

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

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

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

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

Atención primaria de la VD

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

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

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

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

Intervenciones específicas

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

Este equipo organizará la asistencia, apo-

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

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

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

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

Intervenciones especializadas

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

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

La indicación de instancias psicoterapéuticas

ATENCIÓN A LA MUJER EN SITUACIÓN DE VD PAUTAS DE PROCEDIMIENTOS

Introducción

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

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

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

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

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

Objetivos

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

Preparación: Acciones institucionales

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

Todos los técnicos deben participar en ins-

tancias de sensibilización y capacitación.

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

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

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

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

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

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

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

La institución deberá asegurar la disponibi-

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

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

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

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

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

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

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

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

Responsabilidades institucionales:

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

Organización: Acciones de Servicio ³⁸

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

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

ción, para realizar los ajustes necesarios.

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

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

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

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

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

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

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

de atención y apoyar a los técnicos en aspectos operativos.

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

Responsabilidades del Servicio

Definir actividades a realizarse en el servicio.

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

Definir responsables para cada actividad.

Prever mecanismos de monitoreo y ajuste.

Asistencia: acciones del personal de salud

La atención a un problema social como la VD exige de los profesionales de la salud un análisis de sus actitudes y pautas culturales. Una revisión de su sistema de creencias en

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

48 40 En el capítulo acerca de recursos comunitarios Indicación y oportunidad se desarrolla este aspecto

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

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

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

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

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

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

Requisito: Capacitación previa

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

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

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

Estrategia de detección

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

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

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

Investigación de rutina

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

Cómo y cuando

La investigación de rutina se debe realizar:

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

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

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

Motivos de Consulta frecuentes

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

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

pueden alertar al técnico y promover la investigación.

Actitud de la consultante:

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

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

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

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

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

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

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

Formas indirectas de preguntar

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

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

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

Ejemplos en diferentes contextos:

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

¿Está todo bien en su casa con su pareja?

¿En su casa hay problemas de relacionamiento familiar?

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

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

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

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

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

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

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

Preguntas directas: Cuestionario breve

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

A partir de la entrada en vigencia de la regla-

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

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

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

Herramienta para la detección

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

Las hojas serán provistas por el MSP.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Registro

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

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

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

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

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

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

Códigos de la CIE 10

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

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

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

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

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

Registro y sistema de información

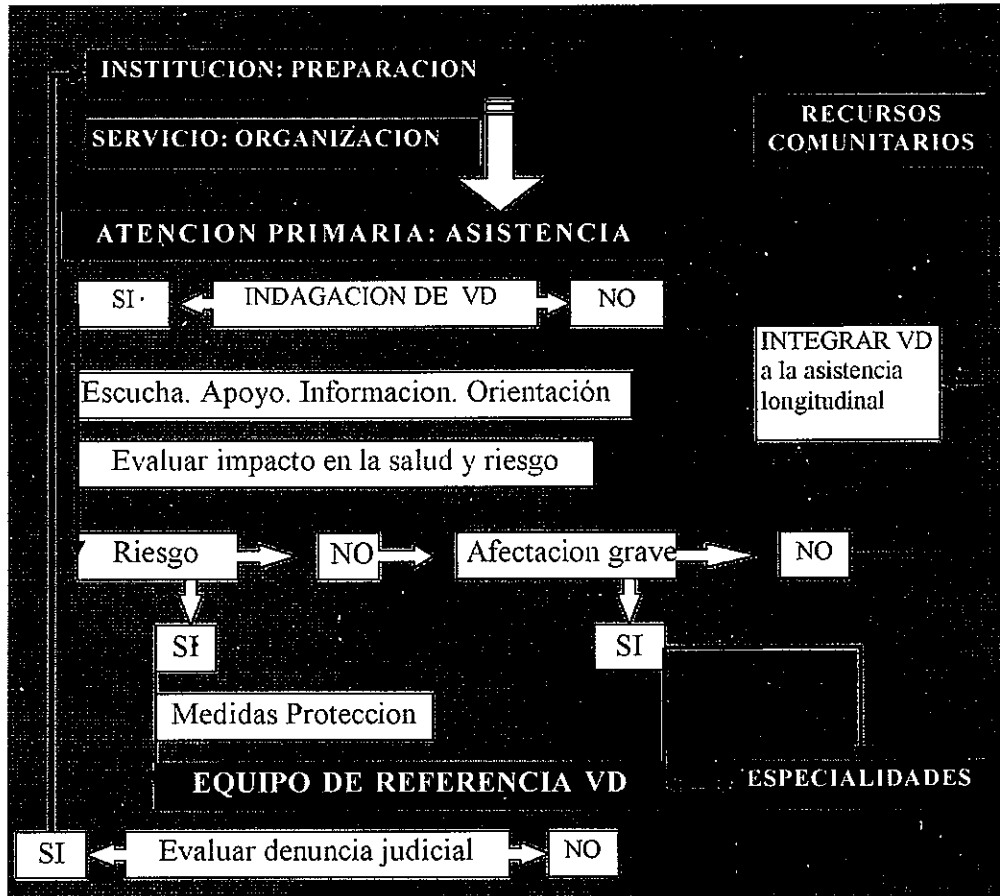
En caso de respuesta afirmativa al cuestionario, en la historia clínica se registrará únicamente el código correspondiente de la CIE-10.

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

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

Esquema de acciones detección y asistencia a la VD

Esquema de acciones detección y asistencia a la VD



ASISTENCIA A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE VD

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

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

• Estrategia institucional en relación a la VD

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

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

La respuesta en los servicios de salud

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

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

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

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

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

tampoco responde a sus necesidades de contención y apoyo inmediatas.

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

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



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

Las Trabas del personal de la Salud

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

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



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

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

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

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

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

Actitudes frecuentes de los operadores y los equipos:

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

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

Elementos para el diagnóstico de situación

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

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

Diagnóstico de Violencia Doméstica

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

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

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

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

La violencia puede manifestarse con variadas modalidades:

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

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

Los siguientes son algunas formas de ejercer violencia emocional:

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

rencial siempre.

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

Constitución del grupo familiar

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

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

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

Evolución de la VD: Inicio duración y patrón evolutivo

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

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

Estas circunstancias no son de por sí expli-

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

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

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

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

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

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

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

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

Si la mujer toma medidas objetivas, o se

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Impacto de la Violencia Doméstica en la salud de la Mujer

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

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

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

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

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

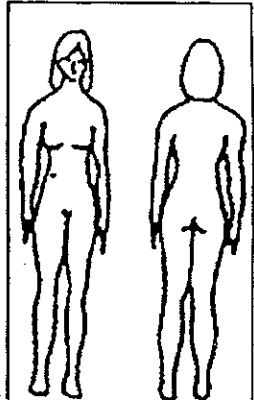
Si se constatan lesiones y/o un estado emocional que sugieren la existencia de violencia, aún cuando la paciente niega maltrato,

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

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

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

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



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

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

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

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

Respuestas

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

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

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

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

- Denunciar a la policía o a juzgados especializados.

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

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

Recursos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Evaluación de riesgo

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

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

Riesgo de suicidio.

Factores relacionales

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

Factores relativos a la mujer

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

Factores contextuales

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

Acciones

Consulta con psiquiatra

Medidas de protección:

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

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

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

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

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

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

Riesgo de homicidio
Factores relacionales:
Aumento en la intensidad y/o frecuencia de la violencia.
Amenaza de muerte con un arma.
Aumento del control sobre las actividades y relaciones de la mujer.
Importante asimetría en la relación.
Intento de separación frustrado.
Factores contextuales
Acceso a medios letales.
Factores vinculados al agresor
Consumo intenso de sustancias.
Patología psiquiátrica que implica impulsividad o alteración realidad.
Comportamiento violento en varios contextos, no solo en el hogar.
Factores relativos a la mujer
Anestesia afectiva y parálisis.
Abuso de sedantes.
Acciones
Medidas de seguridad personal.
Coordinar con equipo de referencia.

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

Medidas de seguridad personal

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

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

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

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

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

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

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

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

Se revisará con ella las posibilidades de ponerlas en práctica.

Compromiso desde la Institución cuando hay riesgo mayor

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

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

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

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

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

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

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

Integrar la VD a la asistencia longitudinal de la salud

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

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

Etapas de la asistencia por el personal de salud

- Aplicación de una Estrategia de detección
- Evaluación de la afectación del estado de salud por la VD
- Diagnóstico de situación
- Asistencia del cuadro médico
- Evaluación de Riesgo
- Escucha - Contención - Información - Orientación
- Evaluar la indicación de abordaje específico o especializado.
- Seguimiento en las consultas posteriores

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicación y seguimiento de tratamientos médicos

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

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

Hábitos de vida y autocuidado

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

tendientes a revertir costumbres y rutinas nocivas.

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

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

El uso de fármacos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE SALUD

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

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

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

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

Acciones comunitarias de promoción: Contenidos

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

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

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

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

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

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

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

⁴⁹ Ver marco conceptual para descripción del modelo ecológico

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

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

Los Recursos, su indicación y oportunidad

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

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

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

de inevitabilidad que rodea a las personas que lo sufren.

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

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

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

Recursos Institucionales:

Ministerio de Interior:

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

En situaciones de riesgo se sugiere llamar al

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

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

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

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

Poder Judicial:

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

Instituciones Públicas y Privadas que brindan Servicios específicos:

En la órbita de lo Público se cuenta con Servicios Específicos casi exclusivamente en Montevideo, si bien en todo el país existen profesionales sensibles y formados en el tema que brindan orientación y apoyo desde instituciones privadas o públicas, de Salud, INAU, Socaf, etc. La Intendencia Municipal de Montevideo, desarrolla los *Programas Comuna Mujer* en la órbita de los Centros Comunales Zonales, Nº 8, Nº9, Nº10, Nº 11, Nº 12, Nº14, Nº17 y Nº 18. En ellos se brinda atención psico-social y/o jurídica.

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

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

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

Recursos Comunitarios:

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

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

Recursos Familiares y Personales:

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

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

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

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

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

La coordinación debe explicitar las formas de

Mecanismos de referencia y contrarreferencia

Explícitos, escritos y accesibles a todos los operadores.

Guía de recursos y coordinación actualizadas.

Persona responsable de la actualización.

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

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

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

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

Comentarios finales

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

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

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

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

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



BIBLIOGRAFÍA

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

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

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