



International  
Planned  
Parenthood  
Federation

FEDERACION INTERNACIONAL DE  
PLANIFICACION DE LA FAMILIA  
REGION DEL HEMISFERIO OCCIDENTAL

*Estrategias para el tratamiento y la prevención de los*

# efectos de la violencia doméstica en la salud mental

# efectos de la violencia doméstica

IPPF/RHO le agradece a la Asociación Médica Americana (*American Medical Association - AMA*) por concedernos el permiso para traducir este documento *Diagnostic and Treatment Guidelines on Mental Health Effects of Family Violence* (marzo 1992) al español y diseminarlo en América Latina y el Caribe.

La traducción y publicación de este documento al español se posibilitó con el apoyo económico del Programa de la Comisión Europea sobre VIH/SIDA en Países en Desarrollo y la Fundación Bill y Melinda Gates. El contenido de este documento no ha sido aprobado por ninguna de estas organizaciones y no les compromete legalmente en ninguna manera.

Estos lineamientos fueron preparados por: Larry S. Goldman, MD, Chicago; Deborah Horan, Washington, DC; Carole Warshaw, MD, Chicago; Sandra Kaplan, MD, Manhasset, New York y Mary Beth Hendricks-Matthews, PhD, Richmond, VA. (El orden en el que aparecen los autores no refleja el esfuerzo relativo.) Personal de la Asociación Médica Americana (AMA) que colaboró con este manual: Roger Brown, PhD; Elaine Tejcek; Martha Witwer, MPH; Jennifer Burpee, y Jean Owens.

La AMA agradece las revisiones efectuadas por: Terry Stein, MD; James Garbarino, PhD; Judith Herman, MD; Bruce Perry, MD, PhD; Carol Nadelson, MD; Marion Goldstein, MD; Marilyn Benoit, MD; Andrew Weinberg, MD; Susan Schechter, MSW; Rosalie Wolf, PhD; Ronald Chez, MD; Linda Chambliss, MD, y Michael Doyle, MD.

La sección sobre América Latina fue elaborada por Rosamaría Roffiel y Adriana Ortiz-Ortega y revisada por María Cecilia Claramunt y Patricia Vargas Sagot. Se agradece el apoyo de la Maestra Irma Saucedo, Dra. Nohemí Ortega, Dra. Rosi Beléndez, Dra. Guadalupe Mainero y Revista fem., México; María Eugenia Ochoa, El Salvador, Lic. Norma Pereira, Costa Rica y Loryan Calzadilla, Venezuela.

Traducido al español por Claudia-Díaz Olavarrieta, MC; asistencia técnica: Francisco Paz. Subdirección General de Investigación, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía de México. Coordinación editorial: Rosamaría Roffiel, México.

Se agradece también a Doris Bertzeletos por su apoyo en la compilación de los directores de organizaciones en Latinoamérica y el Caribe.

No se pretende que estos lineamientos sean considerados o sirvan como una norma de atención médica. Los estándares respecto a la atención médica son determinados con base en todos los hechos y circunstancias involucrados en casos individuales y están sujetos a cambios, a medida que el conocimiento científico y el avance tecnológico y los patrones de práctica médica evolucionan. Estos lineamientos reflejan el punto de vista de expertos científicos y de reportes en la literatura hasta octubre de 1995.

*Lineamientos para el diagnóstico y tratamiento de los*

# efectos de la violencia doméstica en la salud mental

## ÍNDICE

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Introducción</b>                                | <b>4</b>  |
| <i>Alcances y costos de la violencia doméstica</i> |           |
| <i>El papel del proveedor de salud</i>             |           |
| <b>Aspectos clínicos</b>                           | <b>10</b> |
| <i>Adaptación al estrés</i>                        |           |
| <i>Situaciones específicas/Poblaciones</i>         |           |
| <b>Evaluación y manejo</b>                         | <b>21</b> |
| <i>Valoración</i>                                  |           |
| <i>Tratamiento</i>                                 |           |
| <i>Referencia</i>                                  |           |
| <b>Situación en América Latina</b>                 | <b>30</b> |
| <i>Rasgos generales</i>                            |           |
| <i>Efectos psicológicos en la víctima</i>          |           |
| <i>Recursos</i>                                    |           |
| <i>Algo para reflexionar</i>                       |           |
| <b>Organizaciones No Gubernamentales</b>           | <b>35</b> |
| <b>Lecturas sugeridas</b>                          | <b>48</b> |

## Introducción

Todos los días recibimos abundante información tanto de fuentes científicas como de los medios de comunicación que reportan que la violencia en nuestra sociedad parece estar fuera de control. Ciertamente, la frecuencia y el impacto de la violencia doméstica, o intrafamiliar, son mucho mayores de lo que se apreciaba apenas hace unos años. Esta monografía tiene como finalidad brindar un panorama de las repercusiones que la violencia doméstica tiene en la salud mental de las personas. La violencia doméstica se define aquí como un trato abusivo y dañino entre personas allegadas, sin importar la relación legal o de consanguinidad de los involucrados. Este daño incluye maltrato físico, negligencia o abuso sexual al menor, maltrato a la pareja y maltrato al anciano (abuso, negligencia y explotación). Mientras que antes se consideraba que el problema correspondía al sistema encargado de impartir la justicia, a los servicios sociales o que simplemente era un asunto privado, hoy en día la violencia doméstica se ve como una cuestión importante de salud pública que exige la atención de la comunidad médica.

Los proveedores de salud, especialmente aquellos que se dedican a los servicios de atención primaria se encuentran en una posición clave para tratar el tema de la violencia intrafamiliar. Muchas pacientes reportan que están dispuestas a discutir sus experiencias de violencia familiar con sus proveedores de salud. Aun cuando pueden mostrarse renuentes a iniciar la discusión, por lo general se sienten aliviadas cuando el proveedor de salud trata directamente el tema. Es muy probable que las pacientes discutan cuestiones de violencia doméstica cuando sienten que el proveedor de salud las escucha de manera respetuosa y empática, que mantendrá la confidencialidad y que puede ofrecerle ayuda. Sin embargo, aunque se tengan las mejores intenciones, puede pasar algún tiempo antes de que la paciente sea capaz de discutir acerca de su experiencia de victimización. El proveedor de salud debe estar preparado para preguntar acerca de la violencia en más de una ocasión, a fin de permitir que la paciente esté lo suficientemente lista como para revelar la información.

Existen varios factores que dificultan que los médicos ayuden a las pacientes con problemas asociados a la violencia familiar. Hasta hace poco tiempo, el conocimiento científico en relación a este problema era muy limitado y, por lo tanto, se ofrecía poco entrenamiento en las facultades de medicina. Gran parte del entrenamiento ofrecido en las escuelas de medicina y en los programas de residencia se ha centrado en la evaluación y cuidado de las lesiones más que en aspectos como el reconocimiento y la prevención del maltrato, y las secuelas de éste en cuanto a la salud mental. También ha sido difícil para el proveedor de salud discutir estos problemas debido al poco entrenamiento médico respecto a los componentes psicológicos, conductuales y sociales de las condiciones médicas en general.

Muchos proveedores de salud encuentran doloroso pensar en los horrores que pueden ser perpetrados por aquellos que están viviendo relaciones supuestamente amorosas. En ocasiones, los proveedores de salud se pueden sentir impotentes, ansiosos y/o frustrados cuando manejan estas situaciones. Pueden sentir una tendencia natural a evitar el tema, a distanciarse emocionalmente de estas pacientes o bien a culpar a la víctima. Para algunos proveedores de salud, la violencia doméstica puede resultar una cuestión especialmente difícil porque ellos mismos han sido o están siendo victimizados.

Los lineamientos para el diagnóstico y tratamiento de la violencia doméstica elaborados por la Asociación Médica Americana se habían abocado a la valoración de la salud física y las recomendaciones para su tratamiento. Esta guía se centrará en el impacto psicológico y conductual de la violencia intrafamiliar, y tiene como metas:

- Incrementar la conciencia de los proveedores de salud acerca de la relación que existe entre la violencia familiar y los problemas de salud mental
- Revisar las reacciones psicológicas más frecuentes al trauma, la variedad de mecanismos de manejo empleados, los cuadros clínicos y los síntomas más comunes que pueden surgir
- Definir la responsabilidad del proveedor de salud para considerar, reconocer, evaluar y poder ofrecer intervenciones o referencias apropiadas para los problemas de salud mental asociados con cada tipo de violencia intrafamiliar
- Identificar las barreras para ofrecer un cuidado de salud óptimo para las pacientes expuestas a la violencia doméstica.

Al final de este manual se ofrecen algunas lecturas sugeridas en relación al material en esta guía.

## Alcances y costos de la violencia intrafamiliar

La Tabla 1 muestra algunas estadísticas recientes que ilustran la magnitud de la violencia doméstica. Estas cifras demuestran que un porcentaje importante de la población general ha sido afectada por este problema.

*Tabla 1*

### Magnitud de la violencia familiar como problema de salud pública

*2-4 millones de mujeres son golpeadas cada año*  
*20-30% de riesgo de que una mujer sea maltratada a lo largo de su vida*  
*1.500 mujeres son asesinadas cada año por sus parejas actuales o pasadas*  
*20-30% mujeres vistas en ámbitos médicos pueden ser víctimas de maltrato*  
*5-6% frecuencia de maltrato a ancianos (1.8 millones de personas)*  
*1.100 niños mueren cada año como consecuencia del maltrato físico*  
*140.000 niños con lesiones producto del maltrato cada año*  
*1.7 millones de reportes anuales de maltrato infantil*  
*250.000-450.000 casos anuales de abuso sexual de niños*  
*16% de mujeres adultas reportan una historia de abuso sexual por parte de un miembro de la familia*

(Cifras para Estados Unidos de Norteamérica)

Estas personas presentan una variedad de alteraciones que con frecuencia propician su contacto con los sistemas de salud. Por lo tanto, se encuentran representadas de manera desproporcionada en casi cualquier ámbito médico (salas de urgencia, consultorio, hospital, etc.). Los índices de reconocimiento de violencia intrafamiliar por parte de los proveedores de salud han sido muy bajos, incluso de un 5% (es decir, el proveedor de salud identifica el maltrato como un problema etiológico en sólo una víctima de cada veinte que llegan a su consultorio).

Numerosos estudios han mostrado altos índices de victimización entre personas con diversas enfermedades psiquiátricas, especialmente depresión, trastornos de ansiedad, trastornos de somatización, trastornos en sus hábitos alimenticios, abuso de sustancias y ciertos trastornos de personalidad. Mientras que muchos factores biológicos y psicosociales