

**ASOCIACION ARGENTINA DE PREVENCION DE LA VIOLENCIA FAMILIAR**

**CARTILLA PARA TRABAJADORES DE LA SALUD**

**ASESORAMIENTO Y RECURSOS PARA LA INTERVENCION  
DE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD EN SITUACIONES DE  
VIOLENCIA FAMILIAR**

**LIC. GRACIELA B. FERREIRA**

**CON EL APOYO DE  
SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL  
PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO DE LA SOCIEDAD CIVIL  
PROYECTO PADRES Y MADRES CUIDADORES**

---

**PRESENTACION:**

Los y las representantes de las diversas disciplinas del cuidado de la salud, tienen una importante función que cumplir en la tarea de detección, consejo y derivación o asistencia en casos de Violencia Familiar.

Aquellos que atienden personas que consultan por su salud han de tener una capacitación básica y realista de lo que significa un cuadro de Violencia Familiar, para poder orientar eficazmente a quienes pueden estar en peligro de muerte y que ya han sufrido graves daños, dado que las víctimas tardan bastante en relatar a alguien lo que sucede en sus hogares.

La autoridad profesional y el rol de dedicación y servicio miembros de la comunidad, son factores decisivos para ejercer una influencia constructiva en personas que se encuentran en una situación de riesgo.

Sea cual fuere su profesión y especialidad, Ud. no está exento/a de que alguien acuda a consultarlo, solicitando su auxilio por motivos o síntomas que pueden estar señalando la presencia de una víctima de violencia. Por lo tanto es necesario que conozca algunas nociones básicas de la atención en crisis, qué se puede decir y hacer, los recursos disponibles, etc. Pero sobre todo tomar conciencia de que, a veces, será la única persona que tiene la oportunidad de poder oír una historia de dolor frente a la cual se requiere actuar sin demora para proteger la salud y la vida. Esto siempre y cuando detecte el problema, ya que por lo general, las personas no relacionan la perturbación de la salud como consecuencia del maltrato que recibieron y/o reciben. Pueden negar su situación por vergüenza, por temor, o tal vez no registran qué les está sucediendo, ya que suele pensarse que si no hay violencia física no hay perjuicio. Es Ud. quien debe tener claras algunas cuestiones para poder informar, aclarar y realizar un intervención preventiva.

Desde la Asociación Argentina de Prevención de la Violencia Familiar, con el auspicio y el financiamiento de la Secretaría de Desarrollo Social, ofrecemos estas cartillas como un recurso más para sensibilizar, concientizar y dotar de elementos a quienes por su rol tienen una responsabilidad frente a sus consultantes: la de poder dar una respuesta adecuada frente a situaciones críticas. Lo hacemos con la confianza de que llegarán a manos de quienes han elegido asistir y preservar la mejor calidad de vida para sus atendidos, pero en especial para quienes sufren maltrato y abuso, contribuyendo a devolverles su dignidad de personas humanas y

el ejercicio de sus derechos, a aquellas y aquellos que, más allá del impacto en su salud, sufren injusticias inmerecidas ya que ningún ser humano merece ser maltratado.

**Lic. Graciela B. Ferreira**

Co Fundadora. ASOCIACION ARGENTINA DE PREVENCION DE LA VIOLENCIA FAMILIAR  
Profesora Titular. POSGRADO DE ESPECIALIZACION EN VIOLENCIA FAMILIAR. UBA.

\*\*\*\*\*

#### **Introducción:**

La Violencia Familiar es un problema social que debe ser reconocido masivamente por toda la población, para dar la debida importancia a una cuestión que se ha mantenido oculta a lo largo de los tiempos. Entre toda/os estamos construyendo la historia de la sensibilización y concientización acerca de la extensión, la gravedad y los costos que los malos tratos dentro de la familia ocasionan a toda la sociedad y sus instituciones. Existen alternativas para los comportamientos destructivos. Todos y todas estamos obligados a favorecer la difusión de este concepto para disminuir la naturalización de la conducta violenta. Cualquier ciudadano/a puede dar un ejemplo y un mensaje positivo a las víctimas que han padecido o padecen maltrato, desaprobando activamente y con firmeza a quienes maltratan, actuando como freno social de las personas abusivas.

Afecta a un alto porcentaje de familias de cualquier comunidad, en todos los niveles económicos y culturales. Se trata de relaciones que implican un abuso de poder de parte de quien ejerce maltrato. Estos abusos pueden ser emocionales, físicos, sexuales, financieros y/o socioambientales. La persona abusiva desarrolla su comportamiento en privado, mostrando hacia el exterior una fachada respetable, insospechable, educada. La conducta violenta es compatible con cualquier aspecto, capacidad, inteligencia, actividad, profesión, etc. Inclusive en aquellos cuyo desempeño familiar, institucional o comunitario sea aparentemente insospechable. Por eso hay que prestar atención a las víctimas, controlando la sensación de incredulidad y rechazo, pues muchas veces aparecen describiendo una imagen de alguien que jamás imaginaríamos cometiendo los abusos que se detallan.

La mayoría de las víctimas presentan un deterioro emocional que suele causar rechazo en quien las oye.

Las investigaciones en todas partes del mundo demuestran que las mujeres, las niñas y los niños, constituyen la mayor población en riesgo de sufrir malos tratos. También son los grupos que con más frecuencia concurren a los hospitales y clínicas, por lo tanto son una fuente de detección y orientación muy importantes para la prevención y el rescate de personas afectadas por la Violencia Familiar.

El maltrato a ancianas/os y a discapacitadas/os es un dato a evaluar cuando se realiza un control de su salud.

<b>¿COMO ES POR LO GENERAL UNA FAMILIA EN LA QUE EXISTE VIOLENCIA?</b>
--

Es una familia que tiene una estructura muy rígida, verticalista, autoritaria, que discrimina entre varones y mujeres, con roles estereotipados, intolerante y castigadora, en la que se cree que se debe obedecer ciegamente y en la que se castiga o maltrata creyendo que eso constituye un estímulo para la superación personal. En ella se suele utilizar la crítica, la humillación, el silencio, las prohibiciones no razonables, el control y la vigilancia o el retacear el dinero, como formas de ejercer el dominio desde uno de los miembros sobre el resto de la

familia. Las decisiones son unilaterales, no hay diálogo e impera el temor y la sensación de culpa en quienes reciben el maltrato.

A veces las personas involucradas no se reconocen como inmersas en un cuadro de Violencia Familiar, pues muchas de sus características coinciden con el perfil tradicional de las antiguas familias en las que un varón ejercía un poder absoluto sobre su familia. Ahora vemos esta situación como una de las formas en que se naturalizó la violencia y quedó oculta dentro de la organización y contexto social en el curso de la historia.

No hace falta que haya golpes físicos para que se consideren cuadros muy graves que afectan las defensas psicofísicas, producen enfermedades, depresión y deseos de morirse en las víctimas. El maltrato crónico disminuye la expectativa de vida de las personas. Por eso hay que ponerle un límite a tiempo.

#### LA VIOLENCIA ES UN PROBLEMA DE SALUD PUBLICA Y DE SALUD PERSONAL

A las víctimas les cuesta mucho relatar lo que les sucede pues tienen miedo, vergüenza y, por lo general, tienden a echarse la culpa de lo que pasa.

Cuando alguien en lugar de escuchar y orientar a una víctima, la critica, la responsabiliza o le reprocha “que algo habrá hecho”, está ejerciendo maltrato y es una segunda victimización que agrega más daño. Si no se está en condiciones de soportar esta dura tarea emocional, hay que conducirla a una consulta con otra persona que pueda abordar la cuestión sin culpabilizar, atendiendo el foco de la urgencia.

Una víctima necesita tiempo, paciencia, desahogo, solidaridad, protección, recursos, revalorización como persona, información sobre sus derechos, expectativas realistas, estrategias de resolución, instrucciones en un lenguaje claro y directo, ponerse en contacto con personas que desapruében la violencia.

Los cuadros principales de la Violencia Familiar son el Maltrato Infantil, la Violencia Conyugal, el Maltrato a Ancianas/os y el Maltrato a Discapacitados/as. Los dos primeros son los más investigados y conocidos, también los que afectan al mayor número de personas.

#### PRINCIPIOS BASICOS PARA TENER EN CUENTA:

- Ningún ser humano merece ser maltratado ni golpeado
- La violencia es incompatible con la dinámica familiar
- Nadie debe vivir con miedo, lastimado, insultado o amenazado en su propia familia
- La conducta violenta es una modalidad de comportamiento inaceptable y constituye un delito
- Quien maltrata es responsable de su proceder
- Ningún argumento o razonamiento justifica el uso de la violencia
- La conducta violenta puede dominarse con orientación y aprendizaje, revisando las heridas ocultas de la propia infancia, los modelos incorporados de resolución de conflictos, las identificaciones con personas violentas de la familia de origen, las motivaciones que se tienen para lastimar a quienes están cerca, cambiando los hábitos de comunicación y las creencias negativas sobre la propia persona y los demás

- Todos/as tenemos derecho a enojarnos y expresar la emoción del enojo sin causar daño; no tenemos derecho a llevar ese enojo a la acción porque el acto violento es una conducta destructiva y un falso desahogo de la ira
- Una persona que es maltratada no tiene derecho a maltratar a otros (Por ej.: la violencia que se reproduce en cascada según una jerarquía de poder; el marido golpea a la esposa, la mujer golpea a los/as hijos/as, los/as hermanos/as mayores a los/as menores, etc.)
- La creencia acerca de la “provocación” de la violencia es un mito que sirve para justificarla y tolerarla
- Las intervenciones en Violencia Familiar deben estar realizadas por personas especializadas y entrenadas
- Los varones han de tener cuidado con sus propios estereotipos masculinos cuando orientan a Mujeres Maltratadas
- Las mujeres han de tener cuidado con sus propios estereotipos femeninos cuando orientan a Mujeres Maltratadas
- No se puede ser neutral frente a una conducta violenta, ya que es un delito que atenta contra la salud y los derechos humanos
- Las víctimas han de ser tratadas como personas individuales en riesgo y no como miembros o parte de una familia (una mujer maltratada es ante todo una individualidad y no se la ha de ver o tratar como “esposa” o “madre” pues se tenderá a exigirle paciencia y sacrificio, de acuerdo a los estereotipos femeninos, perdiendo de vista que es su salud y su vida la que está en peligro)
- En el cuadro de Violencia Conyugal el foco de la tarea no es el problema conyugal sino el poner a salvo y proteger a la mujer y a los/as hijos/as
- Las víctimas de Violencia Familiar no son masoquistas ni obtienen satisfacción alguna del hecho de vivir amenazadas y dañadas, quedan atrapadas en un ciclo de violencia, aprenden la impotencia y se identifican con el agresor como defensa cuando creen que su poder es total y que ellas han perdido el control sobre sus vidas
- Transmita con firmeza que no puede permitirse que alguien dañe y humille; enseñe esto a la gente para que comprendan que no es justo ni saludable soportar y someterse a vivir en un riesgo crónico
- Las niñas y niños están diciendo la verdad cuando se animan a hablar de malos tratos y/o abusos sexuales; necesitan ser creídos, aliviados y protegidos
- Las personas que ejercen violencia en su mayoría NO son individuos con alguna patología especial; atribuirles enfermedades es una manera de justificar su conducta y una forma de declararlos inimputables
- La conducta violenta es un problema en sí misma. El alcohol o las drogas no son causa ni la explican aunque agravan el caso. La mayoría de los maltratadores o abusadores no son adictos.
- Toda persona que trabaja o presta servicios en instituciones de la comunidad debe tener conocimientos sobre Violencia Familiar para poder realizar la detección y orientación adecuadas

El que ejerce violencia es alguien peligroso aunque se presente con una actitud seductora y amable. Es capaz de manipular, confundir y desconcertar. No hay que arriesgarse a entrevistas o conversaciones si no se toman precauciones de seguridad pues cuando se encuentran descubiertos pueden decidir terminar con la situación. Las noticias policiales presentan a diario casos de crímenes familiares en

los que el que ejerce violencia mata a la esposa, los/as hijos/as o a terceros y luego se suicida.

#### **MALTRATO INFANTIL. Si Ud. atiende a niña y niños**

Se trata del maltrato o descuido repetido de un niño o una niña por parte de su padre, de su madre, de ambos o de alguien que cumpla un rol de cuidador responsable.

Los/as hijos/as testigos de la violencia desarrollada por otros miembros de la familia sufren el mismo daño y sintomatología que quienes son maltratados/as directamente. Ser testigo es una forma de victimización y una de las categorías posibles del cuadro de Maltrato Infantil.

La negligencia y el descuido significan no darle los cuidados materiales y/o emocionales que requieren las niñas y niños.

La disciplina bien orientada no tiene por qué transformarse en un castigo abusivo. Ningun maltrato físico es aceptable. Las criaturas pueden ser educadas y criadas sin golpes, sin aterrorizarlas, sin dirigirse a ellas con actitudes y palabras humillantes. Los/as niños/as que son tratados/as como si fueran malos/as se convencen de que lo son y terminan haciendo todo lo negativo que se espera de ellos/as. A veces, las criaturas solas y aisladas llaman la atención de esta forma, pues cuando los castigan es el único momento en que alguien se dedica a ellos/as.

Cuando los/as niños/as son maltratados/as tienden a proteger a sus maltratadores por miedo a la represalia pero también para no ser culpables de traerle problemas a su familia. Si llegan a decir algo es frecuente que no relaten lo que sucede en toda su gravedad. Por eso hay que evitar acusarlos de exagerados o decirles que sus padres o madres los aman y hacen lo mejor para ellos. Esto no siempre es verdad; hay padres y madres que tienen graves dificultades para conectarse emocionalmente con sus hijos/as, para cuidarlos y orientarlos adecuadamente en la vida y que pueden descargar sobre ellos/as resentimientos y frustraciones de los cuales los/as niños/as no tienen la culpa.

Los efectos del maltrato pueden ser devastadores. Arruinan la infancia y dejan hipotecado el futuro. En las investigaciones realizadas en distintas partes del mundo, se halló que el 100% de los delincuentes han sido niños maltratados y provienen de familias desintegradas por la violencia. En el pasado de quienes cometen actos antisociales o recurren a las adicciones como el alcohol y las drogas, casi siempre hay una historia de malos tratos y/o abusos sexuales.

#### **INDICADORES DE MALTRATO QUE HAY QUE CONOCER. Si Ud. es médico/a, pediatra, kinesiólogo, psiquiatra, psicólogo/a, psicopedagogo/a, etc**

En niñas y niños:

- actitudes extremas en cuanto a reacciones de actividad o pasividad tanto de movimientos como de expresión de afectos o del dolor, sumisión o rebeldía, complaciente o desafiante
- dificultades para jugar, para relacionarse, para concentrarse
- miedos y desconfianza, sobresaltos y celos
- baja autoestima, no reacciona a los elogios, inhibiciones, busca exageradamente la aprobación y aceptación

- se cree malo/a, aparece siempre como chivo emisario, perdedor/ra, derrotado/a y desanimado/a
- propensión a los accidentes o conductas torpes
- se balancea, se chupa el dedo, no sonrío
- estado de alerta permanente, no hace contacto visual
- problemas en el lenguaje
- insuficientes hábitos de aseo, apariencia descuidada
- vestimenta inadecuada según el clima
- culpa de inmediato a otros cuando pasa algo o carga con culpas ajenas
- parece no aprender y tener bajo nivel intelectual, parece brillante y autoexigente, tiene altibajos de rendimiento
- ignora o no atiende los límites, imprevisible
- controla, manipula o explota a compañeros/as
- poca tolerancia a la frustración
- mentiras, robos y conductas antisociales
- habla o se conduce con excesiva “madurez”, como alguien “adulto en pequeño”
- somnolencia, nerviosismo, irritabilidad, hambre constante
- ausencias reiteradas, llegadas tarde, tendencia a quedarse después que terminan las actividades escolares o recreativas
- está mucho en la calle, deambulando o en casas ajenas
- sin atención médica, odontológica, ocular, auditiva, sin vacunas,
- presenta lastimaduras, infecciones o síntomas sin atender y que perduran o se complican, problemas con la alimentación
- desnutrición, peso insuficiente, retrasos en el desarrollo físico, emocional e intelectual, cansancio, resfríos crónicos, vómitos, trastornos gástricos
- moretones, heridas, mordeduras, quemaduras, dislocaciones fracturas, inflamaciones, conmociones, estado de shock

**SINDROME DE MÜNCHHAUSEN:** los padres suministran medicamentos o tratamientos, alegan síntomas ficticios, exigen intervenciones médicas, inventan una enfermedad infantil, buscan internar al niño o niña, hacen consultas continuas, le hacen aplicar inyecciones o se las aplican ellos, etc.

**SINDROME DE MUERTE SUBITA:** es la primera causa de muerte de lactantes en países desarrollados; en un alto porcentaje de casos encubre maltrato y violencia paterna y se trata de homicidio. (MEADOW. Roy. British Medical Journal. Ene/1999)

<b>OTRA IDENTIFICACION DEL MALTRATO INFANTIL. Si Ud. es ODONTOLOGO/A:</b>
---

- traumatismos en la región orofacial, fracturas de huesos faciales
- boca abandonada
- magulladuras en tejidos blandos que no están sobre prominencias óseas
- lesiones con formas reconocibles (hebillas, cintos, mordeduras)
- lesiones en ambos lados de la cara o boca (el trauma accidental es unilateral)
- lesiones en la mucosa oral y encías. Contusiones, laceraciones.
- lesiones del paladar por abuso sexual
- desplazamiento de dientes, dientes rotos, luxados, viejas fracturas sin tratar
- movilidad y/o pérdida de los dientes
- dificultades para hablar

El maltrato es la falta continua de atención, afecto, cuidado y protección combinados con diferentes formas de castigo y/o humillación. Se indentifica a través de algunos de los indicadores previos y como consecuencia de una situación crónica que no tiene que ver con la inexperiencia o los errores que todo padre o madre pueden cometer, por eso hay que observar su comportamiento en la consulta, sus actitudes con el niño o niña, sus respuestas, sus dificultades, etc.

**RECUERDE:**

- Hay que diferenciar entre una medida disciplinaria y un acto de maltrato o castigo abusivo. Educar es una función amorosa y de cuidado, por lo tanto no debe causar daño. Ninguna forma de maltrato es educativa. Se puede criar y educar sin pegar ni humillar.
- Hay que rever las creencias acerca de los derechos de los padres. Las criaturas no son objetos ni propiedades
- El maltrato tiende a continuar y a intensificarse, por eso es necesario intervenir y no ser condescendiente porque eso ayuda a encubrir el problema
- No hay que minimizar la cuestión ni creer que se está exagerando
- Los padre o madres que maltratan lo niegan, desestiman la gravedad de lo que hacen, se enojan porque alguien “se mete” en sus asuntos, mienten, demuestran falso arrepentimiento, prometen cambiar sin lograr hacerlo, tienden a escaparse o sacar a la criatura del sitio donde se descubrió el problema
- Es inútil pedirles control, consolarlos o darles consejos simplistas, tampoco sermones o reconvenciones o una “nueva oportunidad”, pues nada de esto funciona, el comportamiento no cambia si no es con el tratamiento adecuado
- No se trata de que sean malas personas o haya que ponerse como un juez ante ellas; pero los padres/madres que maltratan necesitan ayuda profesional y especializada en forma urgente

**INCESTO Y ABUSO SEXUAL**

Los ataques incestuosos y/o los abusos sexuales dentro de la familia son sumamente frecuentes. Abarcan una amplia gama de comportamientos dañinos aunque no impliquen contacto físico. Algunos son muy sutiles y dejan una vivencia de invasión de la intimidad y de la seguridad.

En el 95 % de los casos el abusador es varón. En el 85 % de los casos el abusador es un pariente, amigo, conocido, vecino o allegado a la familia. En los casos en que el abusador es pariente, el 50% es el padre biológico, el 23 % el padrastro, el porcentaje restante se reparte entre abuelos, tíos, primos o hermanos mayores, padrinos, etc. Entre las víctimas el 71% son niñas y el 29% varones y las edades en riesgo son entre los 3-4 años y entre 8-12 años. La detección precoz es un importante factor preventivo pues los abusadores suelen dirigirse a varias/os niñas/os simultánea o sucesivamente, dentro y fuera de la familia.

Se trata de:

“Cualquier contacto o interacción (visual, verbal o psicológica) entre un niño o niña (o a 18 años) y un adulto que lo/la usan como objeto de estimulación sexual del propio agresor”.

La interacción sexual ... no implica contacto físico ... ocurre con una sutil invasión que deja a la víctima confundida ... El abuso sexual visual implica que el niño es forzado o invitado a observar actos o imágenes de excitación sexual o es observado... Las interacciones sexuales verbales ... constituyen abuso emocional ...

que viola la identidad sexual. ... se presenta con frases sugerentes y seductoras. ... El abuso sexual psicológico ... involucra una comunicación más sutil (inespecífica: son mensajes que generan un estado anímico) que va borrando la frontera de los roles apropiados entre un niño y un adulto.

El padre que usa a su hija como esposa sustituta o como confidente, ha ligado el corazón de su hija al suyo de manera sutilmente sexual. El hecho de que el abuso sexual sea sutil, no debería impedir que reconozcamos que es tan abusivo y dañino como las demás formas de abuso”.

Dan Allender. Corazón herido. Ed. Betania

“El agresor incestuoso típico puede ser cualquiera. No le caracteriza un denominador o perfil común. ... suelen ser... trabajadores, respetables y religiosos. ... funcionarios, maestros, poderosos industriales, albañiles, médicos, alcohólicos, pastores protestantes.

... La mayoría de los agresores llevan una vida sexual activa en su matrimonio y con frecuencia también tienen relaciones extraconyugales. ... Por más daño que estén haciendo a sus hijos, los padres tienen el monopolio del poder y de la credibilidad.

Susan Forward. Padres que odian. Ed. Grijalbo.

“ ... los hombres implicados en la mayor parte de los acercamientos abusivos obviamente no son perversos. Por lo general son personas trabajadoras, dedicadas por entero a su familia. Incluso pueden tener mejor educación ser más respetuosos de las leyes y más religiosos que la población promedio”.

Roland Summit. El síndrome de acomodación al abuso sexual infantil.

“El adulto abusador perturba la jerarquía de los vínculos e induce a errores de apreciación, discriminación y juicio ... interviene en tres áreas de la víctima: en la identidad, en el cuerpo con el tocamiento, la palabra y la mirada... y el psiquismo.

El tocamiento comprende ... gestos “indescifrables” .. los tocamientos con connotaciones sexuales, enmascarados siempre por la coartada de una amable dedicación. Las palabras acompañan las acciones, a los actos, tanto para distraer como para paralizar e inducir a error. ... A través de la programación (del psiquismo realizada por el abusador) se transmiten comportamientos (a la víctima): erotización del cuerpo, la necesidad de proseguir la relación establecida con el abusador, el secreto, el pacto, ... la aparente complicidad, ... todas las contradicciones y paradojas que se manifiestan a través del comportamiento de la víctima.

El trauma psicoafectivo es más importante cuando es vivido por adolescentes ... sin ninguna conciencia de la falta cometida contra ellas/os”.

Reinaldo Perrone. Violencia y abusos sexuales en la familia. Ed. Paidós

“Todas las formas de abuso incluyen la explotación de un diferencial de poder. No existe otra relación en la que la estructura de poder-dependencia sea tan clara y universal y en la cual la confianza sea parte tan integral de la dependencia... es evidente que el abuso sexual es tan común que para muchas niñas es parte “normal de su crecimiento”.

Las víctimas de abuso sexual pueden sexualizar todas sus relaciones como una tentativa de ganar afecto; en la adolescencia esta actitud puede conducir a un cuadro autodestructivo...

Las hijas “pactan” con la relación incestuosa ... Las niñas pueden sentirse solas y asustadas y reciben de buen grado las insinuaciones del padre como expresión de amor paterno ... el muy necesitado amor paterno ... En general, la revelación se considera como una traición al abusador ... las niñas mayores que tienen

conciencia de las consecuencias de la revelación ... sienten a menudo que tienen que proteger a sus familias”.

Danya Glaser – Stephen Frosh. Abuso sexual de niños. Ed. Paidós

El padre incestuoso no distingue el cariño paterno filial, el rol de padre e hija y la búsqueda de afecto de una niña de lo que es o puede ser el trato con una mujer adulta en el contexto de una relación de atracción sexual. Son hombres que no han evolucionado, desarrollado ni asumido una paternidad adecuada al crecimiento de sus hijas. Confunden los acercamientos afectuosos de la adolescencia con una apelación o estimulación erótica. Y pueden utilizarlos como argumento o excusa para justificar y eludir la responsabilidad por su conducta, acusando a la niña de seductora.

“No le está permitido odiar a su padre ... pero tampoco podrá odiarlo si luego ha de tener miedo a perder su cariño, y no querrá odiarlo porque lo quiere. ... Su tolerancia no tiene límites, es siempre fiel ... perdonarle todo ... no contar nada a nadie.... los sentimientos reprimidos ... deben ser desviados hacia objetos sustitutivos a fin de respetar al padre. Para descubrir la importancia de semejante relación, una persona tendría que ser capaz de comprender los sentimientos que surgen en un niño expuesto cada día a un comportamiento absurdo y angustiante, y al que además se le haya prohibido articular su miedo, su rabia y sus preguntas”.

Alice Miller. Por tu propio bien. Ed. Tusquets

“Los daños que se producen en la autoestima y en la forma de establecer relaciones sociales y sexuales, aumentan la probabilidad de que las personas que han sido víctimas de abusos sexuales en la infancia se conviertan en algún momento de su vida en pacientes psiquiátricas”.

B. Nogueiras y otros. Después del incesto. Ed. Horas.

#### INDICADORES DE ABUSO SEXUAL QUE HAY QUE CONOCER

- pérdida del control de esfínteres
- manifestaciones en público de conductas erotizadas
- exhibicionismo de genitales, manoseos a otros
- trastornos psicósomáticos
- infecciones venereas, dolores localizados crónicos
- hemorragias, lesiones, mordeduras
- anorexia – bulimia
- autoagresiones, accidentes a repetición
- adicciones
- síntomas de apariencia psicopatológica
- miedos y terrores intensos (a la oscuridad, a desconocidos, a conocidos, a quedarse y/o dormir sola/o)
- alteraciones del sueño, pesadillas
- trastornos en el habla, mutismo
- preocupación excesiva por la higiene o arreglo personal
- abandono de hábitos y descuido
- volver a comportamientos de etapas previas
- ausencia y ensimismamiento, aislamiento
- descenso del rendimiento escolar, abandono de los deportes
- pérdida de ilusiones, cinismo, desinterés

- adultización de la comunicación
- conflictos con la autoridad, rebeldías
- baja autoestima y sentimientos de estigmatización
- episodios o ataques semejantes a brotes psicóticos
- sumisión o paciencia extrema
- actitudes seductoras o insinuanes de tipo precoz
- lenguaje sexualizado, información impropia para la edad
- depresión, angustia, intentos de suicidio
- dibujos tenebrosos, remarcados, dramáticos, borroneados, tachados, pueden destrozarlos con furia
- rebelión o enojo hacia la madre
- se esconden durante horas en armarios o rincones

Las características de la niña o niño que sufre abuso combinan la desprotección, la desesperanza, el aislamiento y la culpa. Son criaturas traicionadas, obligadas a llevar una doble vida y que pierden su infancia dejando una gravísima repercusión para el futuro a mediano y largo plazo. El trastorno del abuso, para el que sobrevive sin destruirse, se prolonga para el resto de la vida si no se rompe el secreto y se recibe la ayuda adecuada.

#### **RECUERDE:**

- Las niñas y niños dicen la verdad cuando revelan situaciones de abuso y además lo denuncian con su comportamiento y los síntomas que presentan
- Hay que despejar las falsas creencias en la culpabilidad o fabulación de las víctimas
- Las advertencias a los abusadores no dan resultado. No los confronte pues es riesgoso
- Cuando el abusador es una persona educada, prestigiosa, tal vez un colega, cuesta creer y actuar, sin embargo, el daño se está realizando y no es quien lo detecta el encargado de decidir la responsabilidad del ofensor sino los funcionarios específicos de los sistemas de seguridad y justicia
- No pida a las víctimas que “olviden” o que “perdonen”. Esto no es un objetivo de solución ni una imposición. Será, en todo caso, un resultado natural luego de un proceso de recuperación para sanar las heridas emocionales del abuso
- Una víctima no tiene que aceptar por obligación las disculpas o el arrepentimiento del abusador, en caso de que exista esa ocasión. Para recuperarse necesita vivir una etapa de fantasías de venganza, repulsión, rabia y enojo, de desahogo de su impotencia. Esto no se puede reprimir sino orientar a expresarlo de la manera más constructiva posible, escribiendo, dibujando, dramatizando, gritando, etc. con la adecuada contención y supervisión
- La ruptura del secreto y la denuncia, sea a nivel policial, judicial, familiar, social o comunitaria, son etapas necesarias para la recuperación de la víctima en general. Si es menor de edad la protección judicial es una instancia primordial. Si se trata de una persona mayor podrá decidir qué desea hacer en este sentido y cómo va a encararlo recibiendo la ayuda y el asesoramiento pertinentes

#### **¿COMO SE PUEDEN PREVENIR LOS MALOS TRATOS Y ABUSOS?**

Enseñe a las/os niñas/os:

- que tienen derecho a decir NO

- No los deje en compañía de personas de quienes sospecha
- la diferencia entre secretos buenos (comprar un regalo) y secretos malos (callarse lo que hace un adulto abusador)
- que hay adultos que pueden parecer agradables pero cometen actos inapropiados
- que su cuerpo es privado y que las partes protegidas por el traje de baño son íntimas. Nadie tiene derecho a tocar ni a pedir que lo toquen en esas zonas. Los abusadores familiares aprovechan el momento de la higiene o el baño para encubrir sus acciones
- que siempre cuenten a sus padres o a alguien de confianza lo que les preocupa, les da miedo o los confunde, que no se callen una preocupación, que insistan y si no les creen al principio, que sigan intentando hasta obtener ayuda
- que aunque hay que desconfiar más de la seducción y la manipulación, en caso de que alguien quiera utilizar la fuerza que griten y traten de escapar. Las criaturas pasivas, tímidas y manejables son las víctimas que eligen los abusadores
- que no todos los adultos son malos pero que es importante tener información, poder prevenir y reaccionar a tiempo

Cuando se trata de adultos que han sufrido abusos en la infancia oriéntelos a una consulta profesional específica. Esas historias son secretos que queman por dentro y perturban toda la vida aunque hayan pasado décadas de los sucesos. Muchos cuadros psiquiátricos y síntomas clínicos que sufren personas adultas son efectos, desórdenes postraumáticos, síntomas que siguen reiterándose luego de décadas de ocurrido el abuso.

Tal vez una actividad colateral a las funciones de asistencia médica y psicológica puede ser ofrecer talleres o grupos para debatir y aprender formas diferentes de comunicarse y tratar con los/as hijos/as. Muchas formas de maltrato están determinadas por la ignorancia de las etapas evolutivas infantiles, por la falta de entrenamiento en habilidades de crianza, por los sufrimientos y las malas experiencias en la propia familia de origen.

Por otra parte los tabúes, la ignorancia o los prejuicios sexuales son un obstáculo para hablar claro sobre las cosas graves que pueden afectar a las criaturas. Haga un trabajo de esclarecimiento: lo peligroso no es hablar de que el abuso existe sino de callarse y dejar a las niñas y niños en peligro. El conocimiento sobre estos temas y el transmitir recursos protege en las situaciones de riesgo.

A su vez hacer talleres o grupos para niños, niñas y adolescentes en los que pueden aprender sus derechos, cómo ejercerlos, cómo cuidarse del maltrato y del abuso y qué hacer en caso de estar sufriendolos puede ser una gran aporte de cualquier comunidad hospitalaria a la prevención de la violencia y al rescate de víctimas. Estas son maneras muy efectiva de comprometerse profesionalmente, servir a la gente y contribuir a un mundo más saludable, pacifico y justo.

## INVESTIGACION: EL IMPACTO DE LA VIOLENCIA EN LA SALUD DE LA MUJER

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud y la Oficina Panamericana de Salud (1) la violencia hacia la mujer es un problema social, de derechos humanos y un tema prioritario de Salud Pública debido a que es una causa significativa de morbilidad femenina y del aumento del uso de los servicios de salud debido a

la victimización. Esta, entendida como el proceso de deterioro psicofísico ocasionado por los malos tratos *“incide en la carga global de enfermedad ... y es responsable por uno de cada cinco días de vida saludable perdidos por las mujeres en edad reproductiva ... comparable a otras condiciones de alta prioridad en la agenda mundial.”* (2)

El informe de la OMS cita a Fauveau y Blanchet (1989): *“Las causas subyacentes de muerte violenta entre las mujeres en edad reproductiva, aborto obligado, suicidio, homicidio, son sociales. Muchas de ellas han sido entendidas como una consecuencia del control estricto impuesto por el hombre sobre la vida sexual de la mujer y la reproducción.”* (3)

Las investigaciones desarrolladas en el ámbito internacional, desde las Asociaciones y Colegios Médicos de USA, Canadá, etc. y las llevadas a cabo en instituciones argentinas corroboran la gravedad denunciada. Desde un enfoque epidemiológico, las mujeres constituyen una población en riesgo como receptoras de conductas violentas, de manera prevalente en su ciclo vital de reproducción, recibiendo malos tratos emocionales, físicos, sexuales y financieros.

<p><b>VIOLENCIA CONYUGAL Y VIOLENCIA EN EL NOVIAZGO. Si Ud. es médico/a, psiquiatra, psicólogo/a, asistente social, etc.</b></p>
--

Es muy común que hombres aparentemente insospechables tengan una doble fachada. Las apariencias no deben impedir escuchar y atender las confidencias de quienes sufren. Recuerde:

- muchas mujeres se quedan con el marido violento por temor, por necesidad económica, por carecer de familia, por que el maltratador las ha convencido de que son malas, culpables o que deben obedecerlo; por sus creencias religiosas
- hay mujeres que practican una religión y se sienten responsables de convertir a su marido, de sacrificarse por la familia, de ayudarlo a cambiar, como si todo dependiera de ellas
- si un desconocido tratara a alguien como algunos maridos tratan a sus esposas iría preso o se le haría juicio; el matrimonio no puede funcionar como un espacio de impunidad para quien maltrata o como un contrato de propiedad en el que el marido hace lo que quiere, controla y decide sobre la vida, las acciones y las circunstancias de su esposa
- una mujer tiene derecho a decidir libremente si va a seguir o no con una relación en la que la anulan, la desautorizan frente a sus hijos, la enferman y la pueden lesionar o matar
- la separación o esperar el próximo episodio violento no son las únicas alternativas existentes, los especialistas tienen estrategias y modos de ayudar a resolver estas situaciones poniendo la seguridad de la víctima por delante
- hay que esclarecer la nefasta creencia romántica de que “el amor todo lo puede”; amar, muchas veces, requiere decir NO, tomar distancia, poner límites, no aceptar los comportamientos abusivos. El verdadero amor en un matrimonio trae vida y alegría, no enfermedades, terror, aislamiento, ideas de suicidio
- el amor empieza por la propia persona, única y singular, para desarrollar sus posibilidades y no para ser prisionera ni sometida, degradada o injuriada por nadie

#### **RECUERDE:**

- **LA VIOLENCIA EN TODAS SUS FORMAS ARRUINA LA SALUD FISICA Y PSIQUICA PORQUE SUS EFECTOS SON ACUMULATIVOS.**
- **SI ATIENDE A UNA MUJER CON DEPRESION, ALTERACIONES DE LA ALIMENTACION, JAQUECAS, LESIONES INEXPLICABLES Y/O ANTIGUAS, QUEMADURAS INUSUALES, HEMORRAGIAS GENITALES, DESGARROS, HERIDAS, LACERACIONES, FRACTURAS, LESIONES INTERNAS (ESTALLIDO DE BAZO), DESPRENDIMIENTO DE RETINA, RUPTURA DE TIMPANO, ENFERMEDADES DE LA PIEL, DEL CORAZON, ALERGIAS, DISFUNCIONES GINECOLOGICAS, TRASTORNOS RESPIRATORIOS, GASTROINTESTINALES, CONTRACTURAS Y DOLORS MUSCULARES O ARTICULARES, ESTADOS DE FATIGA, ASTENIA, DESINTERES SEXUAL, LETARGO, ENVEJECIMIENTO PREMATURO, AUTOABANDONO, ATAQUES DE ANSIEDAD O DE LLANTO, ETC. PUEDE SER UNA VICTIMA DE MALTRATO FAMILIAR.**
- \* **SI PRESENTA INFERTILIDAD DE ORIGEN NO ORGANICO, UNA HISTORIA DE CIRUGIAS CRUENTAS, ABORTOS, INTERNACIONES PSIQUIATRICAS, ANOREXIA, BULIMIA, DISFUNCIONES SEXUALES, INTENTOS DE SUICIDIO, CARENCIA DE RECUERDOS Y DATOS DE LA INFANCIA/ADOLESCENCIA, FOBIAS, CLEPTOMANIA, PANICO, PERSONALIDADES MULTIPLES, ETC. PUEDE HABER SIDO VICTIMA DE ABUSO SEXUAL INFANTIL O INCESTO Y NECESITA TRATAMIENTO ESPECIALIZADO EN DESORDENES POSTRAUMATICOS.**
- \* **LOS PSICOFARMACOS, PSICOTROPICOS, TRANQUILIZANTES, ETC. NO ESTÁN INDICADOS PUES ATURDEN; ES CONTRAPRODUCENTE QUE LOS REFLEJOS Y LA ATENCIÓN FALLEN SI TIENE QUE SALVARSE DE UN ATAQUE. NO CONVIENE FOMENTAR LA DEPENDENCIA FARMACOLOGICA QUE IMPIDE REACCIONAR Y ENCAMINARSE HACIA LA ASISTENCIA ESPECIALIZADA.**

<b>LA SALUD MENTAL Y LA VIOLENCIA. Si Ud. es psicólogo/a, psiquiatra, etc</b>
---

**Es necesario alertar acerca de modelos explicativos o terapeuticos que aunque puedan resultar útiles en otras situaciones se tornan ineficaces y riesgosos al aplicarlos en Mujeres Maltratadas y otras víctimas de violencia o abuso produciendo una segunda victimización y/o iatrogenia. Las preguntas para despejar la duda acerca si existen victimas y victimarios o qué hizo una persona para recibir el ataque, hay que reemplazarlas por la averiguación de QUIEN RECIBE EL MAYOR DAÑO Y PRESENTA EL MAYOR DETERIORO A TODO NIVEL.**

#### **CONTRAINDICACIONES:**

- **modelos de intervención que culpabilicen o intimiden a una víctima o la dejen desprotegida o la pongan en el mismo nivel de responsabilidad que el victimario o la acusen de gozar, inducir o buscar el maltrato.**
  - **terapias de pareja o de familia, cuando se necesita una intervención psicoeducativa. Luego de completar programas de recuperación para víctimas y para victimarios, si la violencia ha cesado y la víctima deja de ser tal pues está tomando decisiones en forma independiente, entonces puede llegar a plantearse tratamientos conjuntos.**
  - **métodos que expliquen la violencia desde la psicopatología o sólo desde factores inconscientes o psicodinámicos, sin perspectiva social ni legal.**
  - **ausencia de perspectiva de género en el tratamiento a mujeres y hombres**
- (Commission on Minimun Standards for Batterer's Treatmen. Florida. EEUU. 1994)**

## VIOLENCIA EN EL EMBARAZO. Si Ud. es obstetra, ginecólogo/a, etc

Una de las mayores incidencias del maltrato ocurre durante el período del embarazo, parto y postparto, potenciando el riesgo para madre e hijo/a. (4) Este constituye el foco de este informe originado en el marco de una investigación sobre la población femenina asistida en la ASOCIACION ARGENTINA DE PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA FAMILIAR. (5) Sin embargo, es necesario mencionar las ramificaciones colaterales del tema, por ejemplo, los efectos de los cuadros de violencia en la planificación familiar, el desarrollo infantil, el abuso sexual infantil, el embarazo adolescente y las enfermedades de transmisión sexual. (6)

## FACTORES DE RIESGO PARA LA VIOLENCIA DURANTE EL EMBARAZO

Dado que el cuadro de Violencia Conyugal es tratado en bibliografía específica, vamos a reseñar sólo los aspectos relacionados con este fenómeno que contradice las creencias culturales acerca de que una mujer embarazada recibe respeto por su estado y cuidados especiales para su salud y bienestar.

Algunos de los factores de riesgo para que se produzcan episodios de violencia y ataques físicos durante el embarazo son:

a) La crisis de transformación y transición familiar o de la relación hombre-mujer, que incrementa el stress, debido a que conlleva obligaciones, responsabilidades y gastos extras y/o que ha precipitado la legalización de la unión. (Gelles. 1988; Ferreira. 1997)

b) La frustración sexual al espaciar las relaciones por cuidar un embarazo problemático, por desinformación o por acción de los mitos que versan sobre el temor o las fantasías que despierta en el hombre esa “tercera persona” interpuesta e invisible. (Gelles. 1988)

c) Los cambios en la mujer que en ciertos casos la alejan de la actividad sexual por ensimismarse en su embarazo o por sus malestares: vómitos, mareos, etc. (Gelles. 1988; Ferreira. 1997)

d) El embarazo no deseado por el hombre y que lo lleva a tomar represalias. (Ferreira. 1989,1992,1997)

e) La necesidad de apego infantil insatisfecha en el Hombre Violento, que con el embarazo de su mujer se reactiva. Surge el temor al abandono o desapego que resulta ser el prólogo de la ira o episodio de violencia, como último recurso para lograr la satisfacción de dicha necesidad. La mujer no tiene otra alternativa que prestarle atención aunque sea por terror. (Dutton. 1997; Ferreira. 1997)

f) La dificultad de desarrollar un rol paterno maduro y protector, dado que es habitual que el Hombre Violento haya sido maltratado o testigo de violencia en su infancia. Estas experiencias, sumadas a la educación sexista recibida por los varones -que los acerca a juegos violentos y les hace rechazar los juegos de rol cuidador y cariñoso con muñecos o mascotas- confluyen en la posible aceptación intelectual de la paternidad pero también en el rechazo emocional de la misma, que culmina con el acto violento. (Egeland. 1993; Dutton. 1997. Ferreira. 1992,1997)

g) La posesividad y el control que el Hombre Violento ejerce sobre su mujer sintiéndose su “propietario”, hace que se crea traicionado y la culpabiliza: ella es “culpable” de que ese hijo “interrumpa” la posesión exclusiva de su cuerpo y de su atención. Por lo tanto el abdomen abultado de la mujer se convierte en un blanco de sabotaje a quien se experimenta como un intruso, un tercero inoportuno, percibido más como “hermanito/a” que como hijo/a, con los consiguientes celos y envidias por su ubicación privilegiada. (Gelles. 1975; Dutton. 1997; Ferreira. 1997)

- h) El control del embarazo por profesionales médicos también exacerba sus celos y posesividad, pues no tolera que “toquen” o “vean” el cuerpo de la mujer al cual considera suyo. Es común que trate de impedir la supervisión del embarazo, se pelee o disguste con el médico y tome represalias en la mujer, al “obligarlo” a sentir tal grado de impotencia e inseguridad. Su poder ha sido “desafiado” por la mujer y por el médico a quien ubica en un plano de superioridad o autoridad conflictivas. (Maternidad Sardá. Ferreira.1995)
- i) El rechazo insoportable que le produce la “deformación” del cuerpo de “su” mujer lo lleva a atacar ese vientre prominente que física y psicológicamente se interpone o marca una distancia desde ella, experimentada como “distanciamiento” emocional. (Ferreira. 1997)
- j) La existencia de violencia previa al embarazo es un elemento predictivo de que haya una alta probabilidad de que éste no contribuya a modificar tal patrón de conducta sino a intensificarlo. (Hillard.1983; Bain.1989; Korin,1995; Ferreira. 1997)
- k) El llamado “abuso prenatal” también puede darse por querer provocar un aborto adrede, sobre todo si es un embarazo no buscado y/o no deseado. De esa forma surge una pérdida “accidental”, mejor vista socialmente que un aborto clínico y/o clandestino, que además resulta “caro”. (Gelles. 1988)
- l) El desempleo, la familia numerosa, el hacinamiento habitacional, son otros factores, pero también existen otros en las clases acomodadas: que el embarazo interfiera en algún proyecto de viaje o trabajo; que la mujer no pueda acompañar al hombre en determinadas actividades sociales o deportivas en las cuales necesita su presencia o que actúe como anfitriona; el disgusto o “desprecio estético” por la esbeltez o silueta “perdida”. Son frecuentes los términos hirientes para dirigirse a ella con repugnancia: “vaca preñada, gorda deforme” y que la haga sufrir con alusiones a “buscarse otra” o rechazándola en sus acercamientos sexuales. (Korin. 1995; Ferreira. 1992. 1997)
- m) Las dificultades de movilidad de la mujer para realizar las tareas habituales y que las tenga que asumir el hombre. (Ferreira. 1997)
- n) La mayor vulnerabilidad e indefensión de la mujer sumadas a que está más lenta o torpe, en lo cual se encuentra un “motivo” para “castigarla”. (Gelles. 1988; Ferreira. 1997)
- ñ) Antecedentes de violencia transgeneracional en la familia de ambos. (Korin. 1995)
- o) Algún acto de “desobediencia” de la mujer según las creencias del hombre, por ejemplo, “no haberse cuidado” o desafiarlo con un embarazo que él no deseaba. Algunas mujeres creen en el mito de que el embarazo las va a proteger de la violencia del compañero y éste las va a apoyar y respetar.
- p) La excesiva juventud de la pareja o su inestabilidad como tal. (Boyer, Fine. 1992)
- q) Estilo de vida asocial o poco saludable: delincuencia, adicciones. (Korin. 1995)

## TRAUMAS Y SECUELAS MAS FRECUENTES

La violencia durante el embarazo - aparte de exacerbar las dolencias crónicas como hipertensión, diabetes, asma, etc., tiene estas posibles consecuencias:

### a) PARA EL EMBARAZO

- Aborto \* Pérdidas \* Hemorragias \* Contracciones prematuras \* Ruptura de membranas \* Injuria placentaria \* Injuria al miometrio \* No a término
- \* Parto prematuro

**b) PARA EL FETO Y NEONATO**

- \* Muerte fetal \* Traumatismo fetal \* Hipoplasia pulmonar \* Deformaciones ortopédicas \* Anemia \* Alteración homeostática \* Hemorragia fetal
- \* Ruptura de órganos \* Hipoxia \* traumatismo craneal \* Daño cerebral
- \* Nacimiento prematuro \* Bajo peso al nacer \* Menor talla \* Menor probabilidad de supervivencia durante el primer año de vida

**c) PARA LA MADRE**

- \* Homicidio \* Suicidio \* Desnutrición por abuso financiero \* Traumas físicos variados \* Trauma abdominal \* Rotura de bolsa \* Infección
- \* Desprendimiento de placenta \* Rotura de vísceras (hígado, bazo, utero) Cesarea de urgencia \* shock

Partes de cuerpo atacadas: Cara, cabeza, pechos, nalgas, genitales, extremidades superiores e inferiores

Secuelas del abuso emocional: depresión, stress psicofísico, adicciones, intentos de suicidio, shock postraumático, indefensión, sintomatología pseudopsicopatológica, sintomatología psicósomática.

La mayoría de las investigaciones coinciden en que las Mujeres Maltratadas:

- a) se detectan durante el control de embarazo siendo más frecuentes que los casos de placenta previa, eclampsia y diabetes sumados.
- b) entre un 23 a un 60 % relatan el comienzo o incremento de la violencia durante el embarazo, concentrada sobre todo en el tercer trimestre.
- c) tienden a no concurrir al control prenatal, la mayoría lo inician recién en el tercer trimestre de embarazo. Esto se acentúa cuanto más joven es la mujer.
- d) presentan un riesgo 2 veces mayor de aborto espontáneo.
- e) presentan un riesgo 4 veces mayor de tener un bebé de bajo peso al nacer.
- f) tienden a no hablar o denunciar la situación de maltrato, sobre todo si pertenecen a una clase social de mediano y alto status cultural y económico.
- g) acompañadas por el abusador a la consulta prenatal tienden a no hablar de su situación.
- h) se encuentran en un 35% de embarazadas casadas y en un 65% de embarazadas no casadas.
- i) con un embarazo no planeado tienen un riesgo tres veces mayor de recibir violencia en esta etapa, respecto de las Mujeres Maltratadas que planearon el embarazo.
- j) tienen mayor número de ingresos en guardias hospitalarias durante el embarazo.
- k) recibieron un promedio de 35 ataques antes de hacer la primer denuncia.
- l) en las que confluyen una historia de violencia previa, alto nivel de stress, aislamiento, status social bajo, embarazo no planificado y no deseado tienen mayor riesgo de que culminen como víctimas de un crimen.

En una investigación realizada en Chicago, en los registros de Medicina Forense del Condado de Cook, hallaron -entre enero de 1986 y enero de 1989- un 46% de muertes de mujeres embarazadas, de las cuales el 57% correspondían a homicidio por traumatismos y el 9 % a suicidios. (7)

Un interesante estudio realizado en Santiago, Chile, estableció que las mujeres embarazadas que viven en zonas política y socialmente violentas, tenían un riesgo cinco veces mayor de complicaciones en el embarazo (pre eclampsia, parto prematuro, amenaza de aborto espontáneo, hipertensión)

**Vivir en un barrio violento aumenta los riesgos durante el embarazo, esto permite suponer que vivir en un hogar violento produce similares o más graves consecuencias. (8)**

En nuestra investigación sobre una población de 97 casos y una muestra de 76 mujeres víctimas de abusos, encontramos:

- \* 12 casos : 15.79% de abortos por golpes
- \* 20 casos : 26.32% de complicaciones durante el embarazo
- \* 8 casos : 10.53% de abortos obligados por el hombre
- \* 4 casos : 5.26% de consecuencias post parto (bebés con alteraciones)
- \* 25 casos : 32.89% de violencia emocional sin golpes físicos

En estos cuatro rubros las que los padecieron con mayor agudeza tienen un promedio de 2 a 3 hijos cada una. Las que tuvieron más **abortos obligados** tienen un promedio de 3 a 4 hijos y son las que mayor tiempo de unión tienen: 21 a 25 años (37.50%) En todos estos casos se registra la mayor concentración de violencia física, emocional, sexual y financiera.

Las **complicaciones** más comunes fueron:

- \* Parto prematuro (30.40%) \* Dolores y trastornos crónicos (26.09%)
- \* Parto por cesarea (13.04%) \* Pérdidas y amenaza de aborto (17.40%)

#### **EL ROL DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD - Médicos y Médicas**

Hasta hace muy poco tiempo la mayoría de los/as médicos/as no consideraban la calidad de la vida privada de sus pacientes como un dato relevante para los diagnósticos y tratamientos. Sin proponérselo pasaban a formar parte del problema al no detectarlo y no contribuir a su solución. O a detectarlo y dejarlo pasar sin intervenir, perdiendo la oportunidad de, tal vez, salvar una vida. La sensibilización y concientización impulsadas por la OMS y las Asociaciones Médicas han comenzado a dar resultado. A comienzos de la década del 90 se fijaron pautas para el desempeño profesional en relación a los casos de Violencia Familiar y en especial para los de Mujeres Maltratadas.

En los EEUU. la Asociación Médica Americana comprometió a los/as médicos/as - con independencia de su especialidad- a que se informen y capaciten gratuitamente, con cursos y material que les proveen, para instalar programas de asistencia a Mujeres Maltratadas en sus hospitales y para que indaguen a TODAS sus pacientes si padecen abusos en su hogar. Esta actitud declaran “entra de lleno en los Principios de Etica Médica que la AMA sostiene desde hace 150 años”. (9) Y agregan que ésto es así porque “los médicos están dedicados a proveer cuidados clínicos con compasión y respeto por la dignidad humana.”

Cuando algún médico/a toma iniciativas al respecto en su hospital lo/a premian, dedicándole una página en revistas de circulación nacional e internacional, en la cual lo/a ponen como ejemplo para los/as demás profesionales, incitándolos/as a que se involucren con la epidemia de violencia hacia las mujeres que existe en toda comunidad.

La AMA distribuye carteles para poner en clínicas y hospitales que dicen:

**“ATAQUE A LAS ESPOSAS: LOS MEDICOS NO DEBEN IGNORARLO”  
“CUANDO ALGUIEN QUE USTED QUIERE LA GOLPEA,**

**HABLE CON ALGUIEN EN QUIEN CONFIA”.**

Estas directivas de la AMA tiene implicancias legales pues como dice Alan Meisel, director del Center for Medical Ethics de la Universidad de Pittsburgh, Pennsylvania: “Si el médico no le pregunta a una paciente y luego ella sufre otras lastimaduras o muere, la paciente o su familia pueden hacerle juicio al médico por no haber tomado medidas.”

Ser una Mujer Maltratada es tan común y su efecto tan devastador que la Oficina General de Investigaciones Médicas de USA. recomienda que TODAS las embarazadas sean asesoradas sobre abuso y maltrato durante las visitas prenatales. Y que las embarazadas maltratadas sean clasificadas como EMBARAZO DE ALTO RIESGO” y sometidas a una asistencia prenatal de alto riesgo. De lo contrario el/la profesional podría ser considerado/a “negligente” tal como si no hubiera controlado a una embarazada diabética. Pero indica que las mujeres maltratadas durante el embarazo son mucho más frecuentes que las diabéticas. El proyecto de Prevención de la Violencia Doméstica del University Hospital de Newark, USA. entrena en servicios médicos a víctimas de violencia doméstica, educa a los/as médicos/as para evaluarlas y documentar exhaustivamente la Historia Clínica, pues se la considera un instrumento legal que puede ser requerido por la Justicia. El Dr. Holtz, director de este servicio declara que “Ayudar a una mujer golpeada y a sus hijos derivándola a los servicios asistenciales es parte del trabajo de los/as médicos/as. El objetivo no es hacer una especialidad médica sino educar a la comunidad médica para que den una mejor ayuda a las víctimas y se pueda prevenir para el futuro, necesitando menos intervenciones para víctimas en el campo de la salud.” (10)

Los/as profesionales de la salud tienen un rol de autoridad y confianza, además de estar bien situados para identificar los problemas de maltrato. Dado que las víctimas de maltrato no dan información espontánea sobre lo que le pasa, se han dado consignas específicas para averiguar la situación de una paciente o de una embarazada, luego de crear un clima de apoyo propicio para tratar el tema.

Hemos adaptado las especificaciones dadas por la Asociación Médica Americana junto con los instructivos del New York Medical College aplicados en el Lincoln Hospital. (11)

Esta es la consigna y las cuatro preguntas básicas para médicos/as:

*“ Hoy día sabemos que el maltrato dentro de la familia es muy frecuente, además de los problemas de salud o control de embarazo, preguntamos a todas nuestras pacientes sobre la posibilidad de que sufran algún tipo de violencia o maltrato. Queremos hablar de estos temas con nuestras pacientes para que haya más conciencia del problema. Todo lo que conversemos será estrictamente confidencial. Si alguien la ha maltratado queremos darle la oportunidad de hablar sobre ésto y buscar alguna solución. Le aseguro que de ninguna manera llamaré a la policía ni haré nada en lo que Ud. no esté de acuerdo. Quiero hacerle algunas preguntas:*

*1. Todos tenemos peleas o desacuerdos con las personas, sobre todo con nuestra pareja. Cuando tiene desacuerdos con su compañero ¿alguna vez tiene miedo de lo que él podría hacerle a Ud. o a sus niños?*

*2. En estos momentos ¿está en alguna relación con alguien que la lastima*

*físicamente o que la amenaza?*

**3. Su pareja ¿trata de controlar lo que Ud. hace, a dónde va, cómo gasta su dinero, o sus relaciones con familiares o amigos?**

**4. ¿En alguna ocasión su compañero la obliga a realizar actos sexuales que la hacen sentir mal o incómoda?"**

#### **SINTESIS DE RECONOCIMIENTO Y REGISTRO PARA MEDICOS/AS**

**1. Las víctimas hablarán si se les plantea el tema de manera simple, directa, no enjuiciante, confidencial y sin el compañero presente.**

**2. Dar aliento y apoyo.**

**3. Escuchar sin hacer juicios de valor.**

**4. Dar credibilidad a su testimonio.**

**5. Tranquilizar (Ud. no está sola, no está loca, no merece ese trato, la violencia es un delito, hay ayuda para Ud.)**

**6. Documentar (Historia Clínica, síntomas, dichos literales de la víctima, descripción detallada de lesiones y de ser posible fotos en color, análisis y estudios, resultados, etc.)**

**7. Evaluar el peligro (Indicadores de letalidad: aumento de la frecuencia o gravedad de los ataques, amenazas de muerte, amenazas de daño o daño a los hijos, disponibilidad de armas, intentos de estrangulamiento, sexo forzado, adicciones del compañero, control de actividades, golpes en embarazo, celos exacerbados, ideas e intentos de suicidio de la víctima, violencia del compañero fuera de la casa. A mayor cantidad de respuestas SI mayor peligro actual.)**

**8. Derivación (a asistencia integral especializada poniendo énfasis en el asesoramiento legal y protección)**

**9. Entrega de folletos (si quiere llevarlos, pues puede ser peligroso dado que los Hombres Violentos revisan las pertenencias de la mujer) y guía de recursos inmediatos para pedir auxilio**

**10. Repreguntar y/o dar mayor información y apoyo. Prepararse para posibles frustraciones y no juzgar exitosa la intervención de inmediato pues las víctimas tardan en reaccionar y corren peligro cuando intentan dejar una relación abusiva.**

**Si detectó e intervino, como médico/a ha hecho lo que pudo para ayudarla.**

#### **RECOMENDACIONES**

**La mayoría de las lesiones y homicidios por maltrato son evitables y las víctimas pasaron previamente por algún servicio hospitalario, dado que estas situaciones son crónicas, reiterativas y van dejando un serio impacto en la salud. (12) Por lo tanto, el sector sanitario tiene un gran aporte que cumplir en la detección, prevención y derivación de los casos a los centros especializados.**

**En la actualidad todavía se observa un desfase entre la magnitud y gravedad del problema con la importancia que se le otorga desde el sistema de salud.**

**No se trata de “medicalizar” el tema sino de abrirse a la perspectiva interdisciplinaria requerida por este flagelo social.**

**Estas son algunas ideas para proponer como metas a corto, mediano y largo**

**plazo en el campo sanitario:**

- \* Inclusión de materias sobre Violencia Familiar en la curricula de las carreras del campo de la salud y de los cursos para auxiliares y técnicos.
- \* Información, capacitación y entrenamiento de profesionales y auxiliares en los centros hospitalarios, asociaciones y colegios profesionales.
- \* En estas dos vías formativas resulta prioritaria la revisión de mitos, prejuicios, actitudes autoritarias, abusos de poder, violencia institucional, victimización secundaria iatrogénica hacia las pacientes, etc. para lograr una transformación del perfil profesional y para que “el remedio no se vuelva peor que la enfermedad”.
- \* Creación de Servicios de Asesoramiento y Asistencia para víctimas de Violencia Familiar en los hospitales atendidos por equipos de especialistas acreditados, que estén integrados a una red interinstitucional comunitaria con eje en el tema. Esto facilita una respuesta rápida, preventiva y coordinada. Es imprescindible el registro detallado de cada caso y la posibilidad de seguimiento.
- \* Para no recargar la tarea médica se pueden incluir por lo menos dos especialistas que den apoyo a los servicios hospitalarios, tomando los casos detectados. Se puede comenzar con los de significación estratégica: por ejemplo, Ginecología y Obstetricia, Neonatología y Pediatría, Guardia, Traumatología, Psiquiatría y Psicopatología, Clínica Médica, Servicio Social.
- \* Promover el asesoramiento e intercambio permanente entre los especialistas, los profesionales de los servicios y los auxiliares o técnicos a través de talleres o ateneos para compartir experiencias y ajustar criterios.
- \* Distribución de cartillas y folletos de rápida lectura e información práctica sobre Violencia Familiar y sus diferentes cuadros, factores de riesgo, indicadores para la detección, diagnósticos diferenciales, etc. y una guía de recursos comunitarios sobre Violencia Familiar con direcciones y teléfonos de emergencia y asesoramiento para los profesionales y auxiliares.
- \* Provisión de folletos a pacientes con información, instrucciones y recursos para tomar conciencia y solicitar asistencia.
- \* Difusión de información sobre Violencia Familiar en las carteleras hospitalarias, en las salas de espera y pasillos.
- \* Concientización del personal hospitalario en cuanto a la posible existencia del problema en sus vidas privadas y poder dar y recibir ayuda -sobre todo a las víctimas- , lo cual no significa “meterse o ventilar” su situación a manera de “chisme” sino proporcionar protección y apoyo hacia el interior de la comunidad hospitalaria. (13)

<b>REFERENCIAS</b>
--------------------

1. VIOLENCIA CONTRA LA MUJER. LA CARGA OCULTA SOBRE LA SALUD. OMS. PROGRAMA MUJER, SALUD Y DESARROLLO. OPS. Lori Heise Investigación financiada por el Banco Mundial de Desarrollo. Dpto. de Población, Salud y Nutrición. 1994. P. III
2. IBIDEM. P. III
3. IBIDEM. P. 2
4. IBIDEM. P. 35
5. AAPVF. PROYECTO DE PREVENCION Y ASISTENCIA DE LA VIOLENCIA HACIA LA MUJER. DEPARTAMENTO DE PREVENCION Y ASISTENCIA A MUJERES MALTRATADAS. Investigación desarrollada sobre una muestra de la casuística institucional. Datos obtenidos del capítulo VIOLENCIA EN EL EMBARAZO del Protocolo HISTORIA DE VIOLENCIA, administrado a

las mujeres concurrentes. Período marzo de 1996 - setiembre de 1997. Investigación: Lic. GRACIELA B. FERREIRA. Estadística y gráficos: A.S. PATRICIA PALACIOS. El Protocolo mencionado fue publicado en el INFORME TECNICO Nro. 1. VIOLENCIA FAMILIAR. EDUCACION PARA LA SALUD. Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. Secretaría de Programas de Salud. Diciembre de 1996.

6. En Mujeres Maltratadas se observa que está condicionado el uso de anticonceptivos por el compañero violento, debido a que éste cree que favorece la promiscuidad de la mujer, a que el embarazo es forzado y utilizado para asegurarse de que ella no lo abandone y a que los embarazos pueden ser una prueba de virilidad. El desarrollo de los niños y niñas cuya madre fue maltratada en el embarazo está seriamente comprometido, sobre todo en las mujeres de los países en desarrollo (desnutridas, excedidas de trabajo, con escaso o ningún control pre y pos natal). Las mujeres que sufrieron abuso sexual en la infancia tienen una probabilidad más alta (2,4 veces más) de tener embarazos no deseados en la adolescencia, de unirse a compañeros violentos, de tener mayor proporción de embarazos no deseados y abortos en la adultez. (Dixon-Meller. 1992; Banwell. 1990; Folch Lyon, Macorra y Schearer. 1981; Fort. 1989; Wyatt, Guthrie y Notgrass.1992; Boyer y Fine. 1992). Los Hombres Violentos en su mayoría ejercitan la violación de sus compañeras, un porcentaje de ellos son promiscuos, otro porcentaje son drogadictos, por lo general se niegan o enfurecen si la mujer habla de usar preservativos. Estos factores aumentan la probabilidad de contagio de HIV y ETS. (Beneria y Roldan. 1987; Liskin, 1981; Lundgren et al. 1992; Ferreira. 1989, 1992; Campbell y Alford. 1989; ISIS Internacional.1988). La Asociación Argentina de Infectología informa que se observa que la mayoría de los contagios de SIDA en mujeres se da via marido, novio o compañero. 1997
7. Fildes, Reed y Jones. 1992
8. Zapata et al. 1992
9. Revista Time. American Medical Association. Febrero de 1992
10. DISABUSE. Volume 8 Number 2. Summer 1990. Jersey Battered Women's Service. USA.  
En EEUU. se gastan 2 BILLONES y Medio de dólares del Seguro de Enfermedad y 4 BILLONES y Medio en horas de trabajo perdidas, anualmente. por heridas a causa de la Violencia Doméstica.
11. Richard Gelles, Decano de la Universidad de Rhode Island, estudioso del tema declara que "las investigaciones demuestran que el 90% de las esposas asesinadas habían pedido ayuda y que el mismo porcentaje de niños maltratados muertos habían sido detectados". Violencia Familiar. Intervención de los profesionales de la salud. Revista ROL de Enfermería Nro. 173. 1992
12. En tareas asistenciales y actividades realizadas en hospitales se detectan numerosos casos de Mujeres Maltratadas en médicas, enfermeras y personal femenino. Y un alto numero de víctimas en las esposas de médicos. Las investigaciones realizadas en diversos países y nuestras propias estadísticas indican que la proporción es igual o mayor que en cualquier otro sector profesional o laboral.
13. Daniel Korin. Capacitación de los profesionales de la salud. Organización de equipos interdisciplinarios y atención a víctimas de la Violencia

**Doméstica. Quebrando el silencio. El rol de los profesionales de la salud. Efectos de la Violencia Doméstica en la en la salud de las mujeres. New York Medical College. Noviembre. 1995**

### **UNAS LINEAS SOBRE CONSEJERIA BASICA**

Desde muy antiguo, es tradicional el trabajo de consejería anexo a las funciones médicas, pero en el siglo XX se fue desarrollando como una disciplina que requiere un entrenamiento apropiado y una supervisión. Esta clase de función insume una importante cantidad de tiempo y de energía, porque muchas personas buscan alivio a sus aflicciones confiando en quienes integran el sistema de salud pública.

También porque se puede acudir con mayor facilidad y economía, ya que, por lo general, se recibe a la gente, se la escucha, se la orienta y se la continúa viendo y apoyando.

Se trata por lo tanto de un liderazgo constructivo, que recibe mucha información, proporciona alivio a la ansiedad y un marco de contención que favorece la liberación emocional.

Es una práctica que pone el énfasis en una ATENCION HUMANIZADA hacia alguien que pide ayuda u orientación, respetando sus características personales.

Los objetivos principales son:

- atender con interés y comprensión logrando la comunicación
- observar la comunicación verbal y no verbal (gestos, actitudes, movimientos, posturas, etc.)
- evitar la censura, la actitud punitiva o culpabilizadora
- evitar las respuestas simplistas tanto como los discursos
- orientar la conversación al foco de la cuestión
- dar información y/o explicar sobre la marcha lo necesario según el problema que se plantee
- facilitar la expresión de sentimientos interviniendo, preguntando y/o estimulando el desahogo
- aclarar falsos conceptos y/o prejuicios
- planificar posibles acciones

Los/as consejeros/as se entrenan para ser empáticos, es decir, capaces de ponerse en el lugar de la otra persona, comprendiendo su punto de vista y situación, aceptándola tal como es y como se presenta.

Las habilidades requeridas son: capacidad para el acercamiento, firmeza para aclarar y orientar, franqueza, mente amplia y libre de prejuicios, conocimientos sólidos para responder o para buscar asesoramiento idóneo, creatividad en la búsqueda de soluciones concretas, una posición ética y el compromiso personal de autoevaluarse.

El resultado de una buena orientación consiste en haber dado una respuesta adecuada a quien consulta, logrando su confianza, orientándolo a soluciones o alternativas realistas, facilitándole la toma de decisiones y el acceso a recursos personales, institucionales y/o comunitarios.

## CONSEJERIA EN CASOS DE VIOLENCIA FAMILIAR

Cuando la consejería se ejerce con una víctima de Violencia Familiar, se debe tener en cuenta que siempre hay un riesgo potencial de muerte. Por lo tanto se necesita ante todo tomar los recaudos necesarios para

- Asegurar la supervivencia física. Una víctima necesita ayuda real, concreta y específica para poner freno al daño que recibe
- No minimizar o destimar el riesgo ni el peligro
- Ayudar a expresar los sentimientos de miedo y duda
- Facilitar el análisis de un problema generalmente secreto
- Aclarar el debate, ya que muchas personas preguntan por qué les ha tocado vivir así. No hay que dejar que esto distraiga del foco de la urgencia.
- Adaptar la conducta a las circunstancias, intentando encontrar un equilibrio entre la parálisis y la precipitación
- Romper el aislamiento típico de las víctimas, conectándola inmediatamente con personas y/o redes sociales para neutralizar su soledad y desamparo
- Hablar con sinceridad sobre temas íntimos y delicados
- Establecer las bases para que intervengan los servicios correspondientes de seguridad, salud y justicia

## ¿QUÉ SUCEDE CON EL SECRETO Y LA CONFIDENCIALIDAD?

Es conveniente hacer un exámen de conciencia respecto a que actitud se va a adoptar frente a situaciones que, por lo general, involucran delitos. Es necesario guardar un equilibrio entre la confidencialidad, los procedimientos que haya que encarar y el deber de informar cuando hay peligro para la salud y la vida.

La firmeza de principios respecto de los casos de Violencia Familiar es una de los propósitos a clarificar e incorporar cuando se cumplen funciones profesionales.

## TENER LOS RECURSOS A MANO

Los/as profesionales que trabajen en un ámbito público o privado, es conveniente que posean y compartan bibliografía, folletos y una carpeta o guía de recursos comunitarios sobre distintas cuestiones. También puede resultar muy útil que conozcan personalmente instituciones y profesionales para saber a dónde y a quién derivar o consultar, según el caso.

### Ciudad de Buenos Aires

- Dirección de la Mujer. G.C.B.A. Servicio de Asistencia de Violencia Familiar. Salguero 765. TE: 4 867 - 0163, 4 300 - 7775
- Consejo del Menor y la Familia. Maipú 185. TE: 4 326 - 6575 int. 130/138. TE gratuito: 102
- Fundación Alicia Moreau de Justo. Pasaje del Progreso 948. TE: 4 924 - 2660
- Asociación Argentina de Prevención de la Violencia Familiar. Rivadavia 3192. TE: 4 867 - 2220

### Provincia de Buenos Aires

- Centro Municipal de la Mujer. Vicente López. Acassuso 1752. Olivos. TE: 4 794 - 6604
- Dirección de la Mujer, el Menor y la Familia. Mitre 130. Ramos Mejía. TE: 4 658 - 8613, 4 656 - 9008

## **BIBLIOGRAFIA**

- MANUAL DE CAPACITACIÓN Y RECURSOS PARA LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA FAMILIAR.** Asociación Argentina de Prevención de la Violencia Familiar. Secretaría de Desarrollo Social. 1998
- CORSI, Jorge.** Violencia Familiar. Ed. Paidós. 1994
- DUTTON, Donald.** El golpeador. Ed. Paidós. 1997
- FERREIRA, Graciela B.** La mujer Maltratada. Ed. Sudamericana. 1989
- FERREIRA, Graciela B.** Hombres Violentos – Mujeres Maltratadas. Ed. Sudamericana. 1992
- FORWARD, Susan.** Padres que odian. Ed. Grijalbo. 1990
- GOLANT, Micht.** Yo también me enojo a veces. Ed. Grijalbo. 1989
- GORSKY, Marta.** Papel del Odontólogo en el Maltrato Infantil. Ponencia. 1999
- INTEBI, Irene.** Abuso sexual en las mejores familias. Ed. Granica. 1998
- LENNET, Robin.** Dí que no. Prevención del abuso sexual infantil. Ed. Grijalbo. 1989
- MAHER, Peter.** El abuso contra los niños. La perspectiva de los educadores. Ed. Grijalbo. 1990
- MILLER, Alice.** Por tu propio bien. Ed. Tusquets. 1985
- MARSHALL STROM, KAY.** Ayudando a mujeres en crisis. Asociación Bautista Argentina de Publicaciones. 1991
- MILLER Alice.** Por tu propio bien. Raíces de la violencia en la educación del niño. Ed. Tusquets. 1985

La Asociación Argentina de Prevención de la Violencia Familiar es una organización no gubernamental, sin fines de lucro, fundada en 1990. Está integrada por equipos de profesionales especializados que se preocupan por estimular la sensibilización y la toma de conciencia de la extensión y gravedad de la Violencia Familiar, entendida como un grave problema social de carácter epidémico, en cualquier comunidad. Sus objetivos son contribuir a disminuir la incidencia del maltrato mediante recursos y acciones específicas, informando y capacitando a instituciones, a profesionales y al público mediante cursos, jornadas, conferencias, publicaciones y material de difusión.

La AAPVF, desde 1997, edita la primera revista argentina sobre Violencia Familiar y ha publicado el Manual de Capacitación y Recursos para la Prevención de la Violencia Familiar, con el apoyo de la Secretaría de Desarrollo Social, dentro del proyecto de Capacitación en Violencia Familiar para Madres y Padres Cuidadores. En su sede realiza asistencia a víctimas de Violencia Familiar: Mujeres Maltratadas, Niñas y niños, púberes y adolescentes testigos/víctimas de maltrato y abuso sexual, además de ofrecer un Programa de Recuperación de la Conducta para Hombres Violentos. La AAPVF desea estimular el compromiso activo en el trabajo de vencer los prejuicios, disminuir la violencia y desnaturalizar el maltrato instalado en muchas de las relaciones humanas.

**Pedido de informes y asesoramiento:**

**AAPVF: Rivadavia 3192 Capital \* Tel Fax: 4867 - 2220 \* 14 a 19 hs.**