

# Descubrir la violencia doméstica en la consulta médica para trascender el tratamiento sintomático

## Análisis de la población atendida en una policlínica de atención primaria en Montevideo

*Autores: Fernanda Lozano<sup>1</sup>, Fernando Salas Rosso<sup>2</sup>, Agustín Paullier<sup>3</sup>*

### Resumen:

En Uruguay recientemente se incorporaron normativas y políticas para la prevención y tratamiento de la violencia hacia la mujer ejercida por sus parejas o ex parejas. Sin embargo existen resistencias por parte del personal de salud a realizar un diagnóstico psicosocial y un abordaje integral de la situación. Las prácticas habituales son paliativas, enfocándose en el manejo puramente sintomático, con el efecto iatropatogénico de ocultar la problemática a través de la mera medicación de los estados ánimo. Se perpetúa así la re victimización de la mujer ya que se pierde la oportunidad de abordar la vulneración de los derechos humanos y disminuir su morbimortalidad.

Se realizó un estudio cuantitativo, retrospectivo, en una policlínica de atención primaria centrado en los motivos de consulta más frecuentes de las mujeres, los intentos de autoeliminación y el consumo de psicofármacos.

**Palabras clave:** Violencia, Psicofármacos, Intento de autoeliminación

### Abstract

*Legislation and policies for the prevention and treatment of violence against women by their partners or former partners have recently been introduced in Uruguay. However, there is reluctance on the part of health workers to carry out psychosocial diagnoses and approach the situation comprehensively. Habitual practices are palliative and focus on a purely symptomatic handling of cases, with the iatrogenic effect of concealing the problem by merely*

*medicating an emotional state of mind. Thus, the revictimization of women is perpetuated, since the opportunity to address this violation of human rights and reduce morbidity and mortality is lost.*

*A quantitative and retrospective study was carried out in a primary care clinic, focusing on women's most common causes to visit the clinic, suicide attempts and the consumption of psychotropic drugs.*

**Key words:** *violence, psychotropic drugs, suicide attempt*

Fecha de recibido: Marzo 2011

Fecha de aprobado: Julio 2011

Correspondencia: Fernanda Lozano | •fernandalozano@adinet.com.uy

## 1. Introducción

Cotidianamente se violan los derechos humanos de muchas mujeres en diversos ámbitos, siendo una de las formas más traumáticas la violencia ejercida por sus parejas o ex parejas.

La violencia basada en género es definida por la Convención para la eliminación de todas las formas de la violencia contra la mujer (CEDAW) como “*todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual,*

*patrimonial, o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como privada*”<sup>1</sup>. Una variante de esta forma de violencia es la que sufren por parte de su cónyuge o ex pareja. Algunos autores prefieren hablar de síndrome de maltrato a la mujer<sup>2,3</sup> en lugar de violencia doméstica o intrafamiliar para evitar confusiones cuando el agresor es una ex pareja, cuando existe violencia en el noviazgo así como para no generar confusión con otras formas de violencia que

incluyen el maltrato infantil o hacia el adulto mayor. Pero dado que nuestra normativa habla de violencia doméstica<sup>4,5,6,7</sup>, en este trabajo emplearemos esta denominación para referirnos a la violencia que sufren las mujeres por parte de sus novios, parejas o ex parejas.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud la prevalencia de violencia doméstica a lo largo de la vida varía entre el 16% y el 50%, mientras que la de violencia sexual en sus diversas formas es del 20%<sup>8</sup>.

1. Doctor en medicina por la Universidad de la República (Uruguay), Médico Legista por la Universidad de la República (Uruguay), Master en Medicina Forense por la Universidad de Valencia (España), Master en Medicina Familiar y Comunitaria por la Universidad de Montevideo. Docente del Departamento de Medicina Legal de la Universidad de la República, Referente de Violencia, Maltrato y Abuso de la Red de Atención Primaria de la Administración de Servicios de Salud del Estado (A.S.S.E.). •fernandalozano@adinet.com.uy

2. Licenciado en Ciencia Política, Magíster en Ciencia Política y candidato a Magíster en Sociología por la UdelaR, Magíster en Sociedad del Conocimiento y la Información por la Universidad Complutense de Madrid (España), docente en el área de Ciencias Sociales de la UdelaR, la Universidad de Montevideo y la Escuela de Comando y Estado Mayor Aéreo (Ministerio de Defensa). Integrante del Consejo de la Facultad de Humanidades de la Universidad de Montevideo.

