

Facultad de Ciencias Sociales
X jornadas de investigación

Derechos humanos, seguridad y violencia

13 y 14 setiembre de 2011



Prevalencia de la
medicalización de la
violencia doméstica y
sus efectos
iatropatogénicos en un
servicio de atención
primaria de Montevideo

Fernando Salas Rosso
Fernanda Lozano Méndez

Prevalencia de la medicalización de la violencia doméstica y sus efectos iatropatogénicos en un servicio de atención primaria de Montevideo¹.

Mag. Fernando Salas Rosso^{1*} y Dra. Fernanda Lozano Méndez^{2*}

1* - Instituto de Ciencia Política de la Facultad de Ciencias Sociales (UDELAR) y Facultad de Humanidades de la Universidad de Montevideo.

2 * - Facultad de Medicina (UDELAR) y Red de Atención Primaria de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (RAP-ASSE).

fsalas@um.edu.uy y fernandalozano@adinet.com.uy

Se analiza la prevalencia de la medicalización de los estados de ánimo en mujeres víctimas de violencia doméstica. La base de datos se construyó a partir de los partes diarios de una policlínica de la zona oeste de Montevideo generados durante un año.

La consulta médica es un ámbito privilegiado para detectar la violencia contra la mujer, en la medida en que las mujeres concurren por diversas razones: control en salud, control de patologías o a partir de síntomas emocionales o físicos secundarios a las agresiones. Sin embargo la consulta médica constituye una oportunidad perdida cuando el equipo de salud omite indagar las causas y realiza un tratamiento meramente paliativo de los síntomas, omitiendo un abordaje integral que considere las raíces socioculturales de la situación, cuyo abordaje es la única forma definitiva para solucionar esta violación de derechos humanos.

Más aún, el tratamiento sintomático que mantiene el problema de fondo, tiene un efecto iatropatogénico ya que permite que continúe la vulneración de derechos de la mujer exponiéndola a riesgos mayores (entre los cuales encontramos el asesinato o el suicidio).

Palabras claves: Medicalización, violencia doméstica.

¹ Trabajo presentado en las X Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales, UdeLaR, Montevideo, 13-14 de setiembre de 2011

Introducción

Cotidianamente se violan los derechos humanos de muchas mujeres en diversos ámbitos. Uno de los más traumáticos es el perpetrado por sus parejas o ex parejas.

Si bien hay esfuerzos gubernamentales por detectar y abordar este flagelo, aún no existe en Uruguay una cultura generalizada de la detección y tratamiento de este mal social, lo cual dificulta que las mujeres puedan relatar de forma espontánea que padecen violencia.

Uno de los ámbitos privilegiados para detectar la violencia contra la mujer es en el sector de la salud, en la medida en que las mujeres asisten por diversos motivos, en ocasiones a partir de síntomas emocionales o físicos, a veces inespecíficos pero secundarios a las agresiones. Estudios realizados en Latinoamérica (“La ruta crítica”) demuestran que la actitud del equipo de salud es determinante para lograr que la mujer salga de la relación abusiva.

Sin embargo esta es una oportunidad perdida cuando el equipo de salud omite indagar las causas y realiza un tratamiento sintomático y en ocasiones paliativo, sin abordar la problemática que la origina.

Si bien es necesario tratar las lesiones y los daños emocionales (trastornos afectivos como la depresión, la ansiedad en sus diversas formas, entre otras), también lo es, y aquí radica la omisión, el abordaje integral que considera las raíces socioculturales de la problemática donde radican las bases de dicha violencia y cuyo tratamiento es la única forma definitiva para solucionar este problema.

Más aún, el tratamiento sintomático que mantiene el problema de fondo, tiene un efecto iatropatogénico ya que permite que continúe la vulneración de los derechos humanos de la mujer quien continúa expuesta a riesgos vitales, siendo los más graves el homicidio o el suicidio, esta última situación ante la desesperación por la falta de respuestas y la sensación de impotencia que esto le genera.

El objetivo general del presente trabajo es contribuir al diagnóstico de la prevalencia de la medicalización de los estados de ánimo en las víctimas de violencia doméstica.

Los objetivos específicos son:

- Cuantificar el porcentaje de pacientes víctimas de violencia doméstica en una policlínica de atención primaria del sector público, en Montevideo, donde el médico está sensibilizado y cuenta con formación específica para la detección y abordaje de esta problemática.
- Cuantificar el porcentaje de pacientes víctimas de violencia de pareja que consumen psicofármacos.
- Cuantificar el porcentaje de pacientes víctimas de violencia doméstica que tuvieron intentos de autoeliminación.
- Explorar las razones que motivan las consultas de las mujeres víctimas de violencia.

El artículo se organiza en tres secciones. En una primera parte abordaremos los conceptos teóricos en base a los cuales analizamos esta problemática: violencia basada en género, síndrome de maltrato a la mujer, síndrome de mujer maltratada y medicalización de los estados de ánimo. En una segunda parte se tratará brevemente la normativa nacional vigente sobre el abordaje de las situaciones de violencia hacia la mujer por parte del personal de la salud. En la tercera parte se describe la prevalencia de la medicalización de los estados de ánimo y los intentos de suicidio entre las mujeres víctimas de maltrato por parte de sus parejas.

Síndrome de maltrato a la mujer

La Organización Mundial de la Salud define la violencia como: “el uso deliberado de fuerza física o de poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, sobre uno mismo, sobre otra persona o sobre un grupo u objetos, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daño psicológico, trastornos del desarrollo o privaciones”.

Existen grupos que son especialmente vulnerables a sufrir ciertas formas de violencia, entre ellos se destacan los niños, ancianos, discapacitados, inmigrantes y las

mujeres. Esta última forma constituye la violencia basada en género, la cual es definida por la declaración de las Naciones Unidas sobre eliminación de la violencia contra la mujer como, “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual, patrimonial, o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como privada”.

Lorente Acosta y Toquero de la Torre han denominado el *Síndrome de Maltrato a la Mujer* a un conjunto de lesiones físicas y psíquicas que son el resultado de las agresiones repetidas llevadas a cabo por su pareja actual o pasada. Según estos autores, dado que existe la posibilidad de que el agresor sea una expareja de la mujer, y el ambiente doméstico o familiar es sólo un escenario más en donde ocurren las agresiones (puede iniciarse durante el noviazgo y continuar luego de disuelta la relación familiar) no es lo más conveniente hablar de violencia intrafamiliar o doméstica (por otra parte estos dos últimos términos incluyen además el maltrato infantil y al adulto mayor). Hechas estas salvedades aclaramos que en este trabajo se utilizará como sinónimos los términos violencia de pareja y violencia doméstica por ser este último el utilizado en la normativa uruguaya.

El impacto psicológico ocasionado a largo plazo en estas mujeres configura lo que estos mismos autores denominan el *Síndrome de Mujer Maltratada*, el cual se refiere a las alteraciones psíquicas y sus consecuencias generadas por la situación de maltrato permanente, y a diferencia del síndrome de maltrato a la mujer que se centra en el cuadro lesional, en este caso se centra en el daño psíquico provocado por el maltrato a la mujer.

Según el Informe Mundial de la OMS del año 2003, se trata de pacientes con múltiples consultas en los servicios de salud, sobremedicación y hospitalización. Dentro de las manifestaciones más comunes que motivan la consulta se destacan las de la esfera ginecoobstétrica (embarazos no deseados, aborto provocado en condiciones de riesgo, infecciones de transmisión sexual, parto prematuro, enfermedad inflamatoria pélvica, entre otros) trastornos dolorosos crónicos (fibromialgia, colon irritable, cefaleas entre otros), conductas de riesgo (adicciones, sedentarismo, entre otros) y especialmente manifestaciones de la salud mental (ansiedad generalizada, fobias, trastorno de estrés

postraumático, depresión, baja autoestima, somatización, trastornos del sueño y de la conducta alimentaria, abuso de psicofármacos).

Otras repercusiones ocasionan aislamiento social e inhiben la participación activa en las tareas de la comunidad, y el desarrollo personal incluido el estudio y acceso a trabajos de buena calidad con adecuada remuneración. Esta limitación en las redes hace que sean muy escasas las oportunidades que tiene la mujer de recibir ayuda, por ello es fundamental que el profesional médico aproveche la posibilidad que le brinda al consultar por los síntomas de esta dolencia, aunque la mujer no refiera directamente las causas.

Respecto a la mortalidad, la tasa de suicidio en Uruguay aumentó en los últimos 15 años un 40%. A su vez hay estudios que demuestran que el 40 % de las mujeres que se suicidan son víctimas de violencia por parte de sus parejas y el riesgo de cometer suicidio es 12 veces mayor en la mujer que ha sido víctima de esta forma de violencia en relación con la que no la sufrió (Comisión Asesora Técnica del Programa Nacional de Salud Mental, 2006).

La Organización Panamericana de la Salud, realizó un estudio llamado La Ruta Crítica, en varios países de Latinoamérica destacando que la mayoría de las mujeres identificaron como un obstáculo importante para salir de la relación abusiva la actitud de los proveedores de los servicios de salud muchos de los cuales reconocieron apearse a pautas rígidas considerando a la violencia basada en género y la violencia ejercida por parejas o exparejas, como algo privado. Pocos proveedores de salud interrogaban al respecto y pocos reconocían conocer el peligro al que se expone la víctima. En los casos en que había una detección inicial, no había seguimiento desde el sector salud y la paciente se sentía abandonada.

Clásicamente se mencionan como dificultades en el diagnóstico médico de la violencia de pareja los siguientes: desconocimiento del fenómeno por parte del médico, sus prejuicios en torno al tema (que la violencia es un asunto privado, que la violencia está justificada por actitudes de la mujer, que se requiere paciencia ya que la situación mejorará con el tiempo, que es determinada por el alcohol y las drogas, que sólo ocurre en medios socioeconómicos deficitarios, o que la víctima tiene rasgos masoquistas), el temor a que la paciente se avergüence o se ofenda al preguntarle, la existencia de un

diagnóstico previo sesgado, la falta de tiempo en la consulta, el sentimiento de impotencia, la falta de capacitación en la temática, o su paternalismo que le dificulta tolerar que la paciente no siga sus indicaciones (Venguer T, Fawcett G, Vernon R, Pick S, 1998).

Otro elemento a tener en cuenta es la existencia de una conducta defensiva por parte del médico que quiere evitar involucrase en un eventual litigio.

Medicalización de la violencia hacia la mujer

En los últimos años aumentó de manera exponencial el consumo de antidepresivos y ansiolíticos. Desde las profesiones médicas se suele interpretar esto como una mejora en las capacidades de detección y diagnóstico de casos de depresión, ansiedad y trastornos afines.

Sin embargo, un análisis social de este fenómeno, como el que propone Martínez Hernández (2006) sostiene que otras son las causas principales: a) el uso de la persuasión por parte de la industria farmacéutica, b) las nuevas imágenes de la modernidad incorporadas por los consumidores que generan un nuevo sentido común donde las personas tienen el imperativo de ser felices aunque deban comprar la felicidad encapsulada y c) la naturalización de las adversidades que lleva a los médicos a concentrarse únicamente en el tratamiento sintomático de las mismas.

Desarrollaremos a continuación estas tres causas de la medicalización de la violencia hacia la mujer.

a) el uso de la persuasión por parte de la industria farmacéutica

La industria farmacéutica se ha convertido en una de las actividades legales más lucrativas. Dos son los campos más prometedores de este sector: los fármacos destinados a malear las emociones para enfrentar situaciones de la vida cotidiana (ejemplo: benzodicepinas) y la sexualidad (ejemplo: sildenafil).

Según el informe anual de la revista *Scrip* (citado por Martínez Hernández) los antidepresivos son actualmente el tercer tipo de fármaco más vendido en el mundo (detrás de los hipolipemiantes y los antiulcerantes). Los mismos generaron durante el 2004 un volumen de negocio de 20.100 millones de dólares.

Las estrategias persuasivas de los laboratorios hacia el personal de la salud y los ciudadanos en general en ocasiones muestran la felicidad al alcance de la mano a través del consumo de una especie de *píldora de la felicidad*.

b) las nuevas imágenes de la modernidad incorporadas por los consumidores.

Se extiende en occidente un nuevo tipo de urbanismo que implica mostrarse feliz, sea cual sea la situación que se atravesase o el estado de ánimo real de la persona. De esta manera el cuerpo decaído y deprimido es resimbolizado como una forma de disintonía con una estructura social que impulsa un cuerpo hipernormalizado, exultante y vital.

Appelbaum (citado por Martínez Hernández, 2006) habla de una “monocultura global de la felicidad” basada en la buena vida, la evitación del sufrimiento, el confort cotidiano y el consumo de la mayor cantidad de bienes y servicios. Cuando no se alcanzan estos cánones de manera natural se impone entonces lo que Kramer llama cosmética de la felicidad, a través de la medicalización de los estados de ánimos.

c) la naturalización de las adversidades que lleva a los médicos a concentrarse únicamente en el tratamiento sintomático de las mismas

La reconversión de los sistemas de salud ha llevado a descentralizar el tratamiento de los trastornos mentales como la ansiedad y la depresión entre los problemas asistibles por la red de atención primaria.

Existe un gran número de dolencias afectivas que reciben como única respuesta habitual por parte del personal de la salud el tratamiento sintomático. Este es el caso de las diversas formas de depresión (mayor, reactiva, distimia), de ansiedad (generalizada, crisis de angustia, trastornos obsesivos compulsivos), bulimia así como otros estados reconvertidos recientemente en enfermedad como el síndrome premenstrual disfórico o la fobia social.

El personal de la salud suele abordar estas problemáticas en sus aspectos biológicos, aunque para la gran mayoría de los diagnósticos de dolencias afectivas no se recurra a una corroboración empírica de sus causas biológicas.

Por otra parte es frecuente la laxitud en la utilización por parte del personal de la salud de la atención primaria, en el uso de los criterios de diagnóstico de algunas de estas dolencias afectivas. A modo de ejemplo puede habilitar la medicación de los estados de ánimo, la referencia al DSM-IV de la American Psychiatric Association, donde se señala que una persona posee un trastorno distímico (también llamado neurosis depresiva) si se reúnen, durante un lapso prolongado y sin otra causa médica, dos o más de los siguientes criterios diagnósticos:

- Pérdida o aumento del apetito.
- Insomnio o hipersomnia.
- Falta de energía o fatiga.
- Baja autoestima.
- Dificultad para concentrarse o para tomar decisiones.
- Sentimientos de desesperanza.

De hecho sería muy difícil que no se le diagnosticara neurosis depresiva, de acuerdo con los criterios mencionados, a una mujer víctima de violencia de pareja, aunque la causa no sea biológica y su tratamiento biológico a través del suministro de medicamentos mantenga la verdadera causa. Lo más probable en este caso será que la dolencia emocional no mejore y se mantenga la revictimización de la mujer por parte de su pareja. En ocasiones esto derivará en acciones desesperadas por parte de la mujer como son los intentos de autoeliminación.

La situación del profesional de la salud en este ámbito es especialmente delicada ya que el tratamiento meramente sintomático permite que se mantenga oculta la violación de los derechos humanos de la mujer y por tanto su revictimización, por no mencionar la colaboración, no voluntaria, al encubrimiento de conductas que son consideradas delitos por nuestro ordenamiento jurídico.

normativa nacional vigente sobre el abordaje de las situaciones de violencia hacia la mujer por parte del personal de la salud

En el año 2005 el Ministerio de Salud Pública de Uruguay asumió públicamente el compromiso de incluir en forma sistemática en la Historia Clínica de las mujeres mayores de 15 años, la violencia de pareja, para lo cual difundió un formulario con un cuestionario para facilitar la identificación de la problemática.

Desde 1995 en Uruguay se reconoce la Violencia Doméstica como delito, por su incorporación al Código Penal Uruguayo a partir de la Ley 16707 (Seguridad ciudadana). Previo a la existencia de la ley de seguridad ciudadana, el síndrome de maltrato a la mujer solía enmarcarse en delitos de lesiones que para ser perseguidos por la Justicia requerían denuncia de parte (salvo en los casos graves dolosos o de lesiones gravísimas), pero desde que se incorporó el delito de violencia doméstica existe un tipo penal especial y además el delito de lesiones personales pasa a perseguirse de oficio en caso de abuso de relaciones domésticas, incluso en sus formas de menor severidad clínica (traumatismos, lesiones ordinarias y graves culposas) no requiriendo, el Juez, la denuncia de la víctima para poder investigar y actuar.

En julio del 2002 se sanciona la Ley N° 17.514 o Ley de violencia doméstica que crea el Consejo Nacional Consultivo Honorario de Lucha contra la Violencia Doméstica, responsable de la elaboración del Plan Nacional de Lucha contra la Violencia Doméstica que establece pautas coordinadas interinstitucionalmente para la construcción y gestión de políticas públicas de Estado y sectoriales, orientadas al problema.. Es fundamental que los equipos de atención primaria conozcan esta ley ya que establece un marco jurídico específico para la prevención e intervención en violencia doméstica y que faculta al juez para tomar medidas cautelares para retirar a la víctima de la situación de riesgo, como por ejemplo el retiro inmediato del agresor del hogar, prohibición que se acerque a la víctima, a su casa o lugares que ésta frecuenta, puede decidir en forma provisoria sobre la tenencia de los hijos menores de edad, fijar un régimen provisorio de visitas y una pensión alimenticia.

La actuación del Juez de Familia es independiente de la del Juez Penal, y este último puede decidir que no hay delito penal, pero el Juez de Familia Especializado en Violencia Doméstica puede determinar medidas cautelares.

En el año 2006 el Ministerio de Salud Pública aprobó el Decreto 494/006 que reglamenta la participación de los servicios de salud en situaciones de violencia doméstica y que recientemente fue actualizado por el Decreto 292/009.

Prevalencia de la medicalización de los estados de ánimo y los intentos de suicidio entre las mujeres víctimas de maltrato por parte de sus parejas

Metodología

La metodología empleada comprendió el análisis retrospectivo de contenido, de tipo cuantitativo, de la información de los partes diarios de una policlínica pública de atención primaria de Montevideo.

Esta policlínica si bien está abierta a todo tipo de consulta de atención primaria reviste especial interés por estar atendida por una médica, la cual está sensibilizada y formada en la detección y diagnóstico de violencia de pareja, lo que permite una mayor efectividad para la investigación en términos de la detección de estas situaciones.

El período abarcado es de un año, analizándose los partes comprendidos entre agosto de 2007 y agosto de 2008.

A partir del análisis de los partes diarios se identificaron las consultas que correspondían a mujeres víctimas de violencia de pareja, lo cual se facilitó por el hecho de que desde el año 2006 se debe registrar en los partes de manera obligatoria, para toda consulta de pacientes mayores de 15 años, en una columna específica, si se detectó la presencia de violencia doméstica, independientemente del motivo de consulta de la paciente. Esa columna en el parte diario se completa tras realizar una serie de preguntas consignadas en un cuestionario estandarizado que aporta el Ministerio de Salud Pública. La respuesta afirmativa a las preguntas 1, 2, 4 y 5 del cuestionario incorporado a las historias clínicas de las mujeres mayores de 15 años es lo que consideramos en este

trabajo como evidencia de la presencia de violencia doméstica. Las preguntas del formulario son las siguientes:

¿Su pareja o alguien importante para usted le ha causado daño emocional o psicológico en forma repetida? (Por ej: por medio de alguna de las siguientes situaciones: insultos, maltrato a sus hijos, hacerla sentir avergonzada o humillada, desprecio por las tareas que usted realiza, burlas, destrucción de objetos propios, amenazas, daño a mascotas, rechazo o desprecio, aislamiento de amigos o parientes, otras.) ¿Sucede actualmente?

¿Su pareja o alguien importante para usted le ha causado daño físico grave al menos una vez, o le ha hecho agresiones menores en forma reiterada? (Por ejemplo: empujones, golpe de puños, quemaduras, zamarreos, mordeduras, ahorcamiento, pellizcos, palizas, golpes con objetos, tirón de pelo patadas, daño con armas, cachetadas, otra forma.) ¿Sucede actualmente?

¿Cuando usted era niña recuerda haber sido tocada de manera inapropiada por alguien o haber tenido relaciones o contacto sexual?

¿Alguna vez en su vida ha sido obligada a tener relaciones o contacto sexual? Por ejemplo: empleo de la fuerza física, de intimidación o amenaza para mantener relaciones sexuales o prácticas sexuales no deseadas. ¿Sucede actualmente?

Hoy, en su casa, ¿piensa usted que podría sufrir alguna de las situaciones nombradas?

En el parte se consigna además la edad y el motivo de consulta de la paciente.

La información acerca del consumo de psicofármacos e intentos de autoeliminación fue obtenida por la médica a partir de las historias de dichas pacientes, protegiendo y respetando la confidencialidad de las mismas.

Se analizaron los partes en que se consignó la presencia de violencia doméstica. En los mismos se procedió a la retabulación de los motivos de consulta dividiéndolos en cinco categorías:

- Consulta expresa y exclusiva de la mujer por violencia doméstica.

- Consulta expresa y exclusiva de la mujer por trastornos emocionales (angustia, trastornos del sueño, decaimiento, tristeza, entre otros).
- Consulta a partir de patologías orgánicas varias (diferentes a los trastornos afectivos) o bien para control en salud o realización de procedimientos de anticoncepción o toma de Papanicolau. Un limitación de esto es que se incluyen aquí dolores y otros síntomas (diarreas, crisis broncoobstructivas) que pueden ser consecuencias de una somatización.
- Consulta a partir de patologías varias, incluyendo las afectivas y/o orgánicas además de haber consultado al menos en una oportunidad específicamente por violencia doméstica.
- Consulta a partir de patologías varias, incluyendo las afectivas y/o orgánicas consultar expresamente en ninguna oportunidad por violencia doméstica.

Análisis de resultados

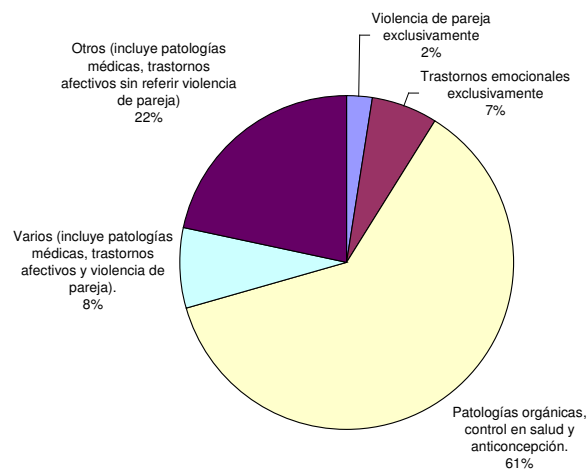
En un año se recibieron en esta policlínica de atención primaria 584 consultas por parte de mujeres que experimentan violencia de pareja dentro de un total de 1849 consultas de pacientes adultos (hombre y mujeres mayores de 15 años). Esto significa que el 31,6% de las consultas recibidas tienen como protagonistas a mujeres víctimas de violencia de pareja.

Estas consultas corresponden a 167 mujeres por lo cual podemos concluir que el médico tiene en promedio cada año tres oportunidades con cada paciente para detectar situaciones de violencia de pareja. Sin embargo muchas veces hay una sola oportunidad (las cifras promediales aumentaron por casos en que las mujeres consultaron durante muchas oportunidades, en el caso máximo una mujer realizó 31 consultas durante el año).

Sin embargo la dificultad esencial de diagnóstico es que la mujer concurre al médico para ser tratada en los síntomas físicos o emocionales de la violencia, o de otras dolencias, no refiriendo espontáneamente que padece violencia de pareja. Sólo el 2% las mujeres víctimas de violencia de pareja concurren a la policlínica expresando que la

razón de su consulta era por violencia de pareja, mientras que el 8% lo hizo por una combinación de dolencias entre las cuales se expresó la violencia doméstica. La dificultad aquí es que el médico que no investigue esta problemática y simplemente le de al paciente lo que el paciente expresa que viene a buscar, dejará ir a 9 de cada 10 mujeres víctimas de violencia de pareja que recibe en su consultorio.

Motivos de consulta en mujeres víctimas de violencia de pareja

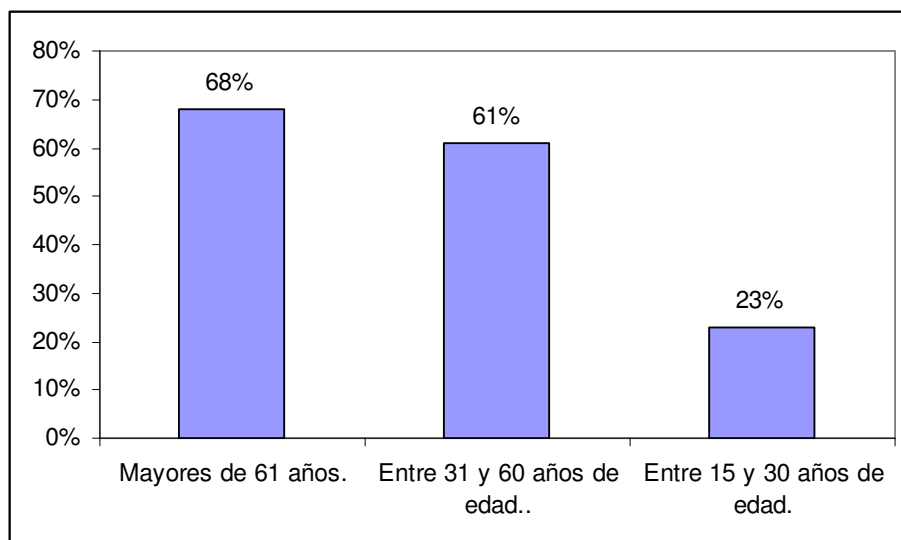


El 37% de las mujeres consulta por trastornos emocionales, sin embargo más de la mitad (52,7%) de las mujeres víctimas de violencia de pareja consume psicofármacos.

Esto no necesariamente nos habla de una mala atención por parte de los profesionales de la salud, pero si la atención se queda estrictamente en la medicación de los estados de ánimo resulta claramente insuficiente.

El mayor consumo de psicofármacos entre las mujeres víctimas de violencia de pareja se percibe entre las mayores de 31 años (61% de las mujeres víctimas de pareja de entre 31 y 60 años y 68% de las mayores de 61 años consume psicofármacos), siendo menor entre aquellas mujeres que tienen entre 15 y 30 años (23% de las mujeres víctimas de violencia de pareja dentro de este rango consume psicofármacos).

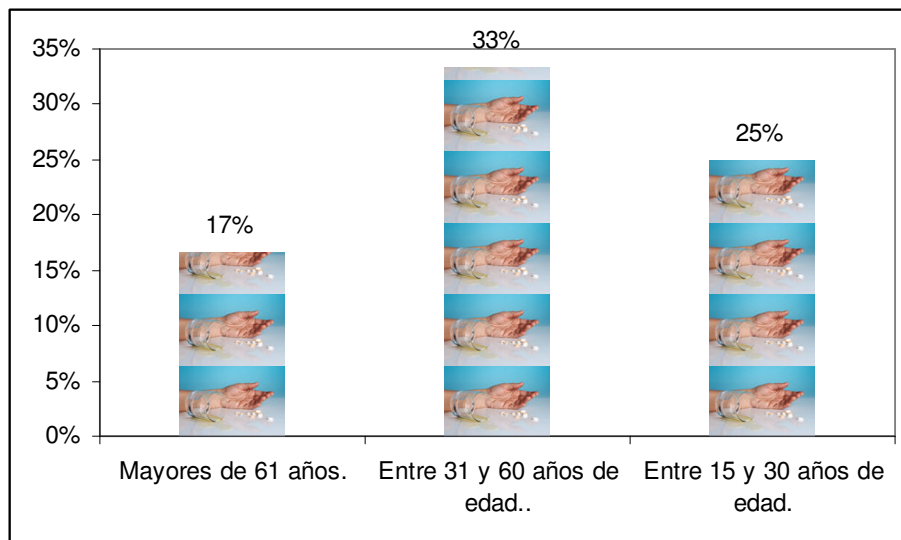
Consumo de psicofármacos en mujeres víctimas de violencia de pareja según rango etareo



La cuarta parte (25,1%) de las mujeres víctimas de violencia de pareja ha intentado autoeliminarse, lo cual nos muestra el grado de desesperación que esta situación comporta ante la falta de alternativas.

La mayor incidencia de los intentos de autoeliminación entre las mujeres víctimas de violencia de género se registra entre las mujeres que tienen entre 31 y 60 años (casi una de cada tres intentó autoeliminarse), siendo menores las tasas en las mujeres que tienen entre 15 y 30 años (casi una de cada cuatro intentó autoeliminarse), y menores aún entre aquellas que superan los 60 años (una de cada seis intentó autoeliminarse).

Intentos de autoeliminación en mujeres víctimas de violencia de pareja según rango etareo



Conclusiones

La dinámica de la violencia de pareja se caracteriza, entre otras cosas, por agresiones cíclicas, pero también por el aislamiento de la víctima y el menoscabo de su autoestima. Esto dificulta que la mujer exprese la situación de vulneración de derechos en que se encuentra. Especialmente, porque a pesar del daño psíquico ocasionado, presentan un grado elevado de control interno como mecanismo de defensa para tolerar la situación abusiva.

Estos mecanismos de defensa no evitan la necesidad de que la mujer trate las dolencias físicas y emocionales asociadas a su situación, lo cual hace que consulte al personal de atención primaria de la salud. Sin embargo no suele referir espontáneamente la situación de violencia en que vive. Incluso es probable que ella misma no sea capaz de identificar el nexo de causalidad entre sus dolencias y las agresiones reiteradas recibidas.

La conclusión fundamental de esta investigación es que el médico que no investiga específicamente la causa de estas dolencias medicará los síntomas (52,7% de las mujeres víctimas de violencia de pareja consumen psicofármacos) dejando ir a 9 de cada 10 mujeres sin detectar, y por lo tanto sin abordar, la situación de violencia doméstica (ya que sólo una de cada diez mujeres víctimas de violencia de pareja lo expresa como motivo de consulta).

Esta medicación de los síntomas, si bien puede ser necesaria, no es suficiente, y para la mujer significa que la situación de vulneración de sus derechos continuará. En ocasiones esto se hará insostenible derivando en intentos de autoeliminación (la cuarta parte de las víctimas de violencia de pareja refirió intentos de autoeliminación) o suicidios consumados.

Considerando que en la responsabilidad médica se valora el cumplimiento de la *lex artis ad-hoc* (conjunto de normas técnicas, éticas y legales que rigen el ejercicio de la profesión en un momento y lugar determinado), y dado que en Uruguay existe un decreto del Ministerio de Salud Pública del año 2006 que establece la obligatoriedad de indagar y abordar en forma integral estas situaciones, el médico que no lo realiza, no sólo contribuye pasivamente a la perpetuación de la violencia hacia la mujer, sino que también está incurriendo en un apartamiento de la *lex artis*, pudiendo ser llamado a responsabilidad en diversos ámbitos.

Se deriva de lo dicho la necesidad de contar con una formación sólida que permita cumplir con los imperativos éticos, técnicos y legales que aseguren la calidad de la asistencia a las usuarias del sistema nacional de salud, el cual se ha planteado metas asistenciales derivadas de los programas prioritarios de salud, por cuyo incumplimiento hay sanciones económicas hacia las instituciones de salud que no las cumplen.

Creemos que es muy difícil abordar en forma integral y con calidad asistencial la situación de violencia si el médico es obligado por parte de la institución médica a atender a sus pacientes en escasos minutos dado que la detección y el abordaje requieren, entre otras cosas, tiempo.

Como pasos siguientes creemos que es importante continuar esta investigación comparando lo que ocurre en una policlínica donde el médico no tiene formación específica en la temática de violencia de pareja.

Bibliografía

- AMATO, M. (2007). *La pericia psicológica en violencia familiar*. La Rocca. Buenos Aires.
- AMORÍN, D.; GRAÑA, F.; GÜIDA, C. y RONDÁN, J. (2008). *El papel de los varones en el diseño e implementación de estrategias para la atención de la Violencia Basada en Género, en el contexto de la Reforma del Sistema de Salud en Uruguay*. Ministerio de Salud Pública. UNFPA, Programa Nacional de Salud de Mujer y Género. Montevideo.
- BERRO, G. (2008). “La violencia, propuesta médico-legal”. *Revista Medicina Forense Argentina*. Año 23(47): 10-14, Junio 2000
- BERRO, G. (2003). “Violencia familiar. Visión desde la medicina legal práctica de la ley 17514”. Ponencia presentada en *Jornadas médico legales de Paysandú*. 2003. Consultada en [www. mednet.org.uy/dml](http://www.mednet.org.uy/dml) el 3/5/08
- CASTELLI, R. (2002). “Violencia y sociedad”. En Daniel Holtzman (2002) *Violencia y peligrosidad en la sociedad de hoy*. Montevideo.
- CLARAMUNT, C. (1999). *Mujeres maltratadas. Guía para la intervención en crisis. Programa mujer, salud y desarrollo*. Serie género y salud pública I. Organización Panamericana de la Salud. Costa Rica.
- COBO PLANA, J.A. (1999): *Manual de actuación sanitaria, policial, legal y social frente a la violencia doméstica*. Masson. Barcelona.
- COVELLI, J.L. y ROFRANO, G. (2008): *Daño psíquico. Aspectos médicos y legales*. Ed. Dosityuna. Buenos Aires.
- ELLSBERG, M.; JANSEN, H.; HEISE, L.; WATTS, Ch.; GARCÍA MORENO, C. (2008). “Intimate partner violence and women’s physical and mental health in the WHO multi-country study on women’s health and domestic violence: an observational study”. *Lancet*; 371: 1165–72.

- GÁLVEZ MONTES, C. (2005). *Violencia de género, terrorismo en casa*. Ed. Formación Alcalá. Jaen.
- GROSMAN, C.; MASTERMAN, S. (2005). *Violencia en la familia. La relación de pareja. Aspectos sociales, psicológicos y jurídicos*. Tercera edición ampliada. Ed. Universidad. Buenos Aires.
- IRIGOYEN, M. F. (2006). *Mujeres maltratadas. Los mecanismos de violencia en la pareja*. Paidós. Barcelona.
- KRUG, E.; DAHKBERG, L.; MERCY, J.; ZWI, A. y LOZANO, R. (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Washington.
- LORENTE ACOSTA, M. (2006). *Malos tratos en torno a la relación en pareja. Cuestiones de interés para los tribunales*. Módulo III, Máster de Medicina Forense. Universidad de Valencia. Cuarta edición. 2006.
- LORENTE ACOSTA, M. y TOQUERO DE LA TORRE, F. (2004). *Atención primaria de calidad. Guía de Buena Práctica Clínica en Abordaje en situaciones de violencia de género*. OMC. Ministerio de Sanidad y Consumo. Editorial I.M. y C. Madrid.
- LOUREIRO MALÁN, R. (2003). *Lo que pasa en casa. De la violencia que no se habla*. Ed. Psicolibros. Montevideo.
- MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, Á. (2006). “La mercantilización de los estados de ánimo. El consumo de antidepresivos y las nuevas biopolíticas de las aflicciones”. En revista *Política y Sociedad*, Vol. 43, Núm. 3.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2003). *Informe Mundial sobre Violencia y salud*. Washington, D.C., OPS.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (1999). *Redes o coaliciones de acción en violencia intrafamiliar*. Programa mujer, salud y desarrollo. Serie género y salud Pública I. Organización Panamericana de la Salud. Costa Rica.

- OUTOMURO, D. (2004). *Manual de Fundamentos de Bioética*. Magíster Eos. Buenos Aires.
- PACHECO CARVE, L. (2008). *El proceso de violencia doméstica. Aspectos civiles y penales de la violencia doméstica en el Uruguay*. Ed. AMF. Montevideo.
- RAMSAY, J.; FEDER, G.; RIVAS, C.; CARTER Y.; DAVIDSON L.; HEGARTY K.; TAFT, A.; WARBURTON, A. (2009). “Advocacy interventions to reduce or eliminate violence and promote the physical and psychosocial well-being of women who experience intimate partner abuse”. En *The Cochrane Library*, Issue 2.
- PODER EJECUTIVO (1992). *Decreto 258/992 sobre Derechos del paciente*, Montevideo.
- PODER LEGISLATIVO (2008). *Ley 18335. Pacientes y Usuarios de los servicios de salud. Se establecen sus derechos y obligaciones*. Montevideo.
- RODRÍGUEZ ALMADA, H. (2007). *Medicina Legal de la mujer y del niño*. Bibliomédica. Montevideo.
- ROMANO, S.; SAMUNISKI, F.; LINDER, M.; GRELA, C. (2007). *Abordaje de situaciones de violencia doméstica hacia la mujer. Guía de procedimientos en el primer nivel de atención*. Dirección General de la Salud. Programa Mujer y Género. Ministerio de Salud Pública. Montevideo.
- SAVIEDA GARCÍA, J. y MALDONADO, J. (2003). *La familia: su dinámica y tratamiento*. Organización Panamericana de la Salud, regional de la Organización Mundial de la Salud, Instituto Mexicano de seguridad social. Washington D.C.
- SAGOT, M. y CARCEDO, A. (2000). *La ruta crítica de las mujeres afectadas por violencia intrafamiliar en América Latina (estudio de caso en diez países)*. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Ed. Zeta Servicios Gráficos. Costa Rica.

- TAFT, A.; HEGARTY, K.; RAMSAY, J.; FEDER, G.; CARTER Y.; DAVIDSON L. y WARBURTON, A. (2009). "Screening women for intimate partner violence in health care settings". En: *The Cochrane Library*, Issue 2.
- TORRE, R. O. (2007). *La víctima del crimen*. Ed Dosyuna. Buenos Aires.
- TUANA, A. y SAMUNISKI, F. (2005). *Violencia doméstica e incidencia en políticas públicas*. Red uruguaya de lucha contra la violencia doméstica y sexual. Mosca. Montevideo.
- VELZEBOER, M.; ELLSBERG, M.; CLAVEL ARCAS, C. y GARCÍA MORENO, C. (2003). *La violencia contra las mujeres: responde el sector salud*. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Washington.
- VENGUER, T.; FAWCETT, G.; VERNON; R. y PICK, S. (1998). *Violencia doméstica: un marco conceptual para la capacitación del personal de salud*. Solar, Servicios Editoriales. México D.F.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2008). *Preventing violence and reducing its impact: how development agencies can help*. World Health Organization, Geneva.

Organiza:
Comisión de Investigación Científica



Apoya:

