del poder en las organizaciones modernas. Se tomaron como referencia los estudios de Michel Foucault sobre las instituciones disciplinarias y de Pierre Bourdieu sobre la violencia simbólica.

La Institución Disciplinaria:

Michel Foucault (1976), en sus análisis sobre el poder, describe cómo las instituciones como los hospitales, escuelas, prisiones organizan el espacio y el tiempo para ejercer un control sobre los cuerpos. A esto lo denomina biopoder o poder disciplinario.

Foucault (1976) explica que la arquitectura, los horarios rígidos y la vigilancia constante buscan crear "cuerpos dóciles" y productivos.

En la sistematización de la experiencia desde esta teoría sirvió para interpretar la organización física y administrativa del Centro de Salud. Durante la práctica se observó que la disposición de las salas de espera, la altura de las ventanillas de admisión y la separación estricta entre "el que sabe" (personal) y "el que espera" (usuario) generaban un efecto disciplinario.

Se interpretó que el silencio y la pasividad de las usuarias mientras esperaban su turno no eran rasgos de su personalidad, sino conductas adaptativas ante un dispositivo institucional diseñado para mantener el orden. La burocracia, bajo esta luz teórica, no se vio solo como un trámite administrativo, sino como una forma de dominación sutil: la institución imponía sus tiempos sobre la urgencia subjetiva de la víctima, disciplinando su malestar para que encajara en los flujogramas establecidos.

El Habitus y contribución de la Violencia Simbólica:

De manera complementaria se agregó la definición de Violencia Simbólica perteneciente a Pierre Bourdieu (2000), mediante el podemos entender que la violencia no solo se define por lo físico, sino que se establece mediante la aceptación y la legitimidad. Es una violencia "amortiguada", casi imperceptible, que se ejerce con la complicidad tácita de quien la padece, debido a la aceptación de jerarquías sociales naturalizadas la "Doxa".

Durante la práctica, se registraron interacciones donde la palabra del profesional tenía un peso absoluto frente al relato de la usuaria. Se analizó, por ejemplo, el uso del lenguaje técnico biomédico como una barrera de comunicación. Cuando el personal utilizaba términos complejos o desestimaba las explicaciones coloquiales de las mujeres sobre su dolor, estaba ejerciendo violencia simbólica.

Lo crucial de este enfoque psicosocial fue entender que el personal de salud no actuaba con "maldad", sino desde su "Habitus" profesional: un sistema de disposiciones adquiridas en su formación académica que les hacía ver la relación médico-paciente como naturalmente vertical. La naturalización de estas prácticas (interrupciones, juicios de valor sutiles) fue el objeto de análisis, permitiendo concluir que las barreras actitudinales eran culturales y no incidentes aislados.

La "Doxa" Institucional: El Mecanismo de la Naturalización

Para profundizar en el análisis de la violencia simbólica, se hizo necesario incorporar una categoría fundamental en la sociología de Pierre Bourdieu (2000): la Doxa. Este concepto se utilizó para interpretar la aceptación acrítica de las dinámicas de poder observadas dentro del Centro de Salud Indio Guayas.

Definición y Pertinencia Teórica:

Bourdieu (2000) define la Doxa como el conjunto de creencias fundamentales que no necesitan ser explicadas ni cuestionadas porque se aceptan como "naturales" o evidentes en un campo social determinado. Es la adhesión inmediata al orden establecido.

En el contexto de la sistematización, el análisis de la Doxa permitió comprender por qué las barreras de acceso y las asimetrías en la atención persistían sin generar una resistencia visible por parte de las usuarias. Se interpretó que existía un "sentido común institucional" compartido tanto por el personal como por los pacientes, el cual dictaba que la autoridad médica era incuestionable y que la sumisión del usuario era la norma de conducta esperada.

La construcción de la sumisión del paciente y la Doxa Médica:

En los periodos de observaciones de campo se pudo contemplar que las usuarias lidiaban con momentos largos de espera siendo una responsabilidad aislada del personal profesional ya que existían inconvenientes recurrentes con sistemas o saturaciones por la gran demanda de pacientes, pero también era frecuente prácticas desalineadas con el objetivo del enfoque del centro de salud como interrupciones del desarrollo del discurso de la

paciente omitiendo escuchas activas y sin ningún tipo de refutación formal recalcando que esto se percibía netamente en departamentos externos al área de psicología, mediante la visión de la Doxa se pudo tener un punto de vista diferente en el cual no podríamos etiquetarlo como pasividad o carencia de personalidad más bien podría ser las consecuencias de un conjunto de creencias ya arraigadas y estructuradas internamente, en dicha doxa también se percibió como el tiempo del personal médico u operativo encargado era más cuidado y valorado que el de las mismas pacientes, lo cual no causaba ningún tipo de ruido más bien ya estaba totalmente normalizado haciendo que el esperar no sea vea como una violación hacia los derechos más bien lo interpretaban como parte del proceso de atención este tipo de planteamientos volvía invisible la violencia institucional que se ejercía de forma no intencional lo que llevaba a que las mismas posibles víctimas colaboren con la permanencia de una subordinación provocada por este orden mal enfocado.

La Doxa de Género:

En el mismo sentido se reconoció la presencia de una Doxa patriarcal también se observó que muchas de las premisas sobre el rol de la mujer en la familia eran ser cuidadora, ser paciente, aguantar por los hijos, funcionaban como verdades indiscutibles en el discurso cotidiano.

Cuando el personal de salud emitía comentarios sutiles sobre la responsabilidad de la mujer en el mantenimiento del hogar, no lo hacía como una agresión consciente, sino reproduciendo esta Doxa de género. El aporte de este concepto al análisis fue crucial: permitió concluir que la violencia simbólica era eficaz precisamente porque se apoyaba en estas creencias preexistentes, haciendo que la discriminación pareciera el "orden natural de las cosas".

3.3.Cultura Institucional y Modelo Médico Hegemónico: La Brecha entre Norma y Práctica

Uno de los puntos de análisis más relevantes fue comprender por qué, a pesar de la existencia de leyes progresistas como la Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres, las prácticas cotidianas parecían seguir lógicas conservadoras. Para explicar esta tensión sin personalizar la culpa, se utilizó la teoría del Modelo Médico Hegemónico (MMH) desarrollada por el antropólogo Eduardo Menéndez (1990).

Características del MMH y su Impacto:

Menéndez (1990) caracteriza la medicina occidental moderna bajo rasgos específicos: biologismo, ahistoricismo, asimetría, individualismo y eficacia pragmática. El Biologismo implica que la atención se centra en la lesión orgánica, excluyendo las dimensiones sociales y psicológicas.

Al analizar la cultura organizacional observada, se identificó una fuerte prevalencia de este rasgo. El sistema estaba altamente capacitado para atender la evidencia física de la violencia como el golpe, la herida, pero mostraba carencias estructurales para abordar el sufrimiento psíquico.

La teoría del MMH permitió interpretar la "frialidad" o "distancia" en la atención no como una falta de ética individual, sino como el resultado de una formación profesional orientada a la objetividad clínica. Se entendió que el personal intentaba encajar una problemática social compleja refiriéndose a la violencia de género en un esquema biomédico rígido, lo que resultaba en una atención fragmentada. La institución "veía" el cuerpo herido, pero tenía dificultades para "ver" a la sujeta de derechos, lo que generaba una brecha operativa entre lo que dictaba la norma de derechos humanos y lo que ejecutaba la cultura médica tradicional.

3.4.Revictimización y Ruta Crítica: El Análisis del Proceso de Atención

Para abordar las consecuencias de estas dinámicas en la salud mental de las usuarias, se incorporaron los marcos conceptuales de organismos internacionales como la OPS (2002) Organización Panamericana de la Salud y la CEPAL (2014) sobre la Revictimización y la Ruta Crítica.

La Ruta Crítica como Peregrinaje:

El concepto de Ruta Crítica refiere al camino iterativo de decisiones y acciones que deben ejecutar las mujeres para salir de la situación de violencia. En la sistematización, se analizó cómo los procesos internos del centro de salud impactaban en esta ruta.

Se observó que la falta de articulación entre las áreas de admisión, enfermería, medicina, trabajo social obligaba a la usuaria a repetir su relato traumático en múltiples ocasiones. Desde el enfoque de derechos, esto se interpretó como un posible riesgo de Revictimización Secundaria o institucional.

Iatrogenia Psicosocial:

Aunque el término iatrogenia suele usarse para daños médicos, aquí se aplicó en sentido psicosocial para describir el daño no intencional que podría provocar la gestión institucional. Se analizó que la complejidad de los trámites, la pérdida de documentos o la reprogramación de citas actuaban como factores disuasivos.

Ya que era notorio el desinterés de las pacientes después de pasar un suceso que no permitiera dar seguimiento a su caso

Psicosocialmente, se podría interpretar que, para una mujer en estado de vulnerabilidad emocional, estas barreras administrativas no serían simples molestias, sino mensajes simbólicos de rechazo. Esto permitió comprender las altas tasas de deserción no como falta de

voluntad de la víctima, sino como una respuesta de autopreservación ante un sistema que resultaba agotador.

3.5. Enfoque Psicosocial Crítico: Subjetividad y Desideologización

Esta dimensión constituyó el fundamento epistemológico que diferenció este trabajo de un reporte clínico convencional. Se basó en la Psicología de la Liberación de Ignacio Martín-Baró (1986) y en los estudios sobre Subjetividad Social de Fernando González Rey (2002).

Desideologizar la Experiencia:

Martín Baró (1986) propone que la psicología debe buscar las raíces sociales de los problemas individuales. En el contexto de la sistematización, esto implicó un ejercicio de "desideologización": dejar de interpretar el comportamiento de la mujer refiriéndonos miedo, silencio, duda como síntomas de una enfermedad mental, y empezar a leerlos como reacciones normales ante una situación anormal de violencia.

Se observó la relación Individuo Institución como un vínculo dialéctico. Interpretando que el contexto hospitalario no era un escenario neutro, sino un actor activo que configuraba la subjetividad de la usuaria en ese momento. Bajo este enfoque, la intervención psicosocial se entendió no como la "cura" de la paciente, sino como el acompañamiento para la restitución de su agencia y derechos frente a un entorno opresivo.

3.6. Cuidado al Cuidador y Desgaste Profesional: Una Mirada Comprensiva al

Talento Humano

Finalmente, y como componente ético indispensable para evitar una visión sesgada o punitiva hacia el personal, se integró el análisis del Síndrome de Burnout o Desgaste Profesional. Para ello, se recurrió a la conceptualización teórica fundamental propuesta por Christina Maslach (1982).