3. Bachiller. Estudiante de grado de la Facultad de Humanidades, Universidad de Montevideo

En Uruguay las denuncias de situaciones de violencia doméstica han ido en aumento y repre-

sentan un porcentaje cada vez mayor de los delitos contra la persona (entre los cuales se en-

cuentran también los homicidios, las lesiones y las riñas).

|  | 2005  | 2006  | 2007   | 2008   | 2009   |
|--|-------|-------|--------|--------|--------|
| <b>Número de delitos de violencia doméstica denunciados.</b>   | 6.853 | 7.151 | 10.824 | 12.450 | 13.712 |
| <b>% de denuncias de delitos de violencia doméstica en relación al total de delitos contra la persona.</b> | 30%   | 33%   | 46%    | 48%    | 52%    |

Fuente: elaboración propia en base a datos del Ministerio del Interior.

Se constatan esfuerzos crecientes del gobierno y la sociedad civil por detectar y abordar este flagelo. Al respecto se destaca la incorporación en el año 1995 del delito de violencia doméstica al Código Penal Uruguayo y la sanción en el 2002 de la Ley N° 17.514 (Ley de violencia doméstica), que establece un marco jurídico específico para la intervención y faculta al juez a tomar medidas cautelares ante situaciones de riesgo. Esta ley crea el Consejo Nacional Consultivo de Violencia Doméstica encargado de elaborar el Plan Nacional de Lucha contra la Violencia Doméstica. En el año 2005 el Ministerio de Salud Pública se comprometió a incluir la violencia doméstica en su agenda, aprobando en el año 2006 el Decreto 494/006 que reglamenta la participación de los servicios de salud en situaciones de violencia doméstica (incorporando el formulario violeta en las historias de las mujeres mayores de 15 años,

para facilitar la indagatoria). Recientemente fue actualizado por el Decreto 299/009 que reconoce como pauta nacional la Guía de abordaje de situaciones de violencia doméstica en el primer nivel de atención. Esta normativa pone especial énfasis en los aspectos de prevención y promoción y el rol del equipo de salud y del equipo de referentes de las instituciones. El tema recientemente se incorporó a las metas prestacionales para las instituciones públicas y privadas de Salud (vinculándose su cumplimiento con estímulos económicos o sanciones). La ley de salud sexual y reproductiva reafirma esta obligación de los equipos de salud de abordar integralmente la problemática<sup>9</sup>.

Pese a estos esfuerzos reseñados, aún no existe en Uruguay una cultura generalizada de la detección.

La violencia doméstica ocasiona importantes repercusiones en

la salud integral de las mujeres. Acorde a investigaciones<sup>10</sup> y al informe mundial de violencia y salud de la Organización Mundial de la Salud, son frecuentes las múltiples consultas en los servicios de salud, la sobre medicación y la hospitalización. Entre los motivos de consulta más frecuentes se encuentran los de la esfera ginecoobstétrica (embarazos no deseados, abortos provocados, infecciones de transmisión sexual, parto prematuro, enfermedad inflamatoria pélvica, entre otros) trastornos dolorosos crónicos (fibromialgia, colon irritable, cefaleas), conductas de riesgo (adicciones, sedentarismo) y especialmente manifestaciones en la salud mental (ansiedad generalizada, fobias, trastorno de estrés postraumático, depresión, baja autoestima, somatización, trastornos del sueño y de la conducta alimentaria, abuso de psicofármacos)<sup>11</sup>. Además de estas repercusiones psicofísicas, se suman las

repercusiones sociales como el aislamiento por la disminución de las redes sociales (educativas, laborales, de amistades) y familiares. Esta limitación del soporte social lleva a que las oportunidades de pedir y recibir ayuda sean escasas<sup>12,15</sup>. Todo esto debería hacer del sector de la salud un lugar privilegiado para la detección y abordaje de la problemática. Sin embargo, como demuestra el estudio de Sagot y Carcedo (2000) esto no siempre ocurre por carecer el equipo de salud de una actitud que promueva la salida de la mujer de la “ruta crítica de la violencia”<sup>15</sup>.

Cuando se omite indagar las causas o cuando no se atiende la violencia como problema de salud, se pierde una valiosa oportunidad<sup>16</sup>, desvirtuándose el tratamiento que se limita a un mero abordaje sintomático del motivo de consulta sin abordar la problemática de fondo. Si bien es necesario tratar las lesiones y los daños emocionales (trastornos afectivos como la depresión, la ansiedad en sus diversas formas, entre otras), también lo es, y aquí radica la omisión, el abordaje integral, considerando las raíces socioculturales de la problemática, cuyo tratamiento es necesario para la resolución definitiva de este problema<sup>17</sup>. El tratamiento sintomático que mantiene el problema de fondo, tiene un efecto iatropatogénico ya que permite que continúe la vulneración de los derechos de la mujer que continúa expuesta a riesgos, muchas veces vitales,

llegando en oportunidades a la muerte por homicidio o suicidio (situación derivada de la desesperación ante la falta de respuestas).

¿Por qué entonces los médicos suelen concentrarse en el tratamiento sintomático?

Sagot y Carcedo considera que se deriva mayoritariamente de considerar la violencia basada en género como algo privado, lo cual lleva a no indagar al respecto o, en caso de detección, no realizar un seguimiento de la situación<sup>15</sup>.

Otros autores como Venguer, Fawcett, Vernon y Pick<sup>18</sup> mencionan como dificultades en el diagnóstico y abordaje la falta de capacitación en la problemática, los prejuicios, los mitos, la falta de recursos, entre ellos el tiempo de consulta, el temor a que la paciente se avergüence u ofenda al ser consultada, la existencia de un diagnóstico sesgado por sus propios antecedentes o el sentimientos de impotencia ante una problemática que prefieren desconocer.

Se pueden aplicar a las situaciones de violencia doméstica las consideraciones que Hugo Rodríguez Almada realiza acerca de la medicina defensiva por parte del médico que omite atender pacientes de riesgo<sup>19</sup>. En este caso lo equiparamos a la omisión de indagatoria de situaciones de violencia por temor a verse involucrado en un eventual proceso judicial.

Otro factor en juego es el paternalismo médico<sup>20,21</sup> concepto que describe la dificultad del profesional para tolerar la autonomía de la paciente, en un contexto donde son frecuentes los cambios de actitud de la mujer en función de la etapa del ciclo de la violencia en la cual se encuentra (tensión, agresión o luna de miel)<sup>22</sup>.

Dos dimensiones que son abordadas con especial interés en este trabajo son el consumo de psicofármacos, que eventualmente puede derivar del tratamiento sintomático de la violencia doméstica, y los intentos de autoeliminación que pueden reflejar el malestar causado por la sensación de impotencia y desesperación en las mujeres expuestas a esta problemática.

En nuestro país el acceso a psicofármacos, en particular los antidepresivos y ansiolíticos, es alto y se ha ampliado en los últimos años a pesar de tratarse de medicación controlada.

La siguiente tabla con datos tomados del Observatorio Uruguayo de Drogas<sup>23</sup> muestra como el consumo de tranquilizantes duplica al de antidepresivos, también como el número de personas que alguna vez consumieron alguno de estos medicamentos aumenta con la edad y siempre es mayor en las mujeres (donde el consumo duplica al de los hombres).

### Uruguayos que consumieron tranquilizantes alguna vez en la vida

| Edad         | Sexo   |       |
|--------------|--------|-------|
|              | Hombre | Mujer |
| 12 a 17 años | 4,2%   | 6,0%  |
| 18 a 25 años | 5,6%   | 14,7% |
| 26 a 35 años | 11,1%  | 19,3% |
| 36 a 45 años | 14,5%  | 28,4% |
| 46 a 55 años | 20,1%  | 36,2% |
| 56 a 65 años | 18,4%  | 41,7% |
| Promedio     | 12,1%  | 25,0% |

Fuente: Observatorio Uruguayo de Drogas.

### Uruguayos que consumieron antidepresivos alguna vez en la vida

| Edad         | Sexo   |       |
|--------------|--------|-------|
|              | Hombre | Mujer |
| 12 a 17 años | 1,8%   | 1,5%  |
| 18 a 25 años | 1,4%   | 5,4%  |
| 26 a 35 años | 3,3%   | 7,6%  |
| 36 a 45 años | 5,5%   | 13,0% |
| 46 a 55 años | 7,6%   | 15,5% |
| 56 a 65 años | 5,5%   | 17,1% |
| Promedio     | 4,2%   | 10,4% |

Fuente: Observatorio Uruguayo de Drogas.

¿Qué explica este alto consumo de tranquilizantes y antidepresivos?

Puede interpretarse como una mejora en el diagnóstico de la patología psiquiátrica, pero también, como lo hace Martínez Hernández<sup>24</sup>, como consecuencia de varios factores sociales, entre los que destaca: **a)** la efectividad de los laboratorios en la promoción de sus

productos como alternativas para enfrentar situaciones de la vida cotidiana (donde la solución parecería estar al alcance de una píldora y un vaso con agua); **b)** la cultura posmoderna que promociona el imperativo de la felicidad a través del disfrute, la evitación del sufrimiento y el consumo, y cuando esto no se logra en nuestra vida se nos impone lo que Kramer denomina la cosmética de la

felicidad<sup>25</sup> que apela en ocasiones a los medicamentos reguladores de los estados de ánimo para adquirir una apariencia de felicidad (con independencia de las situaciones psicosociales que los originan); y **c)** las reformas en los sistemas de salud que llevan al médico del primer nivel de atención a enfrentarse diariamente con problemas psicosociales sin contar en ocasiones con otros conocimientos y

herramientas que las que dican un tratamiento meramente biológico de las dolencias.

A estos factores se agrega el diagnóstico de la Organización Mundial de la Salud que plantea que *“los médicos optan por la opción más cómoda de prescribir medicamentos cuando se enfrentan a una situación psicosocial compleja...”*<sup>26</sup>. Entre estas situaciones psicosociales complejas se ubica la violencia doméstica, dolencia con manifestaciones sintomáticas similares a las de la depresión: pérdida o aumento del apetito, insomnio o hipersomnia, fatiga, baja autoestima, dificultad para concentrarse o

para tomar decisiones y sentimientos de desesperanza en ausencia de una patología médica que los explique.

La aparición de una patología mental como la depresión es de origen multifactorial, incidiendo factores biológicos (edad, sexo), psicológicos, sociales (entre ellas la situación familiar), económicos (dado que la tasa de prevalencia de trastornos mentales es el doble en la población pobre), catástrofes, o enfermedades orgánicas severas<sup>26,27</sup>.

Los estudios muestran diferencias de género en el tipo de patología mental, predominando la

depresión y ansiedad en mujeres y los trastornos de personalidad y adicciones en hombres<sup>28</sup>. La mayor incidencia de la depresión y ansiedad en las mujeres se asocia con la exposición a sucesos vitales estresantes como la violencia doméstica y la violencia sexual<sup>26</sup>.

Hay estudios que muestran que las ideas de suicidio son mayores entre las víctimas de violencia doméstica<sup>26,29</sup>. Este vínculo podría deberse a la violencia doméstica como generador de depresión, patología mental que más contribuye al suicidio.

### Personas que han tenido ideas de suicidio

| País      | Entre mujeres que no han sufrido violencia doméstica | Entre mujeres que han sufrido violencia doméstica |
|-----------|--|---|
| India     | 15%  | 64%   |
| Egipto    | 7%   | 61%   |
| Brasil    | 21%  | 48%   |
| Tailandia | 18%  | 41%   |
| Perú      | 17%  | 40%   |
| Chile     | 11%  | 36%   |
| Filipinas | 8%   | 28%   |
| Indonesia | 1%   | 11%   |

Fuente: International Network of Clinical Epidemiologists (INCLLEN) (2001): World studies of abuse in family environments (WorldSAFE), Manila, citado por Organización Mundial de la Salud en Informe mundial de salud, 2001

Desde la Organización Mundial de la Salud se ha insistido en esta relación entre violencia doméstica y suicidio, evidenciada en varias publicaciones que establecen la mayor tasa de intentos de suicidios y suicidios

consumados en víctimas de violencia doméstica<sup>30,31</sup>.

Abordando la violencia doméstica se podrían reducir las elevadas y crecientes tasas de muerte por suicidio en Uruguay, las

cuales han crecido en un 49% entre 1992 y 2007 (cálculos propios según datos del Instituto Nacional de Estadísticas)<sup>32</sup>.

## 2. Objetivos

El principal objetivo del estudio es brindar una aproximación a la prevalencia de las situaciones de violencia doméstica, sus manifestaciones en el primer nivel de atención y la respuesta que reciben por parte del equipo de salud.

Los objetivos específicos son:

- Explorar las razones que motivan las consultas de las mujeres víctimas de violencia doméstica.
- Cuantificar el porcentaje de pacientes víctimas de violencia doméstica en una policlínica de atención primaria del sector público de Montevideo.
- Cuantificar el porcentaje de pacientes víctimas de violencia doméstica que consumen psicofármacos.
- Cuantificar el porcentaje de pacientes víctimas de violencia doméstica que tuvieron intentos de autoeliminación.

## 3. Metodología

Se realizó un estudio retrospectivo de contenido de la información de los partes diarios de una policlínica de medicina familiar del sector público de Montevideo. El período abarcado es de un año, analizándose los partes comprendidos entre el 1º de agosto de 2007 y 1º de agosto de 2008.

Las variables analizadas fueron las siguientes:

- Exposición a violencia doméstica
- Edad
- Consumo de psicofármacos
- Antecedentes de intentos de autoeliminación
- Motivo de consulta

A partir del análisis de los partes diarios se identificaron las consultas que correspondían a mujeres víctimas de violencia de pareja, lo cual se facilitó por el hecho de que desde el año 2006 se debe registrar esta situación en los partes de manera obligatoria, para toda consulta de pacientes mayores de 15 años, en una columna específica, junto con la información de si se indagó y si se detectó la presencia de violencia doméstica, independientemente del motivo de consulta de la paciente.

