

Artículo Especial

Violencia basada en el género

Resumen

En este artículo se describe la definición de violencia basada en el género, la distribución mundial y local del problema, así como el impacto físico, psicológico y social de esta condición. Se reproduce un cuestionario para el rastreo de violencia validado en el idioma castellano que se habla en cono sur, se resumen algunos consejos prácticos para el abordaje de la consulta sobre violencia y se discute el rol del equipo de salud, así como la controversia de realizar rastreo de esta problemática.

Mejía R. Artículo Especial: Violencia basada en el género. Evid. actual. práct. ambul. 2005;8:154-156.

INTRODUCCION

La Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1993, define la violencia contra la mujer como "todo acto de violencia basado en el género (VBG) que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la vida privada."

Abarca, sin carácter limitativo: "la violencia física, sexual y psicológica en la familia, incluidos los golpes, el abuso sexual de las niñas en el hogar, la violencia relacionada con la dote, la violación por el marido, la mutilación genital y otras prácticas tradicionales que atentan contra la mujer; la violencia ejercida por personas distintas del marido y la violencia relacionada con la explotación; la violencia física, sexual y psicológica al nivel de la comunidad en general, incluidas las violaciones, los abusos sexuales, el hostigamiento y la intimidación sexual en el trabajo, en instituciones educacionales y en otros ámbitos, el tráfico de mujeres y la prostitución forzada; y la violencia física, sexual y psicológica perpetrada o tolerada por el Estado, dondequiera que ocurra".

EPIDEMIOLOGIA

La forma más común de violencia contra la mujer es la violencia en el hogar o en el ámbito familiar. La mayoría de las lesiones, violaciones o asesinatos que sufren las mujeres son causados por sus parejas actuales o pasadas. La VBG, aunque puede variar en su modalidad, ocurre en todos los niveles socioeconómicos y culturales.

En Estados Unidos, dos a cuatro millones de mujeres son golpeadas anualmente, 1500 mujeres son asesinadas cada año por su pareja actual o pasada y 16% de mujeres adultas reportan una historia de abuso sexual por un integrante de su familia. En Francia, la encuesta nacional sobre violencia hacia las mujeres, da cuenta de que una de cada diez es víctima de violencia conyugal, lo que causa la muerte de seis mujeres por mes y es la principal causa de femicidio. En Europa, una de cada cinco mujeres refiere ser maltratada por su compañero. La Organización Panamericana de Salud (OPS) estima que 20% a 60% de las mujeres que viven en las Américas sufren situaciones de violencia.

En Uruguay, en una encuesta reciente las entrevistadas reportaron: violencia psicológica en el 35,6% de los casos y violencia física o sexual en su hogar en el 10,8%. En la Argentina se estima que 25% de las mujeres sufre regularmente violencia intrafamiliar y que 50% pasará por alguna situación de violencia a lo largo de su vida.

Impacto de la violencia basada en género en la salud

En 1996 la 49ª Asamblea Mundial de la Salud acordó que la violencia es una prioridad de salud pública debido a las graves consecuencias que trae aparejadas en la salud física, mental y reproductiva de las víctimas. La VBG, tanto física como emocional trae consecuencias a corto, mediano y largo plazo en todos los aspectos de la salud de las víctimas.

En el plano psicológico se observan trastornos por estrés agudo, depresión, irritabilidad, trastornos de ansiedad, pérdida de la autoestima, abuso de sustancias tóxicas, trastornos de dolor crónico y disfunción sexual. En esta situación vincular están expuestas

a mantener relaciones sexuales sin la protección adecuada con el consiguiente riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual o embarazos no deseados.

En el área física, además de las lesiones provocadas por los golpes, que incluyen abortos, presentan: cefalea crónica, síntomas abdominales inespecíficos, dolor precordial atípico, contracturas musculares y mareos entre otros.

Por último, entre las consecuencias sociales se destacan el aislamiento, la incapacidad para tomar decisiones, el temor para desenvolverse en el medio social (por ejemplo para obtener o mantener un empleo) la dependencia económica y la inestabilidad familiar.

Las víctimas de violencia doméstica utilizan con mucha más frecuencia los servicios médicos que el resto de la población. Todos los síntomas mencionados previamente son motivos de consulta muy frecuentes en los consultorios de atención primaria y quienes los presentan corren el riesgo de ser sometidos a múltiples estudios y consultas innecesarios e inefectivos. El patrón de consulta médica de estas mujeres se caracteriza por una vaga descripción de los síntomas, demanda de explicaciones médicas para síntomas inespecíficos, múltiples consultas, poca satisfacción con el médico tratante y cambio frecuente de médico de cabecera. Esta conducta, que es consecuencia de la falta de identificación del problema principal por parte del médico, atenta contra el cuidado de la salud de la paciente ya que nadie ocupa el lugar del médico de cabecera que coordina la atención y orienta a la mujer dentro del sistema, generándose además un aumento considerable en los costos de la atención sanitaria.

El rol del sector salud

Ante esta situación, los profesionales de la salud ocupan un lugar estratégico para la detección y la asistencia de las mujeres que sufren VBG. A pesar de ello, es poco frecuente que estos aspectos estén incluidos en la formación médica de pre y posgrado. Estudios locales e internacionales han demostrado las falencias que se observan en la forma en la cual los médicos diagnostican y enfrentan las situaciones. Este desconocimiento en el manejo de situaciones de VBG expone, involuntariamente, a las mujeres que las padecen a un riesgo mayor al que presentaban antes de la consulta.

Debido a las implicancias sociales que presenta esta problemática, para que el profesional de la salud pueda ayudar a las víctimas en forma eficiente debe contar con el apoyo del entorno en el cual se desempeña. Esto implica que todo el personal del centro médico debe estar informado acerca de la problemática de la inequidad de género, de la prevalencia y las consecuencias de la violencia contra la mujer, de los riesgos que corren las mujeres que viven en estas situaciones, de la importancia del respeto y la confidencialidad que se deben guardar respecto de estas situaciones para evitar exponer a las víctimas a mayores riesgos. Específicamente, deben estar capacitados en reconocer las diferentes formas de presentación de las víctimas y cuáles son los pasos a seguir en cada situación. Además, en cada centro debe haber una lista accesible para todos los miembros del equipo, con los teléfonos y direcciones de personas o instituciones que puedan colaborar para asistir a estas pacientes.



Rastreo de la violencia basada en el género

Solo cuando las condiciones institucionales están dadas es posible comenzar un programa de detección y asistencia a víctimas de violencia doméstica.

Hay acuerdo, entre los expertos, en que es el médico de cabecera quién debe indagar sobre situaciones de VBG a todas las mujeres en quienes encuentre algún elemento que sugiera la posibilidad de estar ante una situación de VBG.

Numerosas organizaciones proponen el rastreo sistemático de VBG en todas las consultas médicas para lo cual se han creado

diversos instrumentos que exploran las distintas formas de violencia contra la mujer. La mayoría fueron creados y aplicados, originalmente, en mujeres de habla inglesa por lo cual es dudosa su aplicabilidad en mujeres Latinoamérica.

En el año 2000 la Federación Internacional de Planificación Familiar, Región del Hemisferio Occidental (IPPF-RHO) desarrolló un instrumento breve para la detección sistemática de VBG originalmente en español. Este instrumento mostró alta sensibilidad y especificidad y ha sido validado recientemente una versión en el idioma español que se habla en el cono Sur.

INTRODUCCIÓN

El maltrato y la violencia son situaciones muy comunes en la vida de las mujeres, esto tiene distintas consecuencias. Como algunas de ellas pueden afectar el estado de salud, hemos comenzado a hacer estas preguntas durante la consulta médica general. Responderán a estas preguntas sólo las mujeres que así lo deseen sin que esto altere la relación con su médica o médico. El contenido de las respuestas será absolutamente confidencial y nadie tomará ninguna medida por el mismo.

1) ¿ Su pareja o alguien importante para usted le ha causado daño emocional o psicológico por medio de alguna de las siguientes situaciones en forma repetida? Por ejemplo:

insultos
hacerla sentir avergonzada o humillada
burlas
amenazas
rechazo o desprecio

aislamiento de amigos o parientes
desprecio por las tareas que usted realiza
destrucción de objetos propios
daño a mascotas
otras: cuáles:

SI NO NO DESEA CONTESTAR

¿Quién (quienes) lo hizo?

¿En qué etapas de su vida sucedió? (puede marcar más de una si corresponde)

niñez adolescencia juventud adultez mayor de 65 años embarazo y/o postparto

¿Sucede actualmente? SI NO NO DESEA CONTESTAR

2) ¿Su pareja o alguien importante para usted le ha causado daño físico grave al menos una vez, o le ha hecho agresiones menores en forma reiterada? Por ejemplo:

empujones
zamarreos
pellizcos
tirón de pelo
cachetadas

golpe de puños
mordeduras
palizas
patadas
otra forma: cuál:

quemaduras
ahorcamiento
golpes con objetos
daño con armas

SI NO NO DESEA CONTESTAR

¿Quién (quienes) lo hizo?

¿En qué etapas de su vida sucedió? (puede marcar más de una si corresponde)

niñez adolescencia juventud adultez mayor de 65 años embarazo y/o postparto

¿Sucede actualmente? SI NO NO DESEA CONTESTAR

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

SI NO NO DESEA CONTESTAR

¿Quién (quienes) lo hizo?

4) ¿Alguna vez en su vida ha sido forzada u obligada a tener relaciones o contacto sexual?

SI NO NO DESEA CONTESTAR

¿Quién (quienes) lo hizo?

¿En qué etapas de su vida sucedió? (puede marcar más de una si corresponde)

niñez adolescencia juventud adultez mayor de 65 años embarazo y/o postparto

¿Sucede actualmente? SI NO NO DESEA CONTESTAR

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

SI NO NO SABE NO DESEA CONTESTAR



El debate sobre el rastreo

Sin embargo, no se han publicado investigaciones que demuestren en forma concluyente la utilidad del rastreo sistemático de VBG para disminuir los riesgos de enfermedad o muerte entre las mujeres, debido a esto la USPTFS ha calificado esta recomendación con la letra I (evidencia insuficiente).

Esta recomendación retrotrae al conflicto "Medicina Basada en la Evidencia vs. Humanismo" ya que, debido a las terribles consecuencias que ocasiona, es indudable que la VBG afecta a la salud de las mujeres, por lo que no debería ser necesario esperar la aparición de ensayos controlados -por otra parte de muy difícil diseño y ejecución- para recomendar su búsqueda en forma sistemática.

Es por eso que la mayoría de las organizaciones recomienda la búsqueda sistemática de VBG en todas las mujeres siempre y cuando la institución y los prestadores estén en condiciones de hacerlo.

Consejos prácticos para la consulta

En la consulta en que se va a afrontar el tema de la VBG hay que tener en cuenta algunas premisas fundamentales que son de vital importancia para garantizar la seguridad de la mujer y para evitar el daño adicional o "revictimización". Se describen en el siguiente cuadro 2.

Cuadro 2: premisas fundamentales para garantizar la seguridad de la mujer y para evitar el daño adicional o revictimización.

- La entrevista siempre debe realizarse "a solas". No solo se debe excluir a la pareja sino también a cualquier acompañante, ya que las relaciones intrafamiliares suelen ser muy complejas y puede haber alianzas insospechadas por el médico.
- Se debe comenzar con preguntas abiertas y generales para luego pasar a preguntas directas.
- Hay que garantizar la confidencialidad de la información no sólo con los familiares sino dentro del equipo de salud.
- Hay que respetar la autonomía de la mujer no sólo respecto de lo que quiere contar sino también en las medidas que va a tomar aunque no sean compartidas por el profesional de la salud.
- Es necesario documentar todo en la historia clínica ya que puede ser la única prueba si la víctima decide iniciar acciones legales.
- Se debe realizar una estimación del riesgo de muerte o lesiones a que están expuestas la paciente y sus hijos.
- Se debe ofrecer una lista de recursos y alternativas para que la mujer elija cual es más conveniente de acuerdo a su situación personal.
- El médico debe tener en consideración sus creencias y opiniones personales para evitar que se introduzcan en la consulta y vulneren la autodeterminación de la mujer.

Conclusión

La violencia basada en el género es un grave problema de salud que debe ser abordado en forma integral por todo el equipo de salud. Existe controversia acerca de la conveniencia del rastreo sistemático pero no hay duda que se debe investigar ante la mínima sospecha. El cuidado de las víctimas de VBG debe hacerse en forma multidisciplinaria y siguiendo con pautas claramente establecidas. Solo así se podrá poner fin una de las violaciones más importantes a los derechos humanos.

Raúl Mejía [Hospital de Clínicas José de San Martín.]

Bibliografía recomendada

- Bott S, Guedes A, Claramunt C, Guezmes A (en prensa) Improving the health Declaration sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Nueva York, Naciones Unidas, 23 de febrero de 1994 (Resolución No. A/RES/48/104).
- Drug E, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A, Lozano R. World report on violence and health. Geneva, World Health Organization, 2002
- Liebschutz J, Frayne S, Saxe G. (eds.) Violence against women. American College of Physicians (ACP), Philadelphia, 2003.
- Majdalani MP, Alemán M, Fayanas R, Guedes A, Mejía R. Validación de un cuestionario breve para detectar situaciones de violencia basada en género en las consultas clínicas. Rev Panam Salud Pública 2005;17(2):79-83
- managers in developing countries. New York, IPPF/WHO. [Estará disponible en inglés y español a fines de 2004 en: www.ippfwhr.org.]
- Mejía R., Alemán M, Fernández A, Perez Stable EJ. Conocimiento y detección de violencia doméstica por los médicos clínicos. Medicina (Buenos Aires) 2000;60:591-94.
- Mejía R., Alemán M. Violencia doméstica: Rol del médico clínico. Medicina (Buenos Aires) 1999; 5: 487-490
- Organización Panamericana de la Salud (1998). Violencia contra la mujer: un tema de salud prioritario. Washington, D.C.: OPS.
- Recommendation Statement. Ann Intern Med. 2004;140:382-386.
- sector response to gender-based violence: a resource manual for health care
- Taft A, Broom D, Legge D. General practitioner management of intimate partner abuse and the whole family: qualitative study. BMJ 2004;328:618-21
- U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Family and Intimate Partner Violence:

