

# **PROTOCOLO Y GUÍA DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA FAMILIAR Y SEXUAL PARA EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

## PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA FAMILIAR Y SEXUAL PARA EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

El Programa Provincial de Salud para la Prevención de la Violencia Familiar y Sexual y Asistencia a las Víctimas se establece a partir de la Ley de Violencia Familiar de la Pcia. de Bs. As. N° 12.569. La misma, en su artículo n°20, plantea la necesidad de que el Poder Ejecutivo implemente a través de sus organismos las medidas para prevenir y erradicar la violencia familiar.

Este Programa se crea bajo la dirección de la Subsecretaría de Coordinación y Atención de la Salud, en coherencia con la concepción de la violencia como un problema social complejo que atraviesa en sus determinantes y consecuencias a todos los sectores organizados de la sociedad: Salud, Educación, Justicia, Desarrollo Humano, Seguridad. En función de ello, el Programa se vale de un lugar estratégico-transversal para desarrollar su acción de forma intersticial, articulando lazos entre los diferentes espacios dentro de las áreas de influencia del sector: Atención Primaria de la Salud, Subsecretaría de Adicciones y Salud Mental, Dirección de Medicina Asistencial, Dirección de Capacitación de Profesionales, área de Prensa y Difusión de la información; y desde allí, conecta con aquellos otros sectores que conforman la Mesa Interministerial.

El mismo consta de objetivos de capacitación, prevención y atención a las víctimas, y lineamientos programáticos que se desprenden de ellos, configurando los diferentes protocolos de acción frente a los principales problemas en que se presentan las consecuencias de la violencia: Protocolo de acción ante víctimas de violencia, Protocolo de acción ante víctimas de violación, Protocolo de aborto no punible y Protocolo de acción ante el maltrato y abuso infantil, incluyendo en ellos los pasos ineludibles de su asistencia, la forma de su temprana detección e incluso las incumbencias legales y profesionales que dichos abordajes comprenden. Retomando uno de los objetivos fundamentales, la **prevención**, se considera la necesidad de establecer un Protocolo de acción que consolide los elementos y herramientas pertinentes a este componente de la atención. Si bien conservamos el término Protocolo para la acción en el Primer Nivel, acorde con los ya mencionados que forman parte del Programa, debemos aclarar que, también en este caso, se trata de un diagnóstico de la situación del trabajo en Equipo en este nivel y de los lineamientos que proponen direccionar la intervención de los mismos, teniendo en cuenta que las situaciones que emergen en lo cotidiano de su labor son siempre singulares, en condiciones específicas, con personas siempre diferentes y presentaciones diversas.

En este sentido, el **“Protocolo de Prevención y Atención de Víctimas de Violencia Familiar y Sexual para el Primer Nivel de Atención”** responde a los lineamientos generales propuestos por el Programa Provincial, y a los objetivos explícitos de la estrategia de APS: la universalidad, la integralidad y la equidad. A partir de estos ejes, surge la necesidad de reconocer que, en este nivel de atención, los Equipos interdisciplinarios son estratégicos a la hora de

facilitar el acceso a la asistencia de mujeres, hombres, niños/as, adolescentes y ancianos/as que necesitan ayuda.

La estrategia de APS apunta a redefinir la orientación del sistema sanitario desde el objeto enfermedad hacia el objeto salud, proponiendo dar una respuesta integral desde los distintos niveles de atención y anticipándose a la emergencia efectiva de un problema trabajando con la comunidad a nivel de sus determinantes.

La jerarquización de actividades de promoción y prevención desde un enfoque que destaca la participación social y la permanente mejora de la calidad de atención, intenta establecer una coherencia entre lo macro y lo microestratégico.

Algunos modos de gestionar la práctica en los microespacios cotidianos pueden resultar inadecuados para atender las verdaderas necesidades y problemas de las personas y las familias.

En este sentido, el Programa procura ampliar la visión sobre la problemática salud-enfermedad-atención, hacia una clínica comprometida con la vida y los derechos ciudadanos.

### **¿Qué es la Violencia Familiar y Sexual?**

La Violencia Familiar y Sexual como fenómeno social comporta 'mitos' y creencias que opacan su origen y dificultan el consenso sobre sus interpretaciones, determinantes y consecuencias, confiriéndole el estatus de problema complejo y pluridimensional.

En este marco, consideramos a la Violencia Familiar como: Todo acto, omisión o abuso que constituya una expresión asimétrica de uso de poder en el seno de las relaciones familiares, generando situaciones que afectan la integridad física, psíquica, moral, y sexual de los sujetos, acotando su libertad y lesionando sus derechos.

La Violencia Sexual, en tanto producto social y cultural, ejercida en mayor medida por los hombres hacia las mujeres, es concebida como un atentado directo contra la integridad física y psíquica de la persona, que malogra su condición ciudadana y la igualdad de oportunidades para ejercer los derechos y participar en la vida pública.

### **La Violencia es un Problema de Salud**

Tratada generalmente en forma exclusiva en el ámbito del derecho penal y de la seguridad pública hasta no hace mucho, los trabajadores de la salud, fundamentalmente los médicos, observaban frecuentemente este fenómeno como espectadores, limitándose a reparar los estragos provocados por estos conflictos considerados 'externos' a su competencia profesional y referidos al foro íntimo y privado de las personas. Esta visión ha ido cambiando desde los años '70, a partir de la influencia social creciente de los movimientos feministas que buscan sensibilizar a la sociedad en contra de la opresión y la dominación patriarcales, generando cambios esenciales en el abordaje de la problemática,

convirtiéndola en pública y pasible de intervención. Así, la violencia fundamentada en el género, incluyendo agresiones domésticas, mutilaciones, abuso sexual, psicológico y homicidios pasan a ser parte de la agenda pública de los servicios de salud. Tal conquista política propició la ampliación de la conciencia del valor de la vida y de los derechos de ciudadanía, logrando constituir la en un serio problema para el campo de la Salud Pública. Sus efectos negativos se extienden, no solo a las víctimas, sino también hacia las posibilidades de desarrollo social y económico de las comunidades, especialmente al sector más pobre de las mismas.

Muchas familias, grupos sociales, a veces comunidades enteras, pueden acarrear largas historias de sufrimiento en las cuales la 'normalidad' de sus vidas ha estado marcada por excesos de poder, situaciones de abuso o maltrato intra o inter familiares con las que conviven y padecen injustificadamente a lo largo de varias generaciones. En tales situaciones, los sujetos constituyen su vida diaria tolerando y generando ejercicios de poder que producen malestar a amplios sectores de la comunidad, especialmente a los más vulnerables: mujeres, niño/as, anciano/as, discapacitado/as; negándoles otras posibilidades de vida.

La naturalización que rodea a estas formas de violencia insidiosas, silenciosas, vividas como 'naturales', llevan a estos sujetos a considerarse 'inferiores' o 'incapaces' y a juzgar inútil el esfuerzo de producir algún tipo de cambio para sus vidas o la de sus familias, sucumbiendo muchas veces a un efecto paralizador, de apatía, indiferencia y escepticismo, sin reconocimiento de la fortaleza de los derechos ciudadanos que los asisten, e impidiéndoles, por ende, solicitar ayuda.

## **La Violencia Familiar y Sexual como Problema de Salud Colectiva**

Sin desestimar la asistencia individual que puede ofrecerse, no se trata de reducir la problemática social de la violencia familiar y sexual exclusivamente a la atención de las lesiones y/o las secuelas psicológicas de las víctimas, tratándolas únicamente como asuntos de competencia personal e individual, o como estados mentales, limitaciones o debilidades psíquicas. El proceso de fortalecimiento psicosocial debe tener un alcance mucho mayor.

Uno de los objetivos del trabajo comunitario debe ser develar, atacar y erradicar las naturalizaciones que en la vida cotidiana contribuyen al mantenimiento de situaciones dañinas para las personas y los grupos, centrando la atención en las capacidades, las fuerzas no reconocidas, la potencialidad y la creatividad de los seres humanos y sus organizaciones como una de las vías fundamentales para el desarrollo integral, desestimando todo tipo de prácticas paternalistas y asistencialistas.

La participación de los miembros de una comunidad en función de objetivos forjados a partir de necesidades sentidas y de acuerdo con estrategias colectivamente definidas y fundamentadas en la solidaridad, es un elemento fundamental para el desarrollo de la ciudadanía.

Los gobiernos locales son vitales para la implementación de iniciativas de abordaje de la violencia. Deben jugar un rol articulador de los diferentes actores que participan para impactar positivamente en su prevención: Registro y monitoreo de las ocurrencias; sistematización, ampliación y consolidación de la atención prehospitalaria; capacitación de los recursos humanos acompañada de investigaciones que delimiten y evalúen todas las acciones que deberán llevarse a cabo con el sector de educación, los servicios sociales, la justicia, la seguridad pública, el poder legislativo y los movimientos sociales, para ser eficaces.

## **Pasos conceptuales básicos para el abordaje de situaciones de violencia familiar y sexual en el primer nivel de atención**

### **1er paso : Consolidación de los Equipos de Salud**

Un Equipo interdisciplinario no es un mero encuentro circunstancial o una simple yuxtaposición de diferentes profesionales. El proceso de su constitución transita desde la fragmentación, la jerarquización piramidal y el trabajo individualizado, a la integración, la democratización de las relaciones de trabajo, la integralidad y el cuidado en salud.

Fundamentado en una noción ampliada de salud, entendida en sus diversas dimensiones y condicionantes biológicos, sociales, subjetivos, económicos, históricos y culturales, exige una diversificación y transformación de miradas, prácticas y métodos, así como la inserción de profesionales no habituales en su dominio.

La alegoría que lo representa es la de una *sinfonía* en que el trabajo de cada profesional es orquestado *en concierto*, donde las múltiples prácticas conforman una única obra común: El cuidado de la salud de la comunidad.

A los efectos de darle viabilidad a este objetivo, el Equipo debería estar conformado, como mínimo, por un/a administrativo/a un/a médico/a, un/a psicólogo/a, un/a trabajador/a social, un/a enfermero/a. Esto no implica que no pueda estar compuesto también por otros integrantes, tanto profesionales como no profesionales, en función de las características, los recursos y las necesidades locales particulares.

Para que el trabajo en Equipo funcione como un dispositivo instituyente de prácticas de integración entre la atención básica y la hospitalar, resulta imperativo que el personal de salud asuma un posicionamiento crítico sobre la propia acción, en busca de nuevas formas de producción de cuidado, sin ignorar o negar el protagonismo de la comunidad, entendiendo que la *competencia para cuidar* se genera en territorios de saberes y prácticas que no necesariamente pertenecen a una profesión específica.

## 2º Paso: Prevención y Asistencia

El Primer Nivel de Atención a través de su efector, el Centro de Salud, es uno de los ámbitos propicios para el tratamiento de las situaciones de violencia, pues constituye un espacio próximo y accesible que permite alojar y ofrece la oportunidad de percibir las señales, signos y demandas de aquellas personas que sufren las consecuencias de vivir en estas condiciones.

La **prevención** facilita la **detección temprana** de las situaciones de violencia, lo cual constituye un requisito indispensable para brindar seguridad, asistencia y protección a las víctimas, tornándose a su vez en un paso fundamental para detener el maltrato de diversa índole y el abuso sexual.

La **intervención preventiva** en escenarios violentos implica que el trabajo del Equipo de los Centros de Salud promueva el 'contra-poder' de la comunidad ante estos casos, como producto de la reflexión, la conciencia y la acción del proceso colectivo, el que actuará sancionando y poniendo freno a las situaciones de maltrato intra e interfamiliares, y donde los trabajadores de la salud serán acompañantes 'facilitadores' o 'catalizadores' de este proceso de fortalecimiento comunitario.

A partir de la detección de una situación de violencia en la comunidad, es primordial que el Equipo cuente con las herramientas esenciales para comprender la problemática y realizar el abordaje de dichas situaciones, determinando los pasos a seguir ante una víctima.

Es importante establecer en este nivel, mecanismos de coordinación interinstitucional e intrainstitucional para la referencia y contrarreferencia de los casos.

## 3º Paso: Conformación de Redes

Proponer un abordaje interdisciplinario e intersectorial de la problemática, propiciando la participación de todos los actores en la **conformación de redes** que faciliten la comunicación entre el equipo de salud, la comunidad y los distintos sectores del Estado, implica la puesta en marcha de acciones articuladas y coordinadas a fin de brindar las respuestas más eficaces.