Esa columna en el parte diario se completa tras surgir el problema en la entrevista o luego de una indagatoria guiada por una serie de preguntas consignadas en un cuestionario estandarizado que aporta el Ministerio de Salud Pública (ver anexo 1). Para los fines de este trabajo consideramos que había violencia doméstica ante las respuestas positivas de al menos una de las preguntas 1, 2, 4 o 5 del cuestionario o cuando no se aplicó el cuestionario pero surgió durante la entrevista médica por otro motivo el antecedente de sufrir o haber sufrido agresiones físicas, psicológicas, sexuales o

patrimoniales por parte de su pareja o ex pareja.

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

En cuanto al motivo de consulta, se analizaron los partes en que se consignó la presencia de violencia doméstica, procediendo a la retabulación de los motivos de consulta dividiéndolos en cinco categorías:

- Usuaría que consulta expresa y exclusivamente por violencia doméstica.
- Usuaría que consulta expresa y exclusivamente por trastornos emocionales (angustia, trastornos del sueño, decaimiento, tristeza, anhedonia).
- Usuaría que consultó a partir de patologías orgánicas varias (excluyendo los trastornos afectivos y trastornos emocionales incluidos en la categoría anterior) o bien para control en salud, orientación en planificación familiar o colpocitología oncológica. Una limitación de esto es que se incluyen aquí dolores y otros síntomas (diarreas, crisis bronca obstructiva) que pueden ser consecuencias de una somatización.
- Usuaría que consultó en más de una oportunidad y que lo hizo a partir de patologías varias, incluyendo las afectivas y/o orgánicas además de haber consultado al menos en una oportunidad específicamente por violencia doméstica.

- Usuaría que consultó en más de una oportunidad y que lo hizo a partir de patologías varias, incluyendo las afectivas y/o orgánicas sin consultar expresamente en ninguna oportunidad por violencia doméstica.

Se consideró consumo de psicofármacos positivo cuando estaba consignada la indicación de ansiolíticos, hipnóticos o antidepresivos así como en las situaciones que la usuaria los consumía sin indicación médica (por ejemplo automedicación, compra en la feria del barrio, suministrados por vecina, entre otras formas de acceso). La información acerca del consumo de psicofármacos e intentos de autoeliminación fue obtenida por la médica a partir de las Historias Clínicas de dichas pacientes, protegiendo y respetando la confidencialidad de las mismas.

La variable intento de autoeliminación surgió del análisis de las Historias Clínicas, considerándose las usuarias que alguna vez intentaron suicidarse.

#### 4. Aspectos éticos

Dado que se trata de una investigación retrospectiva basada en el análisis de las Historias Clínicas y partes diarios, no se realizó ninguna intervención sobre las usuarias que fuera invasiva o que movilizara afectos.

Los datos fueron confidenciales y las Historias Clínicas y los partes diarios con los motivos de consulta solamente fueron

consultadas por la médica tratante de las pacientes.

Posteriormente a obtener los resultados, se realizó una devolución de los mismos a la comunidad donde se encuentra la policlínica en talleres destinados a promotores de salud y se comenzó una campaña activa de sensibilización en cuanto a los derechos de las mujeres.

No mencionamos el nombre de la policlínica para preservar la confidencialidad de la comunidad y evitar su estigmatización.

#### 5. Resultados y discusión de los mismos

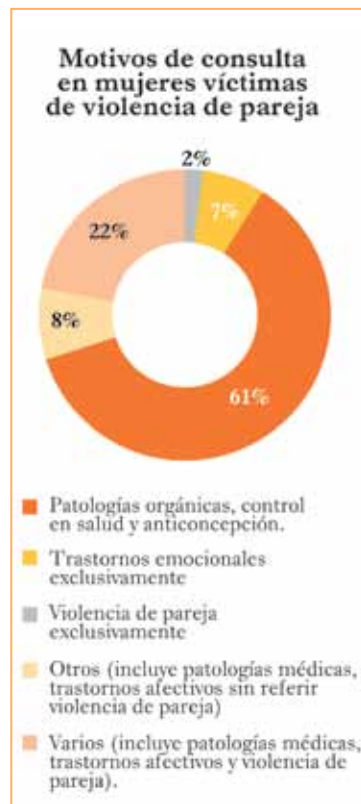
##### Cantidad y motivos de consulta

En un año hubo un total de 1.849 consultas en pacientes mayores de 15 años (hombres y mujeres), de los cuales 584 fueron por parte de mujeres expuestas a violencia doméstica. Por lo tanto 31,6% de las consultas recibidas en mayores de 15 años, tienen como protagonistas a mujeres víctimas de violencia doméstica.

