

Violencia de género en la pareja. Aportes para su evaluación en la consulta psiquiátrica de mujeres

Trabajos originales

Resumen

La violencia interpersonal es un fenómeno complejo multicausal que se constituye en el espacio relacional; sus modelos explicativos integran aproximaciones desde la biología a las ciencias sociales. Superando antiguas dicotomías se acepta que el aprendizaje mediado por el ambiente modela y significa la conducta agresiva mediante la matriz cultural propia de la sociedad en que se desarrolla el individuo.

La violencia hacia hombres y mujeres se diferencia por sus características, consecuencias y ámbitos de ocurrencia. Interpretar estas diferencias desde los modelos de socialización de mujeres y hombres coloca el género como una dimensión de análisis significativa.

La violencia de género es la que se ejerce hacia las mujeres por su condición de tales; su expresión más frecuente es en la relación de pareja.

El Estudio multipaís de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre salud de la mujer y violencia doméstica, halló una prevalencia de violencia física, sexual, o ambas, de 15% al 71%. En 2003 en Uruguay se halló una prevalencia de violencia en la pareja en el año precedente de 20.3% para la violencia física, 35,6% violencia psicológica y 6,8% violencia sexual. Las mujeres en situación de violencia duplican el uso de los servicios de salud.

En el año 2002 se promulgó en Uruguay la Ley 17.514 de Violencia Doméstica, reglamentada para el Sector Salud en lo relativo a la violencia hacia la mujer por dos decretos, 494/2006 y 299/2009.

La política de salud en desarrollo en Uruguay establece la responsabilidad de instituciones y profesionales de atender el problema. Propone la investigación de rutina, acciones por niveles y reserva la atención especializada en psiquiatría para los casos que presenten trastornos que lo requieran. No se plantea una nosología psiquiátrica de la violencia, los cuadros clínicos que se presentan no son específicos, sus particularidades se presentan en la contextualización, evolución y respuesta al tratamiento. La valoración de este contexto y su relación con la persona consultante, su motivo de consulta y el cuadro clínico se organizan en un diagnóstico de situación.

Una estrategia integral e intersectorial de respuesta a la violencia doméstica orienta sus acciones a la promoción de la autonomía personal, la autogestión comunitaria y la integración social.

Summary

Interpersonal violence is a complex phenomenon with multiple causes that is made up in the relational space. Its explanatory models integrate approaches from biology to social sciences. Overcoming old dichotomies, it is accepted that environment-mediated learning sculpts and gives meaning to aggressive behavior through the cultural matrix of the society in which the individual develops.

Characteristics, consequences, and areas of occurrence distinguish violence against women and men. Interpreting these differences from the patterns of socialization of women and men situates gender as a dimension of meaningful analysis.

Gender violence is that exerted against women because of their status as such, being its most frequent expression within the couple relationship.

According to the WHO multi-country study on women's health and domestic violence, 15% to 71% reported having suffered physical or sexual violence, or both, by an intimate partner. A survey carried out in 2003 in Uruguay found a prevalence in the previous year of 20.3% for physical violence, 35.6% for psychological violence, and 6.8% for sexual violence in couples.

Women in situations of violence double the use of health services compared to those not living in violence. In 2002, the Domestic Violence Law 17.514 was passed in Uruguay, and regulations for the health sector regarding violence against women were introduced by two decrees: 494/2006 and 299/2009.

The developing health policy in Uruguay establishes the responsibility of institutions and professionals to address the problem. Actions are suggested at all levels, preserving psychiatric care for eventually presenting disorders demanding specialized intervention. A psychiatric nosology for violence is not upheld. The clinical pictures presented are not specific, with particular features regarding context, evolution, and response to treatment. The assessment of this context and its relation with the consulting person, the chief complaint, and the clinical picture are arranged in a situational diagnosis.

A comprehensive and cross-sectoral response to domestic violence focuses its actions to the promotion of individual autonomy, community self-management and social integration.

Autora

Sandra Romano

Médico Psiquiatra. Profesora Agregada de Clínica Psiquiátrica, Facultad de Medicina, Universidad de la República.

Correspondencia:

sromano@fmed.edu.uy

Palabras clave

Violencia
Género
Salud mental

Key words

Violence
Gender
Mental health

Introducción

* 1993 Resolución del Consejo Directivo de OPS CD37.R1: http://www.paho.org/Spanish/-27GOV/CD/ftcd_37.htm#R19 - 1994 Plan Regional de Acción sobre Violencia y Salud - 1996 Resolución de la 49a Asamblea Mundial de la Salud.

En los últimos treinta años la violencia se fue integrando a la agenda internacional de salud como un problema prioritario*, enfatizando la necesidad de que el Sector Salud atienda las consecuencias y emprenda acciones que propendan a su prevención. En las recomendaciones y documentos publicados por los organismos internacionales¹⁻³ la violencia hacia las mujeres es destacada como un tema de especial atención por su alta frecuencia, por la gravedad de sus consecuencias y por su invisibilidad como problema de las sociedades. La Asociación Mundial de Psiquiatría comparte esta orientación e insta a reconocer el impacto de la violencia hacia la mujer en la salud mental de la población, recomienda profundizar la sensibilización y capacitación de los psiquiatras para detectar y tratar a las mujeres afectadas por este problema, destaca la necesidad de apoyo a la investigación y la cooperación intersectorial como estrategias efectivas para su atención⁴.

Es posible vincular la atención creciente a este problema al cambio de paradigma social que orienta el orden internacional contemporáneo, y ubica los Derechos Humanos como referencial ético central. La idea de la salud como un derecho y las situaciones de inequidad como factores de riesgo, colocaron la violencia como objeto de estudio y de acción, lo cual produjo creciente evidencia sobre el impacto negativo de la violencia en la salud de la población.

Definición y ubicación del tema

Existe un acuerdo amplio en la ubicación de la violencia como un problema social, una violación de derechos humanos y un problema

de salud pública. La mayoría de los actores sociales y académicos coinciden en que la complejidad del tema requiere la integración de disciplinas diversas, que interactúen en la búsqueda de mayor conocimiento y de acciones efectivas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica la violencia en tres grandes grupos, contra uno mismo, colectiva e interpersonal, categoría que incluye el tema de la violencia de género en la pareja. La violencia es un fenómeno relacional, definido por el abuso de poder y la intención de control de quien la ejerce, mediante medios diversos, resultando en daño, pérdida de autonomía y autodeterminación de la persona violentada.

Maturana define la violencia interpersonal como: *“aquellas situaciones en las que alguien se mueve en relación a otro en el extremo de la exigencia de obediencia y sometimiento, cualquiera que sea la forma en que esto ocurre en términos de suavidad o brusquedad y el espacio relacional en que tenga lugar. Es la negación del otro que lleva a su destrucción en el esfuerzo por obtener obediencia o sometimiento, lo que caracteriza a las situaciones en las que nos quejamos de violencia en las relaciones humanas”⁵.*

Algunos autores diferencian una forma de violencia reactiva, condicionada por el estado que la antecede y otra forma proactiva o instrumental, en que la ejecución del acto violento se vincula a la consideración del resultado que provocará.

La violencia reactiva evidencia la dificultad de quien la ejerce para regular sus emociones, especialmente la rabia; se asocia a un procesamiento sesgado de la información social que favorece la atribución de un sentido de hostilidad a la conducta de los otros. Socialmente estos actos son fácilmente identificados como violencia y tienen bajo nivel de aceptación;

se vinculan con frecuencia al antecedente de violencia en la infancia.

En la forma proactiva se destaca la ausencia de empatía y compasión y la conducta abusiva se considera un medio legítimo para obtener los resultados deseados. Son actos con mayor legitimidad social, cuya identificación como violencia es menor que la reactiva. Algunos autores consideran que la agresión instrumental podría estar relacionada con una falta de guía, con abandono en los primeros años, o con una permisividad exagerada⁶.

Modelos explicativos: la necesidad de interdisciplina

Para el análisis de las situaciones de violencia y la planificación de intervenciones se ha extendido el empleo del modelo ecológico¹.

Este modelo propuesto por Bronfenbrenner en 1987 organiza el análisis de las situaciones en niveles seriados interdependientes, que incluyen el individuo y las estructuras sociales que constituyen el ambiente en el que este se desarrolla y actúa.

En el análisis de cada uno de los niveles se integran diferentes aportes conceptuales, de acuerdo con la situación y el contexto de abordaje.

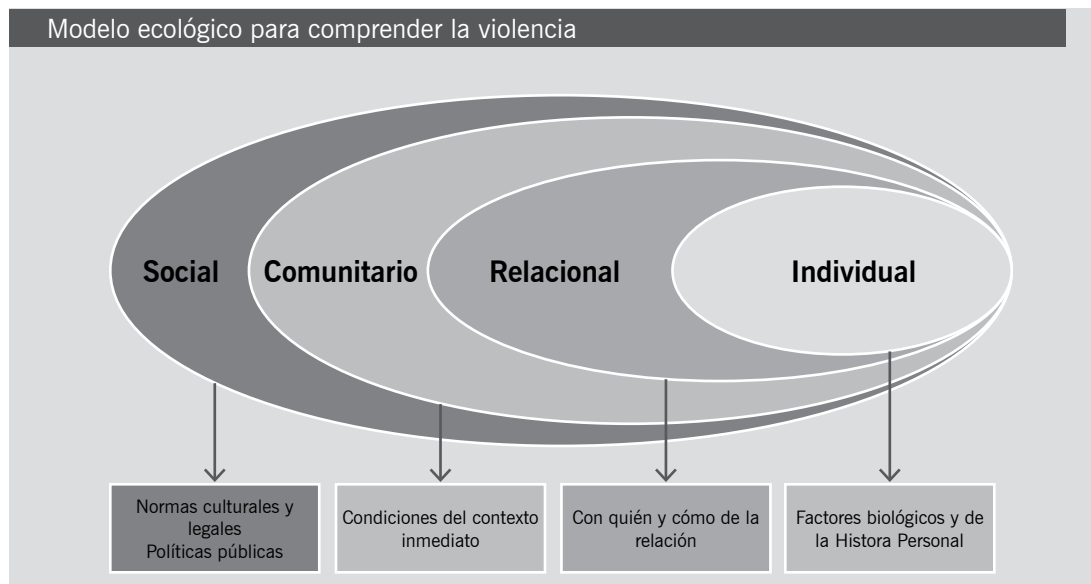
“[...] en la producción de violencia es fundamental el sistema fenoménico generador (sociocultural) y por lo tanto ella expresa características de la sociedad en donde emerge

[...] la violencia es un proceso social subjetivo (representaciones, significaciones sociales) y objetivo (comportamientos, acciones), manifiesto («hechos») y latente (cultura y estructura), donde la valoración emocional de sus efectos (visibles/invisibles) pasa a formar parte del mismo proceso”⁷.

Cada rol social aprendido lleva implícito sus funciones, sus derechos y obligaciones, su forma de vincularse con su rol complementario, su forma de ser ejercido. La forma que cada persona y grupo se socializa es una huella invisible para los vínculos futuros, para la forma en que se desarrollen las relaciones interpersonales y las organizaciones grupales⁸.

La propuesta de aproximarse al fenómeno de la violencia integrando la perspectiva individual en el modelo ecológico, ofrece una estrategia para operar con la complejidad del tema.

En tanto integrantes de la cultura y la sociedad, el abordaje de situaciones de violencia nos incluye en una doble dimensión, como observadores y como participantes, en los sucesivos niveles. Esta situación vuelve necesaria la revisión de los fundamentos de la práctica, y la identificación de evidencia científica, posturas éticas y aspectos ideológicos que sustentan la perspectiva de cada profesional frente al tema. El proceso de revisión reubica los modelos explicativos disciplinarios, sus aportes y límites; contextualiza en la cultura y momento histórico que involucra



a los técnicos y se integra como un aspecto metodológico del abordaje del problema de la violencia.

Perspectiva de género, agresión y violencia. Breves comentarios

La violencia no involucra por igual a mujeres y hombres; su ejercicio y sus consecuencias no tienen la misma visibilidad ni reciben igual tratamiento^{1, 9, 10}. Las lesiones y muertes debidas a violencia en espacios públicos son más frecuentes entre hombres jóvenes*, con alta asociación a conductas de riesgo culturalmente vinculadas al concepto de virilidad (competencia, osadía, transgresión de límites, abuso de sustancias, etc.)¹¹. Una mujer tiene mayor riesgo de sufrir violencia en el ámbito privado que en el público, casi siempre de parte de una persona a la que se encuentra vinculada afectivamente más que de una persona extraña, principalmente de parte de su pareja^{12, 13}.

La preocupación y el conocimiento creciente de este problema sustentan las recomendaciones de los organismos internacionales de salud¹⁻³ de atender la violencia hacia las mujeres y las niñas y de incluir la perspectiva derechos humanos y de género en el análisis y abordaje de la violencia^{14, 15}.

La vieja controversia acerca del carácter aprendido o innato de los comportamientos violentos y de la distribución diferencial entre los géneros, está en parte saldada a partir de la construcción de modelos teóricos que integran aproximaciones desde la biología a las ciencias sociales^{5, 16}. El aprendizaje mediado por el ambiente modela y significa la conducta agresiva mediante la matriz cultural propia a la sociedad en que se desarrolla el individuo. Una agresión interpersonal es considerada una respuesta adaptativa o una conducta violenta destructiva, según las motivaciones, circunstancias y consecuencias, interpretadas desde los significados individuales y sociales del acto.

Incluir una perspectiva de género en esta aproximación propone reflexionar respecto a la constitución de las identidades de hombres y mujeres** a partir de la distinción conceptual entre sexo*** y género****. La identidad de

género es un constructo cultural y relacional, que desde su definición considera el espacio en el que se despliegan las diferencias entre femenino y masculino, las comunicaciones interpersonales y las interacciones individuo-sociedad.

*“Entendemos por género el dimorfismo de respuestas ante los caracteres sexuales externos como uno de los aspectos más universales del vínculo social, que se concreta en la red de creencias, rasgos de personalidad, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades, que diferencian a mujeres y varones [...] y por identidad de género: el sentimiento estructurado por identificación con el igual y complementación con el diferente”****¹⁷.*

La socialización diferencial para varones y mujeres promueve la construcción de universos simbólicos diferentes. Se generan contextos específicos que funcionan con lógicas diversas, espacios de acción e interacción propios a cada género, más o menos difíciles de acceder para una persona del otro género cuanto más rígidos fueron los procesos de socialización.

Incluir el género como una dimensión en el análisis de la violencia entre hombres y mujeres, se refiere a la consideración de la socialización de género como uno de los procesos que modelan la agresión, y la relación, delimitando conductas legitimadas y sancionadas socialmente. ¿Es suficiente el enfoque de género para comprender el fenómeno de la violencia en la pareja? En la enorme mayoría de los casos no, pero sí es necesario para ubicar la situación en la matriz de identidad que incluye a los miembros de la relación, pero que también los trasciende y continúa como un factor activo en la situación.

Violencia basada en Género y Violencia Doméstica

En la construcción del concepto violencia de género es insoslayable mencionar los instrumentos de Derecho Internacional que colocan el tema como responsabilidad de los estados, en particular la Conferencia Mundial de Derechos Humanos de 1993, celebrada en Viena¹⁸, donde se reconoce a la violencia contra

* En el caso de la violencia sexual, es diferente.

** La expresión identidad de género fue inicialmente empleada por John Money (1965) para distinguir la experiencia subjetiva del concepto de rol de género usado en referencia a atributos socialmente asignados.

*** Rasgos fisiológicos de ser macho o hembra, determinados por el desarrollo biológico epigenético.

**** Construcción social de las diferencias sexuales, femenino-masculino, adquirida en el aprendizaje cultural.

***** Identidad de género: el sentimiento estructurado por identificación con el igual y complementación con el diferente.

la mujer como una violación de los derechos humanos; y la Declaración de Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia en Contra de la Mujer¹⁹, en la que se establece la definición y tipologías de violencia, así como las acciones que los estados deben desarrollar para enfrentar este problema.

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

La violencia de género se ejerce en diferentes contextos y formas; la forma más común de violencia experimentada por las mujeres en todo el mundo es la violencia dentro de la pareja^{1, 14, 20}. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) define la violencia hacia la mujer en la pareja como: *“Todo acto u omisión que tiene la intención de controlar y/o someter y que resulta en daño a la integridad física, emocional, sexual o económica, utilizado contra las mujeres adolescentes o adultas, por su pareja actual o anterior”*.

Violencia Intrafamiliar y Violencia Doméstica (VD) son dos de las formas de referirse al maltrato entre personas vinculadas afectivamente o por parentesco. En Uruguay a partir de la Ley 17.514, promulgada en julio del año 2002, se define la Violencia Doméstica como: *“toda acción u omisión, directa o indirecta, que por cualquier medio menoscabe, limitando ilegítimamente el libre ejercicio o goce de los derechos humanos de una persona, causada por otra con la cual tenga o haya tenido una relación de noviazgo o con la cual tenga o haya tenido una relación afectiva basada en la cohabitación y originada por parentesco, por matrimonio o por unión de hecho”*.

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

La perspectiva de género ubica la VD como un problema sistémico y propone evaluar la estructura social como una dimensión signi-

ficativa para su comprensión, al considerar que el orden jerárquico construido desde los espacios públicos se expresa en el plano de las relaciones íntimas, en forma de relaciones de maltrato y abuso²¹.

Cobo Plana plantea que la expresión violencia de género tiene una fuerza definitoria indiscutible, útil como base conceptual explicativa en muchos casos, pero enfatiza que *“son dos conceptos diferentes, complementarios pero no miscibles”*. Según el autor estas expresiones analizan la violencia con criterios de clasificación diferentes: uno causal, violencia de género; el otro, de acuerdo con la circunstancia de relación, violencia doméstica²².

Destaca que la VD es una *“violencia con historia”*, por ende, sus características están modeladas por la historia del vínculo, y la significación de cada acto violento es construida desde esa historia. Los eventos son incorporados en la estructura temporal del vínculo⁶, generando una extensa diversidad de situaciones.

Estudios cualitativos sobre la violencia en la pareja hallaron que la dinámica de las situaciones puede agruparse en dos modalidades. Una grave, caracterizada por coexistencia de varias formas de maltrato, amedrentamiento y amenazas, aunadas a una conducta posesiva y un comportamiento dominante progresivo por parte del agresor.

Una forma más moderada, en que sobre estados de frustración e ira muy frecuentes se presentan ocasionalmente episodios de agresión física. Existe evidencia de que el segundo tipo referido se puede hallar en agresión tanto del hombre a la mujer como de la mujer al hombre, mientras que la forma mencionada inicialmente, de mayor control y gravedad, no se observa de la mujer hacia el hombre. La violencia en la pareja dirigida hacia la mujer es más severa y de consecuencias más graves, triplicando la posibilidad de lesiones, con cinco veces mayor riesgo de vida, por comparación con las víctimas masculinas de la violencia doméstica^{1, 23}.

* La expresión violencia basada en género habitualmente se emplea en referencia a la violencia hacia las mujeres por pertenecer al género femenino; algunos autores plantean que podría emplearse también para referirse a la violencia ejercida hacia hombres por el hecho de serlo, como es el caso de la violencia física callejera o de pandillas.

Violencia de género: discurso político y discurso académico

En diferentes estudios, los autores diferencian tres vías de aproximación al problema: los acercamientos teóricos, la investigación empírica y las intervenciones para la atención de las mujeres, perspectivas y aportes que muchas veces no confluyen^{24, 25}.

La violencia de género como tema y objeto de estudio no surge de alguna de las ciencias sociales, ni del ámbito de las ciencias de la salud; es un producto de movimientos sociales nucleados en torno a los derechos humanos de las mujeres. Nancy Fraser plantea que en la década de los 70 la violencia hacia la mujer no se nombraba, era un asunto doméstico opuesto a los asuntos políticos, y no figuraba en los discursos acerca de las necesidades de la población. Los grupos de mujeres activistas toman el tema, argumentan que el maltrato hacia las esposas es un problema sistémico, político, vinculado al lugar asignado a las mujeres en la estructura social, y que necesita respuestas. El tratamiento del tema exige un lenguaje que lo describa y analice; en este proceso acuñan nuevos términos, cuyo uso se va extendiendo. El discurso gana nuevos espacios y públicos, se incluye en la agenda política informal. Cobra suficiente trascendencia como para llamar la atención a las organizaciones públicas y se constituye en un asunto de políticas públicas. En esa etapa el problema cobra interés para los expertos, cuyo discurso tiende a despolitizarlo, y cuya acción se dirige a la administración de las necesidades²⁶.

Los temas derivados de esta agenda fueron entrando al mundo académico en medio de un amplio recelo y con dificultades para legitimarse²⁷. El encuentro entre estas perspectivas se ha realizado desde una lógica de confrontación, que dificulta la capitalización de los aportes provenientes de las diferentes corrientes de trabajo.

En un extremo se plantean hallazgos provenientes de un empirismo que no jerarquiza el rigor metodológico en la indagación, que produce estudios cuestionables en cuanto a su validez científica cuyos resultados son con-

siderados únicamente por quienes coinciden en sus fundamentos conceptuales y valores.

En otro extremo se encuentran investigaciones que se realizan sin un modelo teórico explícito acerca del problema, que en muchos casos presentan sesgos de diseño y de análisis, difíciles de identificar si no se incorpora una perspectiva interdisciplinaria. Un ejemplo es el estudio de los factores de riesgo individuales para la situación de violencia. ¿Cuál es el criterio que orienta la selección de los indicadores y cómo estos se integran en un modelo explicativo? ¿Es posible inferir el peso relativo de los factores individuales sin una teoría que permita analizar la evidencia de su asociación con el problema? ¿Si se define la violencia como un problema relacional, de carácter estructural, se puede estudiar a través de indicadores individuales? ¿Cuáles serían estos indicadores y cómo se relacionarían?²⁷⁻²⁹.

Otro aspecto clave en la investigación acerca de la violencia es el cuidado de los aspectos éticos, las normas de seguridad y posibilidad de respuesta^{30, 31}.

En el área de la salud, desde hace poco más de una década, se suman herramientas para la investigación de la violencia de género y estudios cooperativos que integran perspectivas y actores intersectoriales, como respuesta a las dificultades antes mencionadas^{12, 28, 32, 33}.

Normativa vigente en Uruguay*

En 1995, se crea el tipo penal específico de Violencia Doméstica que, aunque no fue de amplia aplicación, tuvo un importante valor simbólico, pues consagró el lugar de “problema público” de las situaciones de abuso en el medio intrafamiliar.

En julio de 2002 se promulga la Ley 17.514 de Violencia Doméstica, que declara de interés general las actividades orientadas a la prevención, detección temprana, atención y erradicación de la violencia doméstica. Habilita (pero no obliga) a la denuncia de las situaciones por parte de cualquier persona que tome conocimiento de la situación, sin que esto implique consecuencias adversas para el denunciante en la medida que lo denunciado

* El texto de las Leyes que se citan se puede encontrar en <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/>

sea plausible. Propone medidas tendientes a la protección de la vida, la integridad física o emocional de la víctima, la libertad y seguridad personal, así como la asistencia económica e integridad patrimonial del núcleo familiar.

La Ley crea el Consejo Consultivo Nacional de Lucha Contra la Violencia Doméstica (CCNVD), al que encomienda la creación del Plan Nacional de Lucha contra la Violencia Doméstica, que se publica en noviembre de 2003 y se aprueba por Decreto presidencial de junio de 2004.

Las competencias que la Ley 17.514 impone al Sector Salud, en relación con la violencia hacia la mujer, se reglamentan por medio del Decreto 494/2006*, modificado por el Decreto 299/2009**.

Se establece así la obligatoriedad de que las instituciones públicas y privadas de salud brinden atención a las mujeres en situación de violencia, incluyan el formulario de violencia doméstica en las historias clínicas de mujeres mayores de 15 años, y creen equipos de referencia.

Los equipos de referencia quedan encargados de adecuar y organizar la estrategia de atención en la institución, sensibilizando al personal, instrumentando la indagación de rutina y la respuesta por niveles de riesgo según las orientaciones de la guía de procedimientos "Abordaje a situaciones de violencia doméstica hacia la mujer"³⁴. La institución debe comunicar al Ministerio de Salud Pública (MSP) el número de investigaciones de rutina de violencia realizado y el número de situaciones de violencia identificadas por mes.

Desde la promulgación del Decreto 299/2009, el personal y las instituciones de salud no están obligados a realizar la denuncia, policial o judicial, de los casos que asistan. En los casos en que la persona no está en condiciones de asumir su protección y se evalúa que existe riesgo vital, la denuncia desde el sistema de salud puede realizarse como parte de las medidas de protección, como un procedimiento integrado en el proceso de atención. Los mecanismos de denuncia se deben establecer desde la institución.

El decreto establece que los procedimientos que se plantean requieren de una capaci-

tación previa a su implementación, siendo responsabilidad de las instituciones asegurar que se realice. En el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud³⁵, en el segundo semestre de 2009 se incluyó la capacitación de 20% del personal de salud como una meta prestacional***.

Magnitud del problema

En el año 2005 la OMS publicó el Estudio multipaís sobre salud de la mujer y violencia doméstica¹². El estudio se realizó mediante encuesta domiciliaria sobre una muestra transversal de la población de 15 entornos ubicados en 10 países****. Se recabó información de 24.000 mujeres. La prevalencia de violencia varió mucho de una región a la otra. Entre las mujeres que alguna vez habían tenido pareja del 15% al 71% reportaron haber sufrido violencia física o sexual, o ambas, por parte de su pareja a lo largo de su vida; en la mayoría de los entornos se registraron índices comprendidos entre el 24% y el 53%. La prevalencia en el último año oscilaba entre un 4% (Japón, Serbia y Montenegro) y un 54% (Etiopía).

Este amplio entorno de frecuencias coincide con lo publicado por la OPS, en un relevamiento de 50 estudios epidemiológicos¹⁴ en América Latina y el Caribe.

El estudio de la OMS, al investigar con el mismo diseño en los 15 entornos, permitió comparar los hallazgos en todos los países, superando las dificultades metodológicas de comparar regiones mediante estudios realizados en momentos distintos y con diferentes diseños.

En Uruguay se realizaron dos estudios de prevalencia de violencia doméstica hacia las mujeres en población general en Montevideo y Canelones en 1997³⁶ y 2003³⁷.

Se consideraron muestras estratificadas, representativas de las mujeres entre 15 y 59 años, a las que se indagó sobre la existencia de violencia de parte de su pareja en el año precedente a la encuesta.

La Tabla 1 resume los resultados comparativos en cada encuesta según clase social.

* Texto del decreto en http://www.presidencia.gub.uy/_Web/decretos/2006/11/281_31_10_2006_00001.PDF y adjunta el formulario de VD

** Texto del decreto en http://www.presidencia.gub.uy/_web/decretos/2009/06/610%20parte%201.pdf e integra la guía de procedimientos como parte constitutiva del decreto http://www.presidencia.gub.uy/_web/decretos/2009/06/610%20parte%202.pdf

*** Monto de dinero que el prestador recibe por cumplir los indicadores de gestión establecidos desde la Junta Nacional de Salud.

**** Bangladesh, Brasil, Etiopía, Japón, Namibia, Perú, Samoa, Serbia y Montenegro, Tailandia y la República Unida de Tanzania.

Tabla 1 | Comparación 1997-2003 por tipo de violencia y nivel socioeconómico

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

Fuente: Informe 1997 Sybila Consultores, Informe 2003 T. Herrera y As.

Tabla 2 | Denuncias policiales a nivel nacional en Uruguay

	2005	2006	2007	2008	2009
Violencia doméstica	6.853	7.151	10.824	12.450	13.712
Delitos sexuales	1167	1076	1117	1188	1209
Homicidios consumados	190	202	195	221	227
Homicidios tentativas	100	106	86	79	120
Total contra la persona	23164	21362	23283	25684	26199
VD/Total contra persona	0,29	0,33	0,46	0,48	0,52

Fuente: Observatorio Violencia y Criminalidad Ministerio del Interior Uruguay.

La reducción en la cifra total de violencia psicológica, hallada en 2003, es significativa, no así las de violencia física y sexual.

Otra fuente de información acerca de la magnitud del problema son los registros en los servicios de atención. El Observatorio sobre Violencia y Criminalidad del Ministerio del Interior mantiene un registro a nivel nacional desde el año 2005.

En la Tabla 2 se resume la cifra de denuncias totales a nivel nacional en cada año, comparando con otros delitos contra la per-

sona. Las denuncias de violencia doméstica incluyen las distintas formas dirigidas hacia cualquier persona con la que la persona agredida se encuentra vinculada afectivamente, sin distinción de sexo. En estudios nacionales se verifica que más del 80% de las denuncias son realizadas por mujeres³⁸. La mayor parte de las denuncias se refiere a violencia física y amenazas. Las denuncias al igual que los datos de las encuestas, agrupan situaciones de diversas características y severidad. El aumento en las cifras de denuncia no está

directamente vinculado al aumento de la frecuencia de situaciones de violencia.

Se interpreta la evolución de las denuncias como el resultado de mayor visibilidad del problema, a nivel de la población general y de las instituciones y la creación de seccionales especializadas para la atención de situaciones de violencia doméstica en todos los departamentos, favoreciendo el acceso.

En un estudio en Montevideo sobre 250 partes policiales sobre homicidios consumados entre 2003 y 2005¹³, se analiza y clasifica según motivos y circunstancias, hallando que 42% correspondería a violencia instrumental y 58% a la categoría de expresivos, vinculados al tipo anteriormente mencionado de violencia reactiva. En cuanto a la relación entre el autor del homicidio y la víctima, 61% es realizado por un conocido, 17% del total de autores está vinculado a la víctima por una relación de pareja, actual o pasada, constituyendo el 64% de los casos letales domésticos. Del total de homicidios con mujeres como víctima, solo el 6% es por desconocidos, mientras que en los homicidios domésticos las mujeres constituyen el 74% de las víctimas. Además de las diferencias cuantitativas el autor plantea posibles diferencias cualitativas, basado en que 60% de los hombres que cometen homicidio de su pareja intenta o comete suicidio, lo que es raro entre las mujeres. El autor plantea la hipótesis de que la violencia letal femenina tiene un carácter defensivo y de autopreservación, y que matan al sentir su vida amenazada, por lo que es lógico que no cometan suicidio. Perspectiva similar se plantea en el Estudio multipaís de la OMS.

En el informe de 2008 del Observatorio de Violencia y Criminalidad*, la cifra anual de homicidios a mujeres desciende a 27 en el período nov/2007 a oct/2008, siendo el 71% por violencia doméstica de parte de la pareja, y de nov/2008 a oct/2009, 23 casos, entre los que el 87% fue a manos de la pareja o ex pareja**. De enero a mayo de 2010 se constató un aumento significativo, con 19 muertes de mujeres por VD.

La mortalidad y el número de denuncias no dan cuenta de la magnitud real del problema ni en términos de prevalencia ni en cuanto al costo social, familiar e individual.

Las violaciones y la VD representan entre el 5% y el 16% de años de vida saludable (AVAD)*** que pierden las mujeres en edad fecunda³⁹.

La indagación acerca de la violencia simbólica y la violencia instrumental en la pareja, es menos accesible a través de estudios cuantitativos; el mayor desarrollo de conocimiento al respecto proviene de investigaciones cualitativas. De acuerdo con lo referido en entrevistas en profundidad y grupos focales con mujeres que viven o vivieron en situación de violencia, el sufrimiento que identifican en relación con el maltrato emocional sostenido es evaluado como muy grave y en muchos casos de potencial lesivo mayor que la violencia física^{12, 32, 33}.

El estudio de la OMS indagó sobre la presencia de comportamiento dominante hacia la mujer de parte de su pareja****. Las encuestadas refirieron un porcentaje más elevado de estas conductas entre quienes ejercían maltrato psicológico; variando de un entorno a otro de 21% a 70%, postulan que la consideración de dicho comportamiento como adecuado o no varía mucho según las culturas. En todos los entornos las situaciones de violencia física y sexual se acompañaban de comportamiento más dominante, con 32% de alta puntuación en una escala de rigurosidad del “control marital”, por comparación con solo 2% entre las mujeres que no habían sido maltratadas físicamente. El comportamiento dominante es concebido como un punto de partida; algunos autores consideran que la violencia puede ser expresión directa del sistema de dominación o evidenciar la quiebra del mismo y la imposibilidad de que el sujeto dé una respuesta alternativa. “*Ante la pérdida del reconocimiento de esa posición de poder que le imputa el sistema de dominación es incapaz de gestionar los conflictos desembocando así en la violencia*”⁴⁰.

En el Estudio multipaís de OMS se indagó acerca de la violencia sexual, actual y pasada*****. En 10 de los 15 entornos examinados, más del 5% de las mujeres que habían tenido relaciones sexuales, declararon haber sido forzadas la primera vez, cifra que superó el 14% en 5 entornos, hallando que a menor edad de la mujer en su primera experiencia sexual, mayor probabilidad de que hubiera sido forzada.

* <http://www.minterior.gub.uy/index.php/es/estudios>

** Informe nov/2009 Observatorio de Violencia y Criminalidad - Área de Política Institucional y Planif. Estratégica - Ministerio del Interior.

*** La medida basada en los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) cuantifica la carga de morbilidad, combina la información sobre el número de años de vida perdidos por muerte prematura con la relativa a la pérdida de salud por discapacidad.

**** Comportamiento dominante fue definido como presencia de alguna de las siguientes situaciones: impedirle ver a sus amigas; limitar el contacto con su familia carnal; insistir en saber dónde está en todo momento; ignorarla o tratarla con indiferencia; enojarse con ella si habla con otros hombres; acusarla constantemente de serle infiel; controlar su acceso a la atención de la salud.

***** Se preguntó a las entrevistadas si su primera relación sexual fue (a) forzada, (b) no deseada, aunque no forzada, o (c) de elección propia, y la edad en la que había tenido lugar.

Violencia Doméstica en la población asistida en Servicios de Salud

El contacto frecuente y directo de la población con los servicios de salud, los coloca en un lugar de acceso privilegiado para la atención al problema de la violencia, para su detección temprana y la prevención secundaria.

Las mujeres en situación de violencia usan con mayor frecuencia los servicios de salud que quienes no viven en situación de violencia. Estudios realizados en EE. UU., constataron un incremento del 50% de consultas en emergencia, que decrece lentamente al cesar la violencia (20% mayor a los 5 años), mientras que en los servicios de atención primaria y especialidades, luego de controlar otros factores se halló 15% a 20% de incremento de uso de los servicios de las personas en situación de violencia⁴¹.

En un estudio en 22 centros de atención primaria en Irlanda se halló una prevalencia de 39% de situaciones de violencia doméstica⁴². Entre las personas en asistencia en los servicios de salud mental la prevalencia a lo largo de la vida del antecedente de alguna forma de abuso varía entre 40% y 65% en diferentes estudios⁴³.

El deterioro de la salud y el incremento en consumo de servicios tienen importante impacto económico en el sistema de salud. El informe de la OMS sobre costos de la violencia interpersonal, a partir de la revisión de la información disponible generada con metodología rigurosa, plantea que las mujeres en situación de violencia en la pareja tienen el costo en servicios de salud entre 1.5 y 2 veces mayor que las mujeres que no viven violencia⁴⁴.

En Uruguay se realizaron dos estudios sobre población asistida, que emplearon el cuestionario validado por Majdalani y cols.⁴⁵ para detección de situaciones de violencia propuesto en el formulario de violencia doméstica del MSP.

Lozano y cols. relevaron los hallazgos realizados en la investigación de rutina en las consultas realizadas entre agosto de 2007 y agosto de 2008, en una policlínica de medicina familiar de ASSE en Montevideo. El 31,6% (167 mujeres) de 1.849 consultas, tuvo como

protagonistas a mujeres víctimas de violencia de su pareja⁴⁶.

El equipo de referencia del Hospital Maciel en 2009 encuestó a todas las personas hospitalizadas, hallando que el 41% de las mujeres y el 17% de los hombres refirieron haber sufrido violencia física de parte de su pareja en algún momento, con una prevalencia de 4% al momento de la encuesta. Acerca del antecedente de violencia psicológica respondieron afirmativamente el 23% de las mujeres y 4% de los hombres y 14% y 3%, respectivamente, para el antecedente de violencia sexual⁴⁷.

En 2005 Rodríguez y cols. aplicaron un cuestionario para detección de situaciones de violencia sexual en 1.000 mujeres usuarias de los servicios de emergencia y de internación ginecológica del Hospital Pereira Rossell. De las encuestadas, 29.4% refirió haber tenido su primera relación sexual bajo presión, con una prevalencia a lo largo de la vida de 34.8% para violencia sexual y 30.9% para violación⁴⁸.

La evidencia y experiencia acumulada señalan la pertinencia de establecer estrategias desde los Servicios de Salud para la atención a este problema. A la vez, sus características exigen instrumentar un modelo de atención que se articule ampliamente con otros recursos asistenciales y sociales para dar respuestas integrales a las personas afectadas por el problema y a la sociedad en su conjunto. Plantear la intervención desde esta postura propone, por un lado, la ubicación de cada intervención como un componente en un conjunto amplio y articulado de acciones; por otro, la asunción de la responsabilidad de actuar desde el rol de cada profesional en los aspectos de su competencia.

Atención a las situaciones de violencia doméstica

Todas las profesiones cuya función es la prestación de servicios a la población, reciben frecuentemente personas en situación de violencia doméstica, tengan o no identificado el problema como de pertinencia en su trabajo. La violencia doméstica como fenómeno complejo de la realidad puede ser “visto” e incluso “no visto” desde diferentes perspec-

tivas. La no identificación de las situaciones de maltrato no es evidente para quien no las percibe como tales; no hay conciencia de la no percepción⁴⁹. Esta disfunción perceptiva tiene implicancias en la asistencia, y constituye una de las dificultades mayores para legitimar la violencia como un tema de competencia del Sector Salud.

¿Qué implica plantear la violencia doméstica como un problema social cuando hablamos de la atención de personas que viven estas situaciones?

– El profesional no es ajeno al problema⁵⁰:

Como integrantes de la sociedad todos participamos de una u otra forma en el orden social en que se produce y persiste la violencia doméstica.

– El problema trasciende a las personas consultantes⁵¹:

Las situaciones particulares son emergentes de una condición social estructural, que persiste como un factor de incidencia.

– Los hechos generales emergen en un problema particular¹:

Existen factores de vulnerabilidad, individuales, familiares y comunitarios, que favorecen la expresión del problema en los individuos o grupos familiares, en tiempo y circunstancias particulares, con diferentes grados de gravedad y con características propias.

– La persona es la protagonista de su circunstancia:

Esta afirmación se plantea desde una doble perspectiva, la subjetividad de quien consulta y el encuadre de la atención en una perspectiva de derechos humanos. Para cada persona y grupo familiar su circunstancia es vivida como única, propia e intransferible. El principio de autonomía como orientador de una práctica asistencial sustentada en el paradigma de derechos humanos, sostiene el respeto a la capacidad de decisión de los pacientes. En este tema el respeto a las opciones personales exige discriminar y abordar los factores que limitan las decisiones.

La confrontación entre los modelos asistenciales evidencia aspectos conflictivos vinculados al desencuentro entre referencias conceptua-

les, entre prácticas y entre actores. Dos de estas polémicas aportan a la reflexión sobre la atención en salud mental y en psiquiatría:

– El abordaje de los individuos, de la pareja o de la familia:

Tanto en el abordaje en salud como en el derecho se discute la adecuación de estrategias de atención conjunta o no de los integrantes de la pareja o la familia en situación de violencia. La legislación en varios países jerarquiza la conciliación como intervención en violencia doméstica¹⁰. Algunas corrientes en terapia familiar privilegian el abordaje al grupo familiar como intervención de primera indicación. Ambas propuestas son criticadas desde corrientes que plantean los aspectos estructurales del problema y cuestionan el supuesto de corresponsabilidad en la situación.

Hay acuerdo en que el abordaje conjunto de los integrantes de la pareja requiere simetría de los participantes, neutralidad del técnico, disponibilidad de opciones, libertad para tomar decisiones. Estas no son condiciones dadas en las situaciones de violencia. El encuadre para el trabajo requiere la explicitación de la violencia como una conducta no legitimada desde el espacio de intervención. Generar un acuerdo que posibilite la participación igualitaria es parte del abordaje del problema. Considerando la asimetría de la relación, las responsabilidades diferenciadas y la implicancia de los aspectos socioculturales en las situaciones de violencia, algunos terapeutas familiares proponen alternativas metodológicas y conceptuales que integran a la práctica clínica aportes desde otras perspectivas, ciencias sociales, estudios de género, etc., evaluando en cada caso la elección de la forma de intervención posible^{50, 52-54}.

– La atención como acción política o asistencial:

En el trabajo en violencia doméstica estos dos niveles interactúan y a veces se confunden. Una confusión, poco frecuente en el sistema de salud, es la ubicación de la mujer como activista social y agente de cambio sociocultural, sin considerar sus expectativas y necesidades. Una confusión frecuente en los servicios de atención es considerar como

neutrales o banales las conductas y discursos de reforzamiento de roles estereotipados y valores totalizadores. El desconocimiento de las individualidades y la diversidad, bajo un “deber ser” que trasciende, tiene, en el caso de personas en situación de violencia, un efecto legitimador del abuso y la discriminación.

Rol del Sector Salud: estrategia en desarrollo en Uruguay

* Sistema Integral de Protección a niños, niñas y adolescentes contra la Violencia, organismo creado por acuerdo interinstitucional coordinado por INAU.

La propuesta de una política sanitaria de atención a la violencia doméstica en Uruguay³⁴ se apoyó en el modelo integral propuesto por la OPS, con diferentes niveles de acción¹⁴ articulados en torno a ejes conceptuales. En este modelo general se integra el Sector Salud participando en los tres niveles (Figura 1).

Integración a los organismos de coordinación intersectorial como el CCNVD y el SIPIAV* en la construcción de políticas integrales.

En el nivel de sectores en la generación de normas y herramientas específicas y en la instrumentación de estas desde los prestadores de salud.

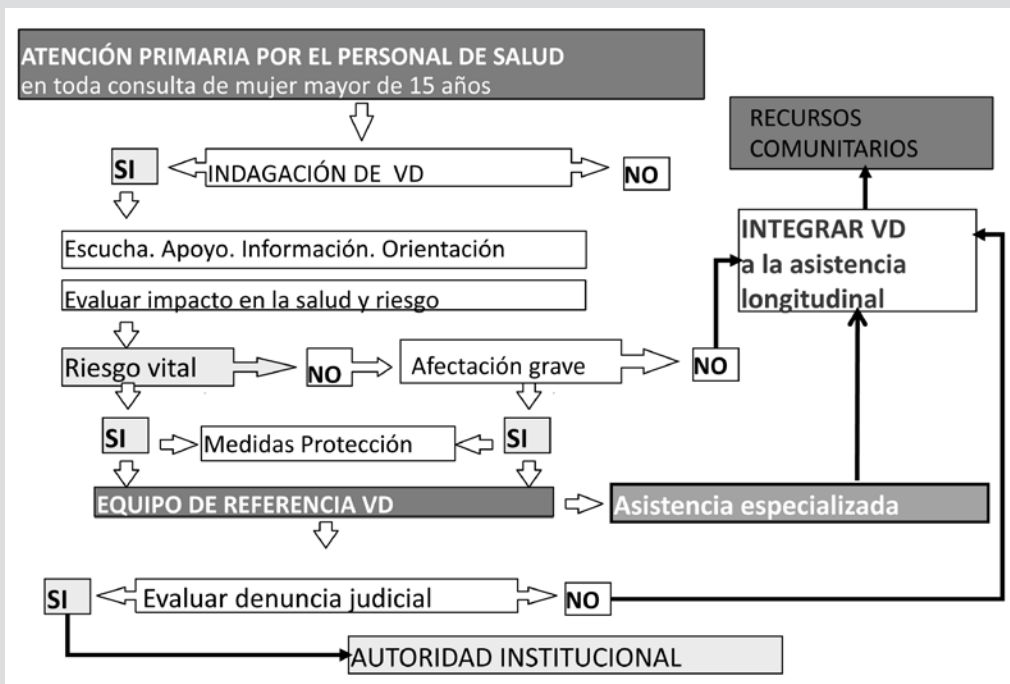
En la interacción con la comunidad desde los servicios de atención primaria y en las instancias de participación desde los organismos

centrales. Las normas vigentes establecen obligaciones para las instituciones, los servicios y el personal de asistencia directa.

Los procedimientos se plantean por niveles de riesgo y afectación de la salud. La atención general es responsabilidad de todo el personal de salud en sus respectivos roles. Los profesionales de la salud mental quedan incluidos en las orientaciones generales: indagación de la existencia de violencia, evaluación de su relación con el estado de salud de la consultante y nivel de riesgo, respuesta inicial y seguimiento de acuerdo con la situación. Esto requiere la consideración de esta problemática en la atención habitual y la revisión conceptual y de prácticas. La atención especializada psiquiátrica se plantea como indicación específica para aquellas personas que presenten una situación clínica que la requiere, por características de personalidad, patología previa o por el grado de afectación vinculado a la situación de violencia. La Figura 2 muestra la propuesta para la organización de la atención; en cada institución, el equipo de referencia ocupa un lugar central, pues es el encargado de operativizar las propuestas generales en la realidad institucional.



Figura 2



La mujer en situación de violencia en la consulta

Si bien la visibilidad del problema en el Sector Salud y la demanda de ayuda de las mujeres han aumentado, la frecuencia en que la violencia doméstica es el motivo de consulta explícito es mucho menor que la prevalencia del problema en la población asistida. En el estudio realizado por Lozano y cols. el 2% de los motivos de consulta fue la violencia doméstica⁴⁶.

Los motivos de consulta más frecuentes son las lesiones, quejas somáticas (jaqueca, dolor crónico, trastornos ginecológicos y gastrointestinales), mala evolución de enfermedades crónicas, malestar y sufrimiento psíquico y trastornos psiquiátricos (depresión, angustia, ansiedad, trastorno por estrés postraumático TPEP, trastornos conversivos y disociativos).

El estudio de la OMS indagó acerca de la presencia de síntomas de angustia, ideas de autoeliminación e intentos de autoeliminación en las cuatro semanas anteriores a la entrevista. En todos los entornos estudiados se halló niveles mayores de ansiedad en quienes habían sufrido violencia física o sexual, las ideas de autoeliminación fueron de 1,5 a 3,5 veces más frecuentes y los intentos de autoeliminación hasta 5 veces¹² más frecuentes. El antecedente de violencia doméstica triplica la posibilidad de presentar TPEP⁵⁵.

En el estudio realizado en el centro de Atención Primaria en Montevideo, 37% del total de consultas de mujeres en situación de violencia fue por problemas emocionales y 25% presentaba antecedentes de IAE, con mayor frecuencia en el tramo etario de 31 a 60 años; 52,7% de las consultantes en situación de violencia tomaba psicofármacos⁴⁶. La prescripción y consumo de psicofármacos en las mujeres en situación de violencia supera el 50% en la mayoría de los estudios⁵⁶.

La distancia entre la prevalencia y la demanda de ayuda explícita plantea la necesidad de estrategias de detección que favorezcan la detección precoz, la prevención secundaria y evitar el agravamiento de las consecuencias.

Diagnóstico de situación

No se plantea una nosología psiquiátrica de la violencia, los cuadros clínicos que se presentan no son específicos, sus particularidades se presentan en la contextualización, evolución y respuesta al tratamiento. La situación clínica se despliega en un contexto, en una dimensión temporal y espacial, en el entramado de eventos y vínculos de la vida cotidiana de la persona. La valoración de este contexto y su relación con la persona consultante, su motivo de consulta y el cuadro clínico se organizan en un diagnóstico de situación. El diagnóstico situacional es un modelo de la realidad, incompleto y dinámico, que se construye en la evolución. Se desarrollarán únicamente algunos aspectos frecuentes en las situaciones de violencia.

Identificación de situaciones de violencia doméstica en la consulta

La investigación de rutina se ha constituido en una estrategia efectiva para la detección de la violencia doméstica; emerge como recomendación de organismos internacionales y estudios sobre evaluación de prácticas. Ha demostrado ser bien aceptada por las mujeres y progresivamente ha ganado aceptación por los técnicos que comienzan a aplicarla^{20, 45, 47, 57, 58}. La oportunidad para realizar la indagación depende del contexto asistencial y el motivo de consulta. En el apartado anterior se mencionó algunos de los motivos de consulta frecuentes. Aunque no hay indicadores directos algunas características o circunstancias pueden alertar sobre la mayor probabilidad de que la violencia sea un problema presente:

- Dificultad para el autocuidado, por ejemplo: discontinuación de los tratamientos, falta a las citas concertadas, postergación de sus necesidades (descanso, recreación, contacto social, nutrición balanceada, ejercicio, etc.), antecedente de embarazos no deseados y de infecciones de transmisión sexual, accidentes frecuentes.

– Actitud de desconfianza y hostilidad hacia los técnicos, sobre todo en relación con su situación familiar o actitud demandante y aprobativa frente a las indicaciones, propuestas o comentarios.

– Conducta de control de parte de la pareja, por ejemplo, concurrencia a la consulta siempre con su pareja, con permanencia de éste en el consultorio en todo momento, imposibilidad de negociar indicaciones en las que su pareja no acuerde.

– Aislamiento, con distanciamiento de su familia de origen y sus amistades y vínculos sociales anteriores a la pareja.

Por la extensión y diversidad de las situaciones, se promueve que en todos los casos se indague la existencia de violencia, en las primeras etapas del proceso de atención, aun en ausencia de elementos de sospecha.

Se ha propuesto y aplicado varios procedimientos y herramientas para la detección. La sensibilidad y especificidad de los instrumentos y la prevalencia de abuso detectada, varían según se definan las formas de abuso a investigar y según el período en estudio (actual, último año, edad adulta). Estas definiciones no están estandarizadas y la comparación de resultados de la aplicación de los diferentes instrumentos en la práctica clínica es aún insuficiente. La efectividad de un método específico de tamizaje e intervención varía con el encuadre de aplicación, la forma de aplicarlo, la cultura y la población⁵⁹.

En Uruguay se promueve una estrategia flexible y adaptable a los técnicos, contextos asistenciales y población atendida. Se creó un formulario para apoyo a la detección, para incluir en las Historias Clínicas de mujeres mayores de 15 años. El formulario incluye orientaciones y un cuestionario que puede ser usado para la indagación. El cuestionario es un instrumento validado en Argentina, que evolucionó a partir de herramientas previas que fueron aplicadas en varios países⁴⁵.

El formulario es una herramienta para la orientación, no se plantea como un instrumento de registro. En la guía de procedimientos también se sugiere formas indirectas de avanzar

en la detección de acuerdo con los diferentes contextos asistenciales³⁴.

La dificultad en el reconocimiento de la violencia

Este problema involucra técnicos y consultantes. La dificultad de visualizar la violencia doméstica constituye el primer obstáculo para considerar y responder al problema. Múltiples aspectos sociales e individuales inciden en que una situación se perciba y se interprete o no como violenta.

Existen “representaciones nacidas conjuntamente de las aspiraciones de los individuos y de las expectativas políticas respecto a la familia”⁶⁰ que impiden o dificultan la emergencia del fenómeno a la conciencia social. El acto violento puede ser justificado al adjudicarle un sentido acorde a la representación social acerca de la familia y de la pareja.

La incorporación de valores culturales y pautas de comportamiento interpersonal en las que el sometimiento es considerado como un componente esperado del vínculo, convierte la violencia en un medio legítimo para lograrlo. El proceso sociohistórico que genera las normas culturales se invisibiliza en la medida que se construye un consenso que establece dichas normas como “el deber ser” social. Este proceso atribuye al orden natural lo que ha producido la cultura, considerando el sometimiento, la discriminación y el acto violento que las mantiene, como formas “naturales” de proceder⁶¹.

La progresiva visualización y la construcción de normas formales que condenen la conducta no aseguran su modificación; el cambio en las formas de relación no es inmediato ni es homogéneo. En muchos casos existe una distancia entre lo expresado a nivel del discurso y la actitud ejercida, que se sustenta en elementos normativos no formales que están firmemente instalados^{62, 63}.

Subjetividad y violencia

La consideración de las circunstancias de vida propias como violencia se encuentra limitada por características propias de la relación de violencia; el no reconocimiento, o la justificación, es un fenómeno identificado y descrito por varios autores.

Cobo Plana plantea esta característica como una constante de la violencia con historia: *“La ambivalencia y la pérdida de referencias de las víctimas es un denominador común en las personas inmersas en esa historia [...]”*²².

Este planteo tiene puntos de contacto con lo que Sluzki describe al analizar las consecuencias de la violencia política y la violencia familiar sobre la base de frecuencia y monto de amenaza. *“La distorsión cognitiva es un rasgo presente en toda violencia reiterada, independientemente de su intensidad”*, generado a través de un proceso progresivo de asunción de valores que justifican y legitiman la situación. *“Los puntos de vista alternativos y las evidencias contrarias a esos valores son negados o descartados, y todo pensamiento crítico es autocensurado”*. La violencia se despliega en un *“contexto semántico que justifica y mistifica el acto violento [...] deniega las claves interpersonales mediante las cuales la víctima reconoce o asigna significados a los comportamientos violentos y reconoce su capacidad de consentir o disentir”*⁵⁴.

Ravazzolla destaca la anestesia afectiva y la dificultad de contactar con el malestar como uno de los aspectos relevantes a considerar en el trabajo terapéutico con las mujeres en situación de violencia⁵⁰.

La reacción psicológica y su evolución están vinculadas a características personales como son: la tolerancia al estrés, vinculada al umbral fisiológico de reactividad; las estrategias de afrontamiento frente a la violencia; el estilo psicológico, capacidad para disociar o confrontar, nivel de autonomía o dependencia para la toma de decisiones, grado de pasividad o actividad frente al entorno.

Los factores situacionales también pueden afectar la evolución: la presencia de soporte social y la posibilidad de comunicación favorecen la búsqueda de respuestas y alternativas. La evolución y las consecuencias son más graves

cuando la persona está aislada del entorno, cuando el maltrato incluye humillación e ignominia, ante situaciones multicarenciadas y con el hacinamiento.

Factores asociados

Los estudios epidemiológicos que estudian los factores de riesgo aportan abundante información sobre condiciones asociadas significativamente con las situaciones de violencia y los niveles de intensidad de esta. La interpretación de las asociaciones varía con el modelo teórico en el que se sustente el análisis.

De los factores individuales de mayor presencia en el imaginario social se destacan el uso de alcohol y la existencia de trastornos mentales.

Patología psiquiátrica y violencia de género. Los estudios epidemiológicos muestran que la mayor parte de los actos violentos no se vincula a la existencia de un trastorno mental que configure una enfermedad, a la vez que la enfermedad mental no es factor suficiente para predecir una mayor incidencia de comportamiento violento futuro⁶⁴. *“La proporción de las agresiones por la pareja vinculadas con trastornos psicopatológicos suele ser relativamente baja en entornos donde este tipo de violencia es común”*¹. No obstante, es posible identificar estilos de personalidad y estados emocionales más frecuentes entre los hombres que maltratan a sus parejas; son relativamente frecuentes la inseguridad y la dependencia emocional, mayor proclividad a la ira y la hostilidad. En los entornos de menor frecuencia de violencia en la pareja la tasa relativa de trastornos psicopatológicos es mayor, en particular para los trastornos de personalidad antisocial y limítrofe.

De las sustancias de abuso la de mayor incidencia y más estudiada en relación con la violencia de género es el alcohol. Sobre el total de situaciones tiene menor prevalencia el consumo de cocaína, la asociación es más frecuente en la violencia sexual¹. En los casos de violencia de pareja en que el agresor consume cocaína aumenta el riesgo lesivo con el aumento de consumo de la sustancia.

Consumo de alcohol y violencia en la pareja. Esta asociación tiene profusa evidencia, sobre todo en relación con la violencia física; sin embargo, se debate acerca de su relación causal o coyuntural favoreciendo el episodio violento en una situación proclive a que ocurra¹. Cabe la pregunta acerca del modelo explicativo sobre la violencia que sustenta la interpretación de esta asociación en forma aislada de otros factores presentes. Algunos autores plantean que ambas situaciones, abuso de sustancias y conducta violenta, se vinculan a los modelos de socialización. *“En algunas sociedades, tanto el consumo masivo de este (alcohol) como los comportamientos violentos hacia las parejas femeninas se asocian a la idea de masculinidad”*⁶⁵. En las mujeres en situación de violencia el consumo de alcohol y de otras sustancias psicoactivas es mayor que el que presentan quienes no sufren violencia. Se discute si se trata de una condición que favorece la violencia o es consecuencia de esta. En lo que no hay discrepancias es en la implicancia del consumo de alcohol como factor que complica la evolución y aumenta la gravedad de las situaciones de violencia y de sus consecuencias.

Recursos y respuestas frente a la violencia

La existencia y disponibilidad de recursos personales, sociales y familiares, determinan el tipo de abordaje posible, su oportunidad y etapas.

Saber si existe dentro de la familia alguna persona que viva la situación como un problema que puede tener solución, y qué respuestas pudieron intentarse desde el sistema familiar, orienta sobre los recursos posibles y sobre las dificultades. Identificar las respuestas que fueron instrumentadas ayuda a orientar el abordaje.

Las mujeres emplean estrategias de defensa, confrontación o desviación para afrontar la violencia; buscan disminuir la violencia física y el riesgo lesivo. En muchos casos la intervención de terceros modifica la situación, mecanismo que puede posteriormente ser buscado, por la mujer o por los allegados⁶⁶.

La modificación de la dinámica de la violencia con mayor impredecibilidad y disminución de la efectividad de los mecanismos de respuesta y control, aumenta el riesgo de daño psicológico y físico.

Según el Estudio multipaís de la OMS las víctimas de violencia física grave responden con mayor frecuencia que otras con violencia física.

Los intentos de separación son frecuentes y reiterados. En presencia de violencia física 19% a 51% se fueron de su casa por este motivo; 8% durante una noche, el 21% entre 2 y 5 veces. En general fueron a casa de personas de confianza, no a refugios institucionales. La mayoría retorna, y entre los motivos referidos se cita el bien de la familia o los hijos, la fuerza del vínculo afectivo, la expectativa de cambios en su pareja, la carencia de apoyo y alternativas, el arrepentimiento de su pareja³².

La separación constituye un período de riesgo aumentado que requiere tomar precauciones por parte de la mujer y los servicios de atención.

Evaluación de riesgo vital

La mayor parte de las situaciones reviste gravedad en cuanto a las consecuencias en la calidad de vida, pero no requiere medidas urgentes de protección. En el diagnóstico de situación la evaluación de riesgo desde el inicio determina las etapas y estrategias del abordaje. En las situaciones de crisis aumenta la complejidad de esta evaluación por la demanda de urgencia que plantea la paciente. Analizar la crisis junto a la paciente, reubicándola en el curso evolutivo de la situación individual y de pareja, aporta a identificar los factores de riesgo y de protección y a la toma de decisión sobre las acciones.

Pueden ser signos de alarma sobre un mayor riesgo de homicidio o lesión grave, el incremento de la violencia; el cambio de modalidad, con rotura de las formas habituales, volviendo la situación impredecible y disminuyendo las posibilidades de medidas de protección; la agravación del consumo de alcohol o drogas; el aumento del miedo de la mujer, con vivencia de indefensión o anestesia

afectiva; la presencia de amenazas, la disponibilidad de armas.

Los mismos factores aumentan el riesgo de suicidio, especialmente cuando hay un cuadro depresivo grave con desesperanza, en que se ve como única salida morir; en las situaciones de aislamiento social, luego de fracasos reiterados de separación o modificación de la situación, cuando la violencia se asocia a patología del agresor.

Conclusiones

La violencia de género en la pareja se constituyó como problema social, como problema de salud pública y como tema de estudio, mediante un proceso cultural-histórico de construcción colectiva con participación de múltiples y disímiles actores sociales y académicos.

La evolución de las ideas consolidó la aproximación multidisciplinaria como estrategia de indagación e intervención, que encuentra en el modelo ecológico una herramienta para la articulación en el análisis y la acción.

La evaluación de las mujeres en situación de violencia en la consulta psiquiátrica puede recibir aportes al considerar el problema desde la perspectiva de ese proceso.

Considerar que la violencia de género es un problema sistémico, relacionado con la estructura social, tiene implicancias en la propuesta de evaluación de las mujeres en situación de violencia en la pareja. Propone la interacción entre aspectos particulares y aspectos que trascienden la situación particular. La evaluación de la consultante, su diagnóstico clínico y sus características de personalidad, se integran en un diagnóstico situacional que describe e interpreta los aspectos relacionales y familiares, incluyendo como una dimensión importante los mandatos culturales de género.

Una estrategia integral e intersectorial de respuesta a la violencia doméstica orienta sus acciones a la promoción de la autonomía personal, la autogestión comunitaria⁶⁷ y la integración social.

En la asistencia la visión disciplinaria centrada exclusivamente en el caso clínico individual reviste el riesgo de no identificar los factores que inciden en la evolución y limitan la respuesta al tratamiento instituido. La atención que incorpora las circunstancias específicas puede incluir un plan de acciones progresivas, de protección, autocuidado y respuestas alternativas, diseñado con la persona afectada por el problema, que avance en la medida que se optimice la disponibilidad de sus recursos. Redimensionar su situación personal al contextualizarla, permite a las personas pensar nuevas alternativas que consideren sus necesidades y estrategias adecuadas a su contexto para lograrlas.

Mirando el problema como profesional de la salud e integrante de la sociedad, acuerdo con Concha Eastman en que la prevención de la violencia debe encararse como proyecto social de compromiso múltiple sostenible²⁴. Requiere de acciones en la comunidad y cambios estructurales. Si la sociedad ubica el problema solo en quienes son los actores emergentes y no asume su responsabilidad de revisar las normas, costumbres y valores que sostienen las relaciones violentas, los costos de generar alternativas son mayores e inequitativamente distribuidos.

Referencias bibliográficas

1. **Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, et al. (eds).** World report on violence and health. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2002.
2. WHO/OMS. Resolución 49ª Asamblea Mundial de la Salud; 1996.
3. WHO/OMS. Carpeta de información sobre la violencia contra la mujer; 1998.
4. **Stewart DE.** The International Consensus Statement on Women's Mental Health and the WPA Consensus Statement on Interpersonal Violence against Women. *World Psychiatry* 2006; 5(1):61-64.
5. **Maturana H.** Biología y violencia. En: Maturana H, Coddou F, Montenegro H,

- Kunstmann G, Méndez C. Violencia en sus distintos ámbitos de expresión. Santiago de Chile: Dolmen ediciones; 1997, pp. 71-91.
6. **Chaux E.** Agresión reactiva, agresión instrumental y el ciclo de la violencia. *Revista de Estudios Sociales* 2003; 15: 47-58.
 7. **Hernández T.** Des-cubriendo la violencia. En: Briceño-León R. *Violencia, sociedad y justicia en América Latina*. Buenos Aires: FLACSO; 2001: 57-75.
Rojas Bermúdez JG. Nuevos conceptos teóricos. En: *¿Qué es el sicodrama?* Buenos Aires: Editorial Celsius; 1990.
 9. **Olaiz G, Rojas R, Barquera S, Shamah T, Aguilar C, Cravioto P y cols.** Encuesta Nacional de Salud 2000. Tomo 2. La salud de los adultos. Cuernavaca, Morelos. México. Instituto Nacional de Salud Pública; 2003.
 10. **Pineda Duque J, Otero L.** Género, violencia intrafamiliar e intervención pública en Colombia. *Revista de Estudios Sociales* 2004; (17):19-31.
 11. **Tuñón Pablos E, Bobadilla Bernal, D.** Mortalidad en varones jóvenes de México. *Estudios Sociales* 2005; XIII(26):67-83.
 12. **García-Moreno C, Jansen HAFM, Watts C, Ellsberg M, Heise L.** Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer. Ginebra: OMS; 2005.
 13. **Donnangelo J.** Homicidios en Montevideo: una clasificación basada en los motivos y en el tipo de relación entre víctimas y autores. En: Paternain R, Sanseviero R (comps.). *Violencia, inseguridad y miedos en el Uruguay. ¿Qué tienen para decir las ciencias sociales?* Montevideo: Friedrich Ebert Stiftung. Fesur. Montevideo; 2008, pp. 111-120.
 14. **Velzeboer ME, Ellsberg M, Clavel-Arcas C, García-Moreno C.** La violencia contra las mujeres: responde el sector de la salud: OPS/OMS. Washington DC: PAHO; 2003, 131pp.
 15. **Luciano D.** Modelo de Leyes y Políticas sobre violencia intrafamiliar contra las mujeres. Washington: OPS; 2004.
 16. **McAlister AVL, de los Ríos R, Fournier M, Piquet Carneiro L.** Protocolo del Estudio Multicéntrico: Actitudes y normas culturales frente a la violencia. Proyecto ACTIVA. En: *Investigaciones en Salud Pública*. Washington, DC; Organización Panamericana de la Salud; 1999: p 45.
 17. **Hernando-Gonzalo A.** La construcción de la subjetividad femenina. Madrid: Asociación Cultural Al-Mudayna Consejería de Educación; 2000.
 18. ONU: Declaración y Programa de Acción de Viena. En: *Conferencia Mundial de Derechos Humanos: 1993b*; Viena.
 19. ONU: Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. 1993a.
 20. **Ellsberg M.** Violence against women and the millennium development goals: facilitating women's access to support. *Int J Gynaecol Obstet* 2006; 94:325-332.
 21. **Filgueira N.** La violencia sistémica contra las mujeres. En: *Violencia Doméstica un enfoque multidisciplinario*. Montevideo: Fondo de Cultura Universitaria; 1997, pp. 17-58.
 22. **Cobo-Plana JA.** La violencia con historia, la doméstica y la de género: un punto de vista médico forense. *Noticias Jurídicas* 2004. Disponible en: <http://noticias.juridicas.com/articulos/55-Derecho%20Penal/200410-111136111432256.html> (Consulta: mayo 2010).
 23. **Swan SC, Gambone LJ, Caldwell JE, Sullivan TP, Snow DL.** A review of research on women's use of violence with male intimate partners. *Violence Vict* 2008; 23(3):301-314.
 24. **Concha Eastman A.** Indicadores de género en violencia contra la mujer en ALC. CEPAL- UNIFEM - OPS. La Paz, Bolivia, Nov 21-23; 2001.
 25. **Messman-Moore TL, Coates AA, Gaffey KJ, Johnson CF.** College Women risk for rape and sexual coercion in a prospective study of sexuality, substance use, and susceptibility to victimization. *J Interpers Violence* 2008; 23:1730-1746.
 26. **Fraser N.** La lucha por las necesidades: esbozo de una teoría crítica socialista

- feminista de la cultura política del capitalismo tardío. En: Documentos para el debate. Lima: Centro Flora Tristán; 1991.
27. **Castro R.** La investigación sobre violencia contra las mujeres en América Latina: entre el empirismo ciego y la teoría sin datos. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(1):135-146.
 28. **Frank S, Cohelo EBS, Boing AF.** Perfil dos estudos sobre violência contra a mulher por parceiro íntimo: 2003 a 2007. *Rev Panam Salud Publica* 2010; 27(5):376-381.
 29. **Carrasco-Portiño M, Vives-Cases C, Gil-González D, Álvarez-Dardet C.** ¿Qué sabemos sobre los hombres que maltratan a su pareja? Una revisión sistemática. *Rev Panam Salud Publica* 2007; 22(1):55-63.
 30. WHO/OMS: WHO ethical and safety recommendations for researching, documenting and monitoring sexual violence in emergencies; 2007.
 31. **Watts C, Heise L, Ellsberg M, García Moreno C.** Recomendaciones éticas y de seguridad para la investigación sobre la violencia doméstica contra las mujeres. Ginebra: WHO/OMS; 2001.
 32. **Sagot M, Carcedo A, Guido L.** La ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina: OPS/OMS Programa Mujer, Salud y Desarrollo; 2000.
 33. **Ellsberg M, Heise L.** Investigando la violencia contra las mujeres. Managua: OMS-PATH; Alianza InterCambios; 2007.
 34. **Romano Fuzul S, Samuniski F, Lindner F, Grela C.** Abordaje de situaciones de violencia doméstica hacia la mujer - Guía de Procedimientos en el Primer Nivel de Atención de Salud. Montevideo: Ministerio de Salud Pública; 2006.
 35. MSP: Informe de gestión 2009. Montevideo: Ministerio de Salud Pública; 2009.
 36. **Sybila Consultores.** Encuesta sobre violencia doméstica, zona metropolitana. Programa de Seguridad Ciudadana - BID. Montevideo; 1997.
 37. **Teresa Herrera y Asoc.** Encuesta sobre Prevalencia de Violencia Doméstica en Montevideo y Canelones. Montevideo y Canelones: Programa de Seguridad Ciudadana - BID; 2003, 88 pp.
 38. **Tommasino AB, Brito del Pino M, Correa A, García C, Pérez S, Pírez A y cols.** Juzgados de violencia: una mirada a los juzgados especializados a 4 años de su creación. Cuadernos del CIEJ. Serie Investigación; 2008.
 39. **Hanson K.** Measuring up: gender, burden of disease, and priority-setting techniques in the health sector. Harvard Center for Population and Development Studies - Harvard School of Public Health 1999; 99:12.
 40. **García-Selgas F, García García A, Casado E.** La violencia de género y la investigación social. En: Violencia de género en las parejas heterosexuales: análisis, diagnóstico y problemas de intervención. Madrid: Comunidad de Madrid; 2006, pp. 38-66.
 41. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Mental Health: research Findings. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/research/mentalhlth.htm> (Consulta: mayo 2010).
 42. **Bradley F, Smith M, Long J, O'Dowd T.** Reported frequency of domestic violence: cross sectional survey of women attending general practice. *BMJ* 2002; 324:1-6.
 43. **Warshaw C.** Domestic violence, mental health and trauma research highlights. In: The Domestic Violence and Mental Health Policy Initiative. Chicago; 2003:12.
 44. **Waters H, Hyder A, Rajkotia Y, Basu S, Rehwinkel JA, Butchart A.** Cost of interpersonal violence. Intimate partner violence. In: The economic dimensions of interpersonal violence. Department of Injuries and Violence Prevention. Geneva: World Health Organization; 2004: pp 7-20.
 45. **Majdalani MP, Alemán M, Fayanás R, Guedes A, Mejía RM.** Validación de un cuestionario breve para detectar

- situaciones de violencia de género en las consultas clínicas. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 2005; 17(2).
46. **Lozano F, Salas F, Paullier A.** Mujeres maltratadas: entre la desesperación y la medicalización de los estados de ánimo. En: II Congreso Internacional de Violencia, Abuso y Maltrato, Buenos Aires; 2009. Disponible en: <http://www.congreso-violencia.com/index.php?seccionid=18> (Consulta: mayo 2010).
 47. **Petit I, Panza R, Do Santos V, Gómez R, González G, Quintana L y cols.** Encuesta sobre Violencia Doméstica en el Hospital Maciel. Montevideo; 2008.
 48. **Rodríguez RF, Masena B, Pons J.** Prevalencia de violencia sexual de las mujeres de 18 años de los Servicios de Ginecología del Hospital Pereira Rossell. *Archivos de Ginecología y Obstetricia*: en prensa.
 49. **Von Foerster H.** Visión y conocimiento: disfunciones de segundo orden. En: *Nuevos Paradigmas, Cultura y Subjetividad*. Buenos Aires, Barcelona, México: Paidós; 1998, pp. 91-114.
 50. **Ravazzola MC.** *Historias Infames: los maltratos en las relaciones*. 1.º ed. Buenos Aires-Barcelona-México: Paidós; 1997.
 51. **Romano-Fuzul S.** Violencia doméstica: participación e integración social. En: *Sobre cercanías y distancias*. Montevideo: Ediciones Cruz del Sur; 2008.
 52. **Grosman C.** Aspectos jurídicos de la violencia. En: *Articulación de estrategias entre el derecho de familia y los servicios de salud*. Montevideo: PLEMUU - PSC; 2002.
 53. **Grosman C.** *Violencia en la familia*. Buenos Aires: Editorial Universidad; 1989.
 54. **Sluzki C.** Violencia familiar y violencia política. Implicaciones terapéuticas de un modelo general. En: *Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad*. Buenos Aires: Paidós; 1998.
 55. **Contreras-Pezzotti LD, Arteaga-Medina JE, Latorre JF.** Association between intimate partner violence and post-traumatic stress disorder: a case-control study. *Rev Colomb Psiquiat* 2010; 39(1):85-92.
 56. **Ortiz-Fernández MD, Muñoz-Cobos F, Martín-Carretero M^a L, Río Ruiz J.** Detección de violencia doméstica en atención primaria: ¿Qué sabemos de las víctimas? *Medicina de Familia* 2004; 5(2):12-20.
 57. **Ramsay J, Richardson J, Carter YH, Davidson LL, Feder G.** Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review. *BMJ* 2002; 325:314.
 58. **García-Moreno.** Resumen del informe del Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica. Organización Mundial de la Salud; 2005.
 59. **Nelson HD, Nygren P, McInerney Y, Klein J.** Screening women and elderly adults for family and intimate partner violence: a review of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Clinical Guidelines. Ann Intern Med* 2004; 140:387-396.
 60. **Commaille J.** Violencia doméstica: la necesidad de una política pública. *Documentation française* 1993: 47-58.
 61. **Fernández AM.** Violencia y conyugalidad: una relación necesaria. En: *Violencia doméstica*. Cuernavaca, Morelos, México: Cidhal; 1998.
 62. **Moreno Martín F.** La violencia en la pareja. Cuestionario breve para detectar situaciones de violencia de género en las consultas clínicas. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 1999; 5:(4-5).
 63. **Berlinerblau V.** El "Backlash" y el abuso sexual infantil. Reacción negativa y violenta contra profesionales que trabajan en el campo de la protección de la infancia. *Querencia, Revista de Investigación Psicoanalítica de la Facultad de Psicología, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay [serie online], 2004. Disponible*

en: <http://www.querencia.psico.edu.uy/> revista (Consulta: mayo 2010).

64. **Elbogen EB, Johnson SC.** The intricate link between violence and mental disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2009; 66(2):152-161.
65. WHO/OMS. Violencia infligida por la pareja y alcohol, 2006. Disponible en: http://www.mex.ops-oms.org/contenido/cd_violencia/violencia.htm (Consulta: mayo 2010).
66. **Perrone R, Nannine M.** Violencia y abusos sexuales en la familia: un abordaje sistémico y comunicacional. 1.º ed. Buenos Aires: Paidós; 1997.
67. **Valle Ferrer D, Albite Vélez L, Rosado López I.** Familia y comunidad: nueva alternativa de vinculación en la política social. En: *Violencia en la familia, una perspectiva crítica*. San Juan, Puerto Rico: Ediciones Familia y Comunidad; 1998.