Según esta autora, el Burnout no debe entenderse simplemente como cansancio o estrés laboral común, sino como un síndrome psicológico derivado de la exposición crónica a

tensiones interpersonales en el trabajo. Maslach (1982) describe que este fenómeno se manifiesta a través de tres dimensiones claves:

1. Agotamiento Emocional: La sensación de no tener más recursos afectivos para ofrecer a los pacientes.

2. Baja Realización Personal: La percepción negativa sobre el propio trabajo y sus logros.

3. Despersonalización: El desarrollo de actitudes cínicas, frías y distantes hacia los usuarios, tratándolos como objetos y no como personas.

Interpretación de la Despersonalización como Defensa:

Esta última dimensión la despersonalización fue crucial para el análisis de la experiencia. En el transcurso de las practicas se pudo visualizar comportamientos que podrían ser confundidos como insensibilidad o deshumanización, pero gracias a la teoría de Maslach se pudo dar otro criterio como el de un mecanismo de defensa institucional.

Se entendió que este distanciamiento con tintes poco empáticos funcionaba como una barrera de protección psíquica, usando esta falsa insensibilidad para protección propia y poder seguir ejerciendo sus labores, esto siendo reforzado por lo común que era escuchar casos de violencia y no tener las herramientas para poder dar una ayuda extra o más humana, al no tener un panorama de cuidado al cuidador dichos colaboradores posiblemente desarrollaban esta conducta de manera inconsciente.

Así se pudo acotar que este tipo de violencia simbólica que era mostrada por el personal podría ser en un gran margen una manifestación reflejada del sufrir y la impotencia laboral, haciendo a un lado el sentimiento de culpa reemplazándolo por la sobrevivencia de su proyecto profesional.

3.7.Mecanismos Defensivos Institucionales:

En el transcurso de las practicas se constató patrones de comportamiento en el personal encargado que podrían llevar a una interpretación de carencia de empatía, pero al recordar y considerar la teoría de Maslach se pudo reinterpretar como posibles mecanismos de defensas como respuesta al estrés crónico resultado de la fluencia del centro de salud.

Por otro lado, también se consideró el fenómeno de desgaste de empatía ya que eran muy seguidos los casos con discursos de dolor de parte de los pacientes en los cuales también había relatos de violencia normalizada a esto le agregamos la escasez de recursos materiales los cuales eran necesarios para ofrecer una atención de calidad y también la falta de espacios donde existiera contención emocional para el profesional otorgando el cuidado al cuidador.

Despersonalización en forma de escudo:

Mirar al paciente como un número más es muy común en lugares de atención al cliente o donde existe una concurrencia alta de pacientes por esto también se consideró la despersonalización, ya que opera como un escudo y permite que el profesional no se sienta desbordado generando una distancia emocional que ayudaría a su defensa mental, al percibir esta manera distante al momento de atender a las usuarias hizo considerar que esta práctica estuviera sucediendo.

Desglosar este punto de vista fue clave para el eje de intervención por que aportó una perspectiva más neutral y equilibrada permitiendo reconocer limitantes y barreras organizacionales, como también la violencia simbólica que son factores que afectan a las usuarias y muchas veces son invisibles ante nuestros ojos o sesgos culturales e institucionales.

4. OBJETO DE LA INTERVENCIÓN O DE LA PRÁCTICA DE INVESTIGACIÓN

Para efectos de esta sistematización el objeto de la intervención no se redujo a la atención de casos clínicos particulares, sino que se definió como la experiencia de interacción institucional vivida dentro del contexto del Centro de Salud Indio Guayas.

Específicamente, el objeto de análisis y práctica fue la relación establecida entre tres actores fundamentales, la Institución, el personal encargado y las usuarias. Este objeto resulta oportuno porque permitió interpretar críticamente como las dinámicas institucionales, las barreras al acceso y las prácticas profesionales pudieran influir en la calidad de la atención otorgada a usuarias en situación de violencia de género, en coherencia con los objetivos planteados.

4.1. La Institución: Entendida como un sistema regido por normas, espacios físicos, tiempos burocráticos y una cultura organizacional marcada por el Modelo Médico Hegemónico.

4.2. El Personal de Salud: Comprendido no como un ente abstracto, sino como un grupo humano sujeto a condiciones laborales de alta demanda y expuesto a dinámicas de Desgaste Profesional (Burnout).

4.3. Las Usuarias: Concebidas como sujetas de derechos, pero atravesadas por condiciones de vulnerabilidad y violencia estructural que condicionaban su acceso al servicio.

En este modo la sistematización recortó su objeto de estudio en las dinámicas psicosociales y las barreras de acceso que surgieron en el encuentro diario entre estos actores. La mirada de este no estuvo puesta en el diagnóstico psicopatológico de las mujeres, sino en la

calidad del vínculo establecido y en cómo las estructuras de poder institucional facilitaron u obstaculizaron la atención integral de la violencia de género.

5. METODOLOGÍA

La sistematización actual se centra en un marco epistemológico de interpretativo - cualitativo. Tal enfoque está justificado debido a la naturaleza del objeto de estudio: la violencia simbólica y las barreras institucionales no son variables cuantificables numéricamente, sino que son fenómenos complejos construidos en el ámbito de la interacción social y la cultura organizacional.

El diseño específico elegido es la Sistematización de Experiencias. A diferencia de la investigación tradicional que busca generalizar resultados, este enfoque, por falta de un mejor término, ofrece el privilegio del prisma interpretativo de una experiencia. El objetivo no es simplemente relatar los eventos que ocurrieron en el Centro de Salud Indio Guayas; más bien, se trata de reorganizar la experiencia de manera que revele la lógica subyacente de las interacciones entre el personal de salud y los usuarios, transformando así la práctica cotidiana en un constructo teórico explícito.

Para facilitar la reconstrucción y análisis de la experiencia, se construyó un dispositivo metodológico que comprende las siguientes técnicas e instrumentos:

5.1.Observación Participante

Esta técnica es la piedra angular de la recolección de información, dado el papel activo del investigador como practicante incrustado en el marco institucional. La observación no se limitó a una grabación pasiva; implicó una inmersión dentro de la cultura del centro de salud para captar los significados implícitos dentro de las acciones profesionales.

5.1.1. Enfoque de la observación: Como parte de este estudio, el enfoque se centró exclusivamente en las interacciones intersubjetivas de la primera recepción. Estas incluían la privacidad ausente o presente, la duración de los tiempos de espera, las reacciones no verbales del personal ante la narración de la violencia, los gestos y los tonos de voz.

5.1.2 Instrumento: Diario de Campo Reflexivo. Este libro de registro se utilizó de manera sistemática durante todas las prácticas (mayo-octubre). Dentro de él, se realizaron "descripciones densas" de incidentes críticos, diferenciando en dos columnas: los hechos observados (el objetivo) y las reflexiones o interpretaciones emocionales y teóricas personales (el subjetivo). Este método permitió establecer en tiempo real patrones de violencia simbólica.

5.2.Revisión Documental Crítica

Se realizó un análisis crítico del marco normativo e institucional que regula la prestación de servicios para casos de Violencia Basada en Género (VBG). El propósito no fue verificar el cumplimiento, sino entender el "deber ser" (la norma) en contraposición al "ser" (la práctica observada).

5.2.1. Instrumento: Matriz de Análisis Documental y Comparación. Esta herramienta permitió triangular información oficial (Norma Técnica de Atención Integral en VBG del MSP) con los procedimientos llevados a cabo en el centro. La matriz fue diseñada para encontrar brechas específicas, mostrando cómo la burocracia institucional y la falta de articulación interna se convierten en barreras de acceso que contradicen los principios de no revictimización consagrados en la ley.

5.3.Reconstrucción Histórica

Esta es una técnica especial de sistematización, y en este caso, se utilizó para recuperar, preservar y consolidar la memoria del proceso, para no perder toda la experiencia. Permitted

evitar una visión de la práctica como una serie de eventos aislados, sino como una temporalidad que tuvo un principio y un fin donde las posiciones del personal y las respuestas institucionales variaron o se consolidaron.

5.3.1. Instrumento: Línea de Tiempo y Matriz de Hitos. Se preparó un esquema cronológico para capturar los momentos centrales de la práctica (fase de inserción, primera detección de casos, nudos críticos en la derivación). Esta herramienta ayudó a identificar los puntos de inflexión donde las creencias machistas del equipo se hicieron evidentes y cómo estas influyeron en el proceso de toma de decisiones clínicas a lo largo de los meses.

5.4. Entrevista Semi estructurada y Diálogo Informal

Para comprender el sistema de creencias del personal, fue necesario indagar en sus percepciones subjetivas. Se realizaron diálogos dirigidos con actores clave médicos, enfermeras y personal de admisión para explorar las justificaciones detrás de sus prácticas.

5.4.1 Instrumento: Guía de Preguntas Abiertas. Se diseñó un guion flexible orientado a explorar los imaginarios sociales del personal sobre el género y la violencia. Las preguntas no buscaron evaluar conocimientos técnicos, sino develar los estereotipos y prejuicios latentes ej. culpabilización de la víctima, naturalización de la agresión que sustentan las actitudes observadas y configuran la cultura de atención del centro.

6. PREGUNTAS CLAVES

Para orientar la reconstrucción de la experiencia y profundizar en el análisis crítico de la cultura institucional del Centro de Salud Indio Guayas, se han formulado las siguientes interrogantes rectoras:

6.1.Preguntas de Inicio (Descriptivas)

¿Qué problemas económicos o de transporte mencionaron las usuarias con más frecuencia para justificar sus faltas a las citas?

¿Cómo estaban organizados los espacios físicos y los tiempos de espera para las mujeres que llegaban buscando atención?

¿Qué actitudes o comportamientos mostró el personal de salud cuando el centro estaba lleno o con mucha demanda?

6.2.Preguntas Interpretativas (Análisis Crítico)

¿Por qué la falta de recursos económicos fue la causa principal de que las usuarias abandonaran sus tratamientos?

¿De qué manera los trámites burocráticos y la espera hicieron que las usuarias se sintieran revictimizadas o maltratadas?

¿Cómo influyó el estrés y cansancio laboral del personal médico en el trato frío o distante que recibieron las pacientes?

6.3.Preguntas de Cierre (Propositivas)

¿Qué diferencias principales encontré entre la teoría psicológica que aprendí en la universidad y la práctica real que viví en el centro de salud?

¿Qué cambios específicos se necesitan en el cuidado del personal médico para que puedan atender mejor a las usuarias?

7. ORGANIZACIÓN Y PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Para la elaboración de la presente sistematización se siguió un rigor metodológico de carácter cualitativo e interpretativo. El procesamiento de esta información no buscó la cuantificación estadística de casos ni la medición de variables, sino la comprensión profunda de las dinámicas institucionales y psicosociales observadas. Así mismo, además de las categorías teóricas previamente definidas emergieron categorías a partir de la experiencia de intervención, las cuales fueron con posterioridad analizadas e interpretadas. Este proceso se estructuró lógicamente en cuatro fases consecutivas:

7.1.Registro y Recopilación

La fuente principal de la información fue la Observación Participante realizada de manera continua durante el periodo de prácticas en el Centro de Salud Indio Guayas.

Instrumento: Se utilizó el Diario de Campo como herramienta fundamental. En él se registraron narrativamente los eventos cotidianos, interacciones verbales y no verbales entre el personal y las usuarias, así como las reflexiones inmediatas del sistematizador.

Enfoque del Registro: Siguiendo el Eje de Intervención definido, el registro no se limitó a la sintomatología clínica, sino que se focalizó en captar la vida institucional como los tiempos de espera, el lenguaje utilizado en la atención, la disposición de los espacios físicos y las actitudes del equipo de salud frente a la demanda de violencia de género.

7.2.Clasificación y Categorización

Una vez recopilada la información, se llevó a cabo a su orden y depuración sistemática.

Anonimización Ética: Como paso prioritario se eliminaron todos los datos personales como nombres, números de identificación tanto de las usuarias como del personal de salud, para garantizar la confidencialidad y el resguardo ético, trabajando únicamente con roles y situaciones tipo.

Categorización Teórica: La información depurada se clasificó utilizando las categorías definidas en el eje de la intervención. Los registros se agruparon en tres grandes dimensiones de análisis:

1. Dimensión Estructural: Registros relacionados con las barreras económicas y sociales de las usuarias que tenga relación a la Violencia Estructural.

2. Dimensión Institucional: Registros sobre procesos burocráticos, jerarquías y modelos de atención que tenga relación a la Violencia Simbólica y al Modelo Médico Hegemónico.

3. Dimensión del Talento Humano: Registros sobre carga laboral, estrés y actitudes del personal con relación al Desgaste Profesional.

7.3. Análisis e Interpretación

Posteriormente, dicha información clasificada fue sometida a un proceso de triangulación teórica, esta fase consistió en contrastar los hechos observados en la práctica con los conceptos académicos del Enfoque Psicosocial Crítico.

Este procedimiento permitió trascender la descripción anecdótica para construir una lectura analítica. Se interpretaron las dinámicas observadas no como hechos aislados, sino como manifestaciones de fenómenos estructurales tales como la Doxa institucional o el Burnout, dotando de sentido teórico a la experiencia vivida.

7.4.Síntesis y Redacción del Informe

Como etapa culminante del procesamiento se procedió a la síntesis narrativa y redacción académica del presente trabajo de titulación.

En dicha fase los hallazgos dispersos y las interpretaciones teóricas se integraron en un documento coherente y estructurado. El discurso fue organizado de acuerdo con las pautas formales establecidas por la universidad, cuidando de mantener una línea de razonamiento que refleje fielmente la lógica del enfoque adoptado, pasando de la descripción de la experiencia a la conceptualización crítica y constructiva.

8. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Una vez ya procesada y organizada la información obtenida durante el periodo de práctica, se llevó a cabo la fase de análisis crítico. Esta etapa consistía en triangular los hechos observados y plasmados en los Diarios de Campo con las dimensiones teóricas del Enfoque Psicosocial Crítico definido en el Eje de Intervención.

El análisis no se limitó a describir los eventos, sino a interpretar las lógicas subyacentes de las prácticas institucionales, arrojando los siguientes hallazgos analíticos:

8.1.Categoría: análisis de la Violencia Estructural

Se interpretó que las barreras al acceder al servicio no provenían únicamente desde lo administrativo, sino que también tenían raíces en lo social y económico.

Se evidenció un número importante de no asistencias a las citas de seguimiento y estas se emparejaban con momentos de escasez material crítica como falta de recursos para transportarse o cuidado de sus hijos. El análisis reveló que la institución operaba bajo una lógica de igualdad formal que, paradójicamente generaba exclusión. Está rigidez burocrática

ignoraba la precariedad de las víctimas, convirtiendo los tramites en barreras que impiden la protección de las mujeres más vulnerables.

8.2.Categoría: Naturalización de la espera y burocracia

En el análisis de la organización espacial y temporal del servicio se observó que la distribución física como ventanillas altas, restricción de acceso y los horarios rígidos funcionaban como mecanismos de control de la conducta de las usuarias.

Las mujeres tendían a adoptar una postura de sumisión y silencio en las salas de espera. Este comportamiento evidencio una aceptación silenciosa de la autoridad médica, donde la usuaria no cuestiona el sistema. Se interpretó que la violencia simbólica como interrupciones, trato impersonal resultaba eficaz porque se apoyaba en esta creencia compartida: la usuaria aceptaba la espera excesiva como parte de la normalidad del sistema público, invisibilizando así la vulneración de su derecho a un trato digno.

8.3.Silenciamiento del malestar emocional

El análisis de la cultura organizacional confirmó la prevalencia del Modelo Médico Hegemónico. Se observó una clara jerarquización de los saberes, donde el diagnóstico biológico como una lesión física tenía supremacía sobre el malestar psicosocial.

Los datos mostraron que la atención se fragmentaba porque se atendía el cuerpo por un lado y la psiquis por otro, a menudo con tiempos diferidos. Se analizó que esta fragmentación respondía a una visión biologicista que descontextualizaba la violencia. La distancia técnica en el trato frecuentemente reportada en los registros se analizó no como una característica personal de los funcionarios, sino como un rasgo estructural de este modelo que prioriza la eficiencia clínica sobre la vinculación humana.

8.4. Análisis de la Revictimización en la Ruta Crítica

Se analizó el flujo de atención bajo el concepto de Ruta Crítica. Se identificaron puntos críticos donde la información se perdía o se duplicaba entre departamentos, obligando a la usuaria a repetir su relato traumático en múltiples ocasiones.

El análisis determinó que estos puntos generaban un efecto de iatrogenia. Se observó que, a mayor número de trámites exigidos, mayor era la probabilidad de deserción del servicio. Esto permitió interpretar que la burocracia desarticulada actuaba, en la práctica, como un factor disuasivo que expulsaba a la víctima del sistema de protección, vulnerando el principio de no revictimización.

8.5. Análisis del Desgaste Profesional

Para finalizar, se llevó a cabo un análisis crítico de las condiciones del personal de salud. El cansancio extremo y la apatía observada en el equipo multidisciplinario se interpretaron como síntomas de un desgaste profesional profundo

El análisis planteó que estas conductas no contestaban a una falta de ética individual, sino que operaban como mecanismos de defensa ante la sobrecarga emocional y la falta de recursos institucionales. Se identificó una correlación cualitativa entre la saturación del servicio y la disminución de la empatía en el trato. Este hallazgo fue crucial para evitar culpabilizar a los profesionales, entendiendo que la violencia institucional es un ciclo sistémico donde la falta de cuidado al cuidador repercute directamente en la calidad de atención que recibe la usuaria.

9. JUSTIFICACIÓN

La realización de la presente sistematización se justificó fundamentalmente por la necesidad de proyectarse más allá de la lectura clínica tradicional de la violencia de género, para adoptar una perspectiva que integrara las dinámicas institucionales y sociales. En este sentido el proceso permitió generar aprendizajes significativos sobre el fenómeno estudiado y a su vez fortaleció la construcción del perfil profesional desde un enfoque crítico, ético y contextualizado.

9.1.Relevancia Social y Práctica

Socialmente este trabajo resultó pertinente porque permitió visibilizar las barreras invisibles que enfrentan las usuarias. Al aplicar el concepto de Violencia Estructural, la sistematización contribuyó a despatologizar el comportamiento de las mujeres, dejando de interpretar sus dificultades de acceso como falta de interés y reubicándolas como consecuencias de la desigualdad social. En la práctica esto aportó insumos para diseñar estrategias de intervención que no solo atiendan el daño psicológico, sino que acompañen la gestión de recursos materiales.

9.2.Relevancia Institucional y Ética

A nivel institucional, la justificación del enfoque radicó en su capacidad para ofrecer una mirada no punitiva sobre el personal de salud. La incorporación de la teoría del Desgaste Profesional Burnout de Maslach fue indispensable desde un punto de vista ético, ya que permitió analizar las falencias en la calidad del trato sin caer en la culpabilización individual de los funcionarios. Esto justifica el trabajo como una herramienta diagnóstica que señala la necesidad urgente de implementar programas de Cuidado al Cuidador como estrategia para mejorar la atención a las usuarias.

9.3.Relevancia Académica y Teórica

Académicamente, la sistematización se justificó al demostrar la operatividad del Enfoque Psicosocial Crítico en escenarios reales de salud pública. El trabajo validó que categorías sociológicas complejas como la Doxa de Bourdieu o el Biopoder de Foucault, son herramientas útiles y necesarias para desentrañar las lógicas de poder que operan en los servicios de atención, aportando así al campo de la Psicología una lectura situada que conecta la subjetividad individual con la estructura social, fortaleciendo el posicionamiento profesional desde una mirada crítica.

10. CARACTERIZACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS

Los sujetos que formaron parte de esta experiencia de sistematización se dividieron en tres grupos claramente diferenciados cuyas interacciones y tensiones constituyeron el núcleo del análisis psicosocial.

10.1. Las Usuarias Sujetas de Atención

El grupo principal estuvo conformado por mujeres adultas que acudieron al Centro de Salud Indio Guayas buscando atención por situaciones de violencia de género.

Perfil Sociodemográfico: En su mayoría, mujeres residentes en zonas periféricas, dedicadas a labores domésticas no remuneradas o trabajos informales, enfrentando condiciones de precariedad material.

Perfil Psicosocial: Desde la perspectiva teórica de la sistematización, se caracterizaron no solo por la vivencia traumática de la violencia directa, sino por estar inmersas en condiciones de Violencia Estructural. Presentaban redes de apoyo debilitadas y dependencia económica, factores que, según el análisis realizado, condicionaron su capacidad de

negociación frente a la institución y limitaron significativamente la sostenibilidad de los procesos terapéuticos.

10.2. El Equipo de Salud Sujetas de la Institución

El segundo grupo correspondió al personal del Centro de Salud con el que las usuarias interactuaron directamente en Admisión, Enfermería, Medicina General y Trabajo Social.

Perfil Profesional: Un equipo multidisciplinario formado bajo los parámetros del Modelo Médico Hegemónico, con alta competencia técnica en procedimientos biomédicos, pero con herramientas limitadas para el abordaje psicosocial de la violencia.

Condición Laboral: Se caracterizaron por enfrentar una alta demanda asistencial con recursos limitados. Para efectos del análisis, se les consideró sujetos vulnerables al Desgaste Profesional Burnout. Sus actitudes defensivas o distantes no se interpretaron como rasgos de personalidad, sino como respuestas adaptativas a condiciones laborales estructuralmente adversas.

10.3. El Actor Sistematizador

Finalmente, se incluyó como sujeto activo de la caracterización al propio sistematizador.

Posición Institucional: Se caracterizó por ocupar un lugar de liminalidad o frontera: estando dentro de la institución como parte del equipo practicante pero fuera de la cultura burocrática establecida (por su formación académica externa y crítica).

Implicación Subjetiva: Este sujeto no actuó como un observador neutro, sino que estuvo atravesado por la tensión entre el deber ser aprendido en la academia y el ser de la realidad hospitalaria. Su caracterización es relevante porque sus propios sesgos y emociones

frente a la impotencia institucional incidieron directamente en el proceso interpretativo, exigiendo una vigilancia epistemológica constante.

11. INTERPRETACIÓN

La sistematización de la experiencia en el Centro de Salud Indio Guayas permitió construir una interpretación global sobre las tensiones existentes entre el mandato legal de protección y la realidad institucional cotidiana.

Con base en el Enfoque Psicosocial Crítico se comprende que la permanencia de prácticas que revictimizan no responde a la mala voluntad de los funcionarios, sino a la operación no visible de estructuras de poder y creencias ya naturalizadas que gobiernan la dinámica hospitalaria.

11.1. La Paradoja de la Institución: Curar y Disciplinar

Se comprende que la institución experimenta una contradicción fundamental. Porque, por un lado, tiene el mandato de curar y acoger a la víctima, pero, por otro lado, opera bajo una lógica de biopoder de Foucault que busca dar disciplina los cuerpos.

El requerimiento del silencio, el riguroso cumplimiento de horarios y la sumisión burocrática se interpretaron como mecanismos de control que colisionan de frente con las necesidades de una mujer en crisis, la cual requiere flexibilidad y escucha. La institución, diseñada para la eficiencia biomédica, no sabe qué hacer con el sufrimiento subjetivo, y ante esa incapacidad, opta por burocratizar el dolor, transformando un drama humano en un expediente administrativo.

11.2. La Violencia Simbólica como Sentido Común

La interpretación de la cultura organizacional reveló que la violencia simbólica es eficaz precisamente porque es invisible para quienes la ejercen.

Al aplicar la categoría de Doxa de Bourdieu, se comprende que tanto el médico que interrumpe como la usuaria que calla están participando de un juego cuyas reglas no cuestionan. Se interpreta que la desigualdad en el trato se ha naturalizado bajo la premisa de que el saber técnico otorga derechos sobre el tiempo y la dignidad del otro. Romper este ciclo requiere más que nuevas leyes; requiere una deconstrucción profunda de este Habitus profesional que asocia autoridad con distancia afectiva.

11.3. El Cuidado como Condición Política de la Atención

Finalmente, una interpretación crítica arroja que es imposible garantizar una atención libre de violencia hacia las usuarias si el propio personal de salud trabaja bajo condiciones de violencia estructural como falta de recursos y desprotección emocional.

El Burnout del equipo se interpreta aquí no como un problema de salud laboral privado, sino como un factor político determinante en la calidad del servicio. Un profesional agotado y despersonalizado (Maslach) no tiene la capacidad psíquica para alojar el trauma de otro. Por tanto, se concluye interpretativamente que la revictimización de la mujer comienza, en realidad, con el descuido institucional hacia quien debe atenderla.

12. PRINCIPALES LOGROS DEL APRENDIZAJE

La sistematización de esta experiencia permitió identificar resultados cualitativos significativos, así como obstáculos y aprendizajes fundamentales que reconfiguraron la visión profesional del estudiante.

12.1. Logros Alcanzados

Problemática de visibilización: Con estas prácticas se logró instalar una mirada crítica sobre la violencia de género en el espacio inmediato de práctica, más allá de la queja burocrática, posicionándola como una cuestión de derechos humanos.

Contención en Emergencia: A pesar de las barreras institucionales, se brindó espacio de escucha activa y contención emocional a las usuarias asignadas, decantando un apoyo que validó, en esos casos, su sufrimiento y que evitó la revictimización.

Ejercicio de Reflexividad: Se logró la vigilancia epistemológica cuando se separó la fuerte angustia personal del análisis profesional y, por ello, se pudo por mirar las complejas dinámicas hospitalarias sin una evaluación moral de los actores involucrados, el incumplimiento de los roles.

12.2. Lecciones Aprendidas

El contexto Galtung: Se aprendió que no se puede hacer una intervención psicológica efectiva sin tener en cuenta las condiciones materiales de vida. Abordar el dolor psíquico sin considerar la violencia estructural asociada a la pobreza, falta de transporte, etc. sería una pérdida de tiempo.

Cuidar para Curar Maslach: La lección más importante fue que la salud mental de los y las profesionales es un condicionante para la calidad de la atención. Se aprendió que el Burnout no es una debilidad individual, es un riesgo psicosocial que hay que gestionar para evitar el maltrato a los pacientes.

12.3. Limitaciones y Obstáculos del Proceso

Los Problemas del Centro: Infraestructura y Privacidad: Un obstáculo notable es la falta de espacios físicos donde se pueda realizar entrevistas psicológicas confidenciales. El diseño arquitectónico del centro, de corte biomédico y con consultorios abiertos, hace ruido, y dificulta la construcción de un espacio terapéutico, limitando la profundidad de algunas intervenciones.

Tiempos Institucionales vs. Tiempos Subjetivos: Una de las tensiones más evidentes es la fricción entre la demanda administrativa de producción de datos, como el llenado de fichas, y el ejercicio de la usuaria de ser escuchada. La duración de la intervención psicosocial en contexto de crisis se ve acotada por la lógica burocrática y la falta de temporalidades flexibles.

12.4. Impacto en el Perfil Profesional

La experiencia contribuyó decisivamente a la identidad profesional del estudiante:

Posicionamiento Ético Político: La práctica permitió transitar de una visión ingenua de la psicología a una postura crítica. Se comprendió que el rol del psicólogo en lo público no es solo adaptar al paciente, sino cuestionar las estructuras que generan malestar.

Competencia Interdisciplinaria: Se desarrolló la capacidad de dialogar y negociar con otros saberes (medicina, trabajo social), desde la perspectiva del fenómeno complejo de la violencia de género, que no puede abordarse desde una sola disciplina, sino que exige, con escasa frecuencia, una integración que evite la fractura de la atención.

13. CONCLUSIONES

Con base en el proceso de sistematización y del análisis crítico logrado bajo el Enfoque Psicosocial, se llegaron a las siguientes conclusiones:

Sobre la Violencia Estructural:

Se llegó a la conclusión de que las dificultades en la adherencia en los procesos de atención por parte de las usuarias no respondieron únicamente a factores psicológicos individuales, sino a condiciones de Violencia Estructural. La precariedad material y la falta de redes de apoyo actuaron como barreras determinantes. Por tanto, se determinó que cualquier intervención que ignore el contexto socioeconómico de la víctima corre el riesgo de ser ineficaz y de culpabilizar injustamente a la mujer por su falta de seguimiento.

Sobre la Cultura Institucional y la Violencia Simbólica:

Se evidenció que la organización del servicio, regida por el Modelo Médico Hegemónico, reprodujo dinámicas de Violencia Simbólica. La gestión rígida de los tiempos, la disposición de los espacios y la priorización de lo burocrático sobre lo subjetivo funcionaron como mecanismos disciplinarios. Se concluye que estas prácticas, aunque naturalizadas por la Doxa institucional, constituyen formas sutiles de revictimización que obstaculizan la recuperación integral de las usuarias.

Sobre el Personal y el Desgaste Profesional:

Finalmente, se concluyó que existe una relación directa entre las condiciones laborales del equipo de salud y la calidad del trato brindado. Las conductas de distanciamiento y frialdad técnica observadas no se interpretaron como fallas éticas personales, sino como síntomas de Síndrome de Burnout y mecanismos defensivos ante la sobrecarga. Se establece, por ende, que

el cuidado de la salud mental de los profesionales es una condición sine qua non para garantizar una atención libre de violencia hacia la ciudadanía.

14. RECOMENDACIONES

En función de los hallazgos y conclusiones expuestas, se plantean las siguientes recomendaciones orientadas a fortalecer la atención en el Centro de Salud Indio Guayas:

14.1. A la Institución de Salud

Implementar Protocolos de Acogida Diferenciada: Se recomienda flexibilizar los circuitos administrativos para los casos de violencia de género, reduciendo la cantidad de ventanillas y tiempos de espera para evitar la exposición y el desgaste de la usuaria siendo la Ruta Crítica eficiente.

Adecuación de Espacios: Es imperativo destinar o adecuar un espacio físico que garantice la privacidad acústica y visual para la entrevista psicosocial, rompiendo con la lógica del consultorio abierto que vulnera la confidencialidad.

14.2. Al Área de Talento Humano

Programa de Cuidado al Cuidador: Se sugiere institucionalizar espacios periódicos de descarga emocional y supervisión clínica para el equipo multidisciplinario. Atender el Burnout del personal no es un lujo, sino una estrategia de prevención de la violencia institucional.

Capacitación en Enfoque Psicosocial: Promover procesos de formación continua que trasciendan lo biomédico, brindando herramientas al personal administrativo y sanitario para comprender la violencia de género desde una perspectiva de derechos y no solo como un trauma físico.

14.3. A la Academia y Futuros Practicantes

Rol Activo en la Sistematización: Se recomienda a las futuras cohortes de estudiantes mantener una postura de vigilancia crítica frente a las dinámicas institucionales, utilizando el diario de campo no solo como registro de tareas, sino como herramienta de reflexividad para no naturalizar las prácticas de exclusión observadas.

15. BIBLIOGRAFÍAS

Bourdieu, P. (2000). La dominación masculina. Anagrama. [Análisis académico disponible en el Repositorio de la Universidad Nacional de Colombia:

<https://repositorio.unal.edu.co/items/1362e497-c37f-49d4-99a0-4c22f8b194e1>]

Galtung, J. (2016). La violencia: cultural, estructural y directa. Cuadernos de Estrategia, (183), 147-168. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5832797>

Menéndez, E. L. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1), 185-207.

<https://www.scielo.br/j/csc/a/pxxsJGZjnrqbxZJ6cdTnPN/>

Ministerio de Salud Pública. (2019). Norma Técnica: Atención integral en salud en casos de violencia basada en género y graves violaciones a los derechos humanos. Acuerdo Ministerial 00040-2019. <http://www.heg.gob.ec/norma-tecnica-2019-atencion-integral-en-salud-en-salud-en-casos-de-violencia-basada-en-genero/>

Saborío Morales, L., & Hidalgo Murillo, L. F. (2015). Síndrome de Burnout. *Medicina Legal de Costa Rica*, 32(1), 119-124.

https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152015000100014

16. ANEXOS