Estas consultas corresponden a 167 mujeres, con un promedio de 3 consultas anuales por paciente, con un rango de 1 a 31 consultas anuales. Por lo que el médico tiene promedialmente 3 oportunidades en el año con cada paciente para detectar si está expuesta a violencia doméstica. Sin embargo en algunos casos solo habrá una oportunidad que debemos procurar no perder para que la mujer pueda recibir la ayuda adecuada.

La dificultad esencial de diagnóstico es que la mujer suele concurrir al médico consultando por sus síntomas físicos o emocionales y no refiere espontáneamente que padece violencia doméstica. Sólo el 2% las mujeres víctimas de violencia doméstica concurre a la policlínica expresando ese motivo de consulta, mientras que el 8% consultó en varias oportunidades por diversas dolencias y en alguna de las consultas expresó como motivo específico de consulta violencia doméstica.

El médico que no investigue esta problemática y que simplemente le dé al paciente lo que el paciente solicite, dejará ir a 9 de cada 10 mujeres víctimas de violencia de pareja que recibe en su consultorio.





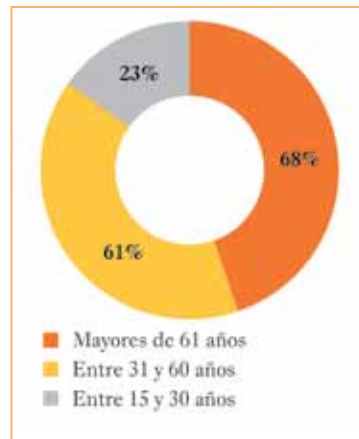
### Consumo de psicofármacos entre mujeres víctimas de violencia doméstica

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

Esto no necesariamente traduce una mala atención por parte de los médicos, pero si la atención se queda estrictamente en el suministro de medicación para mejorar el estado de ánimo sin indagar la problemática de fondo, es un tratamiento que resulta claramente insuficiente.

La mayor exposición a psicofármacos de las mujeres víctimas de violencia doméstica se percibe entre las mayores de 31 años (61% de las mujeres víctimas de violencia doméstica de entre 31 y 60 años y 68% de las mayores de 61 años consume psicofármacos), siendo menor entre aquellas mujeres que tienen entre 15 y 30 años (23% de las mujeres

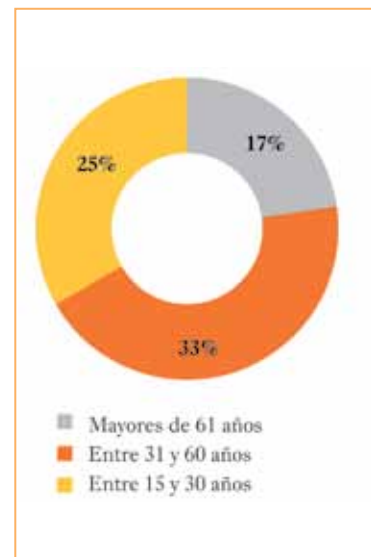
víctimas de violencia doméstica dentro de este rango consume psicofármacos).



### Intentos de autoeliminación entre mujeres víctimas de violencia doméstica

La cuarta parte (25,1%) de las mujeres víctimas de violencia doméstica ha intentado auto eliminarse. Esto muestra el grado de desesperación que viven estas mujeres, que puede estar vinculado a la falta de alternativas y al daño psíquico generado como consecuencia de la exposición, en general crónica, a situación de violación de sus derechos.

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



### Conclusiones

La violencia doméstica se caracteriza por el aislamiento de la víctima y el deterioro de su autoestima<sup>2, 8, 12, 13, 14, 15, 22</sup>. Esto dificulta que la mujer exprese la situación de vulneración de derechos en que se encuentra, especialmente, porque a pesar del daño psíquico ocasionado, preservan cierto grado de control interno como mecanismo de defensa<sup>33</sup> para tolerar la situación abusiva. Estos mecanismos de defensa no evitan la necesidad de que la mujer trate las dolencias físicas y emocionales asociadas a su situación, lo cual hace que consulte al personal de atención primaria de la salud. Sin embargo no suele referir espontáneamente la situación de violencia en que vive. Incluso es probable que ella misma no sea capaz de identificar el nexo de causalidad entre sus dolencias y las agresiones reiteradas recibidas.

La prevalencia de violencia doméstica en una policlínica de atención primaria es frecuente y el médico que no indaga específicamente la presencia de violencia como causa de estas dolencias tiene riesgo de medicar los síntomas emocionales (52,7% de las mujeres víctimas de violencia doméstica consumen psicofármacos) dejando ir a 9 de cada 10 mujeres sin detectar, y por lo tanto sin abordar en forma integrada e integral la situación de violencia doméstica (ya que sólo una de cada diez mujeres víctimas lo expresa como motivo de consulta).

