



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA DE SALUD MENTAL

MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN QUE SUFREN VIOLENCIA DOMÉSTICA

Autores:

Br. Bermúdez, Andrea
Br. Casas Mariana
Br. Castro, Rosa
Br. Lembo, Silvia
Br. Saldias, Rosana

Tutores:

Prof. Adj. Lic. Álvaro Díaz
Prof. Lic. Mariela Gras

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2013

INDICE

	Pág.
Índice.....	1
Agradecimientos.....	2
Resumen del Proyecto.....	3
Glosario.....	4
Introducción.....	5
Objetivos: Generales/Específicos.....	8
Fundamento Teórico.....	9
Metodología.....	18
Plan de análisis y resultados.....	21
Análisis de datos.....	35
Conclusión.....	37
Sugerencias.....	38
Revisión bibliográfica.....	39
.Anexos:	
Anexo 1- Ley 17514.....	42
Anexo 2- Entrevista a Idónea en el tema.....	51
Anexo 3- Dec. Univ. De los Derechos Humanos.....	56
Anexo 4- Vocabulario.....	62
Anexo 5- Carta a Dirección del Centro de Salud.....	68
Anexo 6-Formulario de Violencia Domestica	69

AGRADECIMIENTOS:

Agradecemos a nuestras familias por todo el apoyo brindado en esta etapa.

A las autoridades del Centro de Salud del interior del país donde fue realizada la investigación, a las funcionarias de archivo del Centro que con mucha voluntad nos brindaron las historias clínicas para la relevación de los datos.

Al espíritu solidario y comprensivo del grupo con el cual se logró la realización de un trabajo en forma armónica y disfrutable.

A todos los técnicos y profesionales que nos brindaron información y material sobre el tema.

A nuestros tutores por la guía y apoyo en el trabajo.

GLOSARIO:

- **APS:** Atención primaria de salud.
- **CLADEM:** Comité Latinoamericano y del Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer.
- **DINAE:** Dirección Nacional de Estadística
- **HC:** Historias Clínicas.
- **IMM:** Intendencia Municipal de Montevideo.
- **INAU:** Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay
- **INMUJERES:** Instituto Nacional de Mujeres.
- **MSP:** Ministerio de Salud Pública.
- **MYSU:** Mujer y Salud en el Uruguay.
- **OEA:** Organización de Estados Americanos.
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud.
- **ONU:** Organización de las Naciones Unidas
- **OPS:** Organización Panamericana de la Salud.
- **PIODNA:** Plan nacional de igualdad y oportunidades, derechos.

RESUMEN DEL PROYECTO:

El estudio que se presenta a continuación fue realizado por cinco estudiantes de la Licenciatura en Enfermería, Carrera Escalonada Generación 2010, en el periodo marzo-agosto de 2013.

La elección del tema para el proyecto de investigación se orienta hacia el Primer Nivel de Atención. Se pretende investigar si las mujeres que consultan en la policlínica de salud mental de un Centro de Salud Pública del interior del país, sufren algún tipo de violencia.

El objetivo planteado para la realización de esta investigación es conocer si las mujeres con diagnóstico de depresión que sufren algún tipo de violencia.

El propósito de la realización de este trabajo es, como futuros Licenciados en Enfermería, sensibilizar y comprometer al equipo de salud sobre el tema, buscando una adecuada atención en salud para estas usuarias, familia y entorno, haciendo hincapié en los derechos humanos además de dejar un precedente para futuras investigaciones.

Se realiza un estudio de tipo no experimental, descriptivo y de corte transversal con una metodología cuantitativa.

El universo de estudio es de 399 usuarios/as que se atendieron en la policlínica de salud mental de un centro de salud del interior del país en los meses marzo-agosto, tomándose como muestra a 77 mujeres que se atendieron en ese período y que tienen diagnóstico de depresión.

Para el logro de la recolección de estos datos, se realizó el relevamiento de los partes diarios de la atención en policlínica de salud mental entre los meses marzo- agosto, del 2013, se relevaron las historias clínicas de las usuarias que quedaron dentro de la muestra en estudio.

PALABRAS CLAVES:

- Mujer
- Depresión
- Violencia
- Primer nivel de atención

INTRODUCCION

El presente estudio es realizado por cinco estudiantes de la Licenciatura en Enfermería, Carrera Escalonada Generación 2010, en el periodo de marzo-agosto de 2013.

La violencia y la depresión tienen un impacto muy importante en nuestra sociedad donde se trata de identificar para una correcta atención en salud tanto a las usuarias, familia y entorno, entendiendo a la salud como un Derecho Humano básico.

Pretendemos además sentar un precedente para futuras investigaciones.

La elección del tema de investigación, se enmarca en el Primer Nivel de Atención, el cual prioriza en las acciones de promoción, protección, detección precoz, tratamiento y rehabilitación, es uno de los ámbitos privilegiados, donde se tiene la oportunidad de detectar situaciones de violencia hacia la mujer.

Desde el año 2007 en nuestro país se implementó una reforma instrumentada a través del Sistema Integral de Salud la cual la define como: "la salud es una categoría biológica, social, en una unidad dialéctica con la enfermedad, resultando de la interrelación armónica y dinámica entre el individuo y su medio, permite al individuo el cumplimiento de su rol social"¹.

El objetivo planteado para la realización de esta investigación es conocer si las mujeres con diagnóstico de depresión sufren algún tipo de violencia.

Los datos demográficos nos muestran que los suicidios en Uruguay representan el doble en el interior del país con respecto a la capital.

La depresión es una de las enfermedades más extendida en nuestro país, según datos estadísticos muchas veces conduce a la auto eliminación. Se producen 500 suicidios por año en nuestro país y muchos de ellos están relacionados con la depresión.²

La depresión es una enfermedad que involucra tanto la parte física como psicológica de la persona, afectando su entorno. En la mayoría de los casos pasa desapercibida, no se indaga sobre el entorno social y es frecuente encontrar rasgos depresivos y depresiones clínicas en mujeres que son víctima de violencia. Consideramos que tiene múltiples causas, que se retroalimentan en un espiral de justificación y manipulación por parte del núcleo familiar y el entorno social.

En el año 2011 se registró un total de 38,9% de consulta por violencia doméstica en Montevideo en un universo de 1691 casos consultados, siendo el menor porcentaje para Rocha en 2,1%, seguido de Rio Negro en un 3,5% y Colonia en un 4,2 %.

En año 2012 se registraron casi 24.000 víctimas de violencia doméstica, 16.000 en el 2011, y cerca de 15.000 en 2010 (según datos del Ministerio del Interior).

En lo que va del año 2013, cada 4 días una mujer resulta asesinada por su condición de tal, lo que significa el más alto registro en nuestro país y deja constancia que la violencia de género es una causa que define y condiciona estas muertes.³

Se realiza aquí un estudio de tipo no experimental, descriptivo de corte transversal, utilizando una metodología cuantitativa.

El universo de estudio es de 399 usuarios/as que se atienden en la Policlínica de Salud Mental de un Centro de Salud de una ciudad del interior del país con 5100 habitantes, en los meses marzo- agosto, tomándose como muestra a mujeres con diagnóstico de depresión⁴.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Las mujeres que tienen diagnóstico de depresión que consultan en la policlínica de Salud Mental de un Centro del interior del país entre los meses de marzo-agosto del 2013, sufren algún tipo de violencia?

JUSTIFICACION DEL PROBLEMA:

Una de las motivaciones de esta investigación es la importancia que tiene esta problemática en la sociedad porque los Derechos Humanos son violados. Estos deben ser respetados y promovidos, pues en su el primer artículo la Declaración Universal de los Derechos Humanos expresa que todos nacemos iguales, sin distinción y tenemos derecho a la vida y a la seguridad sin estar sometidos a ningún tipo de tratos crueles o degradantes. Por tal motivo debemos promoverlos e informarlos en el hogar, en los centros de estudio desde las etapas más tempranas. Desde nuestro lugar estratégico nos sentimos en el compromiso de promover la salud y sus derechos, generando un espacio donde las mujeres puedan tener un lugar donde consultar y ser contenidas, pudiendo así conocer, detener y prevenir ese flagelo que es la violencia.⁵

La siguiente investigación pretende aportar información sobre la frecuencia con la cual, las mujeres con diagnóstico de depresión son víctimas de violencia.

La violencia de género es considerada un problema de salud pública, por tal razón creemos en la importancia de intervenir en esa compleja y tan dinámica

interrelación Enfermero/a-Usuario/a, con una metodología de intervención durante el desarrollo de la profesión.⁶

OBJETIVOS

Objetivo general:

- Conocer si las mujeres con diagnóstico de depresión sufren algún tipo de violencia.

Objetivos específicos:

- Caracterizar a la población.
- Identificar en mujeres con diagnóstico de depresión los signos de algún tipo de violencia
- Identificar el tiempo de diagnóstico de la depresión.

ANTECEDENTES

No encontramos investigaciones anteriores en nuestro país que vinculen depresión y violencia.

Para nuestro objetivo de estudio, que es conocer si las mujeres con diagnóstico de depresión sufren algún tipo de violencia, es conveniente referenciar la consulta documental de trabajos realizados que guardan relación con los objetivos propuestos en este estudio. En estos estudios se hace referencia que de los derechos violentados, uno de los más traumáticos es el perpetuado por sus parejas o ex parejas, y que uno de los ámbitos privilegiados para detectar la violencia contra la mujer es el sector salud.

Lo antes señalado tiene vinculación con el objetivo planeado ya que se buscan señales de la violencia en mujeres que concurren a servicios del sector salud a atenderse por una patología en particular, debiéndose destacar la actuación de enfermería inherente a los derechos humanos.⁷

Otros estudios abordan la temática de la depresión sumado a un momento de cambios como es el climaterio.⁸

FUNDAMENTO TEÓRICO:

Considerando que la depresión es una patología que va en ascenso tanto a nivel mundial como a nivel de nuestro país, la calidad de vida de la población se ve afectada, siendo en la mujer donde se ve el mayor número de depresión, por tal motivo es que creemos importante realizar este estudio.

Según la OMS la Calidad de Vida se define: "como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno"⁹

Concepto de Salud según el plan 1993 de la Facultad de Enfermería

"Es un proceso que constituye un producto social que se distribuye en las sociedades según el momento histórico y cultural en que el hombre se encuentra. En este proceso el hombre puede tener diferentes grados de independencia de acuerdo a su capacidad racional y a la situación salud - enfermedad en la cual se encuentre. La salud es un derecho inalienable del hombre, que debe estar asegurado por el Estado a través de políticas eficaces con la participación de la población y el equipo de salud, promoviendo la auto gestión de los grupos".¹⁰

SALUD MENTAL:

La salud mental se define como:

"un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad" (OMS 2011)

Abarca una amplia gama de actividades directa o indirectamente relacionadas con el componente de bienestar mental incluido en la definición de salud que da la OMS: "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades"¹¹

La Salud Mental está relacionada con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos.

Datos y cifras:

•La depresión es un trastorno mental frecuente que afecta a más de 350 millones de personas, es la primera causa de discapacidad transitoria en el

mundo. Casi un millón de personas por año en el mundo se quita la vida como consecuencia de la depresión, en América es un total de 63000 personas.

- La depresión es el trastorno más común en América Latina, con un 5%, seguido por los trastornos de ansiedad con un 3,4%, la distimia con el 1,7% y los trastornos de pánico cuenta con el 1%, trastornos bipolar 0,8%. (OPS 2012)

- EL 20% de la población Uruguaya sufre de depresión, siendo este el número más alto en América Latina.

- La depresión mayor afectan dos veces más a las mujeres que a los hombres. Esta relación de dos-a-uno existe sin importar el trasfondo racial y étnico o el nivel económico.

Prevalencia de la depresión en el Uruguay:

Casi 3 de cada 10 uruguayos urbanos (29%), tuvieron síntomas depresivos durante el primer semestre del año. En particular 1 de cada 9 (11%), sufrió depresión mayor, 5% depresión menor y el resto (13%) tuvo síntomas depresivos que según su propio criterio no afectaban sustancialmente su vida cotidiana.

La OMS prevé que para el año 2020 el principal motivo de consulta al médico general será por depresión.¹²

DEPRESIÓN:

"La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastorno del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración".

Podemos decir que es un estado de ánimo que día a día constituye un motivo de consulta cada vez más frecuente, provocando ausentismo laboral, deterioro en las relaciones familiares, pérdida de motivación por la vida, siendo además causal de intento de auto eliminación. Por lo antes dicho la depresión afecta no solo a la persona que sufre la depresión sino también a todo su entorno, generando costos elevados en salud.

SINDROME DEPRESIVO:

Considerándolo como "un trastorno de ánimo o humor "caracterizado por una disminución o pérdida de interés por la vida , pérdida de sentimientos de alegría ,autoestima y esperanza, que se acompaña de manifestaciones somáticas y conductuales. El hecho de vivir se vuelve doloroso, el paciente se queda sin fuerza para cambiar su situación y no cree que pueda mejorarlo; pueden existir intensos deseos de muerte (riesgo de suicidio).¹³

Trastornos del humor:

"Estado psicopatológico en el que una profunda alteración del humor constituye la manifestación central, estos estados clínicos, en particular las formas depresivas, son heterogéneas y frecuentes tanto en psiquiatría como en medicina general".

"La depresión y la manía clínica se diagnostican cuando la tristeza o la euforia es demasiado intensa y supera el impacto esperado de un episodio vital y estresante; a menudo, el humor patológico puede surgir incluso sin tensiones vitales aparentes o significativas". Además, en diferentes subtipos del trastorno del humor, los síntomas y signos se acumulan en síndromes que en general recurren de forma episódica o que siguen un curso de cronicidad intermitente de baja intensidad. El deterioro del funcionamiento, que surge tanto de la severidad sostenida de los episodios como de la cronicidad de la enfermedad, es otra característica que separa los trastornos del humor de las reacciones emocionales normales. Es clínicamente útil diferenciar entre los trastornos del humor bipolares (que muestran períodos depresivos y de excitación o euforia) y los unipolares (solo depresivos). Los episodios depresivos unipolares, tienden a durar entre seis y nueve meses, aunque en el 15 al 20% de los casos se cronifican por un período menor igual a dos años. En los trastornos bipolares, la edad de instauración es menor, la duración de los episodios es más corta (de tres a seis meses) y los ciclos son más cortos y en consecuencia la frecuencia de episodios y la alteración en el funcionamiento social y en el desarrollo son mayores.

El trastorno bipolar del humor se inicia comúnmente como depresión y se caracteriza por al menos un período eufórico en algún momento durante el curso de la enfermedad. En el trastorno bipolar tipo 1, se alteran los episodios maníacos completos y episodios depresivos mayores. En el trastorno bipolar 2, se alternan episodios depresivos con hipomanías relativamente breves (es decir episodios leves de excitación no psicóticos).

El trastorno unipolar del humor (trastorno depresivo mayor) se presenta como depresión sindrómica, habitualmente con episodios severos a lo largo de la vida. El término melancolía se reserva para la manifestación más completa del trastorno depresivo mayor, es una pérdida de al menos 2 semanas, durante el que hay un estado de ánimo deprimido y una pérdida de interés, placer en casi todas las actividades (anhedonia) con manifestaciones como enlentecimiento o agitación psicomotora pronunciada, pérdida de peso, culpa patológica, insomnio intermedio o matinal, variación diurna del humor. Otros depresivos pueden manifestar signos vegetativos inversos o rasgos atípicos caracterizados por síntomas ansiosos fóbicos, empeoramiento vespertino, insomnio inicial, hipersomnio que a menudo se extiende a lo largo del día e hiperfagia.

La enfermedad unipolar se caracteriza por ser episódica, con fases relativamente asintomáticas entre los episodios: sin embargo, el 15 al 20% de los casos presentan cronicidad residual con mayor frecuencia en aquellos con episodios únicos de depresión iniciados después de los 50 años. En otro patrón de cronicidad, el trastorno distímico, los síntomas depresivos se inician de forma insidiosa en la infancia o adolescencia y siguen un curso intermitente de poca intensidad durante muchos años o décadas; este trastorno se complica a menudo con episodios superpuestos de depresión mayor, normalmente con un

retorno a la situación basal depresiva, este patrón se designa depresión doble.¹⁴

El trastorno afectivo estacional tiene los mismos síntomas que el trastorno depresivo mayor, en lo que difiere es que se produce en una época del año, suele ser el invierno.

La depresión puede clasificarse como somática, endógena o reactiva.

Depresión somática, es desencadenada por un trastorno orgánico.

Depresión endógena tiene una base bioquímica, es una alteración del sistema nervioso central.

Depresión reactiva, aquella reacción frente a un factor ambiental desencadenante.¹⁵

Descripción clínica de la depresión

Manifestaciones anímicas:

- Tristeza
- Irritabilidad
- Incapacidad para sentir

Manifestaciones motivacionales y conductuales:

- Inhibición conductual (apatía)
- Reducción y/o deterioro de las relaciones interpersonales
- Anhedonia
- Retardo psicomotor

Manifestaciones cognitivas:

- Contenido inadecuado o irracional de las cogniciones
- Alteraciones de la memoria, atención y concentración.
- Pensamiento recurrente de muerte /suicidio.

Manifestaciones somáticas:

- Alteraciones del sueño: insomnio/hipersomnia.
- Fatiga y/o disminución de la actividad física.
- Pérdida de apetito
- Disminución de la frecuencia de las relaciones sexuales.¹⁶

Diferencias de género en la prevalencia de la depresión:

Desde los tiempos de la comunidad primitiva, cuando el patriarcado se establece como norma de relación y surgen las clases sociales, se crean las condicionales de las desigualdades de género. Quedan instauradas las diferenciaciones en lo referente al comportamiento, actitudes, valores y labores que debe asumir una persona según sea hombre o mujer. Es entonces que lo femenino se supedita a lo masculino en una relación de poder, donde el hombre es el dominante mientras el papel y las tareas de la mujer son devaluados socialmente.

.Cuando nos referimos a género debemos puntualizar sus tres elementos básicos los cuales son:

•Asignación de género: se da desde el momento del nacimiento por los órganos genitales.

•Identidad de género: son los aspectos biológicos y psicológicos que se establecen desde los primeros años de vida.

•Rol de género: conjunto de normas establecidas socialmente para cada sexo. Cuando nacemos hombres o mujeres ya la sociedad tiene estipulado lo que esperan de nosotros, hombres fuertes de cara al mundo y por eso se prepara a los niños desde pequeños, dándoles las armas que necesitan para cumplir con lo que es "socialmente correcto". Lo mismo ocurre con las niñas, las preparan para ser madres, amas de casa, esposas. Los niños juegan a la pelota, trepan árboles, juegan fuerte, se ensucian y las niñas juegan a las mamas, a las casitas, siempre limpias y peinadas y se ve mal socialmente que las niñas jueguen "juegos de varones", lo que limita a las niñas en sus acciones y deseos así como que los varones jueguen juegos de niñas ya que sería demostrar debilidad, a lo que "los hombres no tienen derechos", limitando también a los varones a demostrar sus sentimientos y deseos. De estos conceptos se desprende que las diferencias entre el hombre y la mujer van más allá de las simples diferenciaciones biológicas.

Además, la igualdad de género puede tener importantes efectos en la productividad. Las mujeres representan ahora más del 40% de la fuerza de trabajo a nivel mundial, el 43% de la mano de obra agrícola y más de la mitad de la matrícula universitaria del mundo.

Esta diferenciación matiza muchas de las enfermedades que se presentan en la mujer. Dentro de estos padecimientos, desde un punto de vista psiquiátrico, la depresión se destaca de forma relevante.^{17, 18}

VIOLENCIA:

La violencia es una acción ejercida por una o varias personas en donde se somete de manera intencional al maltrato, presión, sufrimiento, manipulación, u otra acción que atente contra la integridad tanto físico como psicológica y moral de cualquier persona o grupo de personas.

Es la presión psíquica o abuso de la fuerza ejercida contra una persona con el propósito de obtener fines contra la voluntad de la misma.

La violencia doméstica, violencia familiar o violencia intra familiar es todo patrón de conducta asociado a una situación de ejercicio desigual de poder que se manifieste en el uso de la violencia física, psicológica, patrimonial y/o económica o sexual. Comprende todos aquellos actos violentos, desde el empleo de la fuerza física, hasta el hostigamiento acoso o la intimidación, que se producen en el seno de un hogar y que perpetra, por lo menos, a un miembro de la familia contra algún otro familiar. El término incluye una amplia variedad de fenómenos, entre los que se encuentran algunos componentes de la violencia contra las mujeres, violencia contra el hombre, maltrato infantil, o padres de ambos sexos.

Violencia contra la mujer es un hecho conocido desde la antigüedad y reconocido como un problema social. Las Naciones Unidas en su 85ª sesión plenaria, el 20 de diciembre de 1993, ratificó la *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer*, donde se afirma que esta violencia es un grave atentado a los derechos humanos de la mujer y de la niña.

En el artículo 1 define la violencia contra la mujer:

A los efectos de la presente Declaración, por "violencia contra la mujer" se entiende todo acto de violencia basados en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se produce en la vida pública como en la vida privada.¹⁹

Según estudios realizados para la OPS en 2012 en 12 países entre el 41% y el 82% de las mujeres que sufrieron abuso, fueron víctimas de heridas físicas que van desde moretones a abortos y quemaduras. Entre el 28% y el 65% de las entrevistadas reconoce no haber buscado ayuda. En este estudio se reconoce que Latino América tiene la tasa más alta de homicidio. La muestra se realizó en 180 000 mujeres.²⁰

Los actos de violencia se producen en la familia, en la comunidad y en el Estado. Estos actos presentan numerosas facetas que van desde la discriminación y el menosprecio hasta la agresión física o psicológica y el asesinato.

. Cada vez más personas van tomando conciencia de que la violencia doméstica constituye un grave problema social en Uruguay y requiere de repuestas integrales para enfrentarla.

En nuestro país en el año 2002, se aprueba la Ley N° 17514 en la que se establece un marco jurídico específico para la prevención e intervención en violencia doméstica (anexo1). En ella se dispone la creación del Consejo Nacional Consultivo de Lucha contra la violencia doméstica como órgano responsable de elaborar ,ejecutar y dar seguimiento a la implementación del Primer Plan Nacional de Lucha contra la violencia doméstica ;coordinado por el

Instituto Nacional de la Mujeres (INMUJERES) en su carácter de responsable de presidir dicho Consejo.

El plan Nacional de Lucha contra la Violencia Domestica, aprobado en el año 2004 cuenta con un enfoque integral, orientado a la prevención, atención y rehabilitación de las personas involucradas. En otro sentido, desarrolla acciones de sensibilización y difusión de la temática.

En el marco de este Plan y del Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades y Derechos (PIODNA), el Instituto Nacional de Mujeres (Indmujeres) viene desarrollando uno de sus programas: Violencia basada en género, con el objetivo de implementar una política pública de enfrentamiento a la violencia desde una perspectiva de género.

Entre las acciones que el Instituto Nacional de las Mujeres ha desarrollado se encuentran: instalación de servicios especializados de atención a mujeres en situación de violencia doméstica en Montevideo e Interior del país, formación y capacitación permanente de recursos humanos (técnicos u operadores sociales) promoción de derechos y prevención de violencia domestica coordinación y articulación con otros organismos, actividades de sensibilización dirigida a mujeres y varones y campañas de difusión.

"El acceso a los servicios públicos es una condición para el ejercicio de los derechos".²¹

Prevalencia de la violencia domestica contra la mujer en Uruguay:

Según un estudio difundido por el Ministerio de Salud Pública (MSP) una de cada cuatro mujeres en Uruguay asegura haber sufrido violencia doméstica, Los datos provienen de la encuesta de pre valencia de la violencia doméstica, que se realizó a 1.200 mujeres de todo el territorio uruguayo y que arroja cifras como que el 20,5 % de las mujeres encuestadas aseguró ser víctima de violencia doméstica "todos o casi todos los días".

Además, el 14 % de las situaciones de violencia doméstica identificada tuvieron lugar cuando la mujer se encontraba embarazada y el 35 % de las encuestadas valoró los episodios vividos como "bastante o muy graves".

Se registra una mayor pre valencia de violencia doméstica entre las mujeres jóvenes entre 15 y 18 años (35,4 %) y menor entre las mayores de 65 años (22 %).²²

VIOLENCIA DOMESTICA, DEFINICION Y CONSIDERACIONES GENERALES

La violencia domestica ocurre cuando en el marco de una relación afectiva que puede ser de convivencia o no, que puede ser presente o pasada, se produce un abuso de poder, quedando una de las personas en situación de sometimiento y control en relación a la otra.

Este abuso de poder supone como dice la Ley que se está "limitando legítimamente el libre ejercicio o goce de los derechos humanos de una persona"

Con esto se entiende entre otras cosas el derecho a:

La vida.

La libre circulación.

La libre expresión.

La libre administración de los bienes.

Estudiar,

Trabajar.

Una sexualidad plena.

La salud.

Si entendemos violencia doméstica como un abuso de poder, podemos observar que en el plano doméstico no existe un único eje por el cual se puede producir dicho abuso. (Entrevista a informante calificado del Instituto de la mujer INMUJERES. abril de 2013).

En este caso tenemos la violencia doméstica basada en estereotipos de género, que, en la casi totalidad de los casos, coloca al varón en posición de agresor y a la mujer en posición de agredida. Para entender este tipo de violencia es fundamental entender los estereotipos de género que la están sosteniendo.

CIRCULO DE VIOLENCIA.

Cuando las relaciones de pareja se vuelven violentas en muchos casos el primer episodio de agresión puede aparecer como un hecho aislado, sin embargo, en la medida en que la violencia se instala, dichos episodios se vuelven cada vez más recurrentes.

En general ocurre el siguiente ciclo.

Aumento de tensión: Aparecen los enojos, el mal humor, por parte del agresor, discusiones, y la persona agredida siente que está viviendo sobre un volcán a punto de erupción y trata de calmar la agresividad del agresor.

Explosión:

Se desencadena episodios de violencia (física, sexual, ambiental, etc) en su forma más aguda (dado que en los demás periodos también existe la violencia que permanece el desbalance de poder, pero de forma más naturalizada por la propia cronicidad).

Luna de miel:

Después del episodio agudo, el agresor puede negar, pedir perdón, decir que no va suceder más, y comienza un periodo de supuesta calma y paz. La persona agredida siente que esta vez él es sincero, que recuperó al hombre amado y al "buen" padre de sus hijos e hijas.

A medida que avanza la situación de violencia en el tiempo y en la intensidad, el ciclo se acorta y el periodo de calma se vuelve casi inexistente.

Características de los varones agresores:

- Omnipotente
- Seductor.
- Discurso coherente.
- No reconoce su responsabilidad ni su implicancia, culpa a la mujer, la trata de loca.
- Controlador.
- Invasivo.

Características de las mujeres en situación de violencia doméstica.

- Baja autoestima.
- Discurso confuso.
- Vergüenza.
- Culpas.
- Aislamiento.

- Dificultades para producir empatía.
- Inseguridades y temores.
- No siempre aparecen signos físicos.
- Angustia.
- Depresión.
- Intentos de auto eliminación.
- Enfermedades psico somáticas.
- Adicciones a fármacos u otras.

Factores de riesgo.

- Amenazas y amenazas de muerte.
- Agresiones graves.
- Tenencias de armas.
- Antecedentes penales.
- Patología psiquiátrica.
- Adicciones.
- Intentos de auto eliminación.²³

METODOLOGÍA:

Tipo y diseño general del estudio:

Se realiza un estudio de tipo descriptivo de corte transversal, utilizando una metodología cuantitativa.

Instrumentos:

Relevamiento en Historias Clínicas y de datos que figuran en formulario de Violencia Doméstica, validado por el M.S.P. y utilizado para el cumplimiento de la Meta Asistencial N°1.

Fuente de datos: Secundaria se recolectan los datos de documentos, se realiza la investigación sacando solo los datos de la HC y del formulario de Violencia Doméstica (violeta).

Búsqueda por parte de las investigadoras de antecedentes sobre el tema en tesis anteriores. Además se realizó una recopilación de información en bibliotecas, artículos publicados en internet, materiales proporcionados por profesionales entrevistados y material de docentes de facultad.

Definiciones operacionales:

Para la realización de la toma de muestra, se tomó como población a los usuarios que se atendieron en la policlínica de Salud Mental del Centro de Salud, en el período de marzo agosto del 2013, encontrándose luego de analizado el parte diario, un número total de 399 usuarios que realizaron consultas, seleccionándose de él una muestra de 77 usuarias con diagnóstico de depresión.

UNIVERSO DE ESTUDIO:

Todos/as los/as usuarios con patologías depresivas asistidos en el centro de salud canelones en Primer Nivel de Atención 399 usuario as-os.

MUESTRA:

Muestra no probabilística, por conveniencia, siendo 77 usuarias con diagnóstico de depresión.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

INCLUSIÓN:

-Mujeres que se atienden en la policlínica de Salud mental de un centro de salud pública en los meses de marzo a agosto con diagnóstico de depresión.

EXCLUSIÓN:

Los usuarios del sexo masculino que se atienden en la policlínica de salud mental.

Y otros diagnósticos que no sean depresión.

PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR ASPECTOS ÉTICOS:

Se solicitará previamente autorización a autoridades del centro salud para la realización del mismo.

PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN:

Se presenta en la Dirección del Centro de Salud del Interior del País, donde se realizará el trabajo de investigación, la solicitud por escrito para realizar el relevamiento de datos de los partes diarios y las Historias Clínicas.

Al tener la autorización firmada, se solicita en el Departamento de Registros Médicos, los partes diarios de las consultas de la policlínica de Salud Mental en el período marzo agosto de 2013. De esos partes diarios obtuvimos nuestro universo de 399 usuarios/as y a ese universo se aplicaron los criterios de inclusión (mujeres con diagnóstico de depresión) y los criterios de exclusión (usuarios de sexo masculino), llegando así a la muestra de 77 usuarias. Luego se solicitan las Historias Clínicas de las usuarias que quedaron dentro de la muestra y se relevaron los datos de las variables en estudio, siendo ellas las siguientes: edad, nivel de instrucción, situación laboral, relación de pareja, actividades recreativas, núcleo familiar, tiempo de tratamiento, violencia física, maltrato psicológico y abuso sexual.

MÉTODOS PARA EL CONTROL DE CALIDAD DE LOS DATOS

La validez y la confiabilidad de los datos estarán dadas por el control de los propios investigadores.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES EN ESTUDIO:

1) Edad

-Definición conceptual: Período de tiempo comprendido desde el nacimiento hasta la fecha.

-Definición operacional: 15 a 24; 25 a 34; 35 a-44; 45 a 54; 55 a 64; 65 a 74 años.

2) Nivel de instrucción

Definición conceptual: Nivel de educación formal alcanzado.

Definición operacional:

- Primaria incompleta
- Primaria completa
- Secundaria incompleta
- Secundaria completa
- Nivel terciario

3) Situación laboral

Definición conceptual: Desempeño de alguna actividad remunerada.

Definición operacional: -Trabaja
-No trabaja

4) Relación con pareja

Definición conceptual: Trato conyugal

Definición operacional: Opinión de su relación de pareja

- buena
- regular
- mala

5) Actividades recreativas

Definición conceptual: Actividades realizadas con finalidad de ocio

Definición operacional: -realiza actividad recreativa

-no realiza actividad recreativa

6) Núcleo familiar

Definición conceptual: Individuos con lazos sanguíneos o no que viven bajo el mismo techo.

Definición operacional: -Sola

- Sola con pareja o esposo
- Sola con hijo/hija
- Sola con hijo/a y pareja o esposo.
- Sola con otro familiar.
- Con pareja o esposo, hijo/a y otro familiar.
- Pareja y otra familia

7) Tiempo de tratamiento

Definición conceptual: Tiempo transcurrido desde el inicio del tratamiento hasta la fecha.

Definición operacional: -De 6 meses a 1 año

- De 1 a 2 años
- Entre 2 y 3 años
- De 3 a 5 años

8-Violencia física

Definición conceptual: toda acción intencional de una persona a otra que provoque lesión física mediante golpes, mordeduras, quemaduras o cualquier otro tipo que cause lesión.

Definición operacional: -Recibió lesión física provocada por otra persona

-no recibió lesiones físicas.

9-Maltrato psicológico

Definición conceptual: Conductas que ejerce el agresor a través del tiempo logrando el dominio sobre la persona agredida, disminuyendo su autoestima que perjudican o perturban su sano desarrollo.

Definición operacional: Usted ha sido víctima de: manipulación, amenazas, chantajes, humillación, menosprecio, aislamiento, marginación.

SI NO

10-Abuso sexual:

Definición conceptual: Es cualquier acto sexual dirigido hacia otra persona, contra su voluntad, independientemente de su relación con esta.

Definición operacional: Si fue víctima

No fue víctima

PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Los datos obtenidos se tabularán en cuadros de frecuencia.

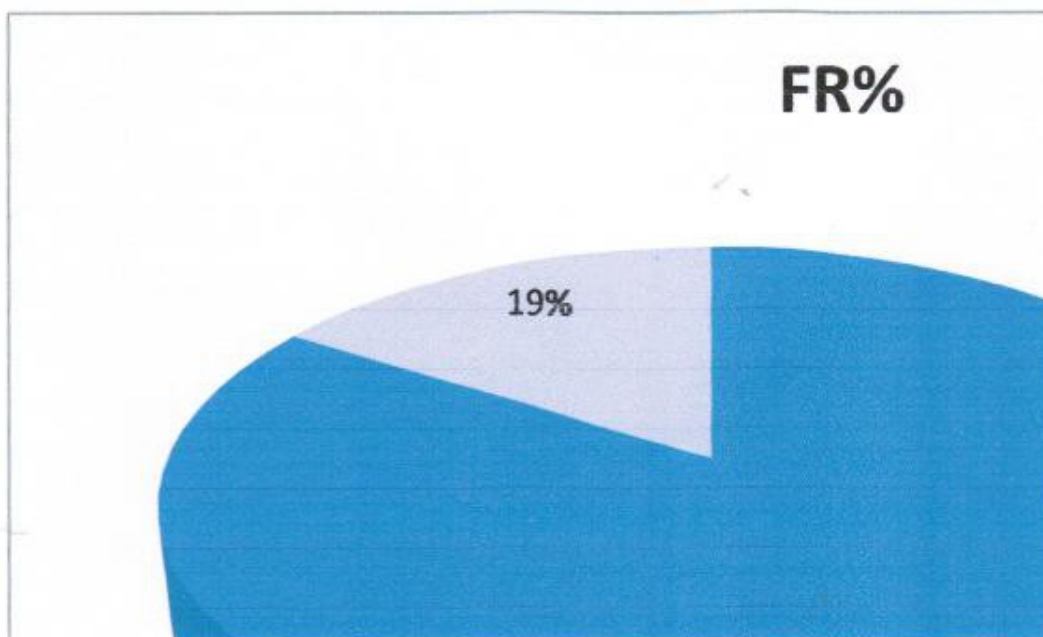
RESULTADOS

TABLA N°1: Distribución de la muestra en estudio en el universo, de los usuarios que consultaron en la policlínica de Salud Mental de un Centro de Salud del interior del País en el período marzo-agosto 2013.

Distribución de población	FA	FR%
Universo	399	100%
Muestra	77	19%

Fuente: Datos extraídos de historias clínicas.

Gráfico N° 1: Universo y muestra de la población en estudio.



Fuente: Datos extraídos de historias clínicas de la muestra seleccionada marzo- agosto 2013 en un Centro de Salud del interior de Uruguay.

TABLA N° 2: Distribución según edad, de la muestra de la población en estudio, de las usuarias que consultaron en la policlínica de Salud Mental de un Centro de Salud del interior del País en el período marzo-agosto 2013.

EDAD	FA	FR%
15 a 24 años	12	15%
25 a 34 años	6	8%
35 a 44 años	10	13%
45 a 54 años	23	30%
55 a 64 años	23	30%
65 a 74 años	3	4%
TOTAL	77	100%

Fuente: Datos extraídos de historias clínicas

GRAFICO N°2:



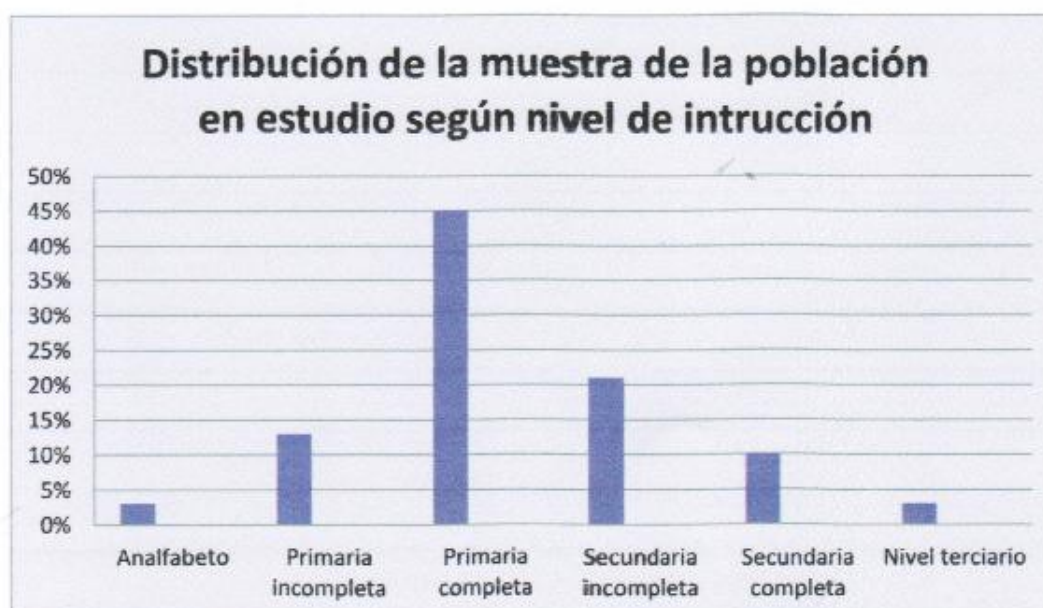
Fuente: Datos extraídos de historias clínicas de la muestra seleccionada marzo- agosto 2013 en un Centro de Salud del interior de Uruguay.

TABLA N°3: Distribución según nivel de instrucción de la muestra de la población en estudio, de las usuarias que consultaron en la policlínica de Salud Mental de un Centro de Salud del interior del País en el período marzo-agosto 2013.

Nivel de instrucción	FA	FR%
Analfabeto	2	3%
Primaria incompleta	10	13%
Primaria completa	35	45%
Secundaria incompleta	16	21%
Secundaria completa	8	10%
Nivel terciario	2	3%
Sin dato	4	5%
TOTAL	77	100%

Fuente: Datos extraídos de historias clínicas

GRAFICO N°3:



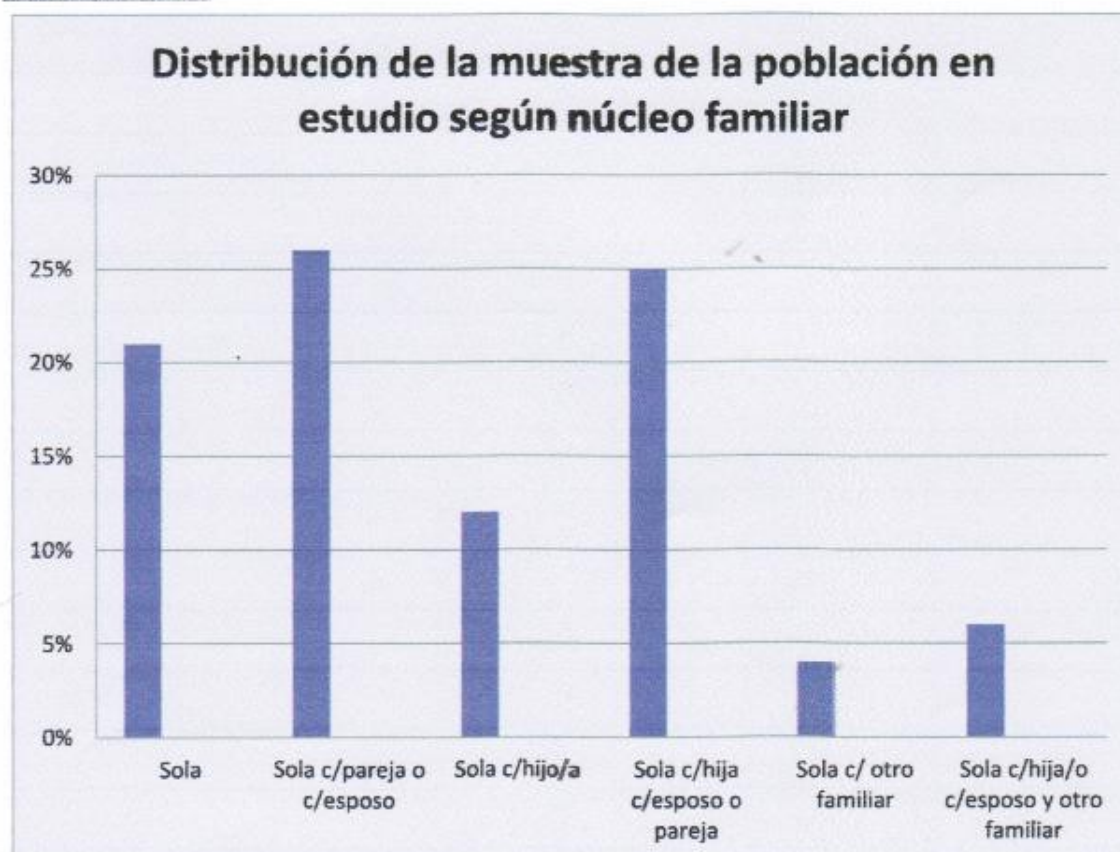
Fuente: Datos extraídos de historias clínicas de la muestra seleccionada marzo-agosto 2013 en un Centro de Salud del interior de Uruguay.

TABLA N°4: Distribución según núcleo familiar, de la muestra de la población en estudio, de las usuarias que consultaron en la policlínica de Salud Mental de un Centro de Salud del interior del País en el período marzo-agosto 2013.

Núcleo familiar	FA	FR%
Sola	16	21%
Sola c/pareja o c/esposo	20	26%
Sola c/hijo/a	9	12%
Sola c/hija c/esposo o pareja	19	25%
Sola c/ otro familiar	3	4%
Sola c/hija/o c/esposo y otro familiar	5	6%
Con pareja o esposo y otro familiar	5	6%
TOTAL	77	100%

Fuente: Datos extraídos de historias clínicas

GRAFICO N°4:



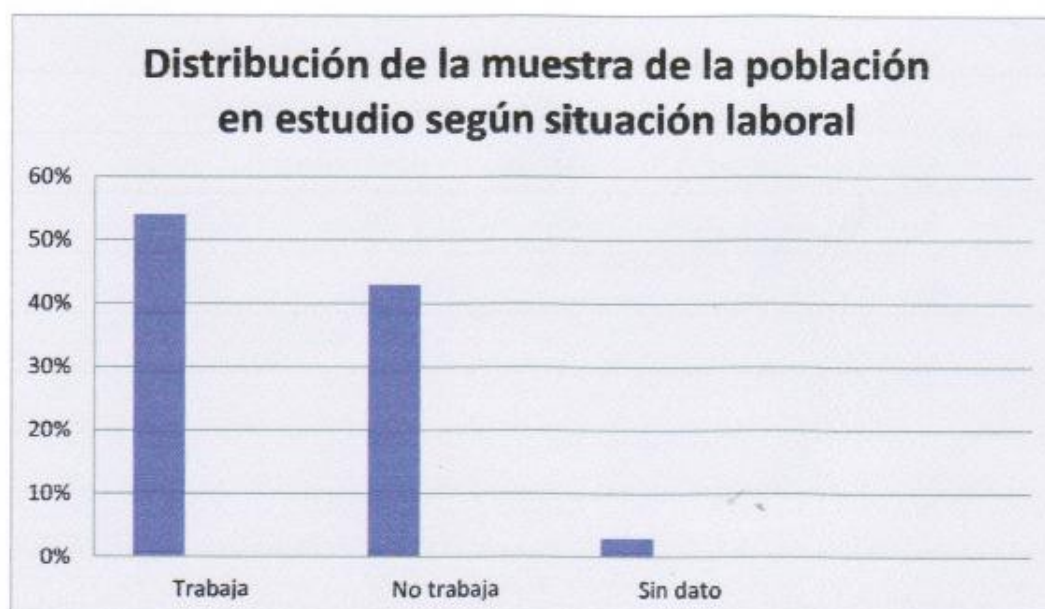
Fuente: Datos extraídos de historias clínicas de la muestra seleccionada marzo- agosto 2013 en un Centro de Salud del interior de Uruguay.

TABLA N°5: Distribución según situación laboral de la muestra de la población en estudio, de las usuarias que consultaron en la policlínica de Salud Mental de un Centro de Salud del interior del País en el período marzo-agosto 2013.

Situación laboral	FA	FR%
Trabaja	42	54%
No trabaja	33	43%
Sin dato	2	3%
TOTAL	77	100%

Fuente: Datos extraídos de historias clínicas

GRAFICO N°5:



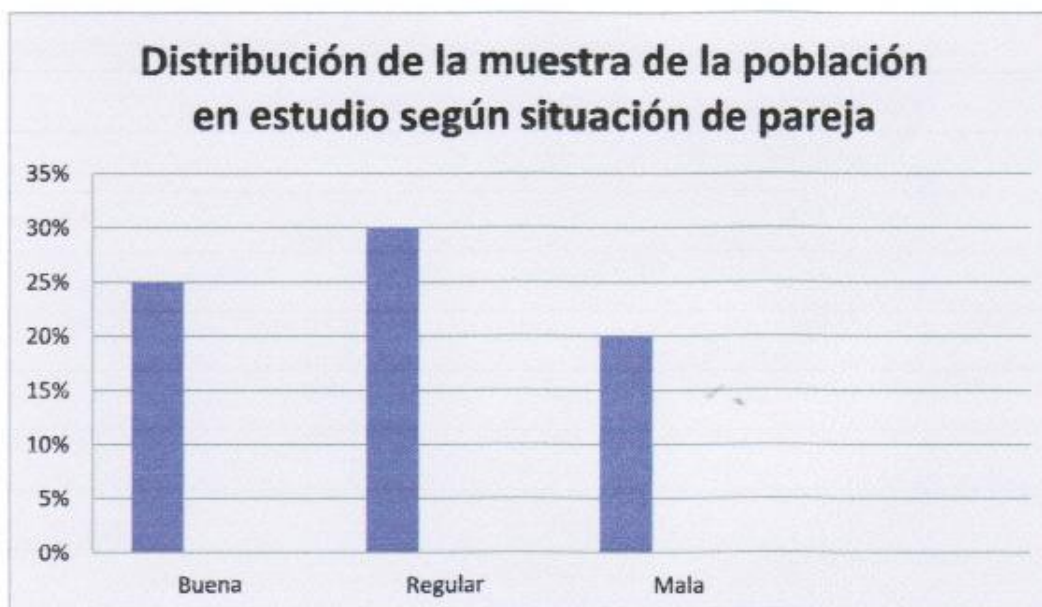
Fuente: Datos extraídos de historias clínicas de la muestra seleccionada marzo- agosto 2013 en un Centro de Salud del interior de Uruguay.

TABLA N°6: Distribución según situación de pareja, de la muestra de la población en estudio, de las usuarias que consultaron en la policlínica de Salud Mental de un Centro de Salud del interior del País en el período marzo-agosto 2013.

Situación de pareja	FA	FR%
Buena	25	32%
Regular	30	39%
Mala	20	26
Sin dato	2	3%
TOTAL	77	100%

Fuente: Datos extraídos de historias clínicas

GRAFICO N° 6:



Fuente: Datos extraídos de historias clínicas de la muestra seleccionada marzo- agosto 2013 en un Centro de Salud del interior de Uruguay.

TABLA N° 7: Distribución según violencia física de la muestra de la población en estudio, de las usuarias que consultaron en la policlínica de Salud Mental de un Centro de Salud del interior del País en el período marzo-agosto 2013.

Violencia física	FA	FR%
SI	20	26%
NO	50	65%
Sin dato	7	9%
TOTAL	77	100%

Fuente: Datos extraídos de historias clínicas

GRAFICO N°7:



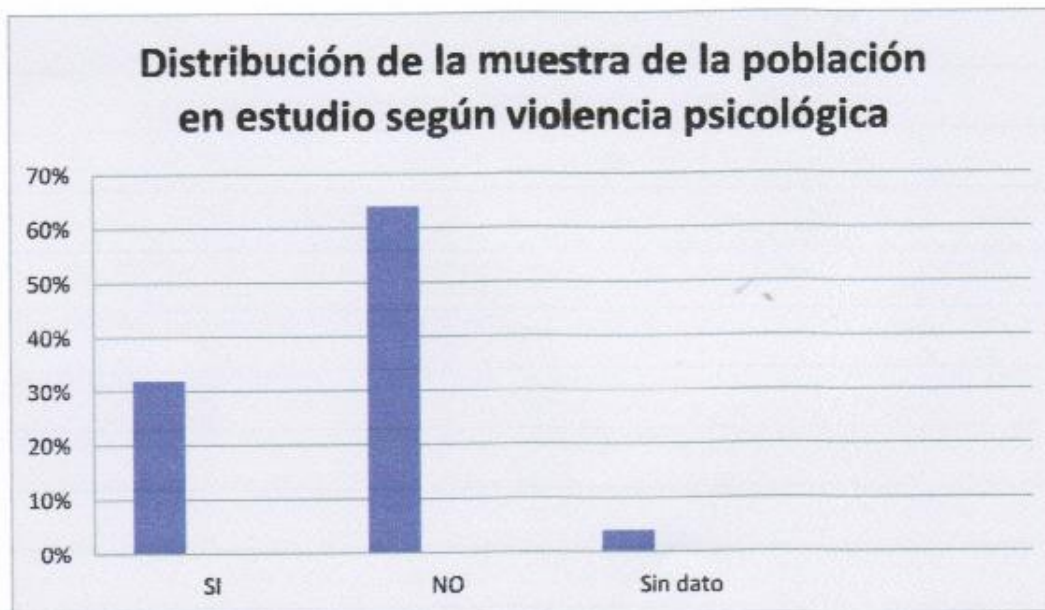
Fuente: Datos extraídos de historias clínicas de la muestra seleccionada marzo- agosto 2013 en un Centro de Salud del interior de Uruguay.

TABLA N°8: Distribución según violencia psicológica, de la muestra de la población en estudio, de las usuarias que consultaron en la policlínica de Salud Mental de un Centro de Salud del interior del País en el período marzo-agosto 2013.

Violencia psicológica	FA	FR%
SI	25	32%
NO	49	64%
Sin dato	3	4%
TOTAL	77	100%

Fuente: Datos extraídos de historias clínicas

GRAFICO N°8:



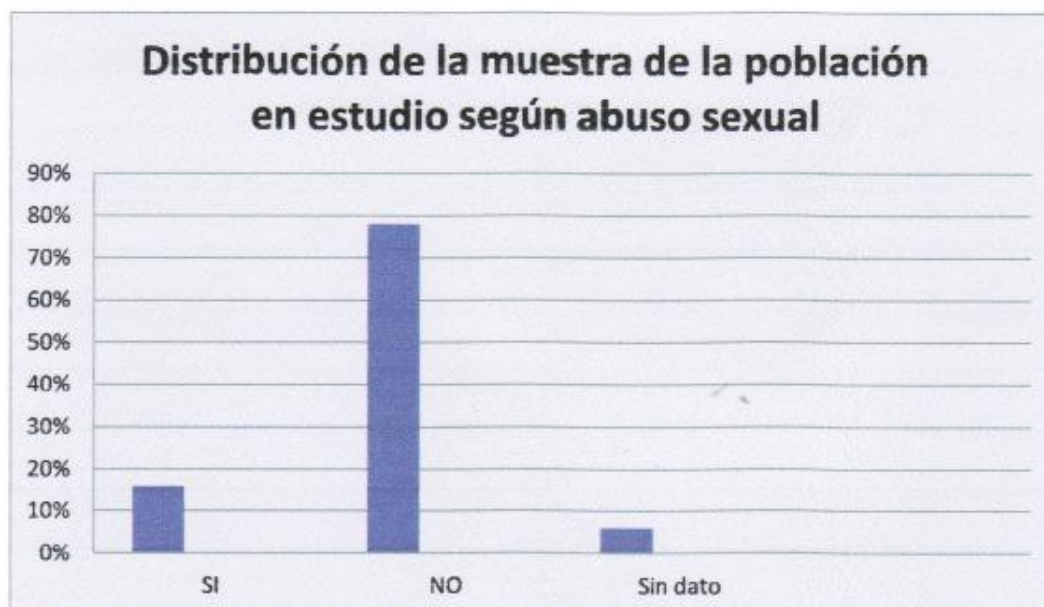
Fuente: Datos extraídos de historias clínicas de la muestra seleccionada marzo- agosto 2013 en un Centro de Salud del interior de Uruguay.

TABLA N°9: Distribución según abuso sexual, de la muestra de la población en estudio, de las usuarias que consultaron en la policlínica de Salud Mental de un Centro de Salud del interior del País en el período marzo-agosto 2013.

Abuso sexual	FA	FR%
SI	12	16%
NO	60	78%
Sin dato	5	6%
Total	77	100%

Fuente: Datos extraídos de historias clínicas

GRAFICO N°9:



Fuente: Datos extraídos de historias clínicas de la muestra seleccionada marzo- agosto 2013 en un Centro de Salud del interior de Uruguay.

TABLA N° 10: Distribución según tiempo de diagnóstico de depresión, de la muestra de la población en estudio, de las usuarias que consultaron en la policlínica de Salud Mental de un Centro de Salud del interior del País en el período marzo-agosto 2013..

Tiempo de diagnóstico de depresión	FA	FR%
6 mese a 1 año	15	19%
De 1 a 2 años	22	29%
Entre 2 y 3 años	28	36%
De 3 a 5 años	12	16%
TOTAL	77	100%

Fuente: Datos extraídos de historias clínicas

GRAFICO N°10:



Fuente: Datos extraídos de historias clínicas de la muestra seleccionada marzo- agosto 2013 en un Centro de Salud del interior de Uruguay.

TABLA N° 11: Distribución según actividad recreativa de la muestra de la población en estudio, de las usuarias que consultaron en la policlínica de Salud Mental de un Centro de Salud del interior del País en el período marzo-agosto 2013.,.

Actividad recreativa	FA	FR%
Si realiza	29	38%
No realiza	41	53%
Sin dato	7	9%
TOTAL	77	100%

Fuente: Datos extraídos de historias clínicas

GRAFICO N° 11:



Fuente: Datos extraídos de historias clínicas de la muestra seleccionada marzo- agosto 2013 en un Centro de Salud del interior de Uruguay.

TABLA N°12

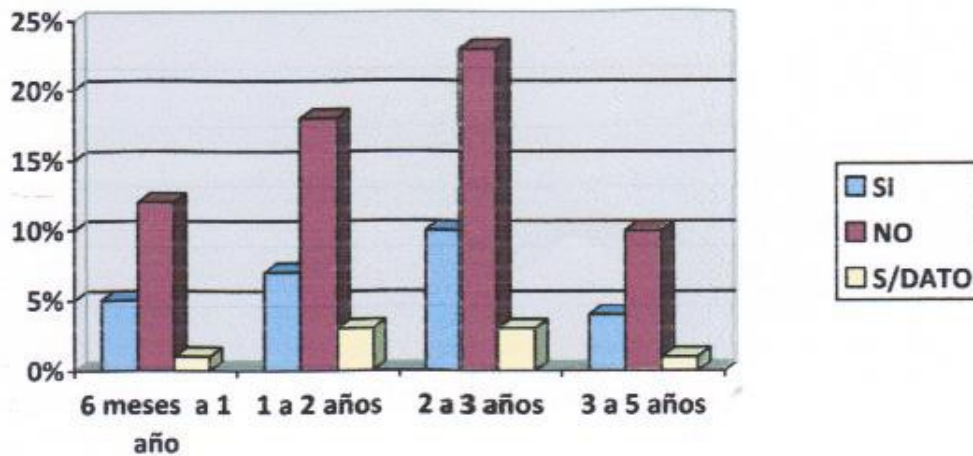
Tiempo de diagnóstico y violencia física, de la muestra de la población en estudio, de las usuarias que consultaron en la policlínica de Salud Mental de un Centro de Salud del interior del País en el período marzo-agosto 2013..

Tiempo de diagnóstico	Violencia física SI		Violencia física NO		Sin dato		total	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
6 meses a 1 año	4	5%	10	12%	1	2%	15	19%
1 a 2 años	6	7%	14	18%	2	3%	22	29%
2 a 3 años	7	10%	18	23%	3	3%	28	36%
3 a 5 años	3	4%	8	10%	1	1%	12	16%
TOTAL	20	26%	50	65%	7	9%	77	100%

Fuente: Datos extraídos de historias clínicas

GRAFICO N° 12:

TIEMPO DE DIAGNOSTICO DE DEPRESION Y VIOLENCIA FISICA.



Fuente: Datos extraídos de historias clínicas de la muestra seleccionada marzo- agosto 2013 en un Centro de Salud del interior de Uruguay

TABLA N°13

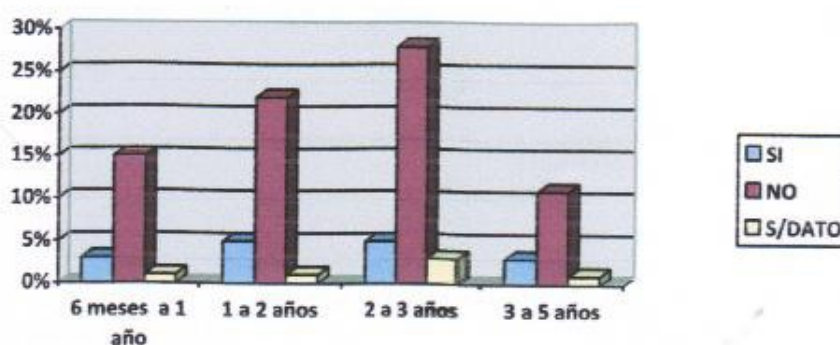
Tiempo de diagnóstico y abuso sexual, de la muestra de la población en estudio, de las usuarias que consultaron en la policlínica de Salud Mental de un Centro de Salud del interior del País en el período marzo-agosto 2013.

Tiempo de diagnóstico	Abuso sexual SI		Abuso sexual NO		Sin dato		total	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
6 meses a 1 año	2	3%	12	15%	1	1%	15	19%
1 a 2 años	4	5%	17	23%	1	1%	22	29%
2 a 3 años	4	5%	22	28%	2	3%	28	36%
3 a 5 años	2	3%	9	12%	1	1%	12	16%
TOTAL	12	16%	60	78%	5	6%	77	100%

Fuente: Datos extraídos de historias clínicas

GRAFICO N° 13:

TIEMPO DE DIAGNOSTICO DE DEPRESION Y ABUSO SEXUAL.



Fuente: Datos extraídos de historias clínicas de la muestra seleccionada marzo- agosto 2013 en un Centro de Salud del interior de Uruguay

TABLA N°14

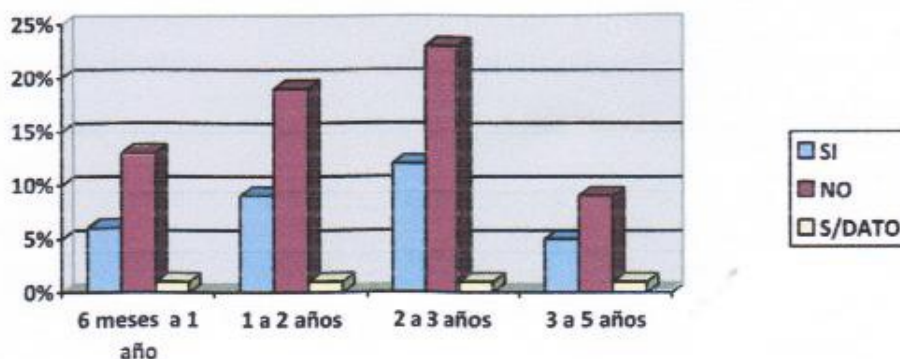
Tiempo de diagnóstico y violencia psicológica, de la muestra de la población en estudio, de las usuarias que consultaron en la policlínica de Salud Mental de un Centro de Salud del interior del País en el período marzo-agosto 2013..

Tiempo de diagnóstico	Violencia psicológica - SI		Violencia psicológica - NO		Sin dato		total	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
6 meses a 1 año	5	5%	9	13%	1	1%	15	19%
1 a 2 años	7	9%	14	19%	1	1%	22	29%
2 a 3 años	9	12%	18	23%	1	1%	28	36%
3 a 5 años	4	6%	8	9%	0	1%	12	16%
TOTAL	25	32%	49	64%	3	4%	77	100%

Fuente: Datos extraídos de historias clínicas

GRAFICO N° 14:

TIEMPO DE DIAGNOSTICO DEPRESION Y VIOLENCIA SICOLOGICA.



Fuente: Datos extraídos de historias clínicas de la muestra seleccionada marzo- agosto 2013 en un Centro de Salud del interior de Uruguay

ANALISIS DE LOS DATOS:

Para realizar la investigación se tomó una muestra de 77 usuarias que se atendieron en la Policlínica de Salud Mental de un Centro de Salud del interior del país en el período marzo- agosto de 2013. Los datos obtenidos fueron relevados de las Historias Clínicas de las usuarias.

Los resultados fueron presentados en tablas de frecuencia simple destacándose en ellas los siguientes datos:

Un 60% de las usuarias, se encuentra situada entre 45 y 64 años. Edad en que la mujer presenta cambios fisiológicos y psicológicos, relacionados al climaterio, abandono del nido de los hijos ya crecidos lo que disminuye la dependencia de los cuidados que ella ha proporcionado hasta el momento; además en algunos de los casos las mujeres se encuentran próximas al retiro laboral lo que perjudica sus ingresos económicos, siendo esto una causal de depresión.

Con respecto al nivel de instrucción hemos visto que: un 45%, tiene primaria completa, esto nos confirma que desde una perspectiva de género vivimos en una sociedad con valores patriarcales que sustentan en la diferencia de sexo toda una educación y la asignación de roles de género. Fundamentado en nuestro marco teórico, las niñas no tenían la misma oportunidad que los niños a acceder a una educación superior, porque a esta se la prepara para jugar a la muñeca, comiditas, limpiar, determinándola a un rol de cuidadora, no permitiéndole su libre expresión y deseos. Actualmente en teoría la mujer tiene abiertos todos los campos, pero dado la forma en que es valorado lo doméstico la mujer debe priorizar dedicando su mayor energía a lo referente al hogar.

En cuanto al núcleo familiar se destaca que el 26% de las usuarias convive con su pareja o esposo y un 25% con su pareja o esposo e hija-o. Esta variable muestra que el hecho de que la usuaria se encuentra inserta en una familia nuclear, esto no asegura su bienestar y contención de sus estados depresivos. Además de que el estado de depresión puede conducir al entorno familiar a la retroalimentación de la depresión y la violencia.

Con respecto a la variable trabajo podemos ver que el 54% de las usuarias de la muestra, trabajan fuera del hogar, desarrollando tareas no técnicas, ni profesionales debido a su bajo nivel de instrucción, con respecto a su diagnóstico de depresión en teoría tiene un impacto de marginación en sus relaciones laborales, además de ver disminuidos sus ingresos debido a su disminución en el rendimiento y al ausentismo laboral, condicionando su autonomía.

La mayoría de las usuarias, un 39%, mantiene una relación de pareja que definen como "regular". El diagnóstico de depresión interfiere en la comunicación, el trato y la relación armónica de la pareja, creando un aislamiento de sus vínculos.

Un 53% de las usuarias no realiza actividades recreativas, lo que no es favorable para su situación de salud, ya que la realización de estas, fomenta la pertenencia a un grupo, creación de relaciones, comunicación y satisfacciones personales, aumentando la autoestima.

Constatamos que el 36% de las usuarias que se encuentran dentro de la muestra fueron diagnosticadas con depresión desde hace dos o tres años a la

Un 53% de las usuarias no realiza actividades recreativas, lo que no es favorable para su situación de salud, ya que la realización de estas, fomenta la pertenencia a un grupo, creación de relaciones, comunicación y satisfacciones personales, aumentando la autoestima.

Constatamos que el 36% de las usuarias que se encuentran dentro de la muestra fueron diagnosticadas con depresión desde hace dos o tres años a la fecha, lo que nos muestra que el entorno y sus relaciones intra familiares no favorecen su recuperación prolongando en el tiempo de tratamiento.

Se pudo constatar que la violencia física está presente en un 26% de las usuarias de la muestra, la violencia psicológica en un 32% y el abuso sexual en un 16% de las usuarias de la muestra, mostrándonos que la más frecuente es la violencia psicológica, seguida por la violencia física, quedando por último y no por eso menos importante el abuso sexual. En la violencia física un 9%, en la violencia psicológica el 4% y en el abuso sexual el 6% de las usuarias no aportó datos al respecto, por lo que creemos que los resultados pueden aún ser mayor a las encontradas en este trabajo.

La violencia a las que están expuestas estas mujeres les impide reconocer la magnitud del peligro que corren ellas y sus hijos.

CONCLUSIONES:

En esta investigación aspiramos a contribuir a la incorporación, en la formación y en la práctica de los enfermeros profesionales para brindar servicios con un enfoque ético de género, brindándoles a las usuarias las herramientas que les permita hacer valer sus derechos, abordándolos con una metodología de compromiso, basadas en que los cuidados de enfermería están dirigidos a la persona, a la familia y al entorno, contribuir a una detección precoz y rehabilitar con el convencimiento de que el nuevo concepto de salud según la OMS 2012: "La salud es aquella manera de vivir que es autónoma, solidaria y gozosa."

Consideramos que es un esfuerzo importante para empezar a abordar un problema que continúa siendo tan silenciado socialmente. Precisamente, por lo delicado del tema creemos que el relevamiento de las historias clínicas de estas mujeres fue esencial para lograr una buena respuesta al instrumento.

El perfil encontrado en las usuarias es que son: mujeres con diagnóstico de depresión desde hace de 2 a 3 años hasta la fecha. Tienen entre 45 y 65 años de edad, con bajo nivel de instrucción, la mayoría de ellas trabajan fuera del hogar y viven con su pareja con quienes manifiestan tener una relación regular, no realizar actividades recreativas y son víctimas de violencia física, psicológica y sexual.

Este estudio muestra un porcentaje importante y elevado de manifestaciones de violencia, en mujeres con diagnóstico de depresión, para quienes es más difícil dejar el círculo de violencia y lograr realizar la denuncia dado su condición de paciente depresiva. La depresión puede provocar el silencio de las víctimas, este silencio es preocupante ya que éste puede darse porque la mujer internaliza en los sistemas de creencia de la familia tipo, volviéndose su propia trampa.

¿A nivel país, cuál sería la cifra obtenida si expandiéramos esta investigación? Dado que este fue realizado en una ciudad del interior, con un universo de estudio de 399 usuarios y los resultados obtenidos fueron de 77 mujeres con diagnóstico de depresión, de las cuales el 26% sufren algún tipo de violencia.

Sin embargo el que se halla constatado que las mujeres lograran manifestar en el ámbito de la salud su situación de violentada, muestra que este es un ámbito favorable y privilegiado para detectar la violencia contra la mujer.

Por lo antes dicho se hace necesario apoyar el desarrollo de programas de sensibilización y capacitación para el personal de salud con la finalidad de llevar a cabo una adecuada intervención ante las consecuencias que genera en la salud.

Apostamos a que la Atención Primaria de Salud profundice en la atención de los usuarios que consultan en la policlínica de salud mental, instrumentando redes de apoyo en todo el país, con compromiso ético, profesional y humano.

Haciendo hincapié en que la depresión es una patología tratable, curable y de la cual se puede lograr una reinserción social favorable. Debe ser atendida en forma integral, logrando así elevar su autoestima, autoconfianza y la estabilidad emocional, para el logro de su autonomía.

De esta forma se lograría que la usuaria visualice su propia salida al problema de la cual es víctima, la violencia.

¡No existe un final feliz sino que hay que crearlo!

SUGERENCIAS:

Proponemos que se debe trabajar a nivel de los centros de educación y los centros de salud en forma precoz con los niños y sus padres realizando talleres interactivos.

También crear herramientas para *identificar* en forma temprana situaciones de violencia en cualquiera de sus formas.

Si estos son resultados preocupantes al procesar datos en una muestra de 77 mujeres en un universo de 399 usuarios-as que se atienden en la Policlínica de Salud Mental de un Centro de Salud del Interior del País, consideramos que sería de mucha importancia que los profesionales de la salud, avancemos en una investigación con mayor profundidad y extensión, para poder aportar a las autoridades públicas insumos para la elaboración de políticas públicas que atiendan la problemática y se encuentren caminos para disminuir la tasa alarmante de la depresión en la población y erradicar la violencia de género en el país.

Al realizar el trabajo de investigación confirmamos la posición privilegiada que tiene el Equipo de Salud frente a la problemática tratada, es por ese motivo que creemos importante la sensibilización de dicho equipo para la captación precoz y la correcta derivación logrando así una atención adecuada en Salud.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA:

1 -[http://parlamento.gub.uy/repartidosN°1075del 17/10/2007,Hr11.25.Sistema Integrado de Salud](http://parlamento.gub.uy/repartidosN°1075del17/10/2007,Hr11.25.SistemaIntegradodeSalud).

2-Fundación Cazabajones.Trastorno Depresivo.(Internet);2012 .Disponible en:
<http://www.fundacioncazabajones.org/> (consulta setiembre 2013)

3-Violencia contra la Mujer(internet)Disponible en :
<http://www.informador.com.mx/internacional/2013/466246/6/un-tercio-de-las-mujeres-sufren-violencia-familiar-oms.htm>

4-Instituto Nacional de Estadísticas. «Censo 2011-Departamento de Canelones». Consultado el 27 de octubre de 2012.

5- Violencia Domestica (internet).Disponible en
[:http://www.uruguayaldia.com.uy/una-de-cada-cuatro-mujeres-sufre-violencia-domestica/](http://www.uruguayaldia.com.uy/una-de-cada-cuatro-mujeres-sufre-violencia-domestica/) - responde (consulta:15 mayo, 2013 a las 15:39)

6-Abrancinskas L.Lopez A.Vivir sin violencia es un Derecho Humano.RevMYSU.Noviembre2008(Uruguay):3-6

7- SalaF, Lozano .Prevalencia de la medicalización de la violencia doméstica y sus efectos iatrogénicos en un servicio de atención primaria de Montevideo (Tesis).Montevideo. Facultad de Ciencias Sociales, UdelaR.2011.

8-Angustia y depresión en el climaterio y la menopausia. (trabajo de investigación). Facultad de Enfermería. 1999

9-Prof. Adj. Lic. Enf. América Monge, Lic. T. Soc. Ingrid Gabrielzyk –
Calidad de vida -Curso Enfermería Comunitaria .Programa Carrera Escalonada Licenciatura Enfermería. Año 2012.

10- Universidad de la República. Facultad de Enfermería. Plan de Estudios 1993. (Uruguay).

11-OMS-2013 (internet). Disponible en: www.who.int/topics/depression/es- (consulta: 22 de octubre de 2013)

12-Fundación Cazabajones.Trastorno Depresivo.(Internet);2012 .Disponible en: <http://www.fundacioncazabajones.org/> (consulta setiembre 2013)

13-Universidad de la República .Facultad de Enfermería .Departamento de enfermería en Salud Mental. Concepto Depresión: F.E; 2003.

14-Merck.R. Trastornos psiquiátricos en: El Manual Merck de diagnóstico y tratamiento. Año 2007.Edición 11.

15-Raffensperger.E.B.Salud Mental-Trastornos del comportamiento en: Manual de la enfermería.Barcelona.Oceano.Grupo editorial.S.A.2010.pag:279 a 281.

16-Pierre.P. Trastornos del estado de ánimo en: DSM-IV.Barcelona .Masson.S.A.1995.pag 345-352.

17,18-Ministerio de Salud Pública. Dirección General de la Salud Programa Nacional prioritario de la Salud de la Mujer y Genero .Abordaje de situaciones de violencia domestica hacia la Mujer. Uruguay 2009.

19-Bott,S, Guemes, A, Goodwin, M, Adams, J-Violencia contra la mujer en America Latina y el Caribe, DC:OPS, 2013.

20-OPS(Internet) disponible: <http://www.espectador.com>

21-Plan Nacional de lucha contra la Violencia Domestica .2004_2010

22-Violencia Domestica (Internet).Disponible en

:<http://www.uruguayaldia.com.uy/una-de-cada-cuatro-mujeres-sufre-violencia-domestica/> - responde (consulta:15 mayo, 2013 a las 15:39

23-INMUJERES Caja de herramientas para el abordaje de la Violencia Domestica .Guía temática 1 .Nociones Básicas en Violencia

Domestica.(Internet).Disponible en:[www.inmujeres.gub.uy/innova_portal/file/2885/1/guía temática 1.pdf](http://www.inmujeres.gub.uy/innova_portal/file/2885/1/guía%20temática%201.pdf) (consulta:octubre 2013)

ANEXOS:

ANEXO1:

Ley Nº 17.514

VIOLENCIA DOMÉSTICA

**DECLÁRANSE DE INTERÉS GENERAL LAS ACTIVIDADES ORIENTADAS A SU
DETECCIÓN TEMPRANA, ATENCIÓN Y ERRADICACIÓN PREVENCIÓN,**

El Senado y la Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, reunidos en Asamblea General,

DECRETAN:

CAPÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1º.- Declárase de interés general las actividades orientadas a la prevención, detección temprana, atención y erradicación de la violencia doméstica. Las disposiciones de la presente ley son de orden público.

Artículo 2º.- Constituye violencia doméstica 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.

Artículo 3º.- Son manifestaciones de violencia doméstica, constituyan o no delito:

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

-
- B) **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.
- C) **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.
- D) **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.

CAPÍTULO II

JURISDICCIÓN Y COMPETENCIA

Artículo 4º.- Los Juzgados con competencia en materia de familia, entenderán también en cuestiones no penales de violencia doméstica y en las cuestiones personales o patrimoniales que se deriven de ella.

Artículo 5º.- Los Juzgados y Fiscalías con competencia en materia de familia serán competentes, asimismo, para atender situaciones de urgencia en violencia doméstica.

A tal efecto, la Suprema Corte de Justicia y el Ministerio de educación y Cultura, a propuesta de la Fiscalía de Corte, determinarán, en su caso, el régimen de turnos para atender, en horas y días hábiles e inhábiles, todos los asuntos que requieran su intervención conforme a esta ley.

Artículo 6º.- Los Juzgados de Paz, en el interior de la Republica, cualquiera sea su categoría, tendrán competencia de urgencia para entender en materia de violencia doméstica, pudiendo disponer de forma provisoria las medidas pertinentes establecidas en esta ley para la protección de presuntas víctimas, debiendo elevar los asuntos al Juzgado Letrado de Primera Instancia correspondiente, necesariamente dentro de las cuarenta y ocho horas de haber tomado conocimiento de los hechos, a cuya resolución se estará.

Artículo 7º.- Toda actuación judicial en materia de violencia doméstica, preceptivamente, será notificada al Fiscal que corresponda, desde el inicio. El mismo deberá intervenir en todos los asuntos relativos a las personas e intereses de las víctimas de violencia doméstica.

CAPÍTULO III

LEGITIMACIÓN DEL DENUNCIANTE Y LLAMADO A TERCEROS A JUICIO

Artículo 8º.- Cualquier persona que tome conocimiento de un hecho de violencia doméstica, podrá dar noticia al Juez competente en la materia, quien deberá adoptar las medidas que estime pertinentes de acuerdo a lo previsto en esta ley. Siempre que la noticia presente verosimilitud, no le cabrá responsabilidad de tipo alguno a quien la hubiere dado.

El Juez, de oficio o a solicitud del Ministerio Público, podrá llamar a terceros al juicio.

CAPÍTULO IV

MEDIDAS DE PROTECCIÓN

Artículo 9º.- En toda cuestión de violencia doméstica, además de las medidas previstas en el artículo 316 del Código General del Proceso, el Juez, de oficio, a petición de parte o del Ministerio Público deberá disponer todas las medidas tendientes a la protección de la vida, la integridad física o emocional de la víctima, la libertad y seguridad personal, así como la asistencia económica e integridad patrimonial del núcleo familiar.

Artículo 10.- A esos efectos podrá adoptar las siguientes medidas, u otras análogas, para el cumplimiento de la finalidad cautelar:

- 1) Disponer el retiro del agresor de la residencia común y la entrega inmediata de sus efectos personales en presencia del Alguacil. Asimismo, se labrará inventario judicial de los bienes muebles que se retiren y de los que permanezcan en el lugar, pudiéndose expedir testimonio a solicitud de las partes.
- 2) Disponer el reintegro al domicilio o residencia de la víctima que hubiere salido del mismo por razones de seguridad personal, en presencia del Alguacil.
- 3) Prohibir, restringir o limitar la presencia del agresor en el domicilio o residencia, lugares de trabajo, estudio u otros que frecuente la víctima.
- 4) Prohibir al agresor comunicarse, relacionarse, entrevistarse o desarrollar cualquier conducta similar en relación con la víctima, demás personas afectadas, testigos o denunciante del hecho.
- 5) Incautar las armas que el agresor tuviere en su poder, las que permanecerán en custodia de la Sede, en la forma que ésta lo estime pertinente. Prohibir al agresor el uso o posesión de armas de fuego, oficiándose a la autoridad competente a sus efectos.

-
- 6) Fijar una obligación alimentaria provisional a favor de la víctima.
 - 7) Disponer la asistencia obligatoria del agresor a programas de rehabilitación.
 - 8) Asimismo, si correspondiere, resolver provisoriamente todo lo relativo a las pensiones alimenticias y, en su caso, a la guarda, tenencia y visitas.

En caso de que el Juez decida no adoptar medida alguna, su resolución deberá expresar los fundamentos de tal determinación.

Artículo 11.- En todos los casos, el Juez ordenará al Alguacil o a quien entienda conveniente, la supervisión de su cumplimiento y convocará una audiencia, en un plazo no mayor de diez días de adoptada la medida, a los efectos de su evaluación. En caso de no comparecencia, el Juez dispondrá la conducción del agresor.

Si las medidas dispuestas no se cumplen, el Juez ordenará el arresto del agresor por un plazo máximo de cuarenta y ocho horas, sin perjuicio de lo establecido en los artículos 21.3, 374.1, 374.2 y 374.4 del Código General del Proceso.

Una vez adoptada la medida cautelar y efectuada la audiencia referida, los autos deberán ser remitidos al Juzgado que venía conociendo en los procesos relativos a la familia involucrada.

Artículo 12.- Las medidas adoptadas tendrán el alcance y la duración que el Juez disponga, sin perjuicio de la sustanciación de la pretensión, de su modificación o cese.

Artículo 13.- El procedimiento para la adopción de las medidas cautelares será el previsto por los artículos 313, 314 y 315 del Código General del Proceso. Siempre que se acredite que un derecho intrínseco al ser humano se vea vulnerado o amenazado, el Juez deberá, de inmediato, decretar las medidas cautelares que correspondan, en forma fundada. De igual manera, procederá cuando la audiencia previa del agresor pueda frustrar el buen fin de la medida.

Artículo 14.- En materia probatoria, serán de aplicación las disposiciones del Código General del Proceso, teniendo presente el objetivo y fin de esta ley y las disposiciones contenidas en los artículos siguientes.

Artículo 15.- Una vez adoptadas las medidas cautelares establecidas en el artículo 10 de la presente ley, el Tribunal de oficio ordenará realizar un diagnóstico de situación entre los sujetos involucrados. El mismo será elaborado en forma interdisciplinaria y tendrá como objeto determinar los daños físicos o psíquicos sufridos por la víctima, evaluar la situación de peligro o riesgo y el entorno social.

Este diagnóstico deberá estar a disposición del Tribunal al tiempo de celebración de la audiencia fijada en el artículo 11 de esta ley. Si por las

características de la situación, se considerase necesaria la adopción de medidas o tratamientos médicos, psicológicos o de otra naturaleza respecto de alguno de los sujetos involucrados, el Tribunal podrá cometer su realización a alguna de las instituciones públicas o privadas idóneas en la materia.

Artículo 16.- A los efectos de dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo anterior, el Ministerio de Educación y Cultura, a través del Instituto Nacional de la Familia y la Mujer, promoverá la formación de peritos en violencia doméstica, con capacidad de trabajo interdisciplinario, que se incorporará en la órbita del Instituto Técnico Forense.

La reglamentación correspondiente encomendará al Instituto Nacional de la Familia y la Mujer establecer los requisitos que deberán cumplir los interesados para acreditar su competencia pericial en el área de la violencia doméstica regulada por esta ley.

Artículo 17.- La Suprema Corte de Justicia incorporará esta categoría de profesionales al Registro Único de Peritos. Asimismo incorporará a este Registro a quienes acrediten ante el Ministerio de Educación y Cultura -que contará al efecto con la colaboración de la Universidad de la República o Universidades autorizadas- idoneidad notoria en la materia al tiempo de entrada en vigencia de la presente ley.

Artículo 18.- En todos los casos el principio orientador será prevenir la victimización secundaria, prohibiéndose la confrontación o comparecimiento conjunto de la víctima y el agresor en el caso de los niños, niñas y adolescentes menores de 18 años.

En el caso de la víctima adulta que requiera dicha confrontación y se certifique que está en condiciones de realizarla, ésta se podrá llevar a cabo. El Tribunal dispondrá la forma y los medios técnicos para recibir la declaración, haciendo aplicación de los principios de inmediatez, concentración y contradicción.

Podrá en su caso, solicitar previamente al equipo interdisciplinario que informe si la víctima se encuentra en condiciones de ser interrogada en ese momento.

Artículo 19.- Las situaciones de violencia doméstica deben ser evaluadas desde la perspectiva de la protección integral a la dignidad humana.

Asimismo, se considerará especialmente que los hechos constitutivos de violencia doméstica a probar, constituyen, en general, situaciones vinculadas a la intimidad del hogar, cuyo conocimiento radica en el núcleo de personas afectadas por los actos de violencia.

CAPÍTULO V

ASISTENCIA LETRADA OBLIGATORIA

Artículo 20.- La Suprema Corte de Justicia deberá garantizar la asistencia letrada obligatoria a la víctima, para lo cual estará facultada a celebrar convenios con entidades públicas o privadas especializadas en la materia.

CAPÍTULO VI

COORDINACIÓN DE ACTUACIONES

Artículo 21.- Cuando intervenga un Juzgado con competencia en materia penal o un Juzgado con competencia en materia de menores en una situación de violencia doméstica, cualquiera sea la resolución que adopte, deberá remitir, dentro de las cuarenta y ocho horas de haber tomado conocimiento de los hechos, testimonio completo de las actuaciones y de la resolución adoptada al Juez con competencia en materia de violencia doméstica.

Asimismo, cuando se haya dispuesto el procesamiento con prisión, deberá comunicar la excarcelación o la concesión de salidas transitorias o cualquier forma de conclusión del proceso al Juzgado competente en materia de violencia doméstica, previo a su efectivización. También deberá ponerlo en conocimiento de la víctima en su domicilio real y de su letrado en el domicilio constituido, en este último caso si estuviere en conocimiento de la Sede, de la forma que entienda más eficaz para obtener la finalidad de protección perseguida por esta ley.

Del mismo modo, los Juzgados con competencia de urgencia en materia de violencia doméstica, comunicarán los hechos con apariencia delictiva que hayan llegado a su conocimiento, dentro de las veinticuatro horas, al Juzgado Penal de Turno.

Igual obligación se dispone para los representantes del Ministerio Público entre sí.

CAPÍTULO VII

PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA Y PROMOCIÓN DE LA ATENCIÓN INTEGRAL A LA VÍCTIMA

Artículo 22.- El Estado deberá adoptar todas las medidas necesarias para prevenir, sancionar y erradicar la violencia doméstica y fomentar el apoyo integral a la víctima.

Artículo 23.- La rehabilitación y la reinserción social del agresor, deberán formar parte de una política que procure proteger a todas las personas relacionadas. La asistencia y el tratamiento deberán ser instrumentos de esta política.

Artículo 24.- Créase, en la órbita del Ministerio de Educación y Cultura, el Consejo Nacional Consultivo de Lucha contra la Violencia Doméstica, que se integrará con:

- Un representante del Ministerio de Educación y Cultura, que lo presidirá.
- Un representante del Ministerio del Interior.
- Un representante del Ministerio de Salud Pública.

-
- Un representante del Instituto Nacional del Menor (INAME).
 - Un representante del Poder Judicial.
 - Un representante de la Administración Nacional de Educación Pública (ANEP).
 - Un representante del Congreso de Intendentes.
 - Tres representantes de las organizaciones no gubernamentales de lucha contra la violencia doméstica.

Los representantes de los organismos públicos deberán ser de las más altas jerarquías.

Los representantes de las organizaciones no gubernamentales serán designados por la Asociación Nacional de Organizaciones No Gubernamentales (ANONG).

Artículo 25.- El Consejo podrá convocar en consulta a las sesiones a representantes de los Ministerios y organismos públicos, a personas públicas no estatales, de las organizaciones no gubernamentales e instituciones privadas de lucha contra la violencia doméstica.

Artículo 26.- El Consejo, cuya competencia es nacional, tendrá los siguientes fines:

1. Asesorar al Poder Ejecutivo, en la materia de su competencia.
2. Velar por el cumplimiento de esta ley y su reglamentación.
3. Diseñar y organizar planes de lucha contra la violencia doméstica.
4. Promover la coordinación e integración de las políticas sectoriales de lucha contra la violencia doméstica diseñadas por parte de las diferentes entidades públicas vinculadas al tema.
5. Elaborar un informe anual acerca del cumplimiento de sus cometidos y sobre la situación nacional de violencia doméstica.
6. Ser oído preceptivamente en la elaboración de los informes que el Estado debe elevar en el marco de las Convenciones Internacionales vigentes, relacionadas con los temas de violencia doméstica a que refiere esta ley.

-
7. Opinar, a requerimiento expreso, en la elaboración de los proyectos de ley y programas que tengan relación con la violencia doméstica.
 8. Colaborar con la Suprema Corte de Justicia en la implementación de la asistencia letrada establecida en el artículo 20 de la presente ley.

Artículo 27.- El Ministerio de Educación y Cultura proveerá la infraestructura para las reuniones del Consejo.

Artículo 28.- El Consejo podrá crear Comisiones Departamentales o Regionales, reglamentando su integración y funcionamiento.

Artículo 29.- El Consejo dictará su reglamento interno de funcionamiento dentro del plazo de treinta días a partir de su instalación.

En un plazo no mayor a ciento veinte días a partir de su instalación, el Consejo elaborará y elevará a consideración del Poder Ejecutivo, Ministerio de Educación y Cultura, el primer Plan Nacional de Lucha contra la Violencia Doméstica, con un enfoque integral, orientado a la prevención, atención y rehabilitación de las personas involucradas, a efectos de lograr el uso más adecuado de los recursos existentes en beneficio de toda la sociedad. Dicho Plan Nacional propondrá acciones que procurarán el cumplimiento de los siguientes objetivos:

- A) Tender al abatimiento de este tipo de violencia en todas sus manifestaciones, fomentando el irrestricto respeto a la dignidad humana, en cumplimiento de todas las normas nacionales vigentes, así como de los compromisos asumidos por el Estado al ratificar las Convenciones y Tratados de Derechos Humanos.
- B) Proyectar mecanismos legales eficaces que atiendan al amparo a las víctimas de violencia doméstica, así como a la rehabilitación de los victimarios.
- C) Favorecer la especialización de todas aquellas instituciones y operadores cuya intervención es necesaria para la prevención y erradicación de la violencia doméstica.

Sala de Sesiones de la Cámara de Representantes, en Montevideo, a 18 de junio de 2002.

GUILLERMO ÁLVAREZ,
Presidente.
Horacio D. Catalurda,
Secretario.

MINISTERIO DEL INTERIOR
MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CULTURA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Montevideo, 2 de julio de 2002.

Habiendo expirado el plazo previsto en la Constitución de la República y de conformidad con lo establecido por su artículo 144 cúmplase, acútese recibo, comuníquese, publíquese e insértese en el Registro Nacional de Leyes y Decretos.

BATLLE.
GUILLERMO STIRLING.
JOSE CARLOS CARDOSO.
ALFONSO VARELA.

▶▶▶ Trámite Parlamentario

31 de octubre de 2013

ENTREVISTA A LA SRA. MABEL SIMOIS, DIRECTORA DE LA CASA DE LA MUJER DE LA UNIÓN

-¿Qué es la Casa de la Mujer de la Unión?

-La Casa de la Mujer de la Unión es una asociación civil sin fines de lucro que desde 1987 desarrolla actividades de promoción a nivel local y nacional. Su misión es impulsar y efectivizar actividades y programas tendientes a promover a las mujeres, jóvenes y adultas, contribuyendo al desarrollo de todas sus potencialidades para alcanzar igualdad de oportunidades en la sociedad, entre hombres y mujeres, en todos los ámbitos.

-¿Qué es lo que la Casa de la Mujer de la Unión propone?

-Crear un espacio de reflexión, capacitación y acción, desde y para las mujeres contribuyendo a una nueva identidad mujer como sujeto de cambio social. Brindar apoyo y asesoramiento en diferentes áreas, aportando las herramientas necesarias para que las mujeres sean protagonistas de sus vidas. Participar activamente en los espacios colectivos buscando generar propuestas que contribuyan a mejorar la calidad de vida de las mujeres. La Casa participa y promueve encuentros nacionales e internacionales y seminarios. A través de diversas actividades y servicios, la Casa pretende constituirse en un recurso permanente en diversas áreas para las jóvenes y mujeres adultas, contamos para ello con equipos especializados que trabajan con un abordaje multidisciplinario.

-¿Cuál es la finalidad?

-La finalidad del área es generar un cambio en las relaciones desiguales de poder entre hombres y mujeres, contribuyendo a construir la igualdad de oportunidades en el plano económico y laboral.

-¿Cómo ayudan a las mujeres lograr la igualdad?

-Con capacitación para el trabajo y apoyo en la inserción laboral de jóvenes y mujeres. (curso de capacitación laboral para jóvenes de entre 17 y 24 años, Programa de Educación para el Trabajo de Mujeres Jefas de hogar, atendiendo a la capacitación en áreas no tradicionales,

Capacitación de grupos de mujeres rurales en proyecto de micro emprendimientos, Talleres de Formación Personal y Social con grupos mixtos de jóvenes, pasantías en empresas, servicio de inserción laboral, estos programas se llevan a cabo por medio de convenios con DINAE (Pro joven), IMM e INAU.

-¿Con respecto a la salud de las mujeres?

-Participamos en la construcción y promoción de la salud integral de la mujer brindándoles herramientas que les permitan hacer valer sus derechos con espacios de servicios y consultas para adolescentes y mujeres adultas, prevención de cáncer genital femenino, métodos anticonceptivos, educación y orientación sexual, preparación integral para la maternidad-paternidad responsable, talleres de trabajo corporales, espacios de trabajo en diferentes temas como salud mental, corporal, vínculos, crisis y género además de espacios de capacitación y formación de agentes comunitarias.

-¿A quiénes está destinado su programa?

-Nuestro programa de "Apoyo a Víctimas de Violencia Sexual y doméstica", está destinado a todas aquellas mujeres que sufren el maltrato en todas sus formas: física, psicológica o económica, generando un espacio de atención individual y grupal de su problema y asesoramiento integral para su resolución. Se brindan consultas psicosociales, asesoramiento jurídico, grupos de auto ayuda, talleres de capacitación y sensibilización en el tema.

-¿La Casa cuenta con algún área de recreación para las mujeres que asisten a ella?

-Sí, hay una biblioteca especializada, clases de artesanía, espacio "Lila" videos, talleres de reflexión, inter grupales, festejos, charlas, talleres sobre diferentes temáticas en escuelas, grupos de mujeres, policlínicas además de brindar apoyo a grupo de mujeres en formación, convenio con Comisión de La Mujer de la IMM para trabajos zonales a través del programa municipal "Comuna Mujer".

-¿En qué otras cosas participa La Casa de la Mujer?

-En La Casa de la Mujer contamos con un equipo multidisciplinario, integrado por especialistas en la problemática, además integramos la Red Uruguay contra la Violencia Doméstica y Sexual y el Comité Latinoamericano y del Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM).

-¿Qué requisitos debe cumplir una mujer para poder ser atendida en La Casa?

-Todas las mujeres pueden ser atendidas en La Casa, no importa su edad, su nivel de instrucción o su situación económica, acá han sido atendidas desde mujeres con un muy bajo nivel educativo y económico, así como también universitarias y esposas de diputados, la violencia no discrimina, hoy día tenemos una campaña de prevención de violencia de género en el noviazgo el "me gusta más cuando".

-¿La persona deprimida puede generar situaciones de violencia?

-No, la violencia no se genera, tú puedes hacer cualquier cosa que nada de eso va a hacer que yo reaccione violentamente porque yo no soy violenta, eso debe de quedar bien claro, el culpable en estas situaciones es el violento, nunca el violentado es el culpable de la situación.

-¿Qué nos puede decir sobre el trabajo sobre los derechos?

-De acuerdo a los distintos instrumentos internacionales y regionales aprobados por las Naciones Unidas (ONU) y la Organización de Estados Americanos (OEA) y que el Uruguay ha ratificado, las mujeres tenemos derechos que son específicos y diversos. Por ejemplo: Derecho a la salud sexual y reproductiva, a no ser discriminadas en ningún ámbito, a vivir una vida libre de violencia. Para disfrutar de estos derechos es necesario ejercer la ciudadanía, es decir, defenderlos en cualquier ámbito en el que nos desempeñemos y ustedes como enfermeras se encuentran en un lugar privilegiado para hacerlo. Yo fui una de las mujeres que participó en la redacción de la Ley N° 17514 que tenemos desde julio del año 2002 en nuestro país, costó mucho su aprobación, dio muchas vueltas, siempre encontraban algo para trancar su aprobación, eran hombres discutiendo el futuro de las mujeres, pero finalmente fue aprobada y gracias a esta Ley el Estado uruguayo está obligado a adoptar medidas para prevenir, sancionar y erradicar la Violencia Doméstica. Esta Ley ampara a las personas que sufren esa situación. La violencia doméstica es el resultado de una situación de desigualdad entre dos personas y en particular entre hombres y mujeres. Es un abuso de poder de parte de la persona que la ejerce. Puede ser física, psicológica, sexual o patrimonial. La persona violenta no es siempre violenta, está el enamoramiento y los momentos amorosos con promesas de cambios por lo que se genera culpa en la agredida lo que muestra que la Violencia Doméstica es cíclica después de una fase de crisis viene un período de calma y si la persona abusiva no asume su responsabilidad en los hechos de violencia y no busca ayuda

especializada, esa violencia se convierte, por lo general, en un círculo que encierra a toda la familia y la expone a graves consecuencias. El agresor aísla a la víctima de su familia y amigas por lo que se encuentra sola, por eso cuando la mujer pide ayuda debemos saber que lo más probable es que la mujer se arrepienta y quiera volver con el agresor, no hay que juzgarla por eso, dejar que lo haga, es una chance que se debe dar, pero no debemos dejarla sola, debemos buscar lograr que la mujer no justifique sus actos por sus hijos, por ejemplo: cuando los niños son pequeños la mujer no deja al agresor para que sus hijos no se queden sin padre y luego, cuando los niños crecen y enfrentan al agresor la mujer se separa para evitar que se lastimen entre ellos. Lo que nosotras buscamos lograr es que las mujeres se alejen de las situaciones de violencia por ellas mismas, porque no es eso lo que quieren para sus vidas, porque sientan que merecen algo más. Además los niños que crecen viendo violencia probablemente repitan la situación.

-¿Cómo salir de una situación de violencia?

-Rompiendo el silencio y el aislamiento, pedir ayuda a un servicio especializado en violencia, trabajar en sus fortalezas que muchas veces están presentes y no lo saben por ejemplo: quien hace las compras, quien lleva a los niños al control médico y como esas muchas cosas más que casi siempre las hacen las mujeres y no las ven como fortalezas y estas deben de ser trabajadas en un espacio individual o participando en un grupo de auto-ayuda.

-¿Dónde se debe realizar la denuncia en estos casos?

-Se debe acudir a la comisaría de la Mujer y la Familia (San José 1126) o en los juzgados especializados en violencia doméstica (Rondeau 1726) donde se debe solicitar un abogado-a de oficio. El Juez deberá tomar medidas de protección para la mujer y sus hijos. Nosotras siempre buscamos en la red familiar, madre, hermanos-as, etc. y si no hay de derivan a refugios, lo que pasa que en los refugios los niños pasan muy mal, son sacados de su casa y de su entorno por eso tratamos de que si es posible vayan con algún familiar. Siempre priorizamos la vida y si hay riesgo hay que asegurar la vida.

La Ley de Violencia Doméstica establece que cualquier persona que esté en conocimiento de una situación de violencia doméstica puede formular denuncia.

-¿Las tobilleras han dado resultado?

-Es una excelente herramienta pero no hay para todas las víctimas.

-¿Qué horario de atención tienen?

-De lunes a viernes de 14 a 17 horas en La Casa de la Mujer de la Unión, pero las 24 hs vía telefónica y en los casos que es necesario concurrimos a cualquier hora.

Los teléfonos son: 2506 06 01 o 2507 65 02.

El servicio de atención en violencia doméstica de la IMM es el 0800 41 41 de 8 a 24 hs y la llamada es gratuita.

Nuestra dirección es: José Serrato 2613 esquina Johanicó.

E- mail: nosotras@casadelamujer.org.uy

violencia@casadelamujer.org.uy

web: www.casadelamujer.org.uy

DECLARACION UNIVERSAL DE LOS DERECHOS HUMANOS

Artículo 1

Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros.

Artículo 2

1. Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición.

2. Además, no se hará distinción alguna fundada en la condición política, jurídica o internacional del país o territorio de cuya jurisdicción dependa una persona, tanto si se trata de un país independiente, como de un territorio bajo administración fiduciaria, no autónoma o sometida a cualquier otra limitación de soberanía.

Artículo 3

Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.

Artículo 4

Nadie estará sometido a esclavitud ni a servidumbre, la esclavitud y la trata de esclavos están prohibidas en todas sus formas.

Artículo 5

Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.

Artículo 6

Todo ser humano tiene derecho, en todas partes, al reconocimiento de su personalidad jurídica.

Artículo 7

Todos son iguales ante la ley y tienen, sin distinción, derecho a igual protección de la ley. Todos tienen derecho a igual protección contra toda discriminación que infrinja esta Declaración y contra toda provocación a tal discriminación.

Artículo 8

Toda persona tiene derecho a un recurso efectivo ante los tribunales nacionales competentes, que la ampare contra actos que violen sus derechos fundamentales reconocidos por la constitución o por la ley.

Artículo 9

Nadie podrá ser arbitrariamente detenido, preso ni desterrado.

Artículo 10

Toda persona tiene derecho, en condiciones de plena igualdad, a ser oída públicamente y con justicia por un tribunal independiente e imparcial, para la determinación de sus derechos y obligaciones o para el examen de cualquier acusación contra ella en materia penal.

Artículo 11

1. Toda persona acusada de delito tiene derecho a que se presuma su inocencia mientras no se pruebe su culpabilidad, conforme a la ley y en juicio público en el que se le hayan asegurado todas las garantías necesarias para su defensa.

2. Nadie será condenado por actos u omisiones que en el momento de cometerse no fueron delictivos según el Derecho nacional o internacional. Tampoco se impondrá pena más grave que la aplicable en el momento de la comisión del delito.

Artículo 12

Nadie será objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques a su honra o a su reputación. Toda persona tiene derecho a la protección de la ley contra tales injerencias o ataques.

Artículo 13

1. Toda persona tiene derecho a circular libremente y a elegir su residencia en el territorio de un Estado.

2. Toda persona tiene derecho a salir de cualquier país, incluso del propio, y a regresar a su país.

Artículo 14

1. En caso de persecución, toda persona tiene derecho a buscar asilo, y a disfrutar de él, en cualquier país.

2. Este derecho no podrá ser invocado contra una acción judicial realmente originada por delitos comunes o por actos opuestos a los propósitos y principios de las Naciones Unidas.

Artículo 15

1. Toda persona tiene derecho a una nacionalidad.
2. A nadie se privará arbitrariamente de su nacionalidad ni del derecho a cambiar de nacionalidad.

Artículo 16

1. Los hombres y las mujeres, a partir de la edad núbil, tienen derecho, sin restricción alguna por motivos de raza, nacionalidad o religión, a casarse y fundar una familia, y disfrutarán de iguales derechos en cuanto al matrimonio, durante el matrimonio y en caso de disolución del matrimonio.
2. Sólo mediante libre y pleno consentimiento de los futuros esposos podrá contraerse el matrimonio.
3. La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado.

Artículo 17

1. Toda persona tiene derecho a la propiedad, individual y colectivamente.
2. Nadie será privado arbitrariamente de su propiedad.

Artículo 18

Toda persona tiene derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión; este derecho incluye la libertad de cambiar de religión o de creencia, así como la libertad de manifestar su religión o su creencia, individual y colectivamente, tanto en público como en privado, por la enseñanza, la práctica, el culto y la observancia.

Artículo 19

Todo individuo tiene derecho a la libertad de opinión y de expresión; este derecho incluye el de no ser molestado a causa de sus opiniones, el de investigar y recibir informaciones y opiniones, y el de difundirlas, sin limitación de fronteras, por cualquier medio de expresión.

Artículo 20

1. Toda persona tiene derecho a la libertad de reunión y de asociación pacíficas.
2. Nadie podrá ser obligado a pertenecer a una asociación.

Artículo 21

1. Toda persona tiene derecho a participar en el gobierno de su país, directamente o por medio de representantes libremente escogidos.
2. Toda persona tiene el derecho de acceso, en condiciones de igualdad, a las funciones públicas de su país.
3. La voluntad del pueblo es la base de la autoridad del poder público; esta voluntad se expresará mediante elecciones auténticas que habrán de celebrarse periódicamente, por sufragio universal e igual y por voto secreto u otro procedimiento equivalente que garantice la libertad del voto.

Artículo 22

Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad.

Artículo 23

1. Toda persona tiene derecho al trabajo, a la libre elección de su trabajo, a condiciones equitativas y satisfactorias de trabajo y a la protección contra el desempleo.
2. Toda persona tiene derecho, sin discriminación alguna, a igual salario por trabajo igual.
3. Toda persona que trabaja tiene derecho a una remuneración equitativa y satisfactoria, que le asegure, así como a su familia, una existencia conforme a la dignidad humana y que será completada, en caso necesario, por cualesquiera otros medios de protección social.
4. Toda persona tiene derecho a fundar sindicatos y a sindicarse para la defensa de sus intereses.

Artículo 24

Toda persona tiene derecho al descanso, al disfrute del tiempo libre, a una limitación razonable de la duración del trabajo y a vacaciones periódicas pagadas.

Artículo 25

1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

Artículo 26

1. Toda persona tiene derecho a la educación. La educación debe ser gratuita, al menos en lo concerniente a la instrucción elemental y fundamental. La instrucción elemental será obligatoria. La instrucción técnica y profesional habrá de ser generalizada; el acceso a los estudios superiores será igual para todos, en función de los méritos respectivos.

2. La educación tendrá por objeto el pleno desarrollo de la personalidad humana y el fortalecimiento del respeto a los derechos humanos y a las libertades fundamentales; favorecerá la comprensión, la tolerancia y la amistad entre todas las naciones y todos los grupos étnicos o religiosos, y promoverá el desarrollo de las actividades de las Naciones Unidas para el mantenimiento de la paz.

3. Los padres tendrán derecho preferente a escoger el tipo de educación que habrá de darse a sus hijos.

Artículo 27

1. Toda persona tiene derecho a tomar parte libremente en la vida cultural de la comunidad, a gozar de las artes y a participar en el progreso científico y en los beneficios que de él resulten.

2. Toda persona tiene derecho a la protección de los intereses morales y materiales que le correspondan por razón de las producciones científicas, literarias o artísticas de que sea autora.

Artículo 28

Toda persona tiene derecho a que se establezca un orden social e internacional en el que los derechos y libertades proclamados en esta Declaración se hagan plenamente efectivos.

Artículo 29

1. Toda persona tiene deberes respecto a la comunidad, puesto que sólo en ella puede desarrollar libre y plenamente su personalidad.

2. En el ejercicio de sus derechos y en el disfrute de sus libertades, toda persona estará solamente sujeta a las limitaciones establecidas por la ley con el único fin de asegurar el reconocimiento y el respeto de los derechos y libertades de los demás, y de satisfacer las justas exigencias de la moral, del orden público y del bienestar general en una sociedad democrática.

3. Estos derechos y libertades no podrán, en ningún caso, ser ejercidos en oposición a los propósitos y principios de las Naciones Unidas.

Artículo 30

Nada en esta Declaración podrá interpretarse en el sentido de que confiere derecho alguno al Estado, a un grupo o a una persona, para emprender y desarrollar actividades o realizar actos tendientes a la supresión de cualquiera de los derechos y libertades proclamados en esta Declaración.

Anexo 4

VOCABULARIO:

A:

- **Afección:** Proceso patológico que afecta a todo o parte del cuerpo humano.
- **Alegría:** Reacción emocional caracterizada por un tono vivencial agradable y relacionada a un suceso vivido en un presente inmediato
- **Amenazar:** Dar a entender que se quiere hacer algún mal a otro.
- **Anhedonia:** Incapacidad para sentir placer o satisfacción a partir de experiencias que, por lo general, resultan placenteras.
- **Ánimo:** 1. Alma racional o activa; el principio que da animosidad a la vida. 2. El componente masculino de la personalidad femenina. 3. Antagonismo muy enraizado y generalmente controlado, pero que ante el estrés puede desbordarse con virulencia.
- **Asintomática:** Ausencia de síntomas.
- **Atención:** Elemento que forma parte de las funciones cognitivas, consistente en que la actividad mental se mantiene centrada sobre un aspecto, objeto o una actividad específica.
- **Atención primaria:** Primer contacto de un determinado episodio de enfermedad que lleva a tomar una decisión relacionada con las acciones a tomar para resolver el problema de salud.
- **Autoestima:** Grado de valor y competencia que se atribuye uno a sí mismo.

B:

- **Bienestar:** Estado dinámico de salud en el cual un individuo progresa hacia un nivel de funcionamiento superior, consiguiendo un equilibrio óptimo entre los medios interno y externo.
- **Bipolar:** Que tiene dos polos, como ciertos tratamientos electro terapéuticos que utilizan dos polos o ciertas tinciones bacterianas que afectan a dos polos del microorganismo estudiado.

C:

- **Caracterizar:** Buscar en una población conjunto de rasgos y modos de conducta que confieren a la persona la capacidad para reaccionar de un modo determinado frente a los usos y costumbres de una sociedad.
- **Climaterio:** Menopausia que es estrictamente el cese de las menstruaciones, normalmente se utiliza la palabra menopausia para referirse al período climatérico femenino. Las menstruaciones cesan de

manera natural al declinar la producción y la función hormonal cíclica entre los 45 y 60 años de edad, aunque pueden detenerse antes como consecuencia de enfermedades o la resección quirúrgica del útero o de ambos ovarios. Al disminuir la producción de estrógenos en el ovario y de gonadotropinas hipofisarias, la ovulación y las menstruaciones se hacen menos frecuentes hasta cesar.

- **Coacción:** Acción por la que se obliga a otra persona a hacer algo que voluntariamente no haría.
- **Cognición:** Proceso mental caracterizado por entendimiento, pensamiento, aprendizaje y juicio.
- **Coherente:** Modelo lógico de expresión y pensamiento que es evidente en el lenguaje de un individuo normal y estable.
- **Comunidad:** Grupo de individuos que residen en una región geográfica delimitada y que comparten intereses u obligaciones comunes.
- **Consulta:** Proceso en el que se le solicita ayuda a un especialista para conocer las formas de solucionar los problemas terapéuticos de un paciente o sobre la planificación y aplicación de asistencia sanitaria.
- **Cronicidad:** Relativo a la situación de ser crónico.
- **Cuantitativa:** Capaz de ser medido.

D:

- **Depresión:** Alteración de la conducta caracterizado por sentimientos de tristeza, desesperación o descorazonamiento, secundaria a una tragedia o pérdida personal y proporcional a la misma.
- **Diagnóstico:** Identificación de un proceso o enfermedad mediante la evaluación específica de signos clínicos, síntomas, anamnesis, pruebas de laboratorio y técnicas especiales. Algunos tipos de diagnósticos son: diagnóstico clínico, diagnóstico de enfermería, diagnóstico de laboratorio, diagnóstico diferencial, diagnóstico físico.
- **Discapacidad:** Pérdida, ausencia o reducción observable y medible de la capacidad física o mental.
- **Distímico:** Forma de depresión unipolar_ crónica que tiende a producirse en personas ancianas con procesos físicos debilitantes, carencias interpersonales múltiples y dificultades crónicas en su matrimonio. Varios episodios depresivos pueden acumularse y dar lugar a un estado depresivo crónico de poca intensidad.

E:

- **Endógeno:** 1. Que crece en el interior del organismo. 2. Que se origina en el interior del organismo o que se produce por causas internas, como

la enfermedad producida por la alteración estructural o funcional de órgano o sistema.

- **Enfermedad:** Alteración más o menos grave de la salud.
- **Enfermera-o:** Persona que ha completado un programa de formación básica en enfermería y está calificada y autorizada para ejercer la enfermería.
- **Entorno:** Ambiente, lo que rodea a alguien o algo.
- **Esperanza:** Estado de ánimo en el cual se nos presenta como posible lo que deseamos.
- **Étnica:** Población humana, grupo de personas que pertenecen a la misma raza y que comparten la misma lengua y cultura.
- **Euforia:** Exaltación del estado de ánimo que se traduce en alegría y optimismo expansivos.
- **Experimental:** Hacer operaciones destinadas a descubrir, comprobar o demostrar determinados fenómenos o principios científicos.

F:

- **Fatiga:** Agitación, cansancio.
- **Física:** Aspecto de una persona.
- **Fóbico:** Temor patológico ante la presencia de un ser o de un objeto, o ante cierta situación.

G:

- **Género:** Clasificación de sexo de una persona en masculino, femenino o intersexual.
- **Golpes:** Choqué violento de dos cuerpos.

H:

- **Hiperfagia:** Es una situación caracterizada por un aumento excesivo de la sensación de apetito o ingesta descontrolada de alimentos, sin razón aparente.
- **Hipersomnio:** Sueño excesivamente profundo o prolongado seguido de estado confusional al despertar; las causas psíquicas predominan sobre la física.
- **Hostigamiento:** Perseguir, molestar al uno.
- **Humor:** Disposición de ánimo habitual o pasajero.

I:

- **Inherente:** Permanecer unido.
- **Insomnio:** Trastorno del sueño, caracterizado por la dificultad de iniciar este o por una disminución de su duración normal.
- **Investigación:** Trabajar para hacer descubrimientos científicos.

J:

- **Justificación:** Probar una cosa con razones, testigos y documentos.

L:

- **Lesión:** Cualquier alteración local visible de los tejidos corporales, como una herida, ulcera, forúnculo o erupción.
- **Logorrea:** Carácter inagotable del flujo verbal observado en el curso de las fases maníacas de la psicosis depresiva. La logorrea del maniaco depresivo se distingue por la variación lexical, la abundancia de juegos de palabras y la riqueza de asociaciones libres.

M:

- **Maltrato:** Agresión física o psíquica.
- **Manía:** Trastorno del humor caracterizado por un estado emocional expresivo con excitación extrema, hiperactividad, agitación, logorrea, fuga de ideas, gran actividad psicomotora, incapacidad de mantener la atención y, en ocasiones un comportamiento violento agresivo o autodestructivo.
- **Manipulación:** Manejar uno los asuntos a su modo, o mezclarse en los ajenos.
- **Melancolía:** Tristeza extrema, el principal trastorno afectivo depresivo.
- **Memoria:** Facultad mental que permite retener y recordar.
- **Metodología:** Sección de una propuesta de investigación en la que se describen los métodos que serán utilizados.
- **Muestra:** Grupo o porción de la población que puede ser utilizado para demostrar las características de la totalidad.

P:

- **Paciente:** Individuo receptor de un servicio sanitario.
- **Patología:** Estudio de las características, causas y efectos de la enfermedad tales como se reflejan en la estructura y función del organismo.
- **Pensamiento:** Potencia o facultad de pensar.
- **Prevenir:** Advertir, informar o avisar a uno de una cosa.
- **Población:** Cualquier grupo en el cual se estudie alguna característica variable y del cual puedan extraerse diversas muestras con fines estadísticos.
- **Precedente:** Qué esta o va adelante en el tiempo o en el espacio.
- **Prevalencia:** Número de casos nuevos de una enfermedad o de veces que ha aparecido un caso durante un periodo de tiempo determinado.
- **Privación:** Carencia o falta de una cosa en el sujeto capaz de tenerla.

-
- **Problemática:** Conjunto de problemas o dificultades pertenecientes a una determinada ciencia, disciplina o actividad.
 - **Promoción:** Elevación o mejora de las condiciones de vida intelectuales, etc.
 - **Protección:** La protección es un cuidado preventivo ante un eventual riesgo o problema.
 - **Psicológica:** Manera de sentir de la persona o un pueblo
 - **Psicomotor:** Relacionado con los factores psicológicos que intervienen en la movilidad.
 - **Psicopatológico:** Manifestación comportamental de cualquier trastorno mental.

R:

- **Reactiva:** Qué produce reacción.
- **Referencia:** Narración o relación de una cosa.
- **Rehabilitación:** Restitución de un individuo o un órgano a la normalidad después de una enfermedad incapacitante, una lesión o un periodo de adicción o encarcelamiento.
- **Relevante:** Importante, significativo.

S:

- **Salud:** Situación de bienestar físico, mental y social con ausencia de enfermedad y otras circunstancias anormales.
- **Salud mental:** Estado relativo de la mente en el cual una persona sana es capaz de hacer frente de modo aceptable a las tensiones de la vida diaria.
- **Sensibilizar:** Acrecentar la sensibilidad de personas o cosas.
- **Sentimiento:** Parte afectiva y emocional de una persona.
- **Signos:** Hallazgo objetivo percibido por el explorador.
- **Símbolos:** Objeto o forma de conducta o sentimiento que oculta un conflicto emocional reprimido a través de una asociación inconsciente más que por una relación objetiva ;se manifiesta en los sueños y en las neurosis.
- **Síndromes:** Complejo de signos y síntomas resultantes de una causa común o que aparecen en combinación como expresión del cuadro clínico de una enfermedad o de una alteración hereditaria.
- **Síntomas:** Índice subjetivo de una enfermedad o un cambio de estado tal como lo percibe el paciente.
- **Somática:** Perteneciente al organismo.
- **Sufrimiento:** Sentir, padecer un daño físico o moral.

-
- **Suicidios:** Pertenciente, relativo o tendente a la autodestrucción.

T:

- **Transversal:** Qué se halla o de extiende atravesado de un lado a otro.
- **Trastorno:** Interrupción o alteración de las funciones normales o los sistemas establecidos, como es el caso de un trastorno mental o nutricional.
- **Tratamiento:** Cuidado y atenciones prestadas a un paciente al objeto de combatir, mejorar o prevenir una enfermedad.
- **Traumático:** Lesión psíquica producida por un shock emocional intenso.
- **Tristeza:** De carácter o temperamento melancólico.

U:

- **Universo:** Conjuntó de individuos o elementos sometidos a estudio estadístico.
- **Usuarías:** Que usa algo ajeno por derecho o concesión.

V:

- **Validez:** Dar fuerza o firmeza a una cosa; hacerla valida.
- **Vegetativo:** Parte del sistema nervioso que regula y coordina las funciones viscerales.
- **Vida:** Unión del alma y el cuerpo. Intervalo de tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta su muerte.
- **Violencia:** Acción violenta o contra el natural modo de proceder.

ANEXO 5:

**CARTA DE SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA EL RELEVAMIENTO
DE LOS DATOS PARA LA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO.**

18 de octubre de 2013

Dirección del Centro de Salud.

Dra: Elena García.

Dra: Rosana Díaz

Por medio de la presente, nos dirigimos a usted solicitando autorización para realizar el relevamiento de partes diarios e Historias clínicas, datos necesarios para poder realizar el trabajo de investigación para la tesis final de nuestra *carrera* de Lic. en Enfermería, "carrera escalonada", Generación 2010 de la Universidad de la República.

Desde ya muchas gracias.

Saludan a usted atentamente:



Four handwritten signatures are present. The top-left signature is in blue ink and appears to be 'Elena García'. The top-right signature is in blue ink and is more stylized. The bottom-left signature is in black ink and appears to be 'Rosana Díaz'. The bottom-right signature is in black ink and reads 'Promefelatus delauzo'.

autorizado
quiroga
Dra ROSANA DÍAZ
Médica 4000
T. 11
SUBDIRECTORA

INSTITUCIÓN	Motivo de atención:									
TIPO ATENCIÓN	Antecedentes Médicos (marque con una cruz si o no en c/opción)									
SERVICIO	Tabaquismo	Abuso drogas	IAE	Ansiolíticos	Diabetes	HTA				
TÉCNICO PROFESION	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
FECHA										

REGISTRO HABITUAL EN LA HISTORIA CLINICA:

1. NO REGISTRAR EN LA ZONA SOMBREADA SALVO EN LAS ENCUESTAS
2. EN LA PRIMER HOJA DE LA HISTORIA CLINICA. EN EL SELLO DE FECHA DE REALIZADO
3. LAS RESPUESTAS POSITIVAS EMPLEANDO LOS CÓDIGOS DE LA CIE-10. JUNTO A LOS HALLAZGOS CLINICOS EN EL REGISTRO CORRESPONDIENTES A LA CONSULTA

CUESTIONARIO BREVE : INTRODUCCIÓN

El maltrato y la violencia son situaciones muy comunes en la vida de las mujeres, esto tiene distintas consecuencias. Como algunas de ellas pueden afectar el estado de salud, hemos comenzado a hacer estas preguntas durante la consulta médica general. Puede no responder si así lo prefiere, sin que esto altere la relación con su médica o médico.

- 1) **¿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?
- 2) **¿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?
- 3) **¿Cuando usted era niña recuerda haber sido tocada de manera inapropiada por alguien o haber tenido relaciones o contacto sexual?**
- 4) **¿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?
- 5) **Hoy, en su casa, ¿piensa usted que podría sufrir alguna de las situaciones nombradas?**

Edad	marque c/ cruz si o no en c/opción										
¿Tiene cónyuge o pareja?	¿Conviven?										
¿Tiene trabajo remunerado?	¿Cómo se definiría del punto de vista religioso? (no lea opciones)										
Estado civil	1	2	3	4	5	6	7				
Divorciado/a	Católico	Cristiano no católico	Judío	Umbandista, otro afroamericano	Creyente en Dios sin confesión	Ateo o agnóstico	Otros				
Nº Hijos											
¿Tipo de Unión?	1	2									
Casamiento	Unión libre										
¿Cree tener ascendencia?	¿Quiénes lo hizo?										
Afro o negra	Amarilla	Blanca	Indígena	Otro	No sabe						
SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
NIÑA	ADOLESCENTE	JOVEN	ADULTA	MAYOR 65a	EMBARAZO/ POSTPARTO						
SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
NIÑA	ADOLESCENTE	JOVEN	ADULTA	MAYOR 65a	EMBARAZO/ POSTPARTO						
SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
NIÑA	ADOLESCENTE	JOVEN	ADULTA	MAYOR 65a	EMBARAZO/ POSTPARTO						
SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
NIÑA	ADOLESCENTE	JOVEN	ADULTA	MAYOR 65a	EMBARAZO/ POSTPARTO						
SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO

DETECCIÓN DE SITUACIONES DE VIOLENCIA HACIA LA MUJER EN LA CONSULTA CLÍNICA INTRODUCCIÓN PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

Responsabilidades del sector salud en la atención a la VD (VD).

Incluir la violencia como un problema de salud pública. Facilitar su explicitación en la consulta. Evaluar su impacto en la salud. Promover formas de relación no violentas. Interactuar con otros sectores en la planificación e instrumentación de estrategias de abordaje integral.

Responsabilidades de las instituciones prestatarias de servicios.

Definir los roles y funciones adecuados para la atención a la VD. Capacitar al personal implicado. Asegurar el suministro de los insumos necesarios. Coordinar con los sectores relacionados.

ORIENTACIÓN PARA LOS OPERADORES - PARA LEER ANTES DE APLICAR EL CUESTIONARIO

¿Por qué preguntar?

La experiencia indica que muchas mujeres están dispuestas a hablar de la violencia que viven, pero se sienten inhibidas. Es necesario que el personal de salud formule las preguntas adecuadas. La aplicación de políticas y de protocolos sobre la VD facilita la identificación del problema.

¿Para qué un cuestionario?

La inclusión de un cuestionario estandarizado mejora la visibilidad del problema, facilita la detección de los casos particulares y es bien recibido por las usuarias.

¿Quiénes deben preguntar?

Todos los profesionales de la salud, (medic@s, enfermer@s, asistentes sociales, psicolog@s, parter@s) pueden integrar a su tarea habitual la encuesta sobre VD, según la planificación de cada institución. Los médicos deben integrar la estrategia de detección a la evaluación clínica.

¿A quienes preguntar?

A todas las mujeres, seleccionando el momento oportuno.

¿Cuándo preguntar?

- En el contexto de la evaluación de rutina, como un componente más de la salud de la mujer.
 - Frente a la sospecha de existencia de maltrato.
 - En las primeras consultas.
 - En el caso de mujeres en atención por períodos prolongados, se debe reiterar la exploración cuando haya elementos que hagan sospechar la presencia del problema.
- Se registrará la fecha de aplicación del cuestionario para evitar reiteraciones innecesarias.

¿Cómo plantear el problema?

Algunos técnicos prefieren una aproximación directa, otros aproximaciones indirectas.

Se recomienda: a) introducir el tema mencionando que es de rutina preguntar acerca de las relaciones familiares y si existen situaciones de maltrato, por su alta frecuencia y su repercusión en la salud. b) preguntar en el marco de la indagación sobre condiciones generales de vida.

¿Cómo emplear el cuestionario?

Es una herramienta que debe ser adaptada a la modalidad del técnico y de la consultante. Es importante elegir el momento oportuno, aplicar el cuestionario de modo que el técnico se sienta cómodo, con cuidado de que su actitud y lenguaje corporal sean coherentes con los objetivos, y adecuar la aplicación a las características étnicas y culturales de la consultante.

¿Qué hacer frente a una respuesta afirmativa?

La primera respuesta incluye 4 componentes.

- Una escucha respetuosa y cálida, que habilite que el problema sea analizado con naturalidad.
- Devolver a la mujer una explicación sobre como la situación de violencia afecta su salud.
- Resaltar y afirmar sus recursos personales y sus derechos.
- Informar sobre recursos disponibles y eventualmente derivar.

Resultados esperados

Estas acciones no siempre producen resultados inmediatos, pero alivian el malestar, constituyen una respuesta inmediata al sufrimiento y pueden ser el inicio de un proceso hacia una mejor calidad de vida de esa persona.