

Ministerio de Salud Pública
Dirección General de Salud
Programa Nacional Prioritario
Salud de la Mujer y Género

Abordaje de Situaciones de Violencia Doméstica hacia la Mujer

Guía de Procedimientos en el
Primer Nivel de Atención de Salud



Diseño de tapa: O.Smedia

Estas Guías fueron editadas gracias al aporte del
Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)

Ministra de Salud Pública

M^a Julia Muñoz

Subsecretario

Miguel Fernandez Galeano

Director General de la Salud

Jorge Basso Garrido

Subdirector General de la Salud

Gilberto Ríos Ferreira

Directora División Salud de la Población

Liliana Etchebarne

Directora Programa Prioritario de Salud de la Mujer y Género

Cristina Grela

Coordinadora del Área de Violencia de Género

Dra. Sandra Romano Fuzul

Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género
Directora: Dra. Cristina Grela

Dirección Salud de la Población
Dirección General de la Salud
Ministerio de Salud Pública

mujerygenero@msp.gub.uy

Telefax: 4097230

Esta herramienta para la atención a mujeres en situación de violencia fue producto de un proceso que se inicia en marzo de 2005.

Aportes para su construcción y adaptación a la realidad nacional surgieron en instancias de trabajo colectivas en las que participaron los integrantes de la Unidad de Reconversión del Modelo Asistencial, los equipos de gestión de los Centros de Salud del RAP, representantes de las Direcciones Departamentales de Salud y de las Coordinaciones Departamentales de ASSE, Equipo de atención de la UPECA de Portones de Carrasco de CASMU, Funcionarias/os técnicos del Hospital de Clínicas.

En marzo de 2006 se realizó una jornada de consulta con representantes de las Instituciones prestatarias de servicios de Salud públicas y privadas, Representantes de la Red Uruguaya contra la Violencia Doméstica y Sexual, Mujeres organizadas de las Comunas de Montevideo, Docentes de la Cátedra de Medicina Legal y Medicina Comunitaria de la Facultad de Medicina, Docentes de la Facultad de Enfermería, Docentes de la Facultad de Ciencias Sociales, Coordinadora de Psicólogos del Uruguay, Sindicato Médico del Uruguay, SUMEFA, ADASU, Instituto Nacional de las Mujeres, Juzgados Especializados en Violencia Doméstica, Instituto Técnico Forense.

El Documento de Trabajo fue revisado por integrantes de los programas del M.S.P. y se consultó a la Comisión de Ética del M.S.P.

Responsables de la redacción de este documento: Sandra Romano Fuzul
Fany Samuniski
Marisa Lindner
Cristina Grela

Colaboraron: M^a. Cristina Noceti
Carlos Güida
Inés Bausero
Andres Urioste
David Amorin
François Graña
Gilda Vera
Eugenia De Marco

Es para esta DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD un honor que, en esta administración de gobierno progresista se presente ante los equipos de salud y la ciudadanía uruguaya esta guía de procedimientos que permite implementar la reglamentación de la ley 17514 sobre VIOLENCIA DOMÉSTICA a nivel de la SALUD.

Conscientes de que el Sector Salud es un recurso imprescindible para contribuir a la erradicación de la Violencia de Género en nuestra sociedad es que esta medida está acompañada por una propuesta de trabajo sistematizado que fuera consultada plural y ampliamente con sectores públicos y privados.

Ello la hace aplicable y sostenible en todo el Sistema Integrado de Salud que estamos construyendo con énfasis en el Primer Nivel de Atención.

Convencidos que estas medidas legitiman los derechos y deberes ciudadanos, transforman la cultura y nos obligan directamente como Estado, estamos definiendo Políticas Públicas Prioritarias, su aplicación, seguimiento y auditoría.

Dispuestos a realizar el asesoramiento que sea necesario e impulsarlos a hacer de esta herramienta un instrumento de excelencia y de calidad en la atención a la salud y los derechos humanos, nos complacemos en ser parte del desafío al que nos enfrentamos.

Dr. Jorge Basso Garrido
Director General de Salud
DIGESA
Ministerio de Salud Pública - URUGUAY
Julio 2006

ÍNDICE

SALUD, VIOLENCIA DE GÉNERO Y DERECHOS HUMANOS	11
INTRODUCCIÓN	13
MARCO CONCEPTUAL	17
Definiciones	18
<i>Violencia</i>	19
<i>Violencia de Género</i>	19
<i>Violencia Doméstica</i>	20
La Violencia Doméstica como problema de Salud Pública	21
<i>Magnitud del Problema; algunas cifras</i>	21
<i>Consecuencias de la V.D. en la salud d la mujer</i>	24
<i>Impacto económico</i>	27
<i>Tratamiento del tema en los organismos internacionales</i>	28
<i>Modelo Ecológico</i>	29
La Violencia Domestica como manifestación de la violencia de género	30
<i>Papel de las mujeres: vulnerabilidad y empoderamiento</i>	30
<i>El papel de los varones en la Violencia Doméstica</i>	35
MARCO JURÍDICO	37
Ámbito internacional	37
Legislación Nacional	37
<i>Aspectos pertinentes al personal de salud</i>	38
Plan Nacional de Lucha contra la Violencia Doméstica	39
MODELO INTEGRAL DE ABORDAJE	41
Salud Intersectorialidad e integralidad.....	41
Responsabilidades del Sector Salud	42
Atención primaria de la VD	43
Intervenciones específicas	43
Intervenciones especializadas	44
ATENCIÓN A LA MUJER EN SITUACIÓN DE VD:	
PAUTAS DE PROCEDIMIENTOS	45
Introducción	45
Objetivos	45
Preparación: Acciones institucionales	45
Organización: Acciones de Servicio	47

Asistencia: acciones del personal de salud	48
Estrategia de detección	49
Formas indirectas de preguntar	51
Preguntas directas: Cuestionario breve	52
Registro	53
ASISTENCIA A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE VD	57
La respuesta en los servicios de salud	57
<i>Las Trabas del personal de la Salud</i>	<i>59</i>
<i>Elementos para el diagnóstico de situación</i>	<i>60</i>
<i>Integrar la VD a la asistencia longitudinal de la salud</i>	<i>73</i>
<i>Indicación y seguimiento de tratamientos médicos</i>	<i>75</i>
PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE SALUD	77
Acciones comunitarias de promoción	77
<i>Los Recursos, su indicación y oportunidad</i>	<i>78</i>
<i>Recursos Institucionales:</i>	<i>78</i>
<i>Recursos Comunitarios:</i>	<i>80</i>
<i>Recursos Familiares y Personales:</i>	<i>80</i>
BIBLIOGRAFÍA	83

SALUD, VIOLENCIA DE GÉNERO Y DERECHOS HUMANOS

Si bien el concepto de salud remite a la integralidad, la relación con el entorno familiar y social necesitan de especial atención, apoyo y seguimiento cuando encaramos la Violencia de Género.

Hasta 1993, los delitos entre personas que sucedían “puertas adentro del hogar”, pertenecían a la intimidad, la privacidad, al secreto y eran en consecuencia, invisibles más allá de ese espacio. La violencia estaba escondida dentro de los derechos privados y el consagrado derecho familiar.

En la CONFERENCIA MUNDIAL DE O.N.U en Viena en Junio de 1993, en el Tribunal Internacional, los DERECHOS DE LAS MUJERES se declararon DERECHOS HUMANOS y, por lo tanto imputables y exigibles, y se definieron potestades y obligaciones del Estado al respecto.

Es entonces que, como sociedad mundial nos encontramos descubriendo lo invisible y reconociendo nuevos delitos en viejas estructuras.

En el maltrato y abuso entre personas están presentes algunas conductas humanas que fueran aceptables, legitimadas, impunes o corrientes.

En la vida cotidiana, en la casa, en lugares de trabajo, en la calle, o entre quienes guardan la salud, el orden, u otras actividades sociales,

la violencia puede presentarse ante nuestros ojos como forma o costumbre de relación.

En el mundo privado muchas veces se ejerce sobre las personas de cualquier edad y condición ese maltrato oculto, basado en diferencias de poder o intransigencias que son supuestos aceptados por la cultura.

Casi siempre hay espectadores, testigos silenciosos y heridos, que en su mayoría no saben qué hacer. Niños y niñas, personas dependientes y mujeres sufren este tipo de situaciones que marcan sus vidas, destruyen su autoestima y los incapacita para desarrollar vínculos positivos, ejercer su ciudadanía y sus derechos, y participar en la construcción social colectiva

En este ámbito es que la legitimación de los derechos humanos se hace imprescindible y una cuestión de intervención obligatoria.

La intimidad está regida también por leyes. La protección del derecho a una vida digna y sin violencia aún entre los que conviven con diferencias de poder psíquico, físico, y en relaciones de interdependencia no es solamente una misión filantrópica, sino de aplicación del derecho.

Los principios constitucionales y legales del país, nos desafían a reaccionar y no sólo a sorprendernos e indignarnos cuando, espo-

rádicamente, “conocemos algún caso”, o “cuando la noticia nos llega”.

En este trabajo educativo, preventivo y de atención, los equipos de salud y especialmente en el primer nivel, tienen requerimientos éticos irrenunciables y oportunidades de acción vinculadas a su responsabilidad como agentes de derechos humanos, a los que las profesiones de servicio habilitan y obligan.

La confidencialidad de la relación con los y las usuarias de toda edad y condición habilita una intervención positiva, que en la violencia intrafamiliar adquiere niveles insospechados.

En la región, los servicios de salud incluyen preguntas sobre el tema en la atención a mujeres que consultan por diversos síntomas o controles, la VIOLENCIA DOMÉSTICA está presente en alrededor del 30% de los casos

Las cifras nacionales desde los servicios de salud todavía no se conocen.

Una vida sexual o reproductiva insatisfactoria o forzada, sin posibilidades de opción y de asumir el cuidado personal para el control del propio cuerpo, la fecundidad y las infecciones de transmisión sexual son formas de violencias solapadas en el ámbito de la pareja .

Un feminicidio cada nueve días es el resultado de hechos brutales de violencia que terminan con la muerte de la mujer, producida por una persona cercana en una relación afectivo - sexual, en el presente o en el pasado. Este dato ilustra el final de procesos de sufrimiento y exclusión.

Intuir, sospechar y comprobar efectos que la violencia de género produce en la salud son parte sustancial de la aplicación de medidas de salud, necesarias para iniciar un proceso de rehabilitación integral., favorecer el ejercicio de sus derechos, y superar el estado de indefensión de las víctimas

Conocer más y actuar desde el lugar que corresponde ante la violencia, entendida como un flagelo de la vida cotidiana, son acciones de salud imprescindibles para producir cambios acordes con el respeto de los derechos individuales. nos corresponde entonces intervenir cuando la violencia se sospecha, o se explicita , para evitar males mayores y para contribuir a la vida digna y saludable de las personas .

Equipos de salud y hacedores de políticas públicas, somos agentes calificados para definir estrategias ante estas situaciones, actuar y auditar.

En la medida que se aplique esta medida ministerial así como las pautas de intervención en el sector salud, en forma conjunta y con otros niveles del Estado, las organizaciones comunitarias y la Sociedad Civil podremos atender los derechos humanos, aplicar la ley y disminuir la incidencia y consecuencias de este problema.

Dra. Cristina Grela,
Directora Programa Nacional Prioritario
de Salud de la Mujer y Género.
DIGESA, MSP, Uruguay
Julio 2006

INTRODUCCIÓN

La VIOLENCIA DOMÉSTICA¹ hacia la mujer es una grave traba social con fuertes implicancias para el sector salud.

En el sistema integrado de salud, equitativo y universal, al que se proyecta la reforma del sector, la atención a este problema es ineludible.

La VD hacia la mujer es una de las formas de violencia de género. En Uruguay, como en otros países, en tiempos de paz, es su manifestación más frecuente. Por ocurrir en el ámbito de las relaciones íntimas, en general en espacios privados, permaneció invisible mucho tiempo.

La estructura social mantiene la separación entre el mundo privado y el público, con estilos de relación, normas y costumbres que sustentan la “inviolabilidad de la vida privada” como un valor superior.

Las representaciones de familia, hogar y pareja en el imaginario social impiden la emergencia del fenómeno a la conciencia colectiva.

Esta dificultad en identificar las situaciones de maltrato conlleva a la vez la imposibilidad de ser conciente de esta no percepción². El mismo proceso histórico y sociocultural que construye estos modos de relación conduce a la “naturalización” de las situaciones de violencia, invisibilizando el maltrato.

Algunos profesionales de la salud y otros actores sociales no están de acuerdo en que el maltrato de la mujer en la familia constituya un problema en sí, sostienen que estos son problemas familiares y que se deben tratar como tales, jerarquizando que el sujeto de atención es el grupo familiar.

Esta contraposición que surge cuando se introduce el tema de la VD hacia la mujer es falaz. Supone que develar la violencia y cuestionar aspectos de las relaciones familiares y de pareja que favorecen su aparición y mantenimiento, hace peligrar la familia.

Plantear como opciones opuestas y excluyentes³ el cuidado de la familia y el cuidado de las mujeres, dificulta una

1 En la exposición se usara indistintamente Violencia Doméstica y VD

2 Disfunción perceptiva de segundo orden: fenómeno de doble ceguera - “no ver que no veo”.

3 En nuestro proceso de socialización no es infrecuente el empleo de este estilo de pensamiento dualista que establece oposiciones polares: categorías opuestas que implican una jerarquía y nos enseña a elegir excluyendo. Este estilo de pensamiento y categorización, fue puesto en evidencia y descrito en los estudios sobre autoritarismo. Son entendidos como formas discursivas autoritarias que plantean la opción excluyente, negando la posibilidad de interacción. El empleo de un enfoque dialéctico permite un camino de interacción y síntesis.

integración dialéctica de los puntos de vista, establece una polarización entre las personas y posturas; paraliza el pensamiento y empobrece las posibilidades de desarrollo y cambio.

Por el contrario, la revisión de los modelos vinculares de mujeres y varones de niñ@s y adult@s, basada en derechos humanos, aporta al bienestar de la familia y de la comunidad.

Si bien en los trabajos académicos es habitual una construcción impersonal y pasiva del lenguaje, para pensar sobre un tema como el que nos ocupa, resulta imprescindible ser parte del discurso:

- Incluyendo al expositor, como constructor de ese discurso, que analiza, selecciona y explica desde sus constructos profesionales, éticos e ideológicos.

- Incluyendo al lector que analiza e interpreta ese discurso desde sus conceptos adquiridos como persona, y profesional, desde su ética y su ideología.

Proponemos al personal de la salud abordar el problema con disposición a analizar los supuestos personales y colectivos, que sustentan sus opiniones y prácticas.

Invitamos a leer esta guía con una actitud atenta y crítica, a sus propuestas y a las ideas y reacciones que experimenten durante su lectura.

Es necesaria la revisión de los fundamentos científicos, éticos e ideológicos de los modelos explicativos y de atención a la VD, a la hora de estudiar el tema y planificar acciones. Como es imprescindible en la práctica diaria, al atender mujeres en los distintos espacios de asistencia.

Punto de partida

Hasta el año 2005 Uruguay no contaba con pautas específicas para la atención de la VD en el Sector Salud.

La existencia de una política sanitaria específica que se ocupe de este problema es una responsabilidad mandatada desde las normas internacionales ratificadas por el país, en la Ley 17514 de Violencia de Doméstica y en el Plan nacional de Lucha contra la VD.

El 8 de marzo de 2005 la Ministra de Salud Pública asume públicamente el compromiso

de incluir un cuestionario de detección de VD en las historias clínicas de las mujeres y de establecer protocolos para enfrentar el problema

En noviembre de 2005, la Dirección General de la Salud del MSP, publica un documento de trabajo sobre Pautas de Procedimientos para la Asistencia de Mujeres en Situación de VD en el Primer nivel de Atención en Salud, que propone una estrategia de detección, y primera respuesta.

El mismo fue producto del trabajo realizado durante el período marzo – noviembre de 2005 por el equipo del Área de Violencia de Género del Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género, en coordinación con el Instituto Nacional de las Mujeres del Ministerio de Desarrollo Social.

Esas pautas se elaboraron a partir de las recomendaciones de los organismos internacionales y la evidencia científica. Se trabajaron en instancias de taller con responsables de la Red de Atención del Primer Nivel (RAP), en Montevideo y representantes de las Direcciones Departamentales de salud y de la red de ASSE de todo el país.

En este proceso se contó con la asistencia técnica de la Organización Panamericana de

la Salud, y en particular de la Unidad de Género y Etnia.

De estas reuniones surgieron insumos que se incorporaron a las pautas que se desarrollaron en ese documento, que sirvió de base a esta guía.

A partir de su publicación y difusión se desarrolló un proceso de consulta, a la interna del MSP, con otras instituciones de la salud y con instituciones y actores sociales de otros sectores implicados en la respuesta al problema.

Este proceso de consulta tuvo como meta la adecuación del documento a la realidad en Uruguay y la inclusión de la experiencia nacional, optimizando recursos y facilitando su aplicación amplia.

MARCO CONCEPTUAL

"... puede comprenderse el desarrollo del tema como objeto de conocimiento y la disociación entre intentos de conceptualización, investigación empírica y propuestas de atención, en tanto no surge de alguna de las ciencias sociales, ni del ámbito de las ciencias de la salud. Surge, ... , de la urgencia sentida por algunas mujeres de atender a las víctimas de la violencia de género, por evidenciar la importancia social y política de la problemática ... los temas derivados de dicha agenda fueron entrando al mundo académico en medio de un amplio recelo y con dificultades para legitimarse[1]"

Plantear un marco conceptual para la atención a mujeres en situación de VD en el área de la salud, requiere articular aproximaciones que se han desarrollado de manera bastante independiente. Castro y Riquer diferencian tres vías de aproximación al problema: los acercamientos teóricos, la investigación empírica y las intervenciones para la atención de las mujeres. La intención en esta propuesta es integrar aportes de las distintas perspectivas.

La evolución de las ideas a partir de los movimientos de mujeres y derechos humanos condujo ...*"a visualizar el fenómeno como un problema social (no sólo individual), de orden público (no únicamente privado), de competencia de los tribunales, y que exige políticas públicas con obligaciones específicas para las instituciones, incluidas las de salud."*[1]

La conceptualización desde la que se plantea esta guía ubica la VD como un problema social, una violación a los derechos humanos y

un asunto de salud pública. Su abordaje se plantea en una perspectiva de atención integral, multidisciplinaria e intersectorial.

Las acciones realizadas y las propuestas se ubican en el marco normativo nacional y se contextualizan en el proceso de reforma de la salud que se está procesando.

Las propuestas de atención desde el sector consideran:

- La normativa vigente: la Ley de VD N° 17.514 (2002) y el el Primer Plan Nacional de Lucha contra la VD (2004).⁴
- La coordinación con otros sectores involucrados en la atención, en particular los que participan en el Consejo Nacional Consultivo de Lucha contra la VD.
- Los cambios de la organización del sistema de atención, principalmente la reorganización y fortalecimiento del 1^{er} Nivel de atención en salud que la reforma en el Modelo de Atención propone.

⁴ En el capítulo sobre marco legal se desarrollan los aspectos pertinente al sector salud.

- La coordinación con otros actores del área de la salud implicados en el tratamiento de esta problemática y específicamente con los demás programas prioritarios del MSP y los efectores de atención a usuarios/as.

Plantearse incidir en un problema requiere definir “el problema” y delimitar el campo de intervención.

Si bien las definiciones no pueden ser separadas del proceso histórico en el que fueron construidas, es posible acordar definiciones operativas que posibiliten acciones colectivas complementarias y una orientación en común.

Se exponen brevemente definiciones, pro-

ducto de acuerdos amplios en relación a violencia, violencia de género y VD.

Se delinea el campo de acción para el área de la salud a partir de la evidencia epidemiológica y de las consecuencias en la salud individual y colectiva.

Se mencionan las declaraciones y acciones de los organismos internacionales de salud, producto de los acuerdos y avances logrados en la inclusión de este problema como responsabilidad para el área de la salud.

Posteriormente se refieren como aportes para el análisis explicativo el modelo ecológico y reflexiones sobre el rol de mujeres y varones desde un análisis que incluye la dimensión de género y generaciones.

Definiciones

«El maltrato solo «existe» desde que los observadores distinguieron, en el marco de sus interacciones, un fenómeno que les preocupó, lo nombraron y lo definieron verbalmente. Para que el maltrato existiera, fue necesario que ese descubrimiento se transformara en un fenómeno social, es decir que fuera reconocido en el interior de un contexto de interacción social cada vez más amplio, como es toda la comunidad.»

Jorge Barudy, 1998

La competencia y responsabilidad del sector salud acerca de la VD se restringía en inicio a la constatación y asistencia de las lesiones.

grupos de mujeres y de derechos humanos, pasó progresivamente a integrar la agenda política y a constituirse en objeto de estudio de las ciencias sociales.

Los cambios en la percepción social del problema, la evolución de las ideas y la generación de conocimiento desde diversas disciplinas impactaron en las ciencias de la salud, modificando la percepción de la violencia, su impacto en la salud y la ubicación del sector en la articulación de respuestas.

La interacción multidisciplinaria e intersectorial mejoró la comprensión y la efectividad del abordaje, se desarrollaron modelos expli-

cativos y de tratamiento del problema más integrales e integrados.

En el año 2002 la Organización Mundial de la Salud publica el informe sobre Violencia y Salud en el Mundo, que da cuenta de este proceso. Explicita los conceptos desde los que analiza el fenómeno y aporta evidencia y propuestas de relevancia para que el personal de salud los aplique.

El informe de OMS es también un llamado a los profesionales de la salud en los distintos niveles de decisión y acción, a comprometerse en la generación de conocimiento y respuestas al complejo problema de la violencia.

“El propósito del primer Informe mundial sobre la violencia y la salud es cuestionar el secretismo, los tabúes y los sentimientos de inevitabilidad que rodean al comportamiento violento, y alentar un debate que ampliará nuestros conocimientos sobre este fenómeno enormemente complejo”...

“Las metas del informe son aumentar la conciencia acerca del problema de la violencia en el mundo, y dejar claro que la violencia puede prevenirse y que la salud pública tiene el cometido fundamental de abordar sus causas y consecuencias.

Violencia

El informe sobre Violencia y Salud de la OMS define la violencia como:

“El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de

causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”.

Este enunciado ubica la violencia en el plano relacional, al establecer el poder como centro de la definición, donde la idea de poder supone la existencia de una jerarquía en la relación, desigualdad de condiciones entre dos partes, que posibilita que una dañe a otra.

La definición explicita la intención voluntaria del acto, del empleo de esa fuerza o poder, no necesariamente con la intención de producir daño.

El acto en sí puede ser una acción directa o la omisión de una acción necesaria. Dependiendo de la naturaleza del acto el daño consecuente puede ser más o menos visible, y por lo tanto más o menos detectado y asistido.

Violencia de Género

El proceso de identificación y delimitación de una forma de violencia hacia las mujeres se sustenta en la desigualdad entre los géneros y se recoge en la Declaración de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra las Mujeres, que expresa los acuerdos entre los Estados parte y define la violencia de género como:

“Todo acto de violencia basada en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como la amenaza de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se produce en la vida pública como en la privada”

La violencia de género se ejerce en diferentes contextos y formas, algunas de las formas mencionadas en la declaración de Naciones Unidas son *«la violencia física, sexual y psicológica en la familia, ... , el abuso sexual de las niñas en el hogar, ... , la violación por el marido, la mutilación genital y otras prácticas tradicionales que atentan contra la mujer, ... la violencia relacionada con la explotación; la violencia física, sexual y psicológica al nivel de la comunidad en general, incluidas las violaciones, los abusos sexuales, el hostigamiento y la intimidación sexual en el trabajo, en instituciones educacionales y en otros ámbitos, el tráfico de mujeres y la prostitución forzada; y la violencia física, sexual y psicológica perpetrada o tolerada por el Estado, dondequiera que ocurra.»*

Esta guía de procedimientos se refiere exclusivamente a la VD hacia la mujer, no considera más que en forma general otras manifestaciones de la violencia de género.

Violencia Doméstica

La Ley de Violencia Doméstica N° 17514 de julio de 2002 enuncia la definición de VD y sus formas de manifestación:

“toda acción u omisión, directa o indirecta, que por cualquier medio menoscabe, limitando ilegítimamente el libre ejercicio o goce de los derechos humanos de una persona, causada por otra con la cual tenga o haya tenido una relación de noviazgo o con la cual tenga o haya tenido una relación afectiva basada en la cohabitación y originada por parentesco, por matrimonio o por unión de hecho”

Este concepto de VD abarca el conjunto de las relaciones familiares, afectivas y de convivencia, entre cualquiera de sus miembros. La idea de doméstico no se restringe al espacio físico, al hogar, se refiere al *domus*, como espacio simbólico, como ámbito de las relaciones íntimas.

El Artículo 3º establece las manifestaciones de VD que reconoce la Ley:

Violencia física. Acción, omisión o patrón de conducta que dañe la integridad corporal de una persona.

Violencia psicológica o emocional. Toda acción u omisión dirigida a perturbar, degradar o controlar la conducta, el comportamiento, las creencias o las decisiones de una persona, mediante la humillación, intimidación, aislamiento o cualquier otro medio que afecte la estabilidad psicológica o emocional.

Violencia sexual. Toda acción que imponga o induzca comportamientos sexuales a una persona mediante el uso de: fuerza, intimidación, coerción, manipulación, amenaza o cualquier otro medio que anule o limite la libertad sexual.

Violencia patrimonial. Toda acción u omisión que con ilegitimidad manifiesta implique daño, pérdida, transformación, sustracción, destrucción, distracción, ocultamiento o retención de bienes, instrumentos de trabajo, documentos o recursos económicos, destinada a coaccionar la autodeterminación de otra persona.

En el capítulo sobre Diagnóstico se describe formas de presentación de estas manifestaciones y los hallazgos clínicos que permiten plantear su presencia.

La Violencia Doméstica como problema de Salud Pública

La violencia es un problema de salud pública[2], afecta de manera grave la salud y el desarrollo social y económico de amplios sectores de la población, erosiona el tejido social, limita el desarrollo y profundiza las inequidades.

La violencia no afecta por igual a mujeres y hombres y sus consecuencias no tienen la misma visibilidad ni reciben igual tratamiento[3].

Las lesiones y muertes debidas a violencia callejera y conductas de riesgo vinculados al concepto de virilidad (competencia, abuso sustancias, transgresión límites, etc.) son más frecuentes en los hombres jóvenes[4].

Una mujer tiene mayor riesgo de sufrir violencia en el ámbito privado que en el público, casi siempre de parte de una persona a la que se encuentra vinculada afectivamente más que de una persona extraña.

Los estudios informan sobre la incidencia del problema, sus consecuencias en la salud de las mujeres, el impacto económico y el costo social[4, 5]; [6]

Estas evidencias sustentan las recomendaciones de los organismos internacionales de incluir la perspectiva de género para el análisis y abordaje de la violencia. Es un desafío para el sector salud atender este problema, y crear herramientas metodológicas que contribuyan a su prevención.

Para ejecutar y evaluar acciones preventivas con mejores posibilidades de éxito, es necesario caracterizar cada evento, seguirlo, evaluarlo, identificar su evolución y el impacto que tienen las medidas que se toman.

Plantear el problema desde un enfoque de salud pública implica un hacer interdisciplinario basado en evidencias científicas. También supone la acción colectiva intersectorial y de la comunidad.

Se expondrá brevemente la información sobre la magnitud del fenómeno, las consecuencias personales, el impacto en la sociedad y el lugar que ocupa el problema en la agenda de los organismos internacionales de salud.

Magnitud del Problema; algunas cifras

El Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y VD refiere [6] la revisión de estudios realizados antes del año 1999 en 35 países:

“...entre el 10% y el 52% de las mujeres había sufrido maltrato físico por parte de su pareja en algún momento de su vida, y entre el 10% y el 30% había sido víctima de violencia sexual por parte de su pareja. Entre el 10% y el 27% de las mujeres declaró haber sido objeto de abusos sexuales, siendo niñas o adultas”

Estas cifras coinciden con las citadas por OPS [7]⁵. Las consecuencias alcanzan también a los testigos de esos actos. Alrededor de 40 millones de niños son objeto cada año de malos tratos y de desatención.

La encuesta del estudio multipaís recabó información de las regiones en las que se conocía menos la situación. Hallaron que entre las mujeres encuestadas⁶ que alguna vez habían tenido pareja, el porcentaje que reportaba haber sufrido violencia física o sexual, o ambas, por parte de su pareja a lo largo de su vida oscilaba entre el 15% y el 71%, en la mayoría de los entornos se registraron índices comprendidos entre el 24% y el 53%.

La información sobre la magnitud de la VD en

Uruguay es insuficiente, pero permitió su visualización progresiva e inferir la gravedad del problema. Las fuentes de información de las que se obtuvieron datos fueron:

- Estudios poblacionales en Montevideo y Canelones, de 1997⁷ y 2003⁸, que emplearon definiciones operativas similares a las de OMS[8].
- Informes del Observatorio sobre Violencia y Criminalidad del Ministerio del Interior.
- Registro de las llamadas al Servicio telefónico nacional de apoyo a la mujer en situación de violencia – IMM – PLEMUU – ANTEL.
- Artículos de prensa e informes de CNS y SERPAJ[9-11].

Tabla comparativa 1997-2003 p/tipo de violencia y nivel socioeconómico.
Pregunta: presencia de violencia en los 12 meses precedentes,

Tipo de violencia	Año	Alto	Medio	Bajo	Total
Sin violencia	2003	53.7	73.3	62.6	67.0
	1997	63.3	48.4	53.8	53.6
Violencia psicológica	2003	33.0	13.9	25.4	20.3
	1997	28.6	43.2	32.1	35.6
Violencia sexual	2003	9.0	8.9	8.9	9.0
	1997	4.1	4.2	13.2	7.1
Violencia física	2003	7.4	6.9	5.9	6.8
	1997	4.1	8.4	13.2	8.8
N	2003	(121)	(345)	(134)	(600)
	1997	(145)	(220)	(180)	(545)

5 Violencia contra la mujer: responde el sector salud - La publicación recoge la información y experiencia recabada durante 10 años de trabajo en 10 países latinoamericanos, y aporta orientaciones al personal de salud para responder a la violencia intrafamiliar hacia las mujeres.

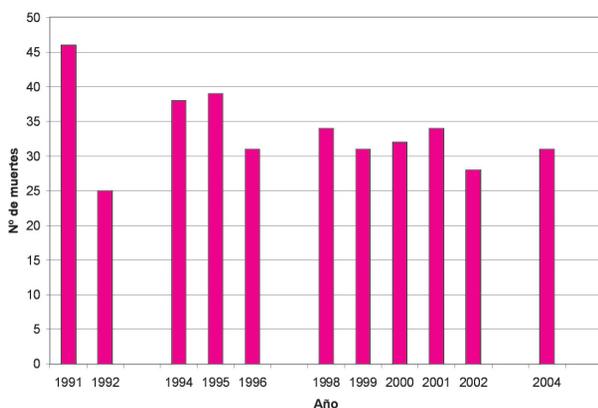
6 Encuesta a más de 24 000 mujeres procedentes de 15 entornos ubicados en 10 países en vías de desarrollo, Bangladesh, Brasil, Etiopía, Japón, Namibia, Perú, Samoa, Serbia y Montenegro, Tailandia y la República Unida de Tanzania. El estudio se inició en 1997 y en 2005 se publica el informe sobre prevalencia, consecuencias para la salud y estrategias de abordaje.

7 Encuesta realizada por Sybila Consultores, a solicitud del BID para el Programa de Seguridad Ciudadana, informe de 1997.

En la gráfica se representa el número de mujeres que habían muerto en situaciones de violencia conocidas y cuya causa se vincula directamente a este problema.

La información proviene de la prensa, obtenidas de diferentes fuentes.

Gráfica: Nº de muertes de mujeres vinculadas a VD p/año. Fuente: prensa



No es posible sacar conclusiones acerca de la evolución a partir de esta información.

La inexistencia de un registro sistemático y criterios explícitos de monitoreo de las muertes vinculadas a VD, limita la utilidad y confiabilidad de los datos.

Datos sobre procedimientos policiales del Observatorio Nacional sobre la Violencia y Criminalidad del Ministerio del Interior

En 2005 se registraron 6.802 denuncias por

VD en el país. Estas denuncias incluyen hombres y mujeres de todas las edades. En el primer trimestre de 2006 las denuncias recibidas fueron de 1.807.

Estos datos informan sobre la visibilidad del problema, no dan cuenta de la incidencia. Esto se hace evidente al considerar la evolución de los registros de denuncias en el departamento de Montevideo

2000	2001	2002	2003	2004	2005
747	629	1438	1929	2817	2789

El número creciente de procedimientos, refleja el aumento de empleo del recurso de la denuncia, no puede ser interpretado como un aumento de las situaciones de violencia.

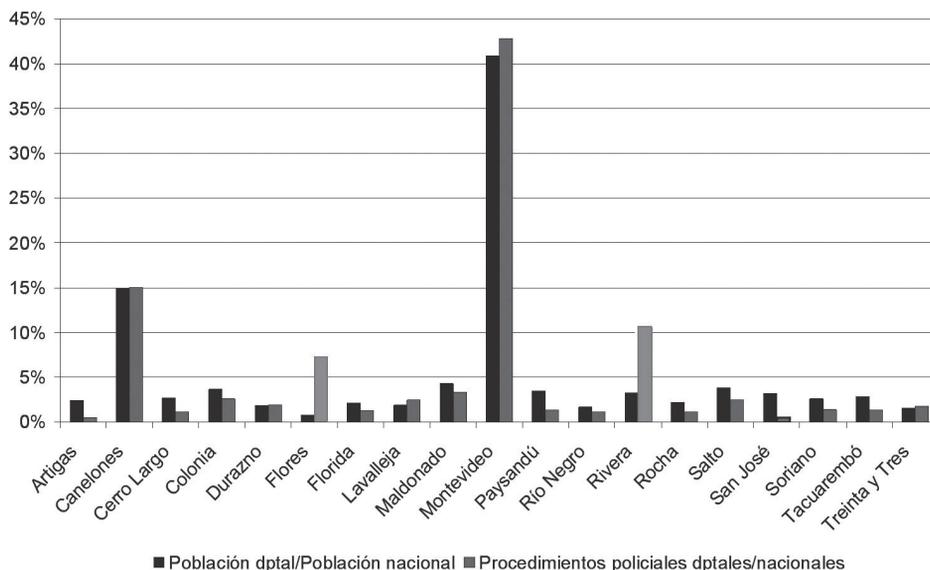
Se puede relacionar estos datos con la encuesta de población general del año 2003, en la que solamente un 6% de las personas que refirieron situaciones de VD, declararon haber ido a la policía específicamente por este motivo, y ninguna de las cuales era de nivel socioeconómico alto.

Las diferencias entre departamentos se relacionan con la disponibilidad y accesibilidad de dispositivos policiales de atención específica al tema. El registro se refiere únicamente a las denuncias ingresadas como VD.

Difieren los criterios en informes de las comisarías locales y el observatorio. Por ej: en Paysandú en el 2005 el observatorio registra

8 Encuesta realizada por Teresa Herrera y Asociados a solicitud del BID para el Programa de Seguridad Ciudadana, resultados publicados en diciembre de 2003.

Gráfica: Porcentaje denuncias departamentales/nacionales - porcentaje de población departamental/ nacional. Año 2005.



48 denuncias por VD. La Unidad de VD de la Jefatura de Policía de Paysandú de enero a octubre de 2002 recibió denuncias de 198 personas (166 mujeres y 9 hombres), 16 figuran como VD, el resto ingresaron bajo otras figuras: Maltrato:(30), Amenaza:(25), Agresión:(110), Lesiones:(13), Abuso sexual:(3).

Registro de llamadas al 08004141 - Servicio telefónico nacional de apoyo a la mujer en situación de violencia - IMM - PLEMUU - ANTEL

El servicio telefónico funciona desde 1992 para el departamento de Montevideo. Desde

el año 2001 es de cobertura nacional, las llamadas corresponden mayoritariamente a Montevideo y Canelones.

En el año 2003 las llamadas en Montevideo fueron 6922 y en Canelones 1125. En la encuesta de 2003 el 3% de las mujeres encuestadas que dijeron sufrir violencia refieren haber utilizado el servicio telefónico.

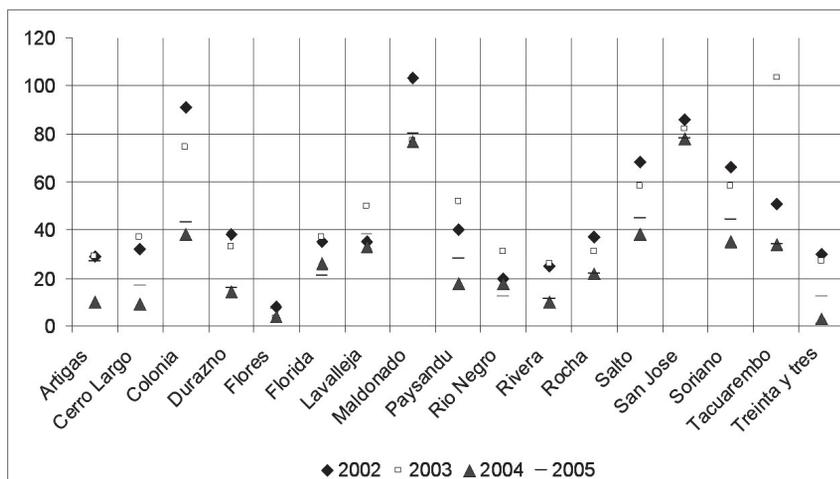
Consecuencias de la V.D. en la salud de las mujeres

Vivir en situación de violencia implica para las

Llamadas a nivel nacional por año			
2002	2003	2004	2005
7595	6467	5910	6619

	2002	2003	2004	2005
Montevideo	4273	3911	3989	4135
Canelones	797	640	633	726

Número de llamadas por departamento por año



Se excluyeron en la gráfica Montevideo y Canelones.

mujeres malestares múltiples, impotencia, desasosiego, mayor mortalidad y morbilidad. Las violaciones y la VD representan entre el 5% y el 16% de años de vida saludable que pierden las mujeres en edad fecunda[4].[12]

El aumento de la mortalidad se vincula a:

Homicidio.

- En Uruguay mueren por esta causa en promedio 36 mujeres por año.

Suicidio.

- Los intentos de suicidio, son cinco veces más probables [13].

Mortalidad de mujeres durante el embarazo.

- La evidencia creciente de que la violencia

intrafamiliar contribuye a la mortalidad materna, motiva a varios autores a proponer que se haga una definición más inclusiva de mortalidad materna promoviendo una vigilancia epidemiológica más amplia que considere la violencia intrafamiliar [14]

Enfermedades de transmisión sexual incluyendo la infección por el VIH/SIDA

Dentro de los efectos no mortales de la violencia se destacan:⁴

Lesiones.

Alteraciones funcionales,

- Síndromes dolorosos crónicos, fibromialgia, colon irritable, síntomas físicos inespecíficos.

Agravación de enfermedades crónicas

- Trastornos gastrointestinales hipertensión, diabetes, obesidad severa
- Se vincula a la exposición a estrés crónico y a dificultades para mantener un cuidado adecuado de su salud.

La salud reproductiva y sexual es particularmente afectada;

- Se estima que entre un 4 y un 29% de las mujeres embarazadas sufren VD en los países en vías de desarrollo. Existe evidencia de asociación positiva con patologías como bajo peso al nacer, parto prematuro y aborto.
- Los factores causales se relacionan con niveles inferiores en el incremento de peso, tasas mayores de infección por ETS y acceso tardío a la atención prenatal [6]
- Mayor vulnerabilidad a otros trastornos: dolor pelviano crónico, problemas menstruales, infección de las vías urinarias. [15]

Afectación de la salud mental es de los hallazgos más frecuentes:

- Baja autoestima, angustia; aumento de la frecuencia de ansiedad generalizada y crítica, depresión, trastornos del sueño, trastorno por estrés postraumático.
- Varios estudios plantean la ansiedad como

la alteración psicológica más frecuentemente asociada con el maltrato mantenido. El estudio de Bradley y col.⁹ halló que el número de mujeres que reportaba la existencia de violencia aumentaba en la medida que aumentaba la puntuación de la escala de depresión ansiedad.[16]

La violencia sostenida lleva a las mujeres a un sufrimiento crónico que disminuye las posibilidades de autocuidado y cuidados a otros.

La negligencia en el cuidado a la salud personal fue identificada a través de estudios que mostraron que las mujeres que viven violencia tienen mayor incidencia de hábitos de vida nocivos para su salud, como son el abuso de tabaco, alcohol y drogas incluidos los tranquilizantes prescritos, comportamientos sexuales arriesgados, inactividad física, comer en exceso, etc.

La negligencia en el cuidado de los hijos o hijas se asocia frecuentemente a la depresión y alteración emocional que afecta a las mujeres en situación de violencia.

En embarazos imprevistos, el maltrato hacia la mujer es hasta cuatro veces más probable, el embarazo mismo puede ser un resultado de la VD.[6]

La dificultad en acordar cuidados mutuos, poner límites o tomar decisiones en relación

9 Se trata de un estudio realizado en atención primaria para evaluar prevalencia de VD y asociaciones más frecuentes, la escala empleada es la publicada en Zigmond A, Snaith R. The hospital anxiety and depression scale. Acta Pyschiatr Scand 1983;67:361-70.

al ejercicio de la salud sexual y reproductiva son algunos de los factores que se relacionan con el mayor número de embarazos no deseados y la incidencia aumentada de las enfermedades y complicaciones obstétricas ya mencionadas.

La alteración del estado de salud aún en ausencia de enfermedad, es la constante, con deterioro de la calidad de vida, disminución de los logros personales, pérdida de autonomía y dificultad para el desarrollo personal.

Las consultas frecuentes y la no detección de la situación de violencia conduce a que estas mujeres sean consideradas en los servicios como quejas y molestas. Si no se aborda el sufrimiento psicofísico vinculado a las condiciones existenciales en forma integrada, incluso las patologías simples y más conocidas son de difícil tratamiento y la acción médica resulta en iatrogenia y frustración para los técnicos.

Impacto económico

La existencia de VD y sexual impone costos directos e indirectos al sistema de salud y a la sociedad.[12]

Los costos agregados en cuidados de salud se evidenciaron a través de varios estudios. La asistencia a mujeres víctimas de violencia costó dos veces y media más que la atención a otras mujeres en las que no estaba presente, después de controlar otras variables[17, 18].

Sin embargo, en ausencia de planes específicos de atención, este uso aumentado de los servicios de salud resulta en una asistencia de bajo poder resolutivo. El uso repetido e ineficaz de los servicios revictimiza a las mu-

jer, aumenta las consecuencias negativas en su salud y los costos de su atención.

Otros costos directos surgen de la atención en servicios legales y de ayuda social.

Los costos indirectos, vinculados a pérdida de productividad, ausentismo laboral, también aumentan. Se constató de 30% a 50% más de licencia por enfermedad[18]. El potencial de desarrollo personal, la participación social, el ejercicio de la ciudadanía y el aporte a la vida de la comunidad se afectan profundamente.

Repercusión social

El aislamiento está frecuentemente asociado a la presencia de VD.

Se presenta como una disminución de la cantidad y alteración de la calidad de los vínculos sociales. Es frecuente que la situación se mantenga como un secreto familiar y se asocie con sentimientos de temor y vergüenza.

En relación a la comunicación del problema y/o solicitud de ayuda los estudios realizados en 1997 y 2003 en Montevideo y Canelones arrojan cifras similares, poniendo en evidencia la lentitud de los cambios en este tema.

“El 40% nunca le contaron a nadie de la situación de maltrato, siendo mayor en la clase social alta que llega a 53%. Quienes comunican el tema lo han hecho –en su mayoría- desde el comienzo de la situación”.

La mayor parte de quienes comunicaron el problema lo hicieron en su entorno más cercano a sus parientes o a amigos y/o vecinos,

otros contactos fueron marginales. Solo una ínfima minoría recurrió a algún servicio especializado.

La violencia afecta el capital social, entendido como el entramado de relaciones sociales de solidaridad y cooperación. Sociedades con mayor capital social presentan mejores niveles de salud de su población que otras de menor capital social y similares condiciones económicas[19].

El deterioro de la red social se suma a las consecuencias en la salud individual aumentando el impacto de la violencia en la salud de la población.

A nivel de la comunidad y de la sociedad en general se deteriora la calidad de vida y se ve menoscabado el ejercicio democrático por la menor participación de las mujeres a nivel comunitario e institucional.

Cuando las mujeres viven situaciones de VD la sociedad se priva del aporte que ellas pueden hacer, en su comunidad y en su familia.

El sufrimiento personal incide en su desarrollo, en su salud y en los bienes sociales y económicos de los países.

En las familias hay una transmisión intergeneracional de la violencia, con deterioro de calidad de vida de todos y escasa participación de los miembros del grupo en la toma

de decisiones. Esto menoscaba el logro de avances intelectuales, económicos y de desarrollo personal

Tratamiento del tema en los organismos internacionales

Desde la década del 90 los organismos internacionales de salud han dedicado instancias y publicaciones al tema de la violencia en general y a la violencia contra la mujer específicamente.

En 1993 la OPS aprobó una resolución en la que declara que la violencia interpersonal es un problema de salud pública que afecta la región¹⁰. En noviembre de 1994 plantea el Plan Regional de Acción sobre Violencia y Salud. en la Conferencia Interamericana sobre Sociedad y Violencia.

En 1996 la 49ª Asamblea Mundial de la Salud expresa que “la violencia es una prioridad de salud pública», recomienda «acometer el problema de la violencia contra la mujer y los niños y abordar sus consecuencias para la salud. Crea ese mismo año el Grupo Especial de la OMS sobre Violencia y Salud.

Varios estudios y publicaciones se dedican a este tema, en un esfuerzo creciente de aportar a la comprensión del fenómeno y a su atención.

La unidad de Salud de la Mujer de la OMS (WHD), establecida en 1980 publicó en 1998

10 Resolución del Consejo Directivo de OPS CD37.R1 accesible en versión electrónica en: http://www.paho.org/Spanish/GOV/CD/ftcd_37.htm#R19

una carpeta sobre Violencia contra la Mujer[5] en la que recopila información de varios estudios y plantea recomendaciones para el sector salud.

A partir de 1994 OPS desarrolla el Proyecto ACTIVA, estudio multicéntrico desarrollado en ocho países latinoamericanos acerca de las actitudes y pautas culturales frente a la violencia, en 1999 publica los resultados.[20]

A comienzos de los 90 OPS con la contraparte de los ministerios de salud de siete países latinoamericanos evalúa la situación de la salud de las mujeres. Los resultados identificaron la violencia de género como una prioridad.

Se formula¹¹ una estrategia integral para abordaje del problema, comenzando con un análisis que abarcó una serie de estudios llamado “La ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina”.

Este estudio generó conocimiento acerca de las mujeres que viven violencia, de sus estrategias y recursos para enfrentarla y de los obstáculos que encuentren las sociedades para dar respuesta al problema. [21]En el 2003 en la publicación “La Violencia contra las mujeres: responde el sector salud”, a partir de los resultados y lecciones aprendidas de estas experiencias, se plantea el modelo integral propuesto por OPS para la atención.

En octubre de 2002 la OMS publica el reporte

mundial sobre Salud y Violencia, donde el capítulo 4 se dedica al tema de violencia en la pareja.

Modelo Ecológico

Entendiendo la violencia como un problema complejo y multicausal, los especialistas en el tema y los organismos internacionales, plantean la utilidad del modelo ecológico para analizar las situaciones de violencia[4, 7, 22].

Este modelo plantea la interacción de factores individuales, relacionales, comunitarios y sociales en la producción y mantenimiento de la violencia. 1. Se entiende por factores individuales, aspectos psicológicos, biológicos, culturales, éticos y morales, historia de vida, etc. que aumentan la vulnerabilidad o facilitan mecanismos de respuesta y protección. Individualmente no alcanzan para explicar la situación pero aportan a la comprensión de las circunstancias de cada caso,

2. Los factores relacionales se refieren a los estilos vinculares, formas de relación en la pareja, en la familia y en la sociedad; y las circunstancias de las relaciones pasadas y actuales. Se plantea que sistemas familiares con una propuesta organizativa basada en el mantenimiento de jerarquías inamovibles, con roles y funciones establecidas en forma rígida, perpetúan los comportamientos abusivos.[23]

3. Se incluye en la comunidad la existencia y

11 Esta iniciativa estuvo a cargo del Programa de la Mujer, la Salud y el Desarrollo de la OPS. Actualmente esta línea de trabajo la continúa la Unidad Género Etnia y Salud de OPS/OMS

formas de funcionamiento de grupos de pertenencia cercanos y cotidianos, que actúen como referencia ética y moral. Pueden ser significativos en los procesos de socialización e individuación. También se consideran las circunstancias de estos grupos, condiciones socioeconómicas, actividad, trabajo, roles y funciones asignados a mujeres, hombres, adultos y niños, etc.

4. Cuando en el modelo se analiza el componente Sociedad, se considera las leyes y normas, los patrones socioculturales, há-

bitos y costumbres, y sus implicancias para la organización y estructura de los grupos sociales.

El modelo tiene implicancias diagnósticas y para la atención. Las acciones de abordaje deben ser dirigidas a los distintos niveles mencionados, jerarquizando aquel nivel que se considere prioritario según el caso.

También sustenta la investigación que orienta acciones poblacionales de prevención y promoción de salud.

La Violencia Doméstica como manifestación de la violencia de género

Definir la VD como una de las formas de la violencia de género, exige la incorporación de un enfoque de género en la consideración de cada uno de los niveles del modelo ecológico.

No realizaremos aquí un análisis detallado al respecto, pero sí algunos comentarios acerca del rol de varones y mujeres en las situaciones de maltrato.

Papel de las mujeres: vulnerabilidad y empoderamiento

En el estudio sobre la ruta crítica, mencionado anteriormente, hallaron que las características y condiciones individuales de las mujeres en situación de VD eran muy diversas. Las coincidencias entre ellas se referían sobre todo a las historias de vida.

- La violencia física y psicológica apareció como constante y parte integral de los procesos de socialización.
- La unión con sus parejas se inició con un marcado desbalance de poder que no les permitía el control de su lugar en la relación.
- Los mandatos sociales acerca de femineidad, de su rol de esposas y madres, fueron una herramienta de control habitual de manejo por sus parejas.

Ravazzola plantea el peso de la socialización de las mujeres vinculada fuertemente al rol materno, apoyada en el desarrollo de las cualidades de empatía y en las habilidades de cuidado.

El estado de indefensión de los seres humanos en los primeros años requiere de quien

los cuida de disponibilidad y atención permanente. Esta autora destaca algunas de las características del vínculo madre-hijo en este período:

Incondicionalidad, disposición a priorizar las necesidades del otro.

Concepto de amor, vinculado a necesidad, demanda y satisfacción.

Disminución del propio valor y del registro de malestar

Extender estas características, en el tiempo o a los demás vínculos, valorando la disminución del poder, la delegación y la anulación de la autonomía como una muestra de amor, colocan a la mujer en situación de vulnerabilidad a las relaciones abusivas.

La concientización de sus necesidades, el adquirir nuevas ideas sobre si misma, nuevos modelos de acción, permite reinterpretar la experiencia de maltrato.

Identificar responsabilidades sociales, discursos y prácticas que legitiman e invisibilizan la violencia, cuestiona la naturalización del abuso, trasciende los límites discursivos establecidos y politiza el problema.

Mujeres adolescentes,

La adolescencia es una categoría social muy diversa. Se emplea para referirse a un grupo poblacional etareo que transcurre un lapso de preparación y formación para la asunción de los roles adultos propios a su cultura. [24]

En el tema que nos ocupa es una etapa tras-

cedental, como momento de estructuración de una dimensión inter e intrasubjetiva, de las primeras relaciones de pareja, de cuestionamiento de normas y valores, de inserción en nuevos grupos, etc.

La adolescente puede vivir más de un tipo de maltrato. Puede ser testigo de violencia en la pareja parental, sufrir o haber sufrido maltrato de sus padres o de su pareja, o comportarse abusivamente con miembros de su entorno.

El estudio multicéntrico de OMS halló que entre 15 y 19 años, las mujeres encuestadas, tenían mayor riesgo de ser objeto de violencia física y/o sexual infligida por su pareja en los últimos 12 meses.

En la encuesta realizada en el 2003 en Montevideo y Canelones, las mujeres de 15 a 21 años también mostraron mayor prevalencia en el último año. De 50 encuestadas en pareja al momento del estudio, 17 presentaron violencia psicológica (34%), 9 violencia sexual (18%) y 12 violencia física (24%).

El impacto en la calidad de vida y las consecuencias en la salud son múltiples:

Mayor proclividad a conductas de riesgo, incluidas las relaciones sexuales sin protección. El embarazo adolescente no deseado es hasta tres veces más frecuente.[25]

Las consultas por dolor pélvico crónico son más frecuentes en adolescentes con antecedentes de abuso sexual.[26]

La atención a adolescentes en posible situación de violencia debe tener presente que la

experiencia de VD impacta en el estilo vincular. Los sentimientos de miedo, la vergüenza la impotencia y el desconocimiento de alternativas pueden manifestarse en actitudes de retraimiento, desconfianza, hostilidad.

No son infrecuentes las dificultades para manejo del estrés ni los trastornos conductuales, que pueden ser interpretados inadecuadamente. La vulnerabilidad a presentar trastorno por estrés postraumático esta aumentada.

Frente a la sospecha de una situación de abuso es necesario que se creen las condiciones que permitan y faciliten la entrevista, confidencialidad, tiempo, disponibilidad personal a la escucha atenta y respetuosa.

En caso de requerirse existen recursos especializados en la atención de adolescentes, mujeres y varones, en situación de abuso.

Mujeres mayores

“Hacer frente al problema de las actitudes y prácticas discriminatorias en los sistemas de salud es un paso importante para prevenir el maltrato de ancianos.”

En el imaginario y en las prácticas sociales y

familiares predomina la idea de que las personas mayores deben ser objeto de cuidado, pero no es habitual solicitar sus opiniones ni considerar sus preferencias. Envejecer casi siempre tiene connotaciones negativas, se relaciona con la idea de discapacidad y demencia¹². La percepción del envejecimiento como el deterioro mental y físico es tan común en el personal de salud como en el público en general.

A partir de los 60-65 años habitualmente se considera que una persona es «mayor», independientemente de su historia de vida, hábitos y situación particular¹³. Esta definición puede ser útil en estudios de población pero insuficiente para establecer la situación vital y de salud de una persona.

La no consideración de la peculiaridad individual, puede conducir a discriminación y trato inequitativo, que desconoce las posibilidades y necesidades de la persona. La formulación de políticas públicas no escapa a esta forma de actuar.

El estudio cualitativo del proyecto género y generaciones¹⁴ indaga sobre la evolución de la construcción psicosocial de la vejez y las

12 La cuarta parte de la población adulta mayor padece alguna discapacidad, pero sólo el 10% entre estas personas presenta una discapacidad mental. Fuente: Encuesta Nacional de personas con discapacidad, diciembre 2004, Instituto Nacional de Estadística – Comisión Nacional Honorario del Discapacitado.

13 Las mujeres tienen una expectativa de vida mayor que los hombres. En Uruguay la brecha entre los sexos es actualmente de 10 años, 71 años para los hombres, 81 años para las mujeres. La longevidad no asegura calidad de vida, la morbilidad de las mujeres es mayor y su acceso a la atención de salud menor 7. Velzeboer, M., et al., La violencia contra las mujeres: responde el sector salud. 2003: Unidad de Género y Salud - OPS/OMS. 114.

14 Estrategia metodológica que combino entrevistas individuales y grupos de discusión focalizada. La población objeto fueron adultos y adultas de 65 a 75 años. Las personas se seleccionaron a partir de la encuesta cuantitativa del proyecto.

particularidades de este proceso en Uruguay[27]. La construcción subjetiva de vejez de los sujetos entrevistados contiene una visión negativa y una visión positiva de la condición de adulto mayor.

Por un lado mantienen vigencia las ideas ya expuestas, la relación de la vejez con proceso de pérdida, enfermedad, discapacidad y dependencia. Pero a la vez se halló contenidos positivos.

Algunas mujeres valoraban positivamente el fin de los roles de crianza y ama de casa, o rescataban la condición de viudez como un momento de mayor libertad. Sin embargo se evidenció una distancia entre un envejecimiento deseable y la realidad concreta, que no está exenta de sufrimiento y tensión.

En el caso de las mujeres mayores, la condición de género y edad puede afectar su ubicación en la organización y jerarquía familiar, colocándolas en un lugar desfavorecido, con menoscabo de su calidad de vida y aumento de la vulnerabilidad a situaciones de maltrato.

En el análisis para el grupo de mujeres con edades de 56 a 65 años (N=50) la encuesta del año 2003[8] halló valores de 18% de violencia psicológica, 6% de violencia sexual y 6% de violencia física. Esta encuesta no se aplicó a mujeres mayores de 65 años y además indaga únicamente sobre violencia de parte de la pareja. En el caso de las mujeres mayores, la violencia de parte de otros

miembros de la familia o de cuidadores es frecuente.

En el informe de Violencia y Salud de OMS cita estudios de base poblacional que dan cifras 4 a 6% de maltrato en hombres y mujeres mayores de 65 años,

Los ancianos y ancianas son especialmente vulnerables al abuso patrimonial, uso inadecuado de su dinero, usufructo de sus bienes, por parte de parientes u otros cuidadores. La negligencia y el abandono afectivo, son formas frecuentes de maltrato en el ámbito familiar y en residenciales especializados, con consecuencias en la salud física y mental.

Género, Etnia y doble discriminación

Múltiples factores condicionan la identidad social, los atributos, derechos, funciones y relaciones que ésta connota. Género y edad, son categorías centrales en el tema que nos ocupa, pero es ineludible mencionar otros factores, como la raza, el color, el origen étnico y el origen nacional que para muchas personas en distintas circunstancias se constituyen en diferencias importantes.

La desagregación de la información por etnia en los sistemas de información sanitaria permitiría conocer la incidencia de problemas de salud, incluida la violencia, y evaluar la atención recibida por las personas afectadas.¹⁵

El formulario de registro de la historia clínica, que se empleará para los censos sobre

15 Transversalización de la equidad étnica en las políticas de salud <http://www.paho.org/Spanish/AD/GE/Etnia.htm>

VD, incluye la declaración explícita de los entrevistados sobre la raza a la cual creen pertenecer, de acuerdo a la categorización y forma de indagación planteada por el Instituto Nacional de Estadística en los censos nacionales.

¿Cree tener ascendencia...? (marque c/ cruz si o no en c/opción)											
Afro o negra		Amarilla		Blanca		Indígena		Otro		No sabe	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO

En Uruguay 93,2% de la población es de raza blanca, 5,9% de raza negra, 0,4% de raza indígena y 0,4% de raza amarilla.¹⁶ Considerar esta dimensión en el área de la salud, no es frecuente, tal vez por la idea de que no hay discriminación racial en nuestro país.

Los datos del modulo de raza del INE cuestionan esta creencia. A modo de ejemplo: las personas que no alcanzan el mínimo ingreso establecido¹⁷ difieren por raza, siendo de 32% de las personas de raza indígena, 39% de las de raza negra y 19% de las de raza blanca.

Cruzando género y raza, se ve que el ingreso de los hombres es mayor que el de las

mujeres de la misma raza en el orden del doble (razas blanca y negra), del triple (indígena) y de un 90% (amarilla).

Las mujeres de origen étnico o raza socialmente desfavorecidas se ven expuestas a fenómenos de discriminación interseccional, una de cuyas manifestaciones es la violencia. Contextos de aislamiento o desarraigo como la emigración especialmente en circunstancias de carencia económica aumentan la vulnerabilidad y disminuyen los recursos para generar salidas a la violencia.¹⁸

No contamos con información desagregada por raza sobre morbilidad, mortalidad y utilización de servicios en Uruguay, por lo que no sabemos de que forma esta incidiendo esta dimensión en el estado de salud, individual y colectiva, y en el sistema de atención.

Revisar actitudes y creencias en el desempeño de profesionales e instituciones de salud considerando la ascendencia etnoracial posibilitaría identificar, erradicar y prevenir prácticas discriminatorias basadas en diferencias raciales.

Discapacidad, vulnerabilidad y violencia

La quinta parte de los hogares urbanos uru-

16 Datos provenientes del Modulo raza de la Encuesta continua de hogares relevados entre el 1/1/96 y el 31/12/97. <http://www.ine.gub.uy/biblioteca/publicaciones.htm>

17 La encuesta analiza los ingresos estableciendo una línea de 13,5 UR per cápita para Montevideo y 8,4 UR per cápita para el interior.

18 Conferencia Mundial contra el racismo, la discriminación racial, la Xenofobia y las formas conexas de intolerancia, realizada en Durban, Sudáfrica del 31 de agosto al 7 de setiembre de 2001 <http://www.un.org/spanish/CMCR>

guayos tienen al menos una persona con discapacidad, con distribución diferencial según sexo y edad¹⁹. La discapacidad es reconocida como un factor de riesgo para el maltrato. El diagnóstico de situación debe considerar la existencia de trastornos físicos o mentales que impliquen una discapacidad. La propuesta de atención que se elabore debe considerar las dificultades individuales y familiares vinculadas a la causa de discapacidad y las desventajas sociales que dicha condición implica.

El papel de los varones en la violencia doméstica

En diferentes culturas y sociedades, y en la nuestra en particular, existen diversas modalidades de ejercer la violencia hacia niñas y mujeres. La violencia basada en el género es protagonizada fundamentalmente por varones adultos y se encuentra validada desde el imaginario social, al menos ante determinadas situaciones. Si bien ha existido una creciente concientización social sobre los derechos de las mujeres a una vida sin violencia, determinadas formas de socialización de niñas, niños y adolescentes favorecen y cultivan modelos hegemónicos de masculinidad y femineidad. Ellas colocan en mayor vulnerabilidad so-

cial a las mujeres, definen a los varones como naturalmente agresivos, y justifican las acciones violentas como modalidad de resolución de conflictos.

En el documento presentado y aprobado en el seno de la 48ª Asamblea de Naciones Unidas, el Secretario General²⁰, basado en informes de especialistas en masculinidades y género, afirma que:

"Tanto las madres como los padres son responsables, al criar y educar a los niños, de dar ejemplos de comportamiento que promuevan la igualdad de género. Es más probable que los niños y las niñas que crecen en familias en las que los géneros no cumplen rigurosamente sus funciones estereotípicas, esto es, en las que el padre participa en el cuidado de los hijos y en las tareas domésticas y la madre contribuye económicamente al sostenimiento del hogar u ocupa posiciones de liderazgo en el ámbito laboral o comunitario, tengan una percepción flexible de las funciones de hombres y mujeres. Por el contrario, los niños que observan cómo los padres y otros hombres consideran inferiores a las mujeres o las tratan con violencia pueden creer que éste es el comportamiento masculino "normal" y considerar que la subordinación y la infravaloración de la mujer son rasgos de masculinidad. La socialización de los niños y los hombres ejerce una poderosa influencia en la violencia basada en el género,

19 La prevalencia de la discapacidad en la población total de mujeres es superior a la de los varones: 8.2% contra 7%. Al considerar la edad, la población masculina menor de 30 años presenta mayor incidencia de la discapacidad que la femenina de esas mismas edades, situación que se equilibra entre los 30 y 49 años para luego revertirse en las edades adultas mayores.

20 Papel de los hombres y los niños en el logro de la igualdad de género. Informe del Secretario General de Naciones Unidas a la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer 48º período de sesiones. 1º a 12 de marzo de 2004. - E/CN.6/2004/9. Consejo Económico y Social

que se produce en todos los entornos sociales, económicos y culturales".

A partir de la aprobación de dicho documento se considera fundamental:

h) Fomentar la capacidad de los gobiernos y de la sociedad civil de desarrollar la enseñanza pública, intensificar la movilización de la comunidad y elaborar estrategias de prestación de servicios de modo que se tengan en cuenta múltiples papeles del hombre y el niño.

La violencia protagonizada por los varones, tiende a ser justificadas desde teorías que remiten a la esfera psíquica (psicopatológica) del agresor, al vínculo afectivo ("drama pasional") o las condiciones sociales (la situación de pobreza, el escaso nivel de instrucción). Las prácticas de algunos varones que adoptan formas autodestructivas y destructivas para el entorno familiar y comunitario, especialmente en la violencia hacia mujeres y niños/as, no debe ser proyectada exclusivamente sobre varones ubicados en los sectores de pobreza. Los estudios de las masculinidades

han revelado el carácter sociocultural y políclasista de la VD.

Es fundamental que los equipos de salud, la educación formal, los medios de comunicación, la sociedad civil y las instituciones formadoras de recursos humanos en el campo sanitario, educativo y social puedan problematizar las construcciones culturales sobre la masculinidad y la virilidad[28]}. Asimismo, es necesario, como establece la Ley de Violencia Doméstica crear espacios de atención y rehabilitación para quienes ejercen violencia e implementar modelos de intervención con carácter nacional. La experiencia de otros países muestra la posibilidad de que equipos especializados trabajen en la atención a varones que ejercen violencia en la familia, para modificar sus comportamientos agresivos y violentos, sin perjuicio y como complemento de las instancias judiciales correspondientes.

La acción desde las comunidades y el sistema educativo en la promoción de la equidad de género, es un aspecto protector fundamental para la prevención de la violencia de género.

MARCO JURÍDICO

Ámbito internacional

Desde la década del 70²¹ la violencia contra la mujer ha sido un tema de preocupación y debate en el ámbito internacional.

Existen varios instrumentos jurídicos internacionales ratificados por Uruguay que enmarcan las políticas de atención al problema de la VD: Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW)²² (1979) y su Protocolo Facultativo²³(1999), Convención sobre los Derechos del Niño²⁴. (1989), la creación de una Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer de Naciones Unidas (resolución 1994/45), la Convención Americana sobre Derechos Humanos, suscrita en San José de Costa Rica (1969)²⁵,

la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, aprobada en Belém do Pará, Brasil (1994)²⁶, la VII Conferencia Regional sobre Integración de la Mujer en el Desarrollo Económico y Social de América Latina y el Caribe (Mar del Plata, 1994), uno de cuyos ejes centrales fue el de la violencia hacia la mujer.

La recorrida a través de este proceso da cuenta de la evolución de las ideas en relación a los Derechos Humanos. Su existencia refleja consensos y consolida las bases para el cuestionamiento de los modos de relación que atentan contra su libre ejercicio.

Legislación Nacional

Desde 1995 en Uruguay se reconoce la VD como delito a través del artículo 18 de la Ley N° 16.707, (Ley de Seguridad Ciudadana).

En julio del 2002 se sanciona la Ley N°

17.514 o Ley de VD. que establece un marco jurídico específico para la prevención e intervención en VD, cuando no constituye delito. La Ley establece la creación del Consejo Nacional Consultivo Honorario de Lucha contra la VD²⁷, asignándole como tarea

21 Conferencias Mundiales sobre la Mujer: México 1975; Copenhague 1980; Nairobi 1985, Beijing 1995.

22 Ratificada por Uruguay por el decreto Ley N° 15.164 de 4 de agosto de 1981

23 Ratificado por Uruguay por la Ley N° 17.338 de 18 de mayo de 2001

24 Ratificada por Uruguay por la Ley N° 16.137 de 28 de septiembre de 1990.

25 Ratificada por Uruguay por la Ley N° 15.737 de 8 de mayo de 1985.

26 Incorporada a la legislación nacional en Uruguay por la Ley N° 16.735 de 13 de diciembre de 1995

27 A partir de ahora nombrado como CCN-VD

fundamental la elaboración del Plan Nacional de Lucha contra la VD.

Esta ley da competencia a los Juzgados de Familia para actuar en asuntos de VD cuando los mismos no configuran delito.

Esta Ley tuvo una primera consecuencia fundamental: colocó la cuestión en el ámbito de la prevención. Y ya no será necesario esperar que haya mujeres severamente golpeadas o muertas para buscar la manera de contener la agresión. Especialmente, que no sea más la única respuesta la del derecho penal: procesar para impedir más violencia. Esta postura responde al reclamo de defensores y defensoras de Derechos Humanos, quienes cuestionaban que no se apelara al derecho penal como último recurso. Bien, ahora, hay otros recursos previos y preventivos.²⁸

El tratamiento de un hecho de VD en el marco de la Ley 17514, no excluye la posibilidad de acciones penales, en la medida que el hecho constituya delito tal cual lo define el art. 321 del Código Penal.

Al año de aplicación de la nueva ley, se evaluó el resultado y las dificultades de su aplicación. Una de las consecuencias fue la creación en el año 2004 de cuatro juzgados especializados en Montevideo. En los demás departamentos los Juzgados Letrados y las Defensorías de oficio, tienen competencia

para la atención de urgencia en temas de VD.

Aspectos pertinentes al personal de salud

La Ley establece "... de interés general las actividades orientadas a la prevención, detección temprana, atención y erradicación de la VD".

La Ley define la VD y sus manifestaciones: Violencia física, violencia psicológica o emocional, violencia sexual y violencia patrimonial. Legitima a cualquier persona para que pueda "dar noticia al Juez competente en la materia", estableciendo que no le cabrá responsabilidad de tipo alguno a quien realice esta denuncia "siempre que la noticia presente verosimilitud". Y establece que el juez podrá llamar a terceros a juicio.

El personal de salud por esta disposición queda habilitado a realizar la comunicación al juez, si lo considera pertinente y necesario, sin obligar a la denuncia de todos los casos de los que tome conocimiento²⁹.

El Artículo 15 establece que el Tribunal ordenará realizar un diagnóstico de situación interdisciplinario entre los sujetos involucrados³⁰, para evaluar los daños y riesgos, así como el entorno social.

De este diagnóstico de situación puede con-

28 Citado de Análisis de la Ley N° 17.514 y su implementación y aplicación en Uruguay, - CLADEM- Uruguay Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer.

29 En el Capítulo de Orientaciones para operadores se establecen los procedimientos necesarios para realizar la denuncia.

30 Se refiere a la evaluación pericial, que en general la realiza el Instituto Técnico Forense, pero, de considerarlo necesario, el juez puede establecer que otros técnicos lo realicen.

cluirse la necesidad de adoptar medidas o tratamientos médicos, psicológicos u otros, y el Tribunal puede designar una institución pública o privada idónea en la materia para su realización. Las instituciones de salud quedan implicadas en esta disposición³¹.

La ley establece el deber del Estado de adoptar medidas para prevenir, sancio-

nar y erradicar la VD y fomentar la atención integral a la víctima. Plantea el deber de establecer una política de protección de todas las personas relacionadas, en el marco de la cual se atiende la rehabilitación y reinserción social del agresor, planteando que la asistencia y el tratamiento sean instrumentos de esta política.

Plan Nacional de Lucha contra la Violencia Doméstica

El CCN-VD comienza su actividad en el año 2002, abocándose a elaborar el Plan nacional de Lucha contra la VD. Este Plan fue publicado a fines del 2004 y establece pautas y acuerdos intersectoriales para la construcción y gestión de políticas públicas de Estado y sectoriales en el ámbito nacional. Se establece que las mismas se deben elab-

orar desde una perspectiva de garantía de protección, prevención y promoción de derechos, tendiendo a erradicar la VD.

El Plan compromete a las instituciones a acciones para su instrumentación y monitoreo de sus resultados y propone actividades concretas.

PLAN NACIONAL DE LUCHA CONTRA LA VIOLENCIA DOMESTICA Competencia del Sector Salud

Actividades generales:

Desarrollo intersectorial de actividades de promoción de derechos y prevención de la VD. Formación y capacitación permanente de recursos humanos.

Actividades específicas para el sector salud:

Articular e instrumentar programas de atención integral, con pautas precisas, previendo respuestas alternativas en los casos de violencia extrema y riesgo.
Organización de equipos de atención preparados en el tema e integrados en red con otros recursos sociales existentes a escala nacional, optimizando los niveles de coordinación interinstitucional e intersectorial.

³¹ Si bien el diagnóstico de situación con fines probatorios es realizado por peritos del ITF o designados por el juez, en el Capítulo de Orientaciones se plantean algunos pautas generales para la evaluación de situación.

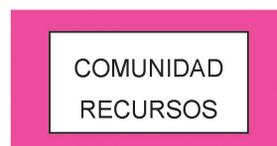
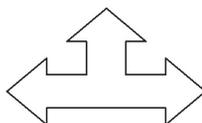
ATENCIÓN A LA VD

MODELO INTEGRAL



ACCIONES: SECTOR SALUD

MSP -PNSMG	INSTITUCION	SERVICIO	PERSONAL DE SALUD
NORMAS MONITOREO APOYO Coordinación Insumos Información	PREPARACION Capacitación Insumos Equipos referencia Mecanismo denuncia	ORGANIZACION Actividades Roles, funciones Equipo referencia Trayectorias Coordinaciones	ASISTENCIA Detección Registro Primera Respuesta Asistencia Especifica Asistencia Especializada Coordinaciones
PROMOCION Y PREVENCION			



MODELO INTEGRAL DE ABORDAJE

La atención a la VD como problema complejo, multicausal, ligado a los modelos de socialización, a la construcción de identidad y cultura requiere la conjunción de múltiples actores sociales en diferentes niveles de decisión y acción.

El modelo de OPS/OMS propone tres niveles de acción, entorno a tres ejes conceptuales transversales: equidad de género, participación y asociaciones.

I. Coaliciones Nacionales de actores políticos que diseñen las leyes y políticas, establezcan acuerdos conceptuales y líneas de orientación generales para los planes de cada sector. La Ley 17514 y el Plan Nacional de Lucha contra la VD

constituyen el marco para las políticas sectoriales en Uruguay.

II. Sectores³² que diseñen, implementen y controlen la ejecución de políticas públicas que coordinan las iniciativas y orientan los procedimientos.

III. Comunidad³³ sensibilizada y comprometida con el problema, que articula y vigila la aplicación local.

En la atención directa, el modelo integral comprende acciones de detección, asistencia, prevención y rehabilitación, coordinadas entre técnicos de distintas profesiones y sectores, en torno a líneas conceptuales y operativas comunes

Salud Intersectorialidad e integralidad

Para ser efectivo y dar respuestas adecuadas, para adaptar estas respuestas a la evolución en el conocimiento del problema y los avances en su abordaje, el Sector Salud debe funcionar en forma articulada en la planificación, en la ejecución y en la evaluación de resultados con los demás sectores involucrados.

Las líneas generales que orientan esta propuesta para la atención a la VD hacia las mujeres en el Sector Salud son:

- Incorporación de una perspectiva de derechos humanos, de género y generacional en la planificación y organización del sector.

³² Educación, Salud, Poder Judicial, Policía, Organismos de Protección social y de infancia, Medios comunicación, Sociedad Civil,

³³ Red de actores individuales, colectivos e institucionales, que ubican la VD como un problema que les incumbe.

- Atención integral e intersectorial, adecuada a las etapas del proceso de salida de la violencia: acciones de prevención secundaria y primaria, asistencia y rehabilitación a víctimas y agresores, registro y evaluación.
- Responsabilidades específicas explícitas para los niveles de decisión y de asistencia, en ámbitos nacional, local, institucional y de servicio.
- Jerarquización del desarrollo de estrategias comunitarias. Participación del sector

salud en la promoción de derechos y prevención de violencia. Articulación con los recursos comunitarios generales y específicos.

- Adaptación de las propuestas a los contextos de aplicación, optimizando el empleo de recursos materiales, humanos y la experiencia realizada.

Estas orientaciones generales son a la vez una guía y un desafío, desde donde evaluar las propuestas y su instrumentación.

Responsabilidades del Sector Salud

El sector salud está ubicado en un lugar privilegiado entre los prestatarios de servicios para acceder a las mujeres en situación de violencia.

La mayoría de las mujeres establecen contacto con el sistema de asistencia tempranamente en sus vidas; por diversos motivos: consultas por problemas de salud, solicitud de métodos anticonceptivos, control de embarazo y parto, atención de sus hijos.

Si bien estas son oportunidades de detectar el problema y brindarles apoyo, los estudios demuestran que no es práctica habitual de los técnicos la investigación de la existencia de maltrato. Esto hace necesario establecer una estrategia de investigación de rutina, que aumente la detección y a la vez promover la habilidad de los técnicos para emplearla.

La pauta para instituciones públicas y privadas de salud en Uruguay establece: Rutina de detección integrada a una ESTRATEGIA DE RESPUESTA, desde la INSTITUCION, que incluye acciones de SERVICIO y del PERSONAL DE SALUD que brindan la asistencia.

Cada institución introducirá cambios progresivos en la organización, que posibiliten acciones para la atención integral y aseguren un ambiente de apoyo en todos los niveles de la asistencia. Este aspecto incluye prever la capacitación del personal, crear dispositivos especializados de acuerdo a las necesidades y posibilidades, incorporar la violencia en el sistema de registro e información.

Las instituciones vigilarán la provisión de los

insumos necesarios para el desarrollo de la estrategia; material informativo general y para usuarias/os, cuestionarios impresos y otros.

A nivel de los operadores la estrategia incluirá detección de rutina, tratamiento de las consecuencias directas e indirectas, documentación en la historia clínica de acuerdo a las pautas, contención, orientación, infor-

mación, vinculación a servicios comunitarios y de ser necesario referencia a servicios especializados.

El Ministerio de Salud ejercerá la auditoria y seguimiento de las prestaciones y difundirá la puesta al día de los avances en estos temas

Atención primaria de la VD

La magnitud del problema y la concepción de la atención como un proceso integral intersectorial, coloca al primer nivel del sistema de salud en un lugar clave para iniciar la implementación de una política sectorial sobre VD³⁴.

Cada servicio se organizará, definiendo funciones, responsabilidades, trayectoria de las mujeres en el servicio, mecanismos de referencia, contrarreferencia y seguimiento, jerarquizando la interacción con la comunidad y la prevención.

Todos los técnicos del primer nivel de atención deberán abordar la VD en su trabajo cotidiano, incorporando la investigación de rutina, la documentación en la historia clínica, la contención y respuesta inicial, la información y orientación.

Si alguno de los operadores tiene rechazo o especiales dificultades con este problema, se considerará en el momento de organizar la atención en el servicio.

Intervenciones específicas

Se formarán equipos de referencia entre los técnicos sensibilizados, capacitados y con interés en el tema, según las características institucionales y del servicio.

Este equipo organizará la asistencia, apo-

yará al personal, evacuando dudas y aportando información, propondrá y establecerá estrategias específicas para aquellos casos para los que sea indicado y oportuno, incluyendo instancias de atención individual y/o grupal. Grupos autogestionados. Actividades comu-

³⁴ Estudios realizados en servicios de atención en comunidad muestran que entre el 36% y el 41% de las mujeres que consultan vivieron uno o más episodios de violencia de parte de sus parejas.[16.]

nitarias. Talleres internos con los técnicos o externos con la comunidad. La planificación del conjunto de las acciones incluye la evaluación de los componentes de vulnerabili-

dad y riesgo relacionados con la violencia en curso, factores individuales, intensidad y tipo de afectación.

Intervenciones especializadas

La capacitación en VD debe llegar también al nivel de las especialidades, para brindar una adecuada asistencia a las mujeres cuyo estado de salud requiere atención especializada. Se preverá las coordinaciones y trayectorias a seguir.

La indicación de instancias psicoterapéuticas

individuales o grupales debe ser evaluada en cada caso en particular. La derivación sistemática a profesionales de la salud mental no responde necesariamente a la necesidad de la mujer, y muchas veces no constituye la indicación más adecuada.

ATENCIÓN A LA MUJER EN SITUACIÓN DE VD PAUTAS DE PROCEDIMIENTOS

Introducción

Las orientaciones que se plantearán se dirigen a todos los profesionales del área de la salud y de acuerdo a la organización en cada servicio de atención primaria, se establecerán las funciones a cumplir por cada técnico en los distintos dispositivos y momentos.

Las propuestas se refieren a la atención de mujeres mayores de 15 años. En el caso de adolescentes y adultas mayores, es imprescindible considerar el eje edad en el análisis y diagnóstico de situación, y al planificar una estrategia de asistencia. El enfoque de generaciones incluye los aspectos

específicos de la construcción sociocultural de la etapa vital, y su influencia en la identidad, en los modos de relación, en el lugar y condiciones sociales de las personas³⁵.

Los procedimientos que se describen son de carácter general, a ser implementados ampliamente por el personal de salud del primer nivel de atención. No se detallarán las intervenciones especializadas.

Los procedimientos generales incluyen acciones institucionales, de servicio y de los operadores en el proceso de atención.

Objetivos

- Detectar las situaciones de violencia.
- Atender y prevenir las consecuencias de la violencia.
- Evaluar el impacto de la violencia en la situación de salud de la mujer y su relación con los motivos de consulta.
- Prevenir que se inicie, se mantenga o se reitere la violencia.

Preparación: Acciones institucionales

La atención a la VD requiere la preparación de la institución y del servicio en el cual se brindará la misma.

Todos los técnicos deben participar en ins-

tancias de sensibilización y capacitación.

Las autoridades de la institución deberán sostener y promover estas actividades, facilitando su organización y el compromiso de

³⁵ Ver desarrollo en relación a adolescentes y adultas mayores en páginas 26 a 28

los técnicos. Se propone incluir actividades formativas y de planificación como parte de la tarea habitual incorporando los cambios imprescindibles que la atención al tema requiere.

En cada servicio o institución (según el tamaño y las condiciones de trabajo) se formarán equipos de referencia en VD. El equipo se puede constituir a partir de la identificación de personal capacitado e interesado para la tarea.

Se informara al Programa de Salud de la Mujer y Género del MSP (PNSMG-MSP) la constitución del equipo. El Área de Violencia de Género del PNSMG apoyará la red de equipos de referencia en instancias de capacitación y acompañando la instrumentación de los procedimientos en forma apropiada a la realidad de cada institución.

La VD como tema de competencia de los técnicos en su labor cotidiana requiere:

- Incluir la capacitación en las horas de trabajo o remuneración de esas horas si la capacitación se realiza fuera de horario.
- Remuneración y control para el equipo de referencia de acuerdo a las formas habituales, (precio hora, ordenes por horas dedicadas a la tarea, etc).

La institución deberá asegurar la disponibi-

lidad de material informativo para la población general en sala de espera y en los consultorios. Esto incluye información acerca de derechos, de recursos comunitarios generales y específicos y de planes de seguridad. La presencia de carteleras con información sobre VD y sobre recursos institucionales disponibles, carteles en salas de espera y consultorios, son formas de comunicar el posicionamiento del sector en relación al problema, el interés y la apertura institucional para tratarlo, y contribuye a legitimar y habilitar la demanda de las usuarias.

Este material podrá ser provisto por las instituciones que participan en la instrumentación de políticas públicas de prevención y erradicación de la VD³⁶.

Los operadores deben contar con un registro actualizado y fácilmente accesible de los servicios con los que es posible coordinar para la atención específica en VD. La organización y actualización de este registro puede estar a cargo del equipo de referencia. El equipo debe establecer vínculos ágiles con estas organizaciones, e instalar mecanismos de referencia y contrarreferencia que aseguren el seguimiento de la evolución de las situaciones detectadas.

La legislación vigente en Uruguay habilita a que toda persona que tome conocimiento de una situación de VD pueda denun-

36 Publicaciones de instituciones públicas y de la sociedad civil y material informativo específico para la salud proveniente del MSP y de organismos internacionales.

ciarla. Esto no es la práctica recomendada, pero sí estaría indicado en aquellas situaciones en que hay riesgo grave y la persona que está en riesgo no puede asumir su protección personal³⁷. De ser necesaria la denuncia desde el sector salud, la experiencia demostró mejor resultado cuando se establecen mecanismos de denuncia desde la institución. A modo de ejemplo: si un médico considera que se necesita hacer la denuncia, informa a las autoridades institucionales y desde la dirección o des-

de el departamento el jurídico se realiza la gestión acompañada con un informe del técnico que atendió el caso.

El proceso de implementación se controlará desde el MSP, se informará periódicamente del número de mujeres incluidas en la estrategia de detección y los resultados obtenidos. Anualmente se realizarán encuestas con fines de diagnóstico epidemiológico, control de la implementación y ajuste de la atención.

Responsabilidades institucionales:

- Promover y facilitar la capacitación del personal.
- Asegurar la existencia de insumos.
- Formar un equipo de referencia específico en VD.
- Informar al PNSMG – DIGESA – MSP de la constitución del equipo.
- Establecer mecanismos que permitan la denuncia desde la institución.
- Informar a la autoridad sanitaria de la implementación de la atención.

Organización: Acciones de Servicio ³⁸

La atención a la VD entre las competencias del Servicio requiere explicitar qué actividades implica y qué personas serán responsables de realizarlas.

El primer paso será definir las funciones y responsabilidades de los profesionales. En el curso del trabajo se evaluará periódicamente la adecuación de las decisiones y su aplica-

ción, para realizar los ajustes necesarios.

Cada servicio o institución debe nombrar un equipo de al menos tres profesionales, uno de los cuales debe ser médico, que se constituirán como referentes para la atención específica. Se sugiere seleccionar entre el personal con capacitación previa, experiencia e interés en trabajar en este tema.

37 Ver evaluación de riesgo en diagnóstico de situación, a partir de la página 65.

38 Servicio: se refiere a los dispositivos de atención de la institución: policlínica, emergencia, etc.

Las actividades a desarrollar eventualmente por todos los técnicos³⁹ que realizan consultas directas en atención primaria son:

1. Instrumentar la estrategia de detección, primera respuesta, registro de acuerdo a las pautas y seguimiento en la asistencia habitual.
2. Evaluar el estado de salud y su relación con la violencia, en los aspectos de competencia de su profesión.
3. Referir al equipo específico o a especialista según indicación.

Para realizar el trabajo el Equipo de referencia en VD deberá:

1. Coordinar las acciones a nivel institucional: definición e información al personal de las trayectorias institucionales a seguir por las personas en el proceso

de atención y apoyar a los técnicos en aspectos operativos.

2. Organizar y coordinar actividades dirigidas a las personas afectadas por VD: información sobre sus derechos, sobre recursos y procedimientos legales, funcionamiento de grupos de autoayuda, de desarrollo personal, promover la participación en actividades sociales, comunitarias, educativas, laborales, etc
3. Organizar, actualizar y difundir información sobre recursos locales.
4. Implementar mecanismos de referencia y contrarreferencia adecuados a la institución.⁴⁰
5. Coordinar la atención y las actividades de prevención y promoción con la red de recursos en salud e intersectorial.

Responsabilidades del Servicio

Definir actividades a realizarse en el servicio.

Definir con que dispositivo coordinar aquellas que el servicio no realice.

Definir responsables para cada actividad.

Prever mecanismos de monitoreo y ajuste.

Asistencia: acciones del personal de salud

La atención a un problema social como la VD exige de los profesionales de la salud un

análisis de sus actitudes y pautas culturales. Una revisión de su sistema de creencias en

39 médic@s, psicólogo@s, parteras, enfermer@s, asistentes sociales

40 En el capítulo acerca de recursos comunitarios Indicación y oportunidad se desarrolla este aspecto

relación a la violencia, la familia, la pareja, los modelos de socialización de niñas y niños.

Esta revisión de posturas personales y colectivas conlleva el examen y la consecuente modificación de las prácticas profesionales y estilos de relación con las usuarias, posibilitando percibir el problema y actuar adecuadamente.

Los procedimientos que se plantean requieren de una capacitación previa a su implementación con los objetivos de: sensibilizar, aportar información, ubicar la violencia como un factor de alteración del estado

de salud y promover una actitud de cuidado y respeto hacia las mujeres en situación de violencia.

Las actividades de formación permiten trabajar sobre las trabas y temores del personal de salud que dificultan el desarrollo de habilidades para actuar.

La capacitación favorece la visualización y reflexión acerca del tema, mejora los resultados, apoya al profesional de la Salud y favorece la aplicación de criterios de confidencialidad y seguridad.

Requisito: Capacitación previa

La aplicación de la estrategia de detección y asistencia requiere personal sensible y capacitado que conoce el impacto de la VD en la salud y es capaz de brindar a la mujer en situación de violencia una asistencia respetuosa, cálida y de calidad.

Se plantean pautas que orienten la detección de VD, una respuesta inicial, y evaluar

y atender las consecuencias sobre la salud y los hábitos de vida.

Estrategia de detección

La experiencia ha indicado que muchas mujeres están dispuestas a hablar de la violencia, pero para ello es necesario que el personal de salud tome la iniciativa.

Existe evidencia de que la existencia de políticas y protocolos sobre la VD. aumenta la iden-

tificación en las consultas de las mujeres agredidas. La investigación debe integrar la consulta como un procedimiento de rutina de todos los profesionales que asisten en atención primaria.

Investigación de rutina

A todas las mujeres se les preguntará acerca de la existencia de violencia, adecuando la forma y la oportunidad al contexto de atención.

Cómo y cuando

La investigación de rutina se debe realizar:

- En el contexto de la consulta habitual o control.
- Como parte de una estrategia de abordaje.
- En un ámbito de confidencialidad.
- En forma cálida y respetuosa.

Si existen hallazgos clínicos que plantean la sospecha de violencia no se debe diferir la investigación para una consulta ulterior. Si bien no hay indicadores absolutos de la exis-

tencia de violencia algunas circunstancias y motivos de consulta pueden alertar sobre su posible existencia.

Motivos de Consulta frecuentes

- Lesiones "accidentales" reiteradas de entidad variable.
- Quejas somática múltiples inespecíficas, malestar físico.
- Fatiga crónica.
- Demanda de calmantes y sedantes
- Crisis de angustia y ansiedad.
- Cuadros de intoxicación,
- Autoagresión, IAE.
- Síntomas disociativos y/o conversivos (desmayos, amnesia, etc)
- Crisis emocionales reiteradas que requieren consulta de urgencia.
- Mal control de enfermedades crónicas

En la relación de la usuaria con el servicio de salud existen comportamientos que por su frecuente asociación con situaciones de VD

pueden alertar al técnico y promover la investigación.

Actitud de la consultante:

- Autoestima baja, sentimientos de inutilidad, miedo, desamparo.
- Desesperanza, pérdida de las expectativas.
- Hostilidad y/o desconfianza
- Aislamiento social.
- Falta a las citas concertadas.
- Discontinuación de los tratamientos. Descuido.
- Dificultad de reconocer su malestar psicológico.
- No explicita la situación de violencia.
- Si concurre la pareja, permanece en el consultorio con ella, actitud de control, no de acompañamiento.

Las estrategias para preguntar son muy variadas, algunos técnicos prefieren una aproximación directa, otros aproximaciones indirectas. Se destaca la importancia de encontrar el momento adecuado, la actitud y lenguaje corporal, la comodidad del técnico en la aplicación de la técnica de detección, la forma en que ésta se adecue a su propio estilo y a las diferencias étnicas y culturales.

Se recomienda no preguntar acerca de la VD en presencia de otros, incluyendo, familiares y amigos, aun si la mujer apoya que permanezcan en el consultorio.

Mantener la confidencialidad y la seguridad es prioritario, aun frente al interés en incluir otros miembros de la familia. Cuando se es-

tablezca un vínculo profesional-consultante de confianza, se evaluara junto a la usuaria la pertinencia de que participen personas allegadas a ella.

Tener seguridad en que se emplea una forma de preguntar comprensible a la usuaria. Es frecuente que quien vive violencia no reconozca el carácter violento de los hechos que vive cotidianamente, se pueden emplear ejemplos, aclaraciones, como las que figuran en el formulario si se considera necesario.

No se debe asumir que desde el inicio la mujer admitirá que vive una situación de violencia, puede ser necesario, diferir la indagación o repetirla cuando se halla desarrollado un vínculo con ella.

Formas indirectas de preguntar

La disposición y actitud del técnico son fundamentales para favorecer el inicio de una conversación acerca de la existencia de violencia.

Introducir el tema a través de los motivos de consulta favorece la naturalidad en la conversación, sobre todo en el caso de personal de salud que no siente comodidad al tratar estos

problemas. Se brindan algunos ejemplos como orientación, pero cada técnico debe buscar la alternativa más adecuada en caso de que prefiera no preguntar directamente.

Ejemplos en diferentes contextos:

En la consulta de control de la mujer por trastornos crónicos u otros motivos:

¿Está todo bien en su casa con su pareja?

¿En su casa hay problemas de relacionamiento familiar?

¿Usted piensa que los problemas de su casa le están afectando la salud?

¿Cuándo discuten siente miedo o su pareja se pone agresiva?

En las consultas sobre planificación familiar se debe preguntar si la pareja está de acuerdo en emplear un método anticonceptivo, si no lo está a qué se debe su oposición y que piensa ella.

Es muy frecuente que la VD se exprese en las relaciones sexuales e impidan a las mujeres controlar adecuadamente su fecundidad. El personal debe preguntar explícitamente acerca de las dificultades en el área de la sexualidad, y fortalecer los recursos de la mujer para la prevención de enfermedades de transmisión sexual y para evitar embarazos no deseados, apoyando el uso de métodos anticonceptivos no supeditados al control de la pareja.

En los programas de prevención del cáncer cervical: preguntar por el origen de lesiones o laceraciones genitales, si se produjeron en las relaciones sexuales.

En el control pediátrico, preguntar acerca de las relaciones familiares y del ejercicio de los cuidados parentales.

En el control prenatal, preguntar si se siente acompañada, si el trato que recibe de su pareja la hace sentir bien.

Preguntas directas: Cuestionario breve

La incorporación en la estrategia de atención de un cuestionario estandarizado como herramienta de detección ha demostrado ser de utilidad. Mejora la visibilidad del problema por parte del personal de salud, facilita la detección y es bien recibido por las mujeres. Se aconseja aplicarlo en el contexto de una evaluación de rutina junto a otros problemas de salud.

A partir de la entrada en vigencia de la regla-

mentación de la ley de VD por el MSP, las historias clínicas incluirán una hoja con orientaciones y un cuestionario que facilitará la tarea al personal de salud.

El instrumento seleccionado para ser empleado en Uruguay es una adaptación de un Cuestionario breve validado en Argentina⁴¹. El cuestionario propone una presentación que introduce el tema y tiende a facilitar su aplicación.

41 Majdalani, Alemán, Fayanás, Guedes, Mejía, en Argentina, Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 17(2), 2005. Tiene como antecedente el cuestionario propuesto por IPPF y OPS.

Herramienta para la detección

Se incorpora a la historia clínica un formulario sobre violencia doméstica que incluye un cuestionario breve de 5 preguntas.

Las hojas serán provistas por el MSP

Se documentará en la historia clínica la fecha de realización de la indagación en un lugar predeterminado en la primera hoja de la HC.

La presencia de VD se registrará con códigos de la CIE-10

El empleo de la estrategia de detección requiere de una actitud género sensitiva, empática y respetuosa.

Cada técnico buscará el momento y la forma de aplicación más adecuada, considerando el contexto, sus preferencias y posibilidades personales y las características de la consultante. Deberá desarrollarse en un espacio físico que asegure la confidencialidad.

El formulario que se incluirá en la historia clínica consta de:

- Una introducción dirigida al personal de salud con orientaciones generales.
- El cuestionario breve que se empleará en la consulta.
- Una zona sombreada en la que figuran un conjunto de datos a ser recabados únicamente en las encuestas que se realizarán anualmente.

En la consulta habitual la hoja servirá como apoyo y herramienta para la detección. En la tarea cotidiana no se requiere su aplicación estricta sino la adecuación al contexto de la consulta y al vínculo con la usuaria.

Al menos una vez al año se emplearán estas los formularios en encuestas con fines epidemiológicos, de evaluación de la implementación y ajuste de la propuesta. En estas ocasiones se recabaran todos los datos requeridos en el formulario, registrando en las casillas blancas sobre la zona sombreada, indicadas para ese fin. Las hojas con los datos recabados serán entregadas al PNSMG-MSP, y sustituidas por hojas nuevas.

El PNSMG-MSP informara a las instituciones sobre la fecha, organización y orientaciones para llevar adelante la encuesta.

En la hoja siguiente se adjunta el modelo de formulario a incluir en las historias clínicas.

Registro

Sistematizar el registro permite conocer la frecuencia de VD en las consultas, seguir los casos, evaluar el impacto en la salud

colectiva, aporta a la planificación de la atención y puede ser de utilidad médico legal.

Decidir la forma de registro debe considerar criterios de confidencialidad y prever el procesamiento de los datos. Con el objetivo de asegurar la confidencialidad y proteger a las personas, se ha resuelto separar la aplicación del cuestionario con fines asistenciales de la aplicación con fines epidemiológicos.

En el contexto de la consulta habitual la aplicación de la estrategia de detección quedará consignada en la historia clínica registrando la fecha de realización en un sello que se colocará en la hoja inicial.

En la hoja correspondiente a la consulta se registran, los hallazgos físicos, el estado emocional y los datos de la anamnesis incluyendo la información que la paciente brinda, aun cuando esta no coincida con la impresión clínica en cuanto al origen de lesiones encontradas en el examen físico.

El registro de una situación de violencia doméstica detectada por el empleo del cuestionario breve o por otra estrategia de indagación se registrará empleando los códigos de la CIE-10⁴².

Códigos de la CIE 10

T74	Síndromes de maltrato
Puede usar un código adicional para identificar la injuria hallada	
T74.0	Negligencia o abandono
T74.1	Abuso Físico
	Maltrato Físico Infantil: Maltrato hacia hacia la mujer
T74.2	Abuso sexual
T74.3	Abuso psicológico
T74.8	Otros síndromes de maltrato
	Formas mixtas
T74.9	Síndrome de maltrato no específico
	Abuso de adulto Abuso infantil

El antecedente de maltrato infantil se registra con un código específico.

Z61	Problemas relacionados con eventos vitales negativos en la infancia
Z61.4	Problemas relacionados con abuso sexual en la infancia por una persona del grupo primario de apoyo
Z61.5	Problemas relacionados con abuso sexual en la infancia por una persona ajena al grupo primario de apoyo
Z61.6	Problemas relacionados con abuso físico en la infancia
Z61.7	Exposición a una experiencia catastrófica en la infancia
Z61.8	Otros eventos negativos en la infancia

Se preverá la inclusión del registro en el sistema de información institucional, según las realidades locales.

La institución informará a la autoridad sanitaria del porcentaje de personas tamizadas sobre el total de consultas y los resultados acumulados.

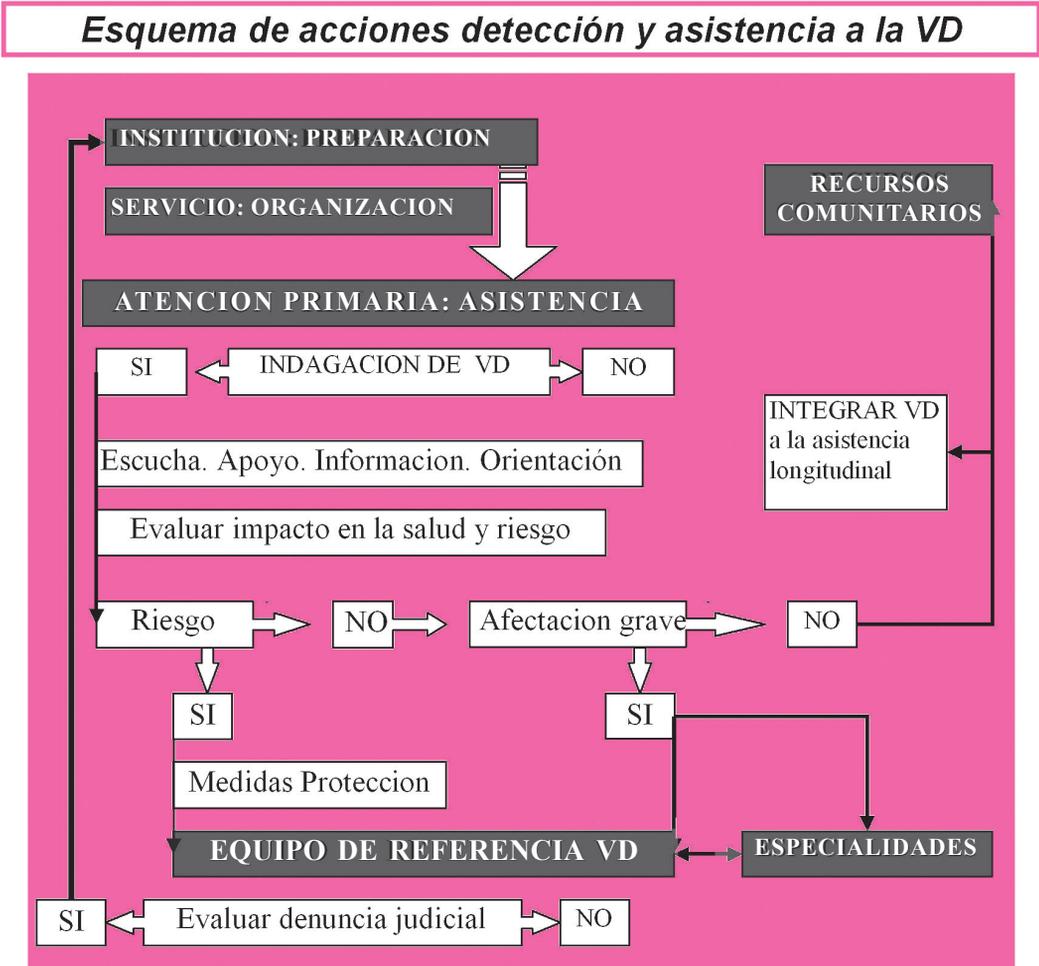
Registro y sistema de información

En caso de respuesta afirmativa al cuestionario, en la historia clínica se registrará únicamente el código correspondiente de la CIE-10.

Con fines epidemiológicos se realizará una encuesta anual, en fecha que se avisará directamente a las instituciones con antelación, y se acordarán los procedimientos.

La encuesta se realizará en la hoja de VD que se incluirá en la historia clínica y se entregarán al PNSMG en el MSP.

Esquema de acciones detección y asistencia a la VD



ASISTENCIA A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE VD

El contexto en que se realiza la atención determina qué es posible hacer, y puede influir sobre el vínculo que se establece con la consultante. Es necesario considerar:

- Posibilidad de disponer de un ámbito físico adecuado
- Posibilidad de dedicar el tiempo necesario.
- Contactos previos de la consultante con la institución y con el personal actuante
- Demandas previas de ayuda, exitosas o no.
- Capacitación del profesional que recibe la consulta.

- Estrategia institucional en relación a la VD

La integración de la perspectiva de derechos humanos es un aspecto inherente al buen ejercicio de la profesión, e implica:

- Revisar desde esa perspectiva el posicionamiento personal y técnico en el ejercicio profesional
- Informar a la consultante acerca de sus derechos.
- Establecer un vínculo en el que éstos sean plenamente respetados.

La respuesta en los servicios de salud

Realizar exclusivamente un tamizaje activo de situaciones de violencia, sin dar ninguna respuesta al problema expuesto sería subutilizar los recursos, además de ser una intervención insuficiente para las personas afectadas. De hecho, muchos de los motivos de consulta pueden relacionarse con la situación de violencia, por lo que no se puede desestimar una posible vinculación.

Para una paciente, informar a un técnico sobre la situación problema es un acto de confianza, que requiere asumir la responsabilidad de dar una primera respuesta. Un

diálogo que permita tratar el tema en un clima de sinceridad y respeto, una escucha cálida, con una respuesta, solidaria y oportuna, en relación directa con la demanda, es muchas veces suficiente como primera respuesta, y está al alcance de todo el personal, no solamente del especializado en salud mental. Esto no implica la naturalización de la situación de violencia sino poder hablar con naturalidad del sufrimiento asociado a esta experiencia, en el contexto de la consulta.

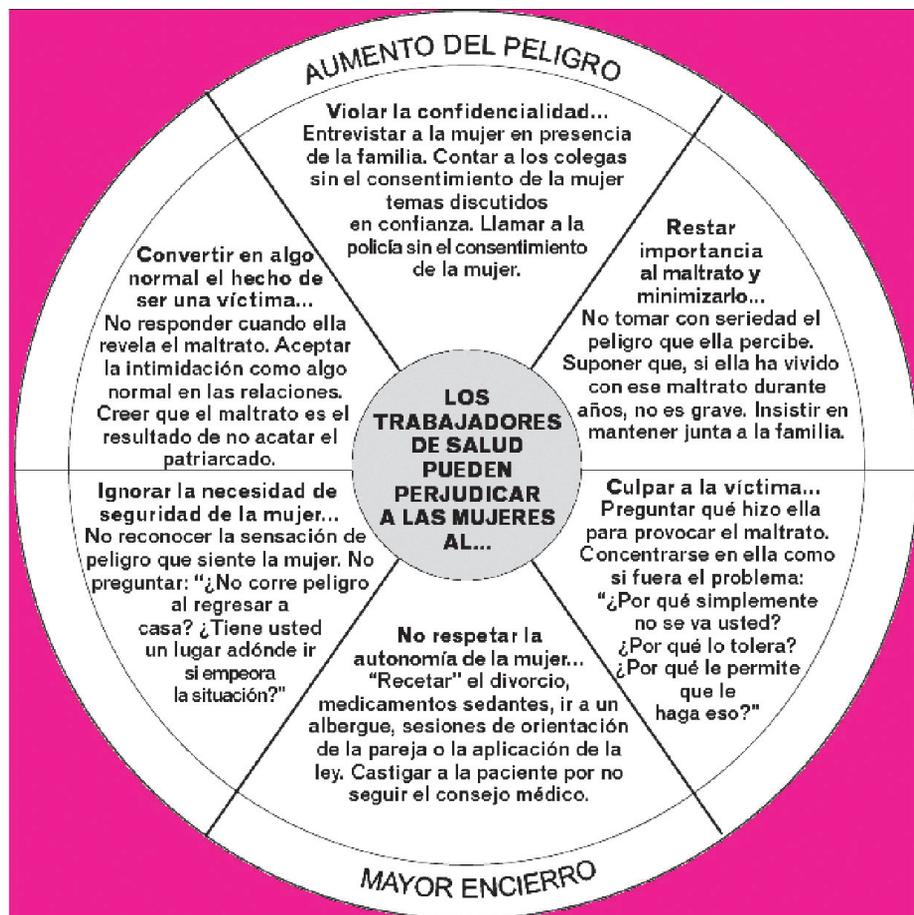
Reconocer el problema ayuda a visualizar su seriedad y la necesidad de resolverlo. Las

respuestas de sorpresa, disgusto o crítica, tanto como el silencio o el desinterés, responsabilizan y aislan a la paciente. La derivación sistemática a dispositivos especializados

tampoco responde a sus necesidades de contención y apoyo inmediatas.

La mayor dificultad proviene de la información insuficiente sobre los mecanismos de la

LA VIOLENCIA BASADA EN GENERO: ¿SON LOS TRABAJADORES DE SALUD



VD y sus consecuencias sobre quienes la reciben, las actitudes prejuiciadas que se apoyan en esa desinformación, y las emociones negativas o paralizantes que la VD puede generar en el personal

Las Trabas del personal de la Salud

En la atención a las mujeres que sufren violencia la mayoría de los operadores del área de la salud presentan diversos grados y modalidades de movilización afectiva. Esto conlleva en

PARTE DEL PROBLEMA? ¿ ... O SON PARTE DE LA SOLUCIÓN?



The Medical and power wheel - Desarrollado por el Proyecto de Violencia Domestica - Inc. Kenosha, Wisconsin, EEUU. (Fuente: La violencia contra la mujer: Responde el Sector Salud - OPS/OMS, 2003)

ocasiones dificultades para operar tanto a nivel individual como de equipo.

Algunos profesionales experimentan rechazo o imposibilidad de trabajar en la atención a las personas en situación de VD, en ese caso es conveniente que se explicita la dificultad. Cada servicio establecerá los procedimien-

tos de apoyo para la atención y derivación en el equipo de los casos que sean detectados por técnicos que hayan explicitado su imposibilidad de trabajar con este problema.

Generar colectivamente un contexto adecuado, en espacio, tiempo y condiciones necesarias explícitas, aporta confianza al personal.

Actitudes frecuentes de los operadores y los equipos:

Incredulidad, desconfianza, hostilidad
Agresividad como respuesta a la pasividad
Frustración, inseguridad
Enojo, crítica, cuestionamiento
Sobrevolumenamiento y sobreprotección

La experiencia indica que es necesario dar a los equipos tiempo y espacios específicos para trabajar estas dificultades. El cuidado de los operadores mejora la calidad de atención.

Elementos para el diagnóstico de situación

El diagnóstico de situación se fundamenta en el modelo ecológico e implica valorar los factores vinculados a la situación de la consultante, en los diferentes niveles descritos: individual, relacional, comunitario, social.

Desde la primera entrevista en que se detecta la presencia del problema debe ser evaluado el componente de riesgo, para orientar la planificación del abordaje y el trabajo en red. El diagnóstico completo se realizará en sucesivas instancias.

Diagnóstico de Violencia Doméstica

Frente a la detección de Violencia es necesario conocer su modalidad y forma de manifestación. En particular conocer si se restringe al ámbito doméstico o no.

Es característico de la VD vinculada a factores socio – culturales, y sus implicancias relacionales, que el comportamiento violento se desarrolle fundamentalmente en el ámbito de las relaciones íntimas y no en el espacio público. La violencia presente en ámbitos diversos, está condicionada por factores individuales, como características de personalidad o consumo intenso de sustancias, reviste mayor riesgo y requiere de atención especializada.

Es frecuente la concomitancia de más de una forma de VD: violencia en la pareja,

maltrato infantil, maltrato a ancianos, maltrato a discapacitados. Identificar estas situaciones permitirá un abordaje más específico a esa familia.

La violencia puede manifestarse con variadas modalidades:

- Abuso emocional: trato humillante u ofensivo, desconocimiento de las necesidades y deseos del otro, inequidad en las relaciones interpersonales.
- Violencia física, someter por la fuerza física con el resultado de daño.
- Violencia sexual, violación, imposición de prácticas sexuales no deseadas, con o sin empleo de fuerza física.

Reconocer la presencia y las consecuencias del abuso emocional puede resultar más difícil que reconocer la violencia física, tanto para los técnicos como para las personas directamente implicadas.

Los siguientes son algunas formas de ejercer violencia emocional:

- Intimidación: Provocar miedo con miradas, acciones, gestos, romper objetos, maltrato a otras personas o animales, mostrar armas.
- Privilegio: Determinar el deber ser, decidir sobre las cosas importantes sin considerar a los demás, exigir un trato prefe-

rencial siempre.

- Desvalorización: considerar al otro incapaz e inútil, demostrarlo por actos, gestos, despreciar su trabajo y esfuerzos
- Amenazas: de daño físico o muerte, de abandono, de suicidio, de internación psiquiátrica
- Manipulación de los hijos: culpar por su mal comportamiento, usarlos como intermediarios, amenazar con quitárselos, abusos en las visitas.
- Indiferencia: negarse a hablar y/o al contacto físico, ignorar la presencia, preocupaciones y necesidades, no demostrar afecto.
- Aislamiento: controlar que hace con quien habla, que lee, donde va; limitar su vida social y familiar invocando celos u otros motivos
- Abuso económico: ocultar los ingresos, control exclusivo del dinero, gastar primero el salario del otro, impedirle disponer de dinero.

Constitución del grupo familiar

Conocer la integración del grupo familiar y algunas de las características de sus miembros aporta al conocimiento de la situación y a la planificación de una estrategia adecuada y posible.⁴³

43 La construcción del Genograma y el ecomapa pueden ser buenas herramientas para el seguimiento. Describe la relación jerárquica entre los individuos, da idea de la complejidad de la estructura familiar, de la dinámica familiar y su influencia en los patrones de toma de decisiones y vulnerabilidad Watts C. H. Shrader E., How to do (or not to do)... The genogram: A new research tool to document patterns of decision-making, conflict, and vulnerability within households. Health Policy and Planning, 13:459-464. 1998.

Se debe indagar acerca de los antecedentes personales y familiares de situaciones de VD en las familias de origen y en parejas anteriores, de violencia en otros contextos, la presencia de alcoholismo, abuso de drogas, tratamiento psiquiátrico y psicológico de los integrantes del grupo familiar.

Evolución de la VD: Inicio duración y patrón evolutivo

La violencia en la pareja puede iniciarse en cualquier momento de la relación, pero es más frecuente en algunos períodos. En la encuesta de 2003 en Montevideo y Canelones, el 60% de las encuestadas refiere el comienzo antes del primer año de convivencia y casi 20% durante el noviazgo. Estos hallazgos coinciden con la información de estudios internacionales.

Cuando el comienzo es en etapas posteriores, es probable encontrar factores desencadenantes que favorecen la aparición del maltrato. Estos factores pueden ser individuales, por ejemplo consumo de sustancias; relacionales, como cambio en los papeles de los cónyuges como se presentan en el embarazo; contextuales permanentes o transitorias por ejemplo emigración, desempleo, etc.

Estas circunstancias no son de por sí expli-

cativas de la situación, en general ponen en evidencia condiciones previas: vínculo asimétrico, rigidez en la estructura y organización familiar con una concepción de los roles y funciones de género estereotipada. Estas características limitan las posibilidades de cambios adaptativos, frente a situaciones o necesidades nuevas y/o de mayor exigencia.

Las mujeres reconocen con mayor certeza el inicio de la violencia física, al indagar sobre la historia, muchas veces es posible identificar conductas previas de control y desvalorización que no fueron ni son identificadas como maltrato.

La violencia física puede desarrollarse en forma cíclica, alternando períodos de relativa calma y de mayor intensidad. Los de relativa calma permiten abrigar la esperanza de que el problema “se arregle”, y promueven en la mujer una actitud conciliatoria, tendiente a “dar una oportunidad”

En el ciclo clásico de violencia doméstica⁴⁴, en el curso de un período de relativa calma, la convivencia empieza a deteriorarse, se incrementan las exigencias y la intolerancia, las manifestaciones de disconformidad, insultos, amenazas; aumenta la incomodidad de todos los miembros del grupo familiar, que se sienten afectados por la inseguridad acerca de lo que puede suceder. La mujer se pone a la de-

44 Se debe al trabajo realizado por Leonore Walker las primeras descripciones y aplicación de un modelo teórico como propuesta explicativa a la violencia hacia la mujer en la pareja. El ciclo de la violencia y la aplicación del modelo de indefensión aprendida de Seligman a la violencia de género, se convirtieron en una referencia clásica e ineludible por el impacto que tuvieron sobre el abordaje de este problema. (ver Walker, L.E., *The battered women*. New York, Harper and Row; 1979 y Seligman, M.E.P., *Indefensión*. Debate. Madrid; 1981).

fensiva, trata de evitar enfrentamientos, de no dar lugar a una explosión, de disimular su malestar para no contribuir al de los demás. Actúa como si el desenlace dependiera de lo que ella hace o no, cuando en realidad depende del monto de la tensión agresiva de su pareja y de las vías de canalización que ésta elija.

Cuando finalmente se produce la descarga agresiva, esta puede consistir en actos de violencia física dirigidos contra la mujer, contra los objetos que le importan, los enseres de la casa, o puede consistir en insultos y amenazas igualmente determinantes de violencias de inseguridad y destrucción.

El episodio de violencia descarga las tensiones, y al terminar todas las partes se sienten mal, con sentimientos contradictorios. La mujer puede quedar abatida y demoralizada, o enojada y resentida, o furiosa y dispuesta a tomar represalias, como puede ser presentar una denuncia o separarse de la pareja. El inicio de uno de estos últimos caminos, señala que la relación está cambiando, que bajo su nivel de tolerancia. Su pareja puede vivirlo como un rechazo inmerecido e insoportable, se le hace conciente cuánto la necesita y su imposibilidad de aceptar perderla. En general el hombre que ejerce esta violencia, no reconoce su responsabilidad en los hechos producidos, desplaza la responsabilidad sobre la mujer, la influencia de otras personas, o el malestar que le generan problemas externos a la pareja.

Si la mujer toma medidas objetivas, o se

muestra distante y reacia a ignorar lo sucedido, él puede reaccionar al rechazo, con una actitud infantil, dependiente, pedir perdón, prometer cambiar y no reincidir en la conducta reciente. Se muestra arrepentido, desesperado, asegura que la quiere y la necesita, presiona con su dolor a las personas del entorno para que intercedan en su favor. Muchas veces tiene conductas compensatorias que incluyen regalos o atenciones.

La mujer recibe ahora las palabras de reconocimiento que siempre quiso escuchar. Se siente culpable por ocasionar dolor a su familia, retrocede ante la perspectiva de un alejamiento que no está segura de poder sostener ni material ni emocionalmente, y cede a las presiones y al pedido de dar otra oportunidad.

Otras veces, cede ante las amenazas de graves represalias si opta por la separación o por la denuncia, sumadas a los fantasmas de tantas mujeres que efectivamente son asesinadas por sus ex parejas.

Cuando resuelve seguir en la relación, por un tiempo todo parece estar bien, pero no lo está, ambas partes saben que ha sucedido algo importante, que ha dejado secuelas. La mujer se siente insegura sobre lo que pueda suceder, sobre la confiabilidad de las promesas realizadas, sobre la credibilidad de su pareja. Tiene elementos para dudar: él minimiza lo sucedido, no se hace responsable, no cuestiona sus propias conductas mientras sigue cuestionando las de ella, niega algunos aspectos de la historia real,

o se niega a hablar de los hechos acusándola de ser rencorosa o demasiado insistente.

Pocas veces se logran acuerdos, que preserven la pareja de reiteraciones de lo actuado. La relación continúa sobre un terreno cada vez más deteriorado, la ausencia de autocrítica y la desconfianza lo hacen proclive a la repetición.

Poco a poco las condiciones subjetivas y relacionales favorecen la aparición de nuevas tensiones, que terminan por desembocar en otra explosión seguida por otra “reparación”, configurando condiciones de vida marcadas por inseguridad, desamor, miedo, amargura, relaciones empobrecidas y no gratificantes, pérdida de confianza en sí misma, parálisis e imposibilidad de tomar decisiones. Miedo, culpa y vergüenza son las emociones más presentes en la vida de las mujeres en situación de VD, que sumados al stress, afectan negativamente su salud con síntomas que no siempre configuran un síndrome específico.

La violencia psicológica o emocional no evoluciona siempre según este patrón cíclico, más bien se desarrolla en una modalidad constante de asimetría, con desvalorización, destrato, descalificación, instalados en un marco de desigualdad de derechos y compensaciones que no admite discusión.

Se expresan predominantemente en forma de maltrato verbal, menosprecio y humillaciones, muchas veces sutiles, y control sobre las acciones de la mujer, prohibiciones, exigencias arbitrarias, amenazas, comportamientos intimidatorios.

Es frecuente la instalación de la sospecha sistemática, con acusaciones infundadas de infidelidad de la mujer, insultos, afirmaciones que la degradan y minan su autoridad frente a los hijos, que no tienen condiciones para decidir sobre la veracidad de lo que oyen. Estos mecanismos operan en forma nociva sobre la mujer y sobre los hijos, que resultan privados de una imagen confiable y respetable de su madre, dependiendo de un padre imprevisible e iracundo, en definitiva a cargo de dos adultos que no les dan seguridades básicas.

Este abuso emocional, fundamentado en afirmaciones arbitrarias que no se puede enfrentar con respuestas racionales o con pruebas objetivas, genera impotencia y tensión sostenida en la mujer, y afecta severamente su salud física y emocional, tanto como empobrece sus vínculos sociales.

Lo mismo sucede en los vínculos en los que la constante es la degradación y la descalificación de la mujer, como resultado de valores relacionados con el machismo, que habilitan la doble moral sexual, la explotación emocional, la manipulación de los afectos y la desvalorización de su trabajo y logros materiales, presentándolos como naturales en el marco de una desigualdad básica de las relaciones de la pareja.

Estos comportamientos pueden pasar desapercibidos en instancias de consulta, la mujer no los relata espontáneamente, e incluso si refiere los hechos suele no identificarlos como violencia, o los legitima, justi-

ficando lo que sucede por supuestos errores personales o factores de contexto.

Particularmente invisible a los técnicos es el sufrimiento asociado al trato indiferente, la ignorancia intencional de las necesidades, deseos y preferencias de la persona.

Sluzki[29] plantea que la reiteración de amenazas de intensidad moderada a severa, conduce a un fenómeno de lavado de cerebro, que impide el cuestionamiento y la confrontación de la situación.⁴⁵

El estudio realizado por Escudero y col.[30] apoya en parte este planteo y sustenta el modelo explicativo propuesto por los autores. Proponen que el vínculo abusivo se desarrolla en una serie definida de estrategias de persuasión coercitiva cuya finalidad es perpetuar el control sobre la mujer. Esto genera progresivamente confusión de emociones, distorsión de pensamientos y paralización que dificultan que la mujer abandone la relación.⁴⁶

El abuso emocional tiene un efecto especialmente insidioso y desgastante sobre la salud física y mental de las destinatarias. El daño se relaciona con el malestar constante, la rumiación producto de la duda sobre sí misma, lo que puede hacer, la impotencia para hacer valer las propias razones, el enojo por la propia incapacidad de modificar la situación.

La ausencia de episodios agudos que operen como desencadenantes de cambios, contribuye a mantener la negación de la existencia de violencia y la parálisis emocional, unida a niveles altos de malestar y hostilidad contenida.

Conocer y comprender este proceso, prepara al personal para reconocer las situaciones y tolerar bien los altibajos de las decisiones de las personas afectadas, en el entendido de que están viviendo grandes presiones en relaciones muy intrincadas, marcadas por la compleja interacción de aspectos objetivos y subjetivos. Si esto es bien comprendido, es posible acompañar procesos lentos y contradictorios, sin cuestionar la utilidad de la tarea, que no siempre es inmediatamente gratificante.

Sería ilusorio creer que una única intervención desde un servicio de salud pueda modificar en forma definitiva una problemática compleja como la que se analiza. Más bien se trata, en una primera instancia, de apoyar las partes resilientes de la persona afectada, haciendo valer positivamente el poder médico para desautorizar las relaciones de VD que la cultura naturaliza, y confirmar su derecho a ser respetada en la intimidad tanto como en las relaciones sociales.

Valorar el estado de salud en forma integral, relacionando el motivo de consulta y su evo-

45 Analiza las consecuencias psicológicas relacionandolas con la frecuencia e intensidad de la violencia.

46 Estudio cualitativo basado en análisis de grupos de discusión integrados por mujeres en situación de VD, se emplearon los constructos teóricos mas citados para el análisis: Indefensión aprendida, masoquismo, Sdme. de Estocolmo, persuasión coercitiva.

CLINICA	Hallazgos frecuentes	Posible vinculación
Actitud	Inhibición, incomodidad Hostilidad, desconfianza, Fatigada, quejosa,	
Estado general	Pérdida o ganancia excesiva de peso Caries, falta de piezas dentarias	Abandono personal
Hábitos de vida	Dieta inadecuada Falta de ejercicio y recreación Tabaquismo Abuso alcohol y sustancias psicoactivas	Déficit de autocuidado
Enfermedades crónicas	Discontinuación de tratamientos Mala evolución (HTA, diabetes, colon irritable, fibromialgia, etc).	
Evidencias y secuelas de injuria	Lesiones, hematomas.	Consecuencia directa de agresión física
	Antec. de cirugía reparatoria, cicatrices	
	Antec. fracturas reiteradas	
	Limitaciones funcionales adquiridas	
Historia gineco-obstétrica Sexualidad	Recién nacido de bajo peso	Dificultad en negociar métodos de protección Violencia sexual
	Embarazos no deseados	
	Control de embarazo tardío	
	Abortos espontáneos, partos prematuros	
	HIV/SIDA y otras ETS	
	Dolor pelviano crónico Dispareunia, anorgasmia	
Sufrimiento Inespecífico	Dolor crónico Malestar difuso	Somatización
Estado emocional	Miedo, desesperanza, inseguridad. Rabia, impotencia, desesperación.	Abuso emocional: Distorsión cognitiva
Trastornos psicológicos	Negación. Dificultad en confrontar. Dificultad en actuar con autonomía. Autoimagen desvalorizada	Persuasión coercitiva
Trastornos psiquiátricos	Ansiedad generalizada y crítica. TEPT ⁴⁷ Trastornos disociativos y/o conversivos Trastornos depresivos	Estrés crónico

lución con las circunstancias de vida, mejora los resultados globales del tratamiento médico que se plantee.

Favorecer que la persona, posteriormente, se vincule a espacios de rehabilitación específicos, dentro o fuera del servicio de salud, que participe en actividades comunitarias y grupales que colaboren en generar una inserción social más diversa, aporta a generar una respuesta global a sus necesidades que incluya todos los componentes que la afectan.

Impacto de la Violencia Doméstica en la salud de la Mujer

La anamnesis y el examen físico cuidadoso valorarán las posibles consecuencias de maltrato actual y/o pasado.

El esquema adjunto enumera algunas de las asociaciones más frecuentes cuya presencia debe investigarse.

Los hallazgos mencionados y su posible relación con el hecho de vivir una situación de violencia no son constantes, dependen de características individuales y contextuales y de la evolución de la situación.

En el formulario sobre violencia doméstica para las historias clínicas, se incluye un recuadro para registrar algunos de los trastornos que se presentan con mayor frecuencia. En la consulta, la información se registra en la historia clínica.

En ocasión de las encuestas con fines estadísticos, se recabarán y se registrarán además en el formulario.

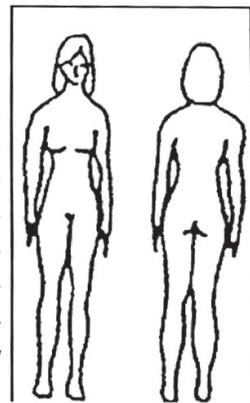
Si se constatan lesiones y/o un estado emocional que sugieren la existencia de violencia, aún cuando la paciente niega maltrato,

Motivo de atención: Antecedentes Médicos (marque con una cruz si o no en c/opción)					
Tabaquismo	Abuso drogas	IAE	Ansiofíticos	Diabetes	HTA
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO

refiriendo a una explicación inconsistente los hallazgos, deben ser registrados, especificando la versión de la consultante y la del técnico.

Puede ser de utilidad registrar gráficamente el hallazgo de lesiones, indicando la zona y extensión de las mismas en un esquema del tipo del que se adjunta. Este registro puede ser de utilidad médico legal en instancias judiciales posteriores.

La CIE-10 da la posibilidad de codificar estados emocionales alterados que no configuran un trastorno psiquiátrico. Destacamos la desmoralización y apatía, la violencia y la ideación suicida por su frecuencia y potencial riesgo.



Los problemas referidos pueden ser considerados por la consultante como ineludibles o irreversibles, asumiendo frente a la atención y cuidado de su salud una actitud resignada y/o negligente y argumentar la imposibilidad de cumplir las citas y los tratamientos,

R45	Síntomas y signos de afectación del estado emocional
R45.0	Nerviosismo
R45.1	Inquietud agitación
R45.2	Infelicidad, preocupación
R45.3	Desmoralización y apatía
R45.4	Irritabilidad y rabia
R45.5	Hostilidad
R45.6	Violencia física
R45.7	Estado emocional de estrés y shock inespecífico
R45.8	Otros síntomas y signos de estado emocional alterado: Ideación suicida

por la falta de tiempo, la atención de sus obligaciones domésticas y de cuidado de los otros.

Son frecuentes las expresiones que minimizan el problema o lo ubican como menos importante que otros problemas que requieren su atención, y que en general involucran el bienestar o necesidades que jerarquiza para su familia.

Respuestas

Las características personales y situacionales habilitan comportamientos diversos de búsqueda de soluciones, ya sea en el momento de los episodios de agresión o luego de estos. Indagar acerca de las respuestas que las personas generaron evidencia recursos o dificultades a la hora de evaluar junto a la mujer su situación y posibles alternativas.

Mencionamos algunas de las respuestas que se encontraron entre consultantes en servicios especializados:

- Desviar la agresión hacia otras actividades u objetos, como forma de disminuir o evitar la violencia física.
- Recurrir a personas o hechos que interrumpen el desarrollo de secuencias que identifica como predecesoras de la violencia para disminuir o diferir el riesgo
- Comunicar a familiares, amigos vecinos, lo que ocurre, en búsqueda de comprensión apoyo afectivo y/o ayuda en cuestiones prácticas.⁴⁸
- Solicitar información sobre recursos de ayuda en servicios especializados.
- Buscar asesoramiento legal. Intentar separarse y/o divorciarse.

⁴⁸ El 40% de las mujeres encuestadas en 2003 no comunicaron a nadie la situación de maltrato, siendo mayor en la clase social alta que llega a 53%. Quienes sí lo comunican, entre el 75% y el 53%, lo hicieron desde el comienzo de la situación.

- Denunciar a la policía o a juzgados especializados.

La reiteración de intentos de cambio sin consecuencias positivas, favorece la creencia de que no existe una salida posible, puede conducir a la resignación y desesperanza, inhibiendo la búsqueda de alternativas y cronificando la situación de violencia.

Obtener una respuesta de apoyo y respeto, aunque no tenga en lo inmediato un efecto de cambio en la situación, promueve la búsqueda de alternativas de parte de la mujer y fortalece la confianza en sus recursos y posibilidades.

Recursos

La evaluación de los recursos presentes permitirá a la mujer, con el apoyo del personal, pensar posibles alternativas.

Los recursos se relacionan con la posibilidad de emprender procesos de modificación de actitudes, valores y prácticas, y pueden agruparse en:

- Personales, intelectuales, afectivos, culturales
- Materiales, vivienda, equipamiento, medios de subsistencia etc.
- Familiares, composición de la familia, calidad de los vínculos, accesibilidad, disponibilidad.
- Sociales, integración social, vinculación a

grupos de pertenencia y de referencia, amistades, compañeros, vecinos.

Los recursos culturales se refieren no solamente a niveles educacionales alcanzados sino fundamentalmente al sistema de valores y creencias que orientan las elecciones de vida. Las referencias a tradiciones e historia familiar, valores compartidos con grupos de pertenencia, comunitarios, religiosos, sociales, pueden en ocasiones actuar como impulsores de una salida o como un freno a los cambios.

En el formulario sobre violencia doméstica se incluye un ítem sobre creencias religiosas para el que se empleó la codificación del INE. El registro en el formulario se realizará únicamente en las encuestas. En la práctica clínica puede orientar a los técnicos acerca de la forma de preguntar, introduciendo el tema de los valores religiosos y morales y los grupos de referencia.

Los sistemas de creencias y la información que maneja la mujer tienen un lugar central. El acceso a información precisa sobre derechos, recursos, y alternativas, amplía el horizonte y habilita la posibilidad de elecciones nuevas.

¿Cómo se definiría del punto de vista religioso? (no lea opciones)	
Católico	1
Cristiano no católico	2
Judío	3
Umbandista, otro afroamericano	4
Creyente en Dios sin confesión	5
Ateo o agnóstico	6
Otros	7

La relación con las personas allegadas juega un papel fundamental en la tolerancia o en el intento de cambio de la situación. Según el estudio de la ruta crítica[21] en contextos en que las instituciones prestatarias de servicios desconocen el problema de la VD, los factores impulsores están más relacionados con las fortalezas individuales y los apoyos familiares, que con la intervención de éstas.

La presión de familiares y amigos tendiente a mantener el vínculo conyugal, actúa como inhibidor de los intentos de modificar las circunstancias personales y de la familia. En este caso las respuestas institucionales ineficaces

o de mala calidad resultan en una ruta de salida de la violencia difícil y riesgosa.

Evaluación de riesgo

Las acciones a implementar junto a la mujer en situación de violencia estarán determinadas por el riesgo que presente. En primera instancia se valorara la existencia de riesgo vital, por suicidio u homicidio, para tomar en caso de ser necesario medidas de protección.

También se debe valorar el riesgo de otros integrantes de la familia, especialmente los hijos y personas dependientes.

Riesgo de suicidio.

Factores relacionales

Aumento en la intensidad, frecuencia e impredecibilidad de la violencia.
Aumento del control sobre sus actividades y relaciones
Intentos de separación frustrados.

Factores relativos a la mujer

Antecedentes previos de IAE.
Anestesia afectiva, embotamiento.
Cuadro depresivo grave.
Abuso de sedantes.

Factores contextuales

Fracaso en la búsqueda de ayuda
Aislamiento.
Acceso a medios letales.

Acciones

Consulta con psiquiatra

Medidas de protección:

Evaluar posibilidad de internación

- Evaluar la pertinencia de realizar una denuncia policial o judicial.

En caso de evaluar que existe riesgo de suicidio se deberá coordinar la atención de la mujer por psiquiatra, preferiblemente con capacitación en VD.

Medidas de protección de urgencia: Prever que la mujer permanezca acompañada, por alguien que le de confianza en un lugar seguro. En caso de que no sea posible una evaluación inmediata con el psiquiatra evaluar la posibilidad de internación u observación en urgencia.

Cuando la situación lo permita se contactara el equipo de referencia en violencia.

El equipo y el profesional que realizó la asistencia inicial evaluaran la pertinencia de realizar una denuncia siguiendo los mecanismos establecidos en la institución.

La valoración del riesgo de homicidio surge de considerar factores subjetivos de la usuaria y datos obtenidos de la anamnesis y el examen. El cuestionario incluye una pregunta acerca de la percepción subjetiva de la mujer en relación a su seguridad. El técnico debe evaluar si existen otros elementos que alerten sobre riesgo vital inminente.

Riesgo de homicidio

Factores relacionales:

- Aumento en la intensidad y/o frecuencia de la violencia.
- Amenaza de muerte con un arma.
- Aumento del control sobre las actividades y relaciones de la mujer.
- Importante asimetría en la relación.
- Intento de separación frustrado.

Factores contextuales

Acceso a medios letales

Factores vinculados al agresor

- Consumo intenso de sustancias.
- Patología psiquiátrica que implica impulsividad o alteración realidad.
- Comportamiento violento en varios contextos, no solo en el hogar.

Factores relativos a la mujer

- Anestesia afectiva y parálisis.
- Abuso de sedantes.

Acciones

- Medidas de seguridad personal.
- Coordinar con equipo de referencia.

En el recuadro se mencionan factores de riesgo de homicidio, éstos no dan certeza, pero alertan sobre la necesidad de prever en conjunto con la mujer estrategias de protección. Las medidas de seguridad se plantean como una necesidad para la prevención del daño, no solo del riesgo de muerte.

Medidas de seguridad personal

Frente a la presencia de varios factores de riesgo, será necesario analizar junto a la mujer la posibilidad de buscar el apoyo de personas cercanas. Pensar cómo plantearles la situación, qué apoyo solicitarles, por ej.: una intervención directa en relación con la persona violenta, permitirle quedarse un tiempo o recibir a los hijos mientras realiza gestiones judiciales o no, o guardarle documentos u objetos valiosos que necesite preservar.

Se debe fortalecer la posibilidad de la mujer de protegerse, revisando las diferentes circunstancias de riesgo y posibles precauciones a tomar. Citamos algunos ejemplos, pero la previsión de cuidados debe adecuarse en cada caso, adecuación que implica la evaluación de la situación con la mujer.

- Evitar las situaciones de confrontación con su agresor en espacios cerrados de los que no pueda salir fácilmente en caso de necesidad.
- Evitar la presencia de armas y objetos letales en la casa y alejarse de ellos en caso de discusiones. Las armas de fuego no debi-

damente autorizadas, pueden ser entregadas en custodia en una Seccional Policial.

- Establecer mecanismo de comunicación inmediata, con familiares o vecinos, con definición previamente de la ayuda requerida (ej. llamar a determinado servicio policial, a familiares u otros.)
- Prever a donde ir si necesita salir de su hogar, o cómo asegurar la no accesibilidad al hogar del agresor en caso de que no convivan.

Además de responder a los requerimientos de la urgencia, el objetivo será la coordinación con el equipo de referencia en violencia domestica del servicio, o con otro recurso específico intra o extrainstitucional, para que pueda recibir asesoramiento y atención especializada, que incluya asesoramiento legal.

El técnico que inició la atención mantendrá contacto con la mujer aunque se inicie una atención específica con otro recurso intra o extrainstitucional.

Se entregará a la mujer un impreso con el detalle de diferentes medidas de seguridad personal.

Se revisará con ella las posibilidades de ponerlas en práctica.

Compromiso desde la Institución cuando hay riesgo mayor

Cuando se considere que la mujer no está en condiciones de asumir medidas de seguri-

dad se tomarán los resguardos para protegerla, buscar alojamiento transitorio para ella y sus hijos, solicitar apoyo legal y evaluar la pertinencia de presentar una denuncia desde la institución actuante.

Se propone que la responsabilidad de la denuncia pase del operador de atención directa a la autoridad institucional. Cada institución preverá la vía más efectiva para llevar a cabo la denuncia, designación de una autoridad responsable por turno, diseño de formularios tipo desde el departamento jurídico, acceso facilitado al departamento jurídico, etc.

Los procedimientos vinculados a la Ley de VD se pueden iniciar indistintamente en sede Policial o Judicial. En Montevideo intervienen los Juzgados de Familia especializados en VD, en otros departamentos se realizan ante Juzgado Letrado o Juzgado de Paz. La denuncia directa al Juzgado requiere asistencia letrada.

El compromiso de las instituciones prestadoras de servicios marca una diferencia funda-

mental en la eficacia de la instrumentación de la política de salud en torno a la atención de la violencia doméstica.

“... la visibilización y condena de la violencia desde las instituciones públicas, así como los servicios de calidad que apoyan a las mujeres y les brindan información precisa, son elementos fundamentales en su ruta crítica y en sus esfuerzos por vivir una vida libre de violencia.”[21]

Integrar la VD a la asistencia longitudinal de la salud

Cuando el técnico ha tomado conocimiento sobre la presencia de VD, en las sucesivas intervenciones debe integrar este aspecto de la vida de la paciente en el proceso de atención, aún cuando la persona sea atendida simultáneamente en un servicio especializado en el tema.

El mensaje explícito e implícito de los servicios de salud será que las relaciones de violencia son inaceptables, que nadie merece

Etapas de la asistencia por el personal de salud

Aplicación de una Estrategia de detección

Evaluación de la afectación del estado de salud por la VD

Diagnóstico de situación.

Asistencia del cuadro médico.

Evaluación de Riesgo

Escucha – Contención – Información - Orientación

Evaluar la indicación de abordaje específico o especializado.

Seguimiento en las consultas posteriores

ser abusado, que son modificables y que es posible salir.

Se trata de retomar el tema en posteriores encuentros, con preguntas o comentarios cuidadosos, respetando sus resistencias, y aportar *información* y orientación oportunas que ayuden a la mujer a identificar:

- Cómo se relaciona su salud con la situación de violencia.
- Las formas de maltrato que padece. A partir de sus respuestas, nombrarlas explícitamente, para ayudarla a reconocer su situación objetiva. Ej.: Esa prohibición es una arbitrariedad, Ud. tiene derecho a hacer lo que le interesa.
- Las formas de evolución, la secuencia, los ciclos, la escalada de gravedad.
- Los mecanismos y estrategias de control. Ej.: promover miedos, culpa, vergüenza.
- Las ideas erróneas sobre roles y derechos desiguales de hombres y mujeres
- Los sentimientos y comportamientos contradictorios que debilitan su posición.
- Su potencialidad para ser parte activa en su proceso de recuperación, explicitando lo que desea, lo que necesita, lo que podría hacer para modificar la situación.
- Sus propias capacidades y fortalezas, que ha utilizado haciendo lo mejor que ha podido. Rescatar de su historia, elementos para una mejor y más realista valoración de sí misma.

- Recursos comunitarios, especializados o no, donde encontrar ayuda complementaria.

Las ideas orientadoras serán favorecer la expresión de la usuaria (sentimientos, malestar, sufrimiento, temores, preocupaciones, inseguridad), contrarrestar la anestesia, la naturalización y la resignación, que habitualmente acompañan estas situaciones.

Al mismo tiempo promover la identificación y utilización de los recursos personales y/o institucionales, para desarrollar respuestas auto-protectoras y más efectivas en relación al propio bienestar, y desarrollar posibilidades alternativas en el marco de sus derechos.

Los procesos de toma de conciencia y producción de cambios son caminos sinuosos con retrocesos, debilitamientos, fortalecimientos, que pueden desmoralizar a las personas que intentan ayudar, si no tienen claro que las idas y venidas son componentes previsibles. Las personas pueden desaparecer de la consulta, y reaparecer tiempo después para buscar orientación. Los tiempos y las formas son propios de cada persona y de su situación.

Saber el papel que desempeñamos como personal de salud, en promover y apoyar que la mujer sea la protagonista de este proceso, calma urgencias y limita la frustración que puede generar la expectativa de "solucionar la situación".

“el proceso de la ruta crítica solo puede ser explicado si se ubica a las mujeres en un contexto determinado que incide directamente en la construcción de su subjetividad”.

“...los factores e influencias externas producen cambios en los procesos internos de las mujeres y, a su vez, esos procesos internos hacen que en determinado momento las mujeres desarrollen una mejor capacidad para hacer uso de los recursos externos existentes”.

Indicación y seguimiento de tratamientos médicos

Se mencionan sólo aspectos generales, relativos al impacto de la situación de violencia en el vínculo médico paciente, en la modalidad de seguimiento de las indicaciones, y en el resultado esperado.

Establecer una alianza con la consultante para el cuidado de su salud, es un requisito para iniciar cualquier tratamiento. Aun cuando ella concurre espontáneamente a la consulta, su cuidado personal y su salud no suelen ser el centro de su atención. Plantearle que restablecer su salud aumenta sus posibilidades de vivir mejor y desarrollar sus potencialidades y proyectos propios, puede ser un punto de partida.

Hábitos de vida y autocuidado

Dependiendo de la condición individual se establecerán metas accesibles, progresivas,

tendientes a revertir costumbres y rutinas nocivas.

Con este objetivo se promoverá el empleo de los recursos institucionales y comunitarios disponibles que apoyen el proceso de cambio. Según los casos esta estrategia puede incluir consultas profesionales, (nutricionista, fisioterapeuta, etc), grupos de autoayuda (AA, ALCO, etc.) actividades deportivas y de recreación, etc.

La atención a estos aspectos desde la estructura sanitaria, como parte del tratamiento médico, puede habilitar la participación en ámbitos y actividades que planeadas desde otros espacios no serían igualmente legitimados.

El uso de fármacos

La prescripción de fármacos debe considerar la frecuencia de discontinuación de los tratamientos. Es imprescindible que la usuaria sea una participante activa del mismo. Informarla de beneficios y posibles efectos adversos de las indicaciones realizadas, tomar en cuenta su opinión y preferencias, favorece el cumplimiento.

La prescripción de calmantes, sedantes e hipnóticos y psicofármacos en general debe ser evaluada cuidadosamente, tanto por la frecuencia de uso indebido de los mismos, como por el potencial efecto iatrogénico.

Las manifestaciones de alteración emocional que presentan las personas en situación de violencia, pueden ser reacciones psicológi-

cas defensivas, de alarma frente al riesgo y no la manifestación de un trastorno psiquiátrico. Este malestar puede resultar en disconformidad, y actuar como motivación para la búsqueda de transformaciones de su vida cotidiana.

El estado psicológico y de vigilia consecutivo al uso de sedantes puede alterar los recursos para analizar las circunstancias, y puede disminuir las posibilidades de auto cuidado y protección en situaciones de riesgo.

El uso prolongado de benzodiazepinas y otros fármacos depresores del sistema nervioso provocan embotamiento, "alejan" de los hechos cotidianos, este puede ser uno de los efectos que promueva el aumento del consumo. Además alteran el desempeño de actividades, aumentando el riesgo de accidentes, y disminuyen la efectividad, con posibles

consecuencias en el entorno, incluyendo el cuidado de hijos pequeños o personas dependientes.

A su vez el estrés mantenido aumenta la vulnerabilidad para el desarrollo de trastornos disociativos, trastornos de ansiedad y del humor. Si se plantea el diagnóstico de un trastorno psiquiátrico, es conveniente la evaluación clínica y la coordinación del tratamiento específico con un especialista.

La indicación de fármacos ansiolíticos debe sopesar riesgos y beneficios, en caso de que se indiquen debe ser parte de un abordaje integral y asegurar el seguimiento de la paciente por el médico que realice la prescripción. Un componente del abordaje debe ser la psicoeducación en el empleo de los fármacos, incluyendo información sobre los riesgos y precauciones.

PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE SALUD

La comprensión de la VD desde un modelo ecológico⁴⁹ y una perspectiva de derechos humanos, y su abordaje desde un modelo integral de atención, ubican al trabajo en red y las estrategias comunitarias de promoción de salud, de participación y de ejercicio de la ciudadanía en un lugar importante en una propuesta de atención a la VD.

La revisión de las prácticas que los operadores tienen hacia y con la comunidad, desde una perspectiva de derechos humanos, habi-

lita cambios desde la acción y desde la propuesta de situaciones.

Los espacios que promueven el desarrollo personal, la interacción con otros, la creación de vínculos de solidaridad y cooperación, la participación en la toma de decisiones, favorecen cambios en la autovaloración y en las formas de relación, mejoran la autoestima y ayudan a desarrollar la capacidad de asumir responsabilidades y decisiones.

Acciones comunitarias de promoción: Contenidos

El sector salud en el primer nivel de atención participa en estrategias comunitarias junto a otros sectores y actores sociales. Para incluir la prevención de la VD en las actividades con la comunidad no es necesario que las mismas sean explícitamente referidas al tema.

En cualquier actividad es posible trabajar aspectos que se relacionan con la prevención de la VD. Quienes coordinan la actividad deben tener presente los aspectos de la vida diaria que sustentan los modos de relación violentos.

A modo de ejemplo mencionamos algunos temas que pueden estar integrados en diversas actividades:

Los modelos de socialización, proponiendo a la reflexión y el análisis de aquellos aspectos que evidencian una práctica de discriminación, por género, por edad, por raza, etc.

La naturalización de las relaciones de desigualdad, que favorecen los comportamientos abusivos.

La naturalización de la violencia, que la ubica como inevitable, ligada a características inherentes a determinadas personas o grupos.

La naturalización de los estereotipos de género, muchas veces manifestada a través de la sanción de comportamientos y actitudes no prescritos para su género. A modo de

49 Ver marco conceptual para descripción del modelo ecológico

ejemplo los comportamientos activos y de participación en niñas y mujeres y los vinculados a los afectos y el cuidado de los otros en varones.

La posibilidad de trabajar sobre estos temas requiere una actitud de reflexión crítica acerca de las propuestas de actividades y su desarrollo. El método de trabajo y la organización de la actividad desde su elección, convocatoria y difusión; hasta su evaluación, deben plantearse desde un enfoque de derechos humanos, de promoción de igualdad de derechos y oportunidades. La promoción de salud y la prevención de la violencia pueden apoyarse en la propuesta de espacios de creación y ejercicio democrático, de participación, de interacción y respeto en la diversidad.

Los Recursos, su indicación y oportunidad

El abordaje de la VD desde la perspectiva de derechos humanos y género requiere una mirada interdisciplinaria e intersectorial. Necesita respuestas integrales que tomen cada situación en su especificidad y en su contexto y que tengan como parámetro ineludible a la persona que vivencia esa problemática.

Desde esta perspectiva no es adecuado, tomar decisiones que sustituyan a los/as involucrados/as; salvo las determinadas por situaciones de riesgo.

Acelerar o precipitar decisiones que luego no pueden ser sostenidas se convierte en una nueva frustración y refuerza el sentimiento

de inevitabilidad que rodea a las personas que lo sufren.

Un aporte sustancial desde los Equipos de Salud, para acompañar el proceso de salida es orientar e informar de forma precisa, sobre los diferentes recursos existentes a los cuales puede apelar cuando se transita una situación de VD

Conocer los Recursos facilita el diseño de estrategias institucionales y desde los operadores. Tener información de las características del Servicio, de las formas de acceso y las posibilidades de coordinación y articulación de acciones es muy importante dado que errores en la derivación pueden determinar el retroceso de los pasos dados a la hora de pedir apoyo.

Existen varios tipos de Recursos que no son excluyentes y que se complementan e interactúan entre sí. Podemos hablar de Recursos Institucionales, Comunitarios, Familiares y Personales.

Recursos Institucionales:

Ministerio de Interior:

Es la institución que más frecuentemente se visualiza como respuesta a este tipo de problemas. Sin embargo debemos tener en cuenta que no en todos los casos es aconsejable realizar una denuncia policial. Es necesario evaluarlo con la involucrada y pensar posibles estrategias a seguir en caso de realizarla.

En situaciones de riesgo se sugiere llamar al

patrullero 911 dado que es el único que interviene en la emergencia y que cuenta con los recursos para hacer frente a la crisis.

La denuncia policial debe realizarla en forma escrita y firmarla. En caso de estar en condiciones de trasladarse se sugiere radicarla en la Comisaría de la Mujer y la Familia dado que tiene como función específica intervenir en las situaciones de VD. De no ser posible, puede hacerla en la Seccional Policial correspondiente.

En la Denuncia deben aparecer todos los datos personales del agresor y muy especialmente la o las direcciones donde se lo puede encontrar. Debe describir con la mayor precisión y de manera sintética los hechos, especificando si existen amenazas y si tiene armas. Debe poner especial atención a los elementos de prueba, tales como los certificados médicos, denuncias anteriores, testigos, etc.

La Seccional Judicial debe informar a la Justicia sobre las denuncias formuladas, para que realice los procedimientos correspondientes.

Poder Judicial:

Es posible radicar directamente la denuncia en el Juzgado pero para hacerlo necesita de la intervención de un/una abogado/a particular o defensor de oficio. En los Juzgados especializados de VD cuentan con defensores de oficio que dan el respaldo jurídico necesario.

Instituciones Públicas y Privadas que brindan Servicios específicos:

En la órbita de lo Público se cuenta con Servicios Específicos casi exclusivamente en Montevideo, si bien en todo el país existen profesionales sensibles y formados en el tema que brindan orientación y apoyo desde instituciones privadas o públicas, de Salud, INAU, Socaf, etc. La Intendencia Municipal de Montevideo, desarrolla los *Programas Comuna Mujer* en la órbita de los Centros Comunales Zonales, N^o 8, N^o9, N^o10, N^o 11, N^o 12, N^o14, N^o17 y N^o 18. En ellos se brinda atención psico-social y/o jurídica.

Funciona además el Servicio Telefónico de Atención a las Víctimas de VD: **0800.41.41** que tiene *cobertura nacional*. La utilización de este Servicio no queda registrado en la actura y *es gratuito*. Atiende los 365 días del año de 8 a 24 horas.

El Instituto Nacional de las Mujeres cuenta con un Servicio de Atención a situaciones de VD en Montevideo, en la Av.18 de Julio 1453 piso 6, y su teléfono es 400 03 02.

En la órbita de lo privado operan ONGs que brindan servicios de orientación y atención específicas a esta problemática. Es aconsejable contar con una guía de recursos actualizada en la cual se especifique el tipo de servicio que brindan (jurídico, psicológico, social, grupos de auto-ayuda) y los horarios y días de atención.

Recursos Comunitarios:

Los espacios locales concebidos como espacios de trabajo, de formación, de socialización política y de integración socio-cultural, no son solamente espacios geográficos o urbanos. Son ámbitos en los cuales es posible construir nuevas formas de relacionamiento y promover el respeto a los derechos de sus habitantes en toda su dimensión.

Los Centros Educativos, los Clubes Sociales, las Comisiones de Fomento, los grupos de mujeres, son recursos muy valiosos a la hora de definir una estrategia que contribuya a salir de la VD. Romper con el cerco del aislamiento es de por sí un paso importante, pero lo es más aún si existen profesionales o vecinos/as sensibles a este tema que puedan apoyar estos procesos y colaborar en el caso de ser necesarias redes de protección cuando existen situaciones de riesgo.

Recursos Familiares y Personales:

Apelar a las fortalezas de cada mujer, ayudarla a encontrar o recuperar los aspectos positivos de su vida y contribuir a que pueda recomponer sus vínculos afectivos o familiares son ejes imprescindibles en todo proceso de salida de estas situaciones.

Apelar a las fortalezas de cada mujer, ayudarla a encontrar o recuperar los aspectos positivos de su vida y contribuir a que pueda recomponer sus vínculos afectivos o familiares son ejes imprescindibles en todo proceso de salida de estas situaciones.

La derivación a un Servicio debe darse en el marco de una evaluación y una primera respuesta que posibilite a la persona volver a la consulta aunque no haya cumplido con la indicación brindada. Se debe habilitar a la mujer a que sea ella misma la que defina los tiempos que necesita y a no sentirse cuestionada por no haber podido avanzar.

Es de buena práctica que la orientación y la información sean visualizadas como una herramienta que puede emplear cuando lo necesite o lo elija. Esta posibilidad de elección se debe explicitar tanto en el discurso como en la actitud del técnico.

Es necesario actualizar con frecuencia las Guías dado que se producen cambios en los Servicios, para ello es necesario que cada institución de salud responsabilice a una persona de cumplir con la función de mantener al día la información y mantener activos los vínculos con los recursos.

La coordinación debe explicitar las formas de

Mecanismos de referencia y contrarreferencia

Explícitos, escritos y accesibles a todos los operadores.

Guía de recursos y coordinación actualizadas.

Persona responsable de la actualización.

referencia y contrarreferencia de las mujeres al servicio, y las formas de dar seguimiento a las mismas.

En cada caso se establecerán acuerdos operativos, adaptados a la práctica cotidiana y a las necesidades identificadas. Estas

acciones se deben explicitar y dejar por escrito de forma que sean claras y accesibles a todos los operadores.

El conocimiento de los recursos mejorará la indicación de acuerdo a las características de cada situación y cada persona.

Comentarios finales

La VD contra la mujer es un problema de salud pública invisibilizado, muy frecuente.

Su atención es una responsabilidad social y profesional que requiere una revisión de actitudes personales con implicancias para el ejercicio profesional.

La mayoría de las situaciones no tienen riesgo vital inmediato, pero sí graves consecuencias en términos de salud y calidad de vida.

En situaciones de riesgo la acción de los profesionales de la salud en la evaluación, contención, orientación y diseño de un plan de seguridad, puede ser crucial.

La experiencia acumulada en la atención a la violencia contra la mujer en el área de la salud, ha permitido la resignificación del rol del personal de salud en la atención a este problema. La acción a favor de la no violencia, entender la violencia como un problema de salud pública y promover la consulta, muchas veces no conduce a resultados inmediatos que el profesional de la salud pueda evidenciar como un cambio en la situación, pero alivia, atiende el sufrimiento y puede ser el inicio del proceso de mejora de la calidad de vida de esa persona.

BIBLIOGRAFÍA

1. Castro, R. and F. Riquer, La investigación sobre violencia contra las mujeres en América Latina: entre el empirismo ciego y la teoría sin datos. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2003. 19(1): p. 135-146.
2. Guia de Practica Clinica de Atención de Violencia Familiar. [accesible en: www.minsa.gob.pe/portal/p2005/documentos/smental/GUIA%20VIOLENCIA%20BASADA%20EN%20GENERO%20MINSA.doc].
3. Olaiz, G., et al., J. Encuesta Nacional de Salud 2000. Vol. Tomo 2. La salud de los adultos. 2003., Cuernavaca, Morelos, México.: Instituto Nacional de Salud Pública
4. Krug, E., et al., World report on violence and health. 2002, Geneva, Switzerland: World Health Organization [WHO]. 372 pag. [accesible en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/FullWVRVH.pdf]
5. Carpeta informativa: Violencia contra la mujer: Un tema de salud prioritario. OPS/OMS 1998, [accesible en: http://www.who.int/gender/violence/en/violencia_infopack1.pdf]
6. García-Moreno, C., et al., Resumen del informe del Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica: 2005, Organización Mundial de la Salud. [accesible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/924359351X_spa.pdf]
7. Velzeboer, M., et al., La violencia contra las mujeres: responde el sector salud. 2003: Unidad de Género y Salud - OPS/OMS. 114 pag.
8. Encuesta sobre Prevalencia de Violencia Doméstica en Montevideo y Canelones, in Consultora Teresa Herrera y Asociados. 2003, Programa de Seguridad Ciudadana - BID: Montevideo - Canelones. 88 pag.
9. Informe DDHH en Uruguay. 1997, SERPAJ: Montevideo.
10. Informe sobre Violencia Domestica en Uruguay. 2001, Comisión Nacional de Seguimiento: Montevideo.
11. La investigación de la semana: Programa 204 Violencia Domestica. 2002 19 de noviembre de 2002 [accesible en: <http://www.paysandu.tv/ie204.htm>].
12. Heise, L., J. Pitanguy, and A. Germain, Violencia contra la mujer: La carga oculta de la salud. 1994, Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud
13. Stark E, F.A., Spouse abuse, in Violence in America. 1991, N.Y. Oxford Univ. Press.
14. Espinoza, H. and A. Camacho, Maternal death due to domestic violence: an unrecognized critical component of maternal mortality. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health, 2005. 17(2).
15. Dellenbach, P, et al., Chronic pelvic pain. Another diagnostic and therapeutic approach. Gynecologie, Obstetrique & Fertilité, 2001. 29(3): p. 234-43.
16. Bradley, F, et al., Reported frequency of domestic violence: cross sectional survey of women attending general practice. BMJ, 2002. 324(2): p. 271-77.
17. Koss, M., P. Koss, and Woodruff, J. Archives of Internal Medicine, 1991.
18. Day, T., The health related costs of violence against women in Canada. 1995, Center of Research on V. A.W. and Child.
19. Pellegrini-Filho, A., La violencia y la salud pública. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health, 1999. 5(4/5).
20. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health, 1999. 5(4/5).
21. Sagot, M. and A. Carcedo, Ruta Crítica de las mujeres afectadas por violencia intrafamiliar en América Latina: Estudios de caso de diez países. Vol. 1. 2000: OPS - Programa Mujer Salud y Desarrollo. 145 pag. [accesible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/GE/rutacritica.pdf>]

22. Heise, L., Violence against women: an integrated, ecological framework. *Violencia Against Women*, 1998. 4(3): p. 262-90.
23. Ravazzola, M.C., El circuito del abuso en el sistema familiar, in *Historias infames: los malostratos en las relaciones*. 1997, PAidos: Buenos Aires. p. 55-87.
24. Amorín, D., E. Carril, and C. Varela, Marco conceptual en Significados de maternidad y paternidad en adolescentes de estratos bajos y medios en Montevideo, in *Proyecto Genero y Generaciones: reproducción biológica y social de la población uruguaya*. 2006: Montevideo. p. 135-156.
25. Zierler, S., et al., Adult survivors of childhood sexual abuse and subsequent risk of HIV infection. *American journal of public health*, 1991. 81(5): p. 572-575.
26. Lampe, A. and E. Solder, Chronic pelvic pain and previous sexual abuse. *Obstet Ginecol*, 2000. 96(6): p. 929-33.
27. Birriel, F., M. Paredes, and R. Perez, Sedimentos y transformaciones en la construcción psicosocial de la vejez, in *Proyecto Genero y Generaciones: reproducción biológica y social de la población uruguaya*. 2006. p. 20-109.
28. Ferguson, H., et al., Ending gender-based violence: A call for global action to involve men. 2004, Helsinki: Edita Västra Aros.
29. Sluzky, C., Violencia familiar y violencia política¹. Implicaciones terapéuticas de un modelo general, in *Nuevos Paradigmas, Cultura y Subjetividad*, F. Schnitman, Editor. 1998, Paidós: Buenos Aires.
30. Escudero, A., et al., La persuasion coercitiva, modelo explicativo del mantenimiento de las mujeres en una situación de violencia de genero: Las estrategias de la violencia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 2005. XXV(95): p. 85-117.

Se termino de imprimir en noviembre de 2006
Gráficos del Sur, A Martínez Trueba 1138
Telefax: 413 7370 - Montevideo - Uruguay
E-mail: pedroco@adinet.com.uy