La importancia de constituir una Red Local de Violencia tiene por objetivo central el abordaje conjunto y consensuado para la asistencia y prevención de la violencia familiar en el sistema de Salud, lo que conllevará, a su vez, a facilitar la accesibilidad, a la construcción de capacidades y a la extensión de oportunidades para una participación inclusiva, plural e intercultural de la población en esta temática, y a un involucramiento intersectorial articulado para abordar cada situación en su singularidad, respeto y cuidado.



La potencialidad de configurar redes trasciende la conocida referencia y contra-referencia, pues a partir de la entrada en red, nada de lo que ocurra en un ámbito determinado de la misma puede ser ignorado por otro. El proceso de su constitución, como en el caso de la conformación de Equipos, transita también desde la fragmentación, la jerarquización piramidal y el trabajo individualizado, a la integración, la democratización y la integralidad de todos los vínculos que la configuran. Dicho proceso requiere obviamente tiempo para que cada instancia vaya incorporando a la otra y sea incorporada a su vez. En esta dinámica se van creando lazos de pertenencia que, en la medida en que permiten actuar con mayor celeridad y eficacia, van creando su propia necesidad y legitimidad, de manera que ya no importará cuál ha sido la instancia de abordaje inicial del problema, pues será atendido por igual y con la misma responsabilidad por toda las instituciones de la red.

El proceso de su construcción comienza por el **reconocimiento** que expresa la necesaria aceptación de la existencia del otro y de su heterogeneidad de funcionamiento con respecto a la propia disciplina o institución. A partir de que el otro es reconocido y aceptado como par co-responsable de la atención, empieza a ser incluido en la percepción y a ser **conocido** y entendido en su accionar, lo que conducirá a que pueda establecerse una **colaboración** (*co-laboración*, en el sentido de *trabajar-con*), en un vínculo de apoyo y ayuda recíproca. Cuando esta relación se torna estable, puede hablarse ya de un vínculo de **cooperación** (*co-operar*, que significa operar en forma conjunta), lo que implica un mayor nivel de complejidad, ya que se parte del supuesto de que existe un problema en común y un compartir sistemático de actividades.

Con esta lógica se van creando y restituyendo los lazos sin recurrir exclusivamente a la organización jerárquica. Al tratarse, en una red, de heterogeneidades organizadas, los vínculos se sobreimprimen a la fragmentación del sistema, modificando la demanda de la organización piramidal y generando en las personas, instituciones y organizaciones que la conforman, capacidad instalada para dar respuestas a situaciones y problemas de salud complejos.

## **GUÍA DE PREVENCIÓN Y ASISTENCIA A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA FAMILIAR Y SEXUAL**

### **PARA LOS TRABAJADORES DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

Desde el Programa Provincial de Salud para la Prevención de la Violencia Familiar y Sexual y la Asistencia a las Víctimas se visualizó la necesidad de crear un Protocolo para trabajar en el Primer Nivel de Atención.

Para ello, en conjunto con la Dirección de Atención Primaria de la Salud se decidió confeccionar una Guía para la implementación del mismo.

Esta guía se realizó como un recurso más para sensibilizar y aportar herramientas a los Equipos de Salud que trabajan en el Primer Nivel de Atención y a todas las personas del área local, quienes por su rol tienen la responsabilidad de preservar y mejorar la calidad de vida de la población.

La expectativa de este trabajo es contribuir a proteger los derechos de quienes sufren maltratos y abusos, con la profunda convicción de que la violencia en cualquiera de sus formas no debe tolerarse jamás.

### **¿PORQUÉ HABLAMOS ESPECÍFICAMENTE DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES?**

La Organización Mundial de la Salud define a la violencia como *“El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.”*

Estadísticamente, la población con mayor riesgo de sufrir maltrato y abuso, de acuerdo a lo que demuestran ampliamente las investigaciones a nivel mundial, son las mujeres, niñas y niños.

La Violencia contra la mujer se apoya específicamente en la construcción de pautas sociales de asimetrías de poder profundamente arraigadas en nuestra cultura. La misma se remite a un modo de organización tradicionalmente basado en jerarquías que establecen diferentes subjetividades de superioridad y de inferioridad entre hombres y mujeres, pre-definiendo papeles y lugares de cada uno en la vida cotidiana, configurando así una condición de extrema vulnerabilidad en lo que respecta a la exclusión social, a la segregación de género en el terreno laboral y a la violencia sexual.



Mantenida oculta a lo largo de los tiempos, la Violencia Familiar y Sexual es un complejo problema social que debemos develar, construyendo conciencia acerca de la extensión, la gravedad y los costos que el maltrato ocasiona a toda la sociedad y sus instituciones.

Cualquier ciudadano/a puede desaprobado activamente y con firmeza a quienes maltratan, actuando como freno social de las personas abusivas para disminuir así la naturalización de la conducta violenta.

Por lo tanto, el equipo de salud debe poseer ideas claras sobre estas cuestiones, siendo necesario para ello una capacitación básica de lo que significa una situación de Violencia Familiar y Sexual, la atención en crisis, su prevención, qué se puede decir y hacer frente a la misma, los recursos disponibles, etcétera, para de esta manera, poder informar, aclarar y orientar eficazmente a quienes puedan estar en riesgo de sufrir maltrato o a quienes ya han sufrido graves daños.

En este sentido, se debe tomar conciencia de que, cuando de violencia familiar y sexual se trata, los integrantes del Primer Nivel pueden ser los únicos que tienen la oportunidad de percibir una historia de dolor frente a la cual se requiere actuar sin demora para proteger la salud y la vida.

## EL PROBLEMA EN NÚMEROS

La mayoría de los estudios epidemiológicos citados muestran que:

- En el 75% de los casos de maltrato, la víctima es la mujer. El 25% de las mujeres sufrirá una violación. 1 de cada 6 embarazadas será agredida física o sexualmente durante la gestación.

En América Latina es difícil obtener cifras representativas sobre la dimensión real del fenómeno de la violencia doméstica:

- En Costa Rica, Chile, Colombia y Bolivia mostraron que, entre el 30 y el 70% de las mujeres que vivían en pareja, referían haber sido golpeadas por su compañero. (Raúl Mejía y María Aleman; (1999) – UBA; *Violencia doméstica. Rol del médico clínico.*)
- Con respecto al maltrato infantil, los autores informan que al menos 1 de cada 5 niñas/os es abusada/o sexualmente por un familiar de confianza antes de los 18 años. (Berlinerblau, Virginia; (1998) “Abuso Sexual Infantil”, en Violencia Familiar y Abuso Sexual. Eudeba, Bs. As.)
- En la Reunión Internacional de Modelos de Atención a la Violencia de Género en agosto de 2005, la Organización Mundial de la Salud difunde en su informe que cada 18 segundos 1 mujer es víctima de violencia en el mundo.

En nuestro país:

- Se estima que el 25% de las mujeres sufre regularmente violencia doméstica y el 50% pasará por alguna situación de violencia en algún momento de su vida. (Raúl Mejía y María Aleman; (1999) – UBA; *Violencia doméstica. Rol del médico clínico.*)
- Según estudios del Banco Interamericano de Desarrollo, en 1 de cada 5 parejas argentinas hay violencia.
- El informe de Naciones Unidas de 2008 nos dice que 1 mujer muere cada 3 días por violencia familiar.
- De acuerdo al último Informe de Noviembre 2008 de Amnistía Internacional:
  - Se registra 1 caso de agresión física cada 36 horas.
  - Ocurre 1 ataque sexual por día.
  - Desde el 1° de enero al 15 de noviembre de 2008 han ocurrido 110 femicidios.

En la Provincia de Buenos Aires:

El aumento de las denuncias no necesariamente implica un aumento de la violencia; puede correlacionarse directamente con una mayor visibilización, difusión y comprensión de la importancia de denunciar estos hechos.

- Según datos proporcionados por las Comisarías de la Mujer, Ministerio de Seguridad, en los primeros 10 meses del 2008 se realizaron 52351 denuncias (167,4% más que en el 2006).
- De acuerdo a un Informe Estadístico del Programa de Atención para Víctimas de Violencia –AVM-, dependiente de la Secretaría de Derechos Humanos, durante el período de enero del 2008 a enero del 2009, la cantidad de llamadas recibidas fueron 14882.
- El Centro de Protección de Derechos de la Víctima (CPV), recibió durante el período 1/01/08 al 01/02/09, 198 casos que corresponden a mujeres víctimas de violencia familiar y sexual.

## MARCO LEGAL

- Está regido por la *Ley 12.569 de Protección Contra la Violencia Familiar de la Provincia de Buenos Aires* y su decreto reglamentario 2875. El art. 1º define a la Violencia Familiar “*como toda acción, omisión, abuso que afecte la integridad física, psíquica, moral, sexual y/o la libertad de una persona en el ámbito del grupo familiar AUNQUE NO CONSTITUYA DELITO.*”
- Se entiende por Grupo Familiar no sólo al matrimonio, sino también a las uniones de hecho, incluyendo ascendientes, descendientes, colaterales, consanguíneos, o convivientes o descendientes de alguno de ellos. También la persona que tenga o haya tenido relación de noviazgo o pareja.
- Las personas legitimadas para denunciar judicialmente son las enumeradas anteriormente, más toda persona que haya tomado conocimiento de los hechos de violencia.
- La denuncia puede hacerse en forma verbal o escrita y no necesita abogado para iniciarse; pero una vez iniciada la acción, se provee a la víctima de asistencia jurídica.
- El Art. 4º de la Ley 12.569 establece: “*que cuando las víctimas fueran menores de edad, incapaces o discapacitados que se encuentren en imposibilidad de accionar por sí mismos, estarán obligados a efectuar la denuncia los representantes legales, los obligados por alimentos, el ministerio público, como así también quienes se desempeñen en organismos asistenciales, educativos, de salud, de justicia y en general quienes desde el ámbito público o privado tomen conocimiento de situaciones de violencia familiar o tengan serias sospechas.*”
- Es decir, que los agentes de salud están obligados a efectuar la denuncia bajo pena de incurrir en el DELITO DE ENCUBRIMIENTO, sancionado con 6 meses a 3 años de prisión.
- La denuncia debe ser efectuada dentro de las 72 hs. hábiles de tomar conocimiento del hecho, salvo que estuvieran interviniendo en el caso otros organismos correspondientes a la *Red Provincial para la Prevención y Atención contra la Violencia Familiar* como, por ejemplo, el Ministerio de Desarrollo Humano. En este caso, el plazo podrá extenderse a otras 72 hs. hábiles.

- El Decreto 2875 determina que cuando la denuncia se efectuare en la comisaría deberá ser recepcionada en FORMA OBLIGATORIA constituya o no delito, y reenviada inmediatamente a la autoridad jurisdiccional competente para garantizar la debida protección a la víctima mediante las medidas cautelares pertinentes.

La denuncia puede hacerse ante:

- Comisarías.
- Tribunales de Familia.
- Jueces de Menores.
- Comisarías de la Mujer.
- Juzgados de Primera Instancia Civil y Comercial.
- Juzgados de Paz correspondientes al domicilio de la víctima.

### **El Secreto Profesional:**

El secreto profesional no es absoluto, hay que analizar cual es el bien jurídico prevalente. Debe ponerse en conocimiento al juez aquellos secretos cuya no revelación implica riesgo a terceras personas o al propio, y éste evaluará si el profesional debe difundir o no la información. El Código habla de “Justa Causa” y establece dos presupuestos:

1. Cuando la denuncia resulte obligatoria por determinación legislativa.
2. Cuando sea para evitar un mal mayor.

### **La Historia Clínica**

Es aconsejable que sea firmada por el paciente ya que, de esta manera, adquiere el carácter de declaración jurídica confesional. Además, deben firmar todas las personas que hayan intervenido, pues no reviste el mismo carácter, en lo que a la responsabilidad se refiere, la firma del médico -que es un agente público- que la firma del Jefe del Servicio o el Director del establecimiento -quienes son funcionarios públicos-.

## **CUESTIONES BÁSICAS A CONSIDERAR:**

Es importante que el Equipo reflexione previamente sobre algunas cuestiones fundamentales que generan las situaciones de violencia familiar y sexual para abordar la complejidad que este problema plantea al trabajo interdisciplinario.

Tanto la población como el Equipo de salud están atravesados por dispositivos ideológicos que determinan el comportamiento y los vínculos

familiares y sociales, en forma de “mitos” que naturalizan la conducta violenta en el seno de las comunidades.

Dichos mitos dificultan la visibilidad de este flagelo favoreciendo la persistencia del maltrato y obstaculizando el acceso de las víctimas a la ayuda y a la atención.

Presentamos a continuación algunos de estos prejuicios colectivos:

- *"Siempre se exagera la realidad cuando se habla de violencia contra las mujeres".*
- *"Los casos de violencia ocurren entre marginales y villeros".*
- *"La familia siempre es un lugar de realización afectiva, comprensión, contención y seguridad".*
- *"La violencia dentro de la familia es un asunto privado y no se debe intervenir desde afuera".*
- *"Le pega porque está enfermo ó porque toma mucho".*
- *"Las mujeres no se van de su casa porque les gusta que las maltraten".*
- *"Tanto hemos trabajado con ella y volvió con él, seguramente es porque le gusta que le peguen".*
- *"A una mujer embarazada es más difícil que la maltraten"*
- *"Los niños fantasean las escenas de abuso y las confunden con la realidad".*

Frente a estos prejuicios afirmamos que:

- Ningún ser humano debe ser maltratado ni golpeado.
- La conducta violenta es una modalidad de comportamiento inaceptable.
- Ningún argumento o razonamiento justifica el uso de la violencia.
- La creencia acerca de la “provocación” de la violencia es un mito que sirve para justificarla y tolerarla.
- Golpear es un delito agravado por el vínculo, y sus consecuencias dejan de ser privadas para pasar a ser públicas
- La violencia existe en todas las clases sociales, en todos los niveles económicos y de instrucción, en todas las razas, religiones, edades y ocupaciones. A medida que se asciende en la clase social hay más recursos para mantener oculta la violencia.
- La estructura familiar ha asumido históricamente variadas formas según los cambios de la sociedad y sus modos culturales de interacción, que no siempre ni necesariamente han sido armoniosos y protectores.
- Las niñas y niños necesitan ser escuchados cuando hablan de malos tratos y/o abusos sexuales, y deben ser aliviados y protegidos. Las niñas y los niños que fueron testigos y/o víctimas de violencia sexual pueden relatar claramente los hechos sexuales de los que fueron víctimas.

- Las creencias culturales acerca de que una mujer embarazada recibe respeto por su estado y cuidados especiales para su salud y bienestar, se contraponen con la realidad. Existe evidencia de que esta situación, lejos de mitigar la violencia, la exacerba.
- Las personas que ejercen violencia y las víctimas NO necesariamente son individuos con alguna psicopatología especial. Atribuirles enfermedades o trastornos es una manera de justificar la conducta violenta y una forma de declarar inimputables a los violentos.
- El alcohol o las drogas no son causa ni explican la conducta violenta, aunque pueden agravar el caso o facilitar su aparición debido a su función desinhibitoria.
- Generalmente la persona abusiva ejerce el maltrato en privado, mostrando hacia el exterior una fachada respetable e insospechada, siendo compatible con cualquier aspecto, capacidad, inteligencia, actividad o profesión.
- Recibir pasiva y resignadamente el maltrato no debe confundirse con placer o disfrute. Los verdaderos y principales motivos por los que una mujer no toma fácilmente la decisión de separarse de su agresor suelen ser la dependencia económica, el aislamiento afectivo y social, el estado emocional en que se encuentra (pérdida de la autoestima, depresión, miedo, impotencia, sentimientos de culpa y vergüenza, etc.) y la esperanza de que su pareja cambie.

### **El Ciclo de la Violencia Conyugal** (según Lenore Walter)





Este esquema, que aparece con frecuencia en la bibliografía referente a la temática, puede resultar un elemento de utilidad para el equipo en el abordaje de los casos.

El ciclo se desarrolla en tres fases cuya duración dependerá de la situación de cada pareja, pero debe tenerse en cuenta que el tiempo de interfase se va acortando a medida que se prolonga la relación violenta.

- **FASE 1 Acumulación de tensión:**

Es una fase sin violencia manifiesta en la cual la mujer intenta hacer lo que el hombre desea pero nunca logra conformarlo, ignorando los incidentes menores que se van generando, pensando que si logra satisfacer todas sus exigencias, conseguirá evitar que la tensión siga aumentando hasta llegar a un episodio de golpes.

- **FASE 2 Estallido de violencia:**

La violencia contenida estalla en un episodio de golpes cuya gravedad suele aumentar con el paso del tiempo. De las primeras cachetadas, empujones y pellizcos se va pasando a los golpes de puño, patadas y hasta uso de armas. El hombre golpeador suele reconocer que pierde el control de sus actos, pero culpa a su mujer o bien a factores externos (disputas familiares, problemas laborales y/o económicos, etc.): Nunca reconoce su responsabilidad en el episodio. En esta fase, la mujer golpeada puede sufrir un colapso emocional o heridas que motivarán la consulta, siempre que no se encuentre impedida de realizarla por el mismo agresor.

- **FASE 3: Luna de Miel**

Luego del episodio de violencia física, el hombre suele mostrarse arrepentido, asegurando que nunca volverá a golpearla. A partir de este momento, él actúa cariñosamente aunque desconociendo su responsabilidad (fue “provocado por ella”, “por los parientes”, “por los vecinos”, etc.). La mujer muy vulnerable ante las súplicas de la pareja, acompañadas muchas veces de amenazas de suicidio o de homicidio hacia ella, los niños o a cualquier persona que se atreva a ayudarla, se conmueve y lo perdona...Y el ciclo vuelve a comenzar.

El Equipo de Salud puede utilizar esta herramienta en la atención de las mujeres víctimas reconociendo en qué fase del ciclo se encuentra y a cuál puede pasar, constituyéndose en una valiosa señal de alerta para tener en cuenta a la hora de planificar acciones y realizar intervenciones.

En reuniones periódicas, el Equipo deberá realizar el seguimiento integral de los casos, analizando las características de la situación, detectando qué obstáculos surgieron y efectuando el cálculo de los que puedan surgir.

## **¿CÓMO SE DETECTA UNA SITUACIÓN DE VIOLENCIA FAMILIAR Y/O SEXUAL?**

El Equipo de Salud tiene la posibilidad de visualizar los signos y síntomas de violencia, cualquiera sea su expresión, evaluar el riesgo y actuar para disminuir su impacto.

En general, la verdadera magnitud epidemiológica del problema no se conoce porque las prácticas sanitarias se concentran en el tratamiento de la lesión, sin percibir a veces que ésta es consecuencia de situaciones de violencia. Sin embargo, en el Primer Nivel de Atención se reciben muy frecuentemente consultas de mujeres que sufren violencia, con niños y niñas que son o han sido violados, abusados, víctimas de negligencias, abandonos dentro o fuera del hogar; con ancianos y/o discapacitados golpeados, abandonados, faltos de alimento, cuidados y afecto; es decir, con personas cuyos derechos han sido vulnerados y que llegan al sistema de salud para solicitar algún recurso médico ó social.

Como las víctimas de violencia difícilmente consultan directamente por padecer dicha situación, resulta de vital importancia reflexionar sobre la problemática y en cómo proceder a su detección.

Es esencial, por lo tanto, descubrir el problema cuanto antes ya que, por lo general, las personas no conciben el maltrato que recibieron y/o reciben como una forma de perturbación de su salud. Pueden negar su situación por vergüenza, por temor o, tal vez, no registran siquiera qué les está sucediendo, ya que suele pensarse que si no hay violencia física no hay perjuicio y, mucho menos, considerar su consulta.

Las personas víctimas de maltrato familiar pueden acudir al Centro de Salud presentando:

- Lesiones físicas: Hematomas en lugares visibles o no del cuerpo, heridas, quemaduras, lesiones inexplicables y/o antiguas, desgarros, laceraciones, fracturas, lesiones internas, traumatismos oculares y maxilofaciales, con o sin hemorragias, lesiones en órganos genitales.
- Síntomas de stress post-traumático, stress crónico; depresión; abulia; agitación psico-motriz; diversos trastornos ansiosos, desinterés sexual, desórdenes postraumáticos, alteraciones de la alimentación; anorexia,

bulimia, trastornos del sueño, auto abandono, ataques de llanto, intentos de suicidio, carencia de recuerdos y datos de la infancia/adolescencia, fobias, cleptomanía, ataques de pánico, personalidades múltiples, miedo a atravesar las crisis vitales, etc.

### **Indicadores mínimos de violencia:**

Los Equipos de Salud reciben muy frecuentemente consultas reiteradas de personas, mujeres en su mayoría que, prospectivamente, se diagnostican como alguna forma de violencia, tales como:

- Cefaleas, jaquecas, trastornos gastrointestinales, trastornos nutricionales como la obesidad y la desnutrición, precordialgias, osteocondritis, trastornos respiratorios, contracturas y dolores musculares o articulares, estados de fatiga, astenia, letargo, envejecimiento prematuro, enfermedades de la piel, alergias.
- Hemorragias genitales, disfunciones ginecológicas, sexuales, dificultades para elegir y/o lograr la anticoncepción, infertilidad de origen no orgánico, embarazos múltiples no deseados, abortos espontáneos y provocados, consultas reiteradas por enfermedades de transmisión sexual.
- Toma prolongada de medicamentos psicotrópicos ó automedicación, adicciones a diversas sustancias (alcohol, drogas, etc.), múltiples internaciones, incumplimiento terapéutico, anulación de citas programadas para diversas consultas o controles, etc.
- Aislamiento social, incapacidad para realizar las actividades habituales con autonomía, abulia, diversas inhibiciones, fobias comportamiento evasivo, comportamiento antisocial, abandono del trabajo, falta de cuidados e higiene personal.

### **En el ámbito comunitario:**

El equipo de salud puede detectar situaciones de violencia familiar advirtiendo incoherencias o contradicciones entre lo que se expresa y lo que se observa en el hogar, actitudes de temor en la entrevista domiciliaria, etc.

En las instituciones escolares: Ausentismo reiterado, falta de aseo, trastornos del aprendizaje, indiferencia ante las actividades educativas como ante las recreativas, aislamiento, resolución violenta de los conflictos escolares, etc.

Por otra parte, es necesario escuchar a los promotores de salud, líderes comunitarios, vecinos, diversas organizaciones y referentes barriales, que puedan aportar datos sobre esta problemática.

Es importante que el Equipo pueda reconocer y relacionar los síntomas, lesiones e indicadores percibidos y consultados con una posible situación de maltrato y/o abuso y **no omitir nunca** indagar sobre la existencia de situaciones de violencia detrás de ellos. En caso de observar una lesión, que pudiera ser consecuencia de un acto de violencia, realizar examen físico completo en busca de otras lesiones.

En dicha indagación es fundamental prestar especial atención y otorgar el tiempo necesario, pues frecuentemente las víctimas demoran en relatar lo que sucede en sus hogares.

Es prudente controlar la sensación de incredulidad y rechazo que estos relatos muchas veces provocan, pues habitualmente las víctimas manifiestan sufrir malos tratos y/o abusos por parte de personas de quienes difícilmente podrían esperarse semejantes conductas, presentando la situación con una modalidad tal que puede causar aversión en quien las escucha.

### **EN LA ATENCIÓN ES ESENCIAL TENER EN CUENTA QUE:**

- Siempre debe incorporarse alguna dimensión de la temática de la Violencia Familiar y/o Sexual como problema de salud en todas las consultas, controles de salud y la totalidad de las actividades de promoción y prevención que se realicen.
- Es importante prestar especial cuidado en las consultas, controles y actividades comunitarias a los grupos referidos como de mayor vulnerabilidad: mujeres embarazadas, adolescentes (sobre todo en el noviazgo) discapacitadas/os, ancianas/os y niñas/os.
- Para el abordaje de dichas situaciones **TODO EL PERSONAL** del Centro debe involucrarse en la capacitación, para poder detectar y recibir los casos.
- Los Centros de Salud que posean Servicio de Guardia y Emergencias deben brindar la cobertura de atención necesaria y adecuada en los horarios en los que se suelen producir estas situaciones críticas (por la noche, fines de semana, feriados.)
- Ante la detección de una víctima de violencia, es necesario saber que la ocasión de la consulta puede ser la única oportunidad que tiene el Centro de intervenir. Por ello, quien la reciba, debe valorar la situación familiar, social, los recursos económicos y todos los datos que resulten de utilidad (domicilio, teléfonos de familiares, vecinos, amigos, etc.) a fin de asegurar el posterior seguimiento integral del caso.
- Las víctimas de violencia deben recibir, desde el inicio, una contención adecuada y personalizada, sentir la seguridad de que en el Centro se las escucha, se cree en su relato, se entiende su problema y se busca conjuntamente una solución.

- A su vez, debe brindárseles la posibilidad de tomar conciencia de los riesgos que corren o pueden correr y considerar, junto al equipo, las posibles medidas de protección a adoptar.
- Cuando el Equipo de Salud constate que las víctimas se encuentren en riesgo de vida, o bien cuando existan lesiones graves o gravísimas en víctimas adultas como resultado de violencia física, sexual y/o violación, corresponde efectuar la denuncia obligatoriamente.
- De acuerdo al tipo de violencia sufrida, las condiciones y características de las víctimas y en función de cada situación, se aplicarán los protocolos correspondientes:
  - ✓ Protocolo de detección y asistencia a mujeres víctimas de maltrato.
  - ✓ Protocolo para la detección, intervención y notificación del maltrato infantil.
  - ✓ Protocolo de acción ante víctimas de violación.
  - ✓ Protocolo de aborto no punible.

### Si se presenta una víctima de Violación:

| <b>Flujograma de Atención ante víctimas de Violación</b>   |  |
|--|--|
| <b>Consultas inmediatas (hasta las 72 hs)</b>  | <b>Luego de las 72 hs.</b>   |
| <p><b>Examen Médico:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Identificar lesiones y signos clínicos,</li> <li>✓ Evaluar derivación.</li> </ul> <p><b>Examen Ginecológico exhaustivo.</b></p> <p><b>Laboratorio:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Hemograma, hepatograma</li> <li>✓ Serología Sífilis, HIV, Hepatitis B y C</li> <li>✓ Test de embarazo.</li> </ul> <p><b>Cultivos(posibles ETS):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ vaginal,</li> <li>✓ endocervical,</li> <li>✓ ano-rectal</li> <li>✓ eventualmente faríngeo.</li> </ul> <p><b>Tratamiento:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Lesiones</li> <li>✓ Suero hiperimmune y vacuna antitetánica</li> <li>✓ Vacuna antihepatitis B</li> <li>✓ ETS que puedan ser diagnosticadas</li> <li>✓ Anticoncepción de emergencia</li> <li>✓ Profilaxis post exposición HIV</li> </ul> <p><b>Seguimiento:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Psicoterapéutico</li> <li>✓ Social</li> <li>✓ Médico: - Control de heridas               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tocoginecológico periódico</li> <li>- Infectológico</li> </ul> </li> <li>✓ Laboratorio: Repetición de exudados y sangre para controles:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- A los 7 días Fta Abs. A las 6 semanas VDRL cuantitativa</li> <li>- 6º semana HIV (Elisa). Repetir a los 3 y 6 meses.</li> <li>- A los 3 y 6 meses serología HB y C.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Denuncia:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ En el caso de que la víctima sea mayor de edad y decida realizar la DENUNCIA, podrá ser acompañada a la Comisaría más cercana, donde deberá exigir ser asistida por el médico forense en forma inmediata. También puede dirigirse a las autoridades judiciales: Juzgados Penales o Fiscalías.</li> </ul> | <p><b>Debe brindarse:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Una atención integral:           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Consejería sobre Derechos que asisten a las víctimas.</li> <li>- Controles médicos y de laboratorio.</li> <li>- No es necesario realizar ACO de emergencia y PPE HIV ya que las mismas pierden efectividad transcurrido este lapso.</li> <li>- Seguimiento Psicológico y Social</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Denuncia:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Si la víctima decide realizarla se la acompañará a la Comisaría más cercana, o a las autoridades judiciales.</li> </ul> |



- ✓ Cuando la consulta se realice en forma inmediata (hasta las 72 hs.), se procederá a la aplicación completa del “Protocolo de acción ante víctimas de violación” en los Centros de Salud que posean los recursos humanos y materiales necesarios para cumplimentar el mismo. De lo contrario, las víctimas serán referidas y acompañadas al hospital más cercano – no obstante ello, el Equipo deberá solicitar inmediatamente la provisión de los insumos necesarios a las autoridades sanitarias locales para la atención adecuada de los próximos casos.
- ✓ Es importante aclarar que el plazo legal para realizar la DENUNCIA por violación es de hasta 12 (doce años).

### **Ante casos de Abortos no punibles:**

El Art. 86 del Código Penal en sus incisos 1 y 2, establece que: *“El aborto practicado por un médico diplomado con el consentimiento de la mujer encinta, no es punible:*

1. *Si se ha realizado con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no puede ser evitado por otros medios.*
2. *Si el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota ò demente. En este caso, el consentimiento de su representante legal deberá ser requerido para la práctica abortiva”.*

- Se realizará consejería a las personas que soliciten la interrupción de la gestación en los casos contemplados en el art. 86 inciso 1 y 2 del código penal, efectuando una gestión que garantice la referencia al Hospital con celeridad, donde deberá evaluarse el caso con la mayor rapidez posible.
- En el caso de existir algún obstáculo para resolver la situación con el efector de segundo nivel, el Equipo deberá comunicarse con la autoridad sanitaria local para brindar una respuesta eficaz y segura.

### **Cuando se trate de Maltrato y/o Abuso Infantil:**

La detección de una situación de Maltrato y/o Abuso infantil es un proceso complejo que suscita dudas e interrogantes. Sin embargo, cuanto antes se descubra la situación, mejores serán los resultados de la actuación que posteriormente se realice.

La intervención debe implicar a todo el Centro de Salud, que de forma coordinada e interdisciplinaria, contribuirán a reducir y/o evitar el maltrato a fin de proteger al menor. Intervenir no debe asociarse únicamente con derivación.

Es importante tener en cuenta que estas situaciones o sospechas requieren la ACTUACIÓN INMEDIATA del profesional. La denuncia es obligatoria según la ley (Art. 4º de la Ley 12.569 de Protección Contra la Violencia Familiar de la Provincia de Buenos Aires).

| <b>Flujograma de Detección y Atención</b>   |   |
|---|---|
| <p>Deben registrarse según el protocolo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Las señales psicofísicas de alerta.</li> <li>✓ Las manifestaciones concretas del maltrato infantil y sus indicadores específicos.</li> <li>✓ Los indicios mínimos del maltrato que pueden observarse en las consultas, controles, etc.</li> <li>✓ Debe ponderarse la gravedad teniendo en cuenta:               <ul style="list-style-type: none"> <li>-La cercanía afectiva/familiar/ambiental con el agresor/a.</li> <li>-El tipo de lesiones y secuelas.</li> <li>-Si se trata de un hecho aislado o de una situación repetida.</li> <li>-La vulnerabilidad del menor</li> <li>-La inexistencia de recursos protectores externos.</li> </ul> </li> </ul> | <p>Una vez detectada la situación, el Equipo debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Entrevistar a los padres y/o adultos responsables.</li> <li>✓ Entrevistar al niño/a con la prudencia y cautela adecuadas.</li> <li>✓ Evaluar y registrar antecedentes de la situación socio-familiar-sanitaria.</li> <li>✓ <b>Realizar la DENUNCIA ante el Fiscal de turno.</b> En caso de que no se pueda recurrir a la Fiscalía, podrá realizarse ante otras instancias institucionales: Comisarías, Asesorías de menores, Juzgados de menores.</li> <li>✓ También deberá NOTIFICARSE al Servicio Local o Zonal de Promoción y Protección de Derechos de Niños/as y Adolescentes.</li> <li>✓ En todas las situaciones efectuar el seguimiento integral del caso.</li> </ul> |
| <p><b>En caso de sospechar riesgo para la salud o seguridad básica del niño/a, es necesario evaluar los recursos disponibles para evitar un daño mayor, tomando inmediatamente todas las medidas de protección sanitarias, Sociales y/o legales pertinentes.</b></p>  |   |

### En relación a la intervención del Área de Salud Mental:

- ✓ Los Centros de salud que cuenten con un/a psicólogo/a deben dar prioridad a la intervención de este profesional en la situación, evitando demoras en la atención aún sin turnos programados y sin acudir a listas de espera.
- ✓ Si no fuera posible concretar inmediatamente la intervención psicológica, el Equipo deberá estar preparado para dar la contención y consejería inicial apropiadas.
- ✓ Cuando no se cuente directamente con el especialista en salud mental, deberá realizarse la interconsulta correspondiente al centro asistencial más cercano, ongs, organismos estatales relacionados con la temática de la violencia familiar, etc.

### **En el caso de que se detecte RIESGO DE VIDA:**

Se brindarán las pautas necesarias para que la mujer pueda decidir alejarse del agresor. Si es necesario abandonar el hogar:

- ✓ Es aconsejable que la víctima elija el momento en que la situación hogareña sea lo más tranquila posible y no dar ningún indicio de la intención de huida.
- ✓ Es necesario que el Equipo indague si la víctima cuenta con recursos propios: económicos, familiares, etc., seguros y confiables para protegerse.
- ✓ Es fundamental que el Centro cuente previamente con la información sobre las instituciones adonde la víctima pueda acudir. Advertirle que es mejor no difundir el domicilio en el que se va a alojar para evitar encuentros con el agresor.

Es esencial que el Centro cuente con la información de los recursos locales para que la prevención y la asistencia puedan realizarse de manera rápida y eficaz.

### **RECURSERO LOCAL**

- El Recursero es un listado donde figuran los teléfonos, direcciones y horarios de todas las instituciones estatales, hogares, refugios, ongs, líneas de atención telefónica, etc., orientados a la problemática y pertenecientes a la jurisdicción.
- Es una tarea fundamental del Equipo elaborarlo previamente, informándose y registrando todos los datos posibles a través de comunicaciones y visitas a las instituciones y organizaciones barriales, labor que fortalecerá la inserción del Equipo para trabajar con la comunidad en el inicio de la conformación de REDES.
- Todo el personal del centro debe conocer y tener acceso al mismo durante todo el horario de atención.

## **CONFORMACIÓN DE REDES LOCALES PARA TRABAJAR EN LA ASISTENCIA Y PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA FAMILIAR Y SEXUAL**

Las redes locales consisten en el intercambio y la comunicación fluida entre las instituciones y organizaciones cuyas estructuras incluyen a los miembros de la comunidad o están constituidas por los mismos (establecimientos educativos y recreativos, clubes, grupos de mujeres, comedores comunitarios, guarderías, iglesias, instituciones de fomento, asociaciones civiles, ongs, radios locales, etc.), para actuar en función de problemas y situaciones, con el fin de resolver y prevenir sus consecuencias.

En función de ello, consideramos y proponemos la modalidad de trabajo en red como una herramienta esencial del Primer Nivel de Atención en la que deben participar todos los integrantes del Centro de Salud, para lograr la eficacia en el abordaje de la problemática de la Violencia Familiar y Sexual y, sobre todo, mitigar sus efectos y propender a su eliminación como forma culturalmente tolerada en los vínculos familiares y sociales.

## Bibliografía Consultada

\*Graciela Ferreira: *Hombres Violentos. Mujeres Maltratadas*. Editorial Sudamericana, Bs. As., Argentina, 1992.

\*Graciela Ferreira: *Cartilla para trabajadores de la salud*. Asociación Argentina de Prevención de la Violencia Familiar. Bs. As., Argentina.

\* Maritza Montero: *Teoría y Práctica de la Psicología comunitaria*. Editorial Paidós. México, 2003.

\*Raúl Mejía, María Aleman: *Violencia doméstica. Rol del médico clínico*. Universidad de Buenos Aires. Argentina, 1999.

\*Daniel Maceira (compilador): *Atención Primaria en Salud. Enfoques Interdisciplinarios*. Paidós. Bs.As., Argentina, 2007. Autores Varios.

\**Programa Provincial de Salud para la Prevención de la Violencia Familiar y Sexual y la Asistencia a las Víctimas*. Autores: M.Grau, M.E. Bagnasco, A. Bertolotto, D. Juárez, C. Memo. II Fórum Internacional de Saúde Coletiva, Saúde Mental e Direitos Humanos. Río de Janeiro, Brasil, 2008.

\*Mario Rovere: *Redes en Salud; los Grupos, las Instituciones, la Comunidad*. El Agora, 2ª Edición – Córdoba, Argentina, 2006.

\* *Estrategia de Formación de Recursos Humanos en Salud*. Programa de Residencias Integradas Multidisciplinarias de Berisso RS – XI: M. Gagliardi., D. Juárez, A. Bertolotto, M.E. Bagnasco. La Plata, Bs.As., Argentina, 2005.

\*Alicia Stolkiner: *La Interdisciplina: entre la epistemología y las Prácticas*. Revista el Campo Psi, Argentina, 1999.

\* Elena Tchalidy: *Violencia no es solo el golpe*. Fundación Alicia Moreau de Justo. Bs. As., Argentina, 1990.

\* Elena Tchalidy : *Manual para Profesionales de la Salud*. Fundación Alicia Moreau de Justo. Bs. As., Argentina, 1992.