Es posible y probable que la violencia doméstica genere depresión, pero aún en estos casos es necesario abordar la situación integralmente, según un paradigma bio-psico-social y no meramente desde un paradigma biologicista. El tratamiento meramente medicamentoso puede ser incluso ineficaz en el tratamiento de la dolencia emocional, a la vez que mantiene incambiadas las condiciones de re victimización de la mujer por parte de su pareja. Esto en ocasiones puede derivar en acciones desesperadas por parte de la víctima como los intentos de autoeliminación (la cuarta parte de las víctimas intentó suicidarse en alguna oportunidad) o los suicidios consumados.

La situación del médico en este ámbito es especialmente delicada ya que el tratamiento meramente sintomático permite que se mantenga oculta la violación de los derechos humanos de la mujer. Uno de los parámetros para definir si estamos ante un supuesto de responsabilidad médica es el cumplimiento de la *lex artis ad-hoc*, definida por el Prof. Montano como el conjunto de normas técnicas, éticas y legales que rigen el ejercicio de la profesión en un momento y lugar determinado<sup>34</sup>. Dado que en Uruguay existen normativas y pautas para un correcto abordaje de estas situaciones, ya no es un argumento válido el desconocimiento o la falta de capacitación o de tiempo entre otros argumentos para justificar la falta de indagatoria y abordaje de estas situaciones.

Por tanto, un abordaje de las pacientes en situación de violencia doméstica orientado solamente a paliar los síntomas, sin brindar una atención integral desde una perspectiva de derechos no sólo contribuye pasivamente a la perpetuación de la violencia hacia la mujer, sino que traduce un apartamiento de la *lex artis*, pudiendo el médico incurrir en responsabilidad profesional.

Se deriva de lo dicho la necesidad de contar con una formación sólida que permita cumplir con los imperativos éticos, técnicos y legales que aseguren la calidad de la asistencia a las usuarias del Sistema Nacional de Salud, tal como se ha planteado dentro de las metas asistenciales derivadas de los programas prioritarios de salud.

## Bibliografía

1. Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (C.E.D.A.W.). Disponible en URL: [http://www.presidencia.gub.uy/\\_web/ddhh/Conv\\_elimina-cion\\_discriminacion\\_mujer.htm](http://www.presidencia.gub.uy/_web/ddhh/Conv_elimina-cion_discriminacion_mujer.htm) (Rev Marzo 2010).
2. Lorente Acosta M. Toquero de la Torre F. Atención primaria de calidad. Guía de Buena Práctica Clínica en Abordaje en situaciones de violencia de género. OMC. Ministerio de Sanidad y Consumo. Editorial I.M. y C. Madrid. 2004
3. Rodríguez Almada H. Medicina Legal de la mujer y del niño. Bibliomédica. Montevideo. 2007.
4. Poder Legislativo. Ley 16707. seguridad ciudadana. Consultada 14/2/10. Disponible en <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=16707&Anchor> (Rev Marzo 2010)
5. Poder Legislativo. Ley 17514. Violencia doméstica. declárense de interés general las actividades orientadas a su prevención, detección temprana, atención y erradicación. Disponible en <http://sip.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=17514&Anchor=> (Rev Febrero 2010)
6. Ministerio de Salud Pública. Decreto 494/006 Dispónese que las Instituciones o Servicios de Salud de cualquier naturaleza, tanto públicos como privados, deberán prestar atención y asistencia a usuarias, afiliadas o pacientes del sexo femenino que se encuentren en situación de violencia doméstica. Disponible en URL <http://www.elderechodigital.com/notas/d2006.html> (Rev Febrero 2010)
7. Ministerio de Salud Pública. Decreto 299/009. Plan nacional de lucha contra la violencia doméstica. se modifican artículos. Disponible en URL <http://www.elderechodigital.com.uy/acceso1/legisla/decretos/d0900299.html> (Rev Febrero 2010)
8. Velzeboer M, Ellsberg M, Clavel Arcas C, García Moreno C La violencia contra las mujeres: responde el sector salud. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Washington. 2003.
9. Poder Legislativo. Ley 18426. Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva. Disponible en <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18426&Anchor> (Rev Febrero 2010).
10. Ellsberg M, Jansen H, Heise L, Watts Ch, García Moreno C. Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *Lancet*. 2008; 371: 1165-72.
11. Krug E, Dahkberg L, Mercy J, Zwi A, Lozano R. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Washington. 2003

12. Romano S, Samuniski F, Linder M, Grela C. Abordaje de situaciones de violencia doméstica hacia la mujer. Guía de procedimientos en el primer nivel de atención. Dirección General de la Salud. Programa Mujer y Género. Ministerio de Salud Pública. Montevideo. 2007
13. Claramunt C. Mujeres maltratadas. Guía para la intervención en crisis. Programa mujer, salud y desarrollo. Serie género y salud pública I. Organización Panamericana de la Salud. Costa Rica. 1999
14. Organización Panamericana de la Salud. Redes o coaliciones de acción en violencia intrafamiliar. Programa mujer, salud y desarrollo. Serie género y salud Pública I. Organización Panamericana de la Salud. Costa Rica. 1999
15. Sagot M, Carcedo A. La ruta crítica de las mujeres afectadas por violencia intrafamiliar en América Latina (estudio de caso en diez países). Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Ed. Zeta Servicios Gráficos. Costa Rica. 2000.
16. Taft Angela, Hegarty Kelsey, Ramsay Jean, Feder Gene, Carter Yvonne, Davidson Leslie, Warburton Alison. Screening women for intimate partner violence in health care settings (Protocol for a Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2009
17. Ramsay Jean, Feder Gene, Rivas Carol, Carter Yvonne, Davidson Leslie, Hegarty Kelsey, Taft Angela, Warburton Alison. Advocacy interventions to reduce or eliminate violence and promote the physical and psychosocial well-being of women who experience intimate partner abuse (Protocol for a Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2009
18. Venguer T, Fawcett G, Vernon R, Pick S. Violencia doméstica: un marco conceptual para la capacitación del personal de salud. Solar, Servicios Editoriales. México D.F. 1998)
19. Rodríguez Almada H. De la medicina defensiva a la medicina asertiva. Rev Med Urug 2006; 22: 167-168
20. Díaz Berenguer A. Violencia Médica y Narcisismo médico. Publicado en Material de apoyo del curso: Violencia Nuestra de Cada Día. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la violencia, organizado por Sindicato Médico del Uruguay y Escuela de Graduados. Montevideo. 2006
21. Muñoz S, Gracia D. Médicos en el cine: dilemas bioéticos: sentimientos, razones y deberes. Ed. Complutense. Madrid. 2006.
22. Bertelli MC. Violencia familiar...liberarse es posible. Segunda Edición. Buenos Aires. 2009

23. Junta Nacional de Drogas. Informe 2007. Situación y tendencia del consumo de drogas en Uruguay. Observatorio Uruguayo de drogas. Disponible en <http://www.infodrogas.gub.uy/ OUD/index.htm> (Rev 2 de marzo 2011).
24. Martínez Hernández, Á. La mercantilización de los estados de ánimo. El consumo de antidepresivos y las nuevas biopolíticas de las aflicciones. En revista Política y Sociedad, Vol. 43, Núm. 3. 2006
25. Kramer P. Listening to prozac. Penguin books ed. London. 1993.
26. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental, nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. 2001. disponible en: [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf) (Rev Nov 2010)
27. Comisión Asesora Técnica del Programa Nacional de Salud Mental, Pautas y recomendaciones en relación a las conductas suicidas. Montevideo. DIGESA. 2006: 6p. Publicado en Material de apoyo del curso: Violencia Nuestra de Cada Día. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la violencia, organizado por Sindicato Médico del Uruguay y Escuela de Graduados
28. Gold JH (1998). Gender differences in psychiatric illness and treatments: a critical review. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 186(12): 769–775
29. International Network of Clinical Epidemiologists (INCLLEN) (2001). World Studies of Abuse in Family Environments (WorldSAFE). Manila, International Network of Clinical Epidemiologists.
30. Organización Mundial de la Salud. La violencia autoinflingida. En Informe Mundial de Violencia y Salud. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. 2003.
31. Organización Panamericana de la Salud: conclusiones del Foro Día Internacional para la Eliminación de la Violencia contra las Mujeres, 24 de nov. 2000.
32. Instituto Nacional de Estadística. Estadísticas sociodemográficas de salud. Disponible en [http://www.ine.gub.uy/banco%20de%20datos/soc\\_salud/Suicidios\\_n%B0\\_Tasa.xls](http://www.ine.gub.uy/banco%20de%20datos/soc_salud/Suicidios_n%B0_Tasa.xls) (Rev 7 abril 2011).
33. Hirigoyen M. F. Mujeres maltratadas. Los mecanismos de violencia en la pareja. Paydós. Barcelona. 2006
34. Montano P, Berro G, Mesa G. Responsabilidad penal de los médicos en Mesa G. Medicina Legal, segunda edición, Oficina del Libro, Montevideo, 1993

# EN ESTAS CABECITAS HAY TALENTO.



**MÁS RÁPIDO  
MÁS EFICAZ  
SIN RESISTENCIA  
SIN TOXICIDAD**

**10**  
min



APROBADO  
 **SOCIEDAD  
URUGUAYA  
DE PEDIATRÍA**

Cont. 120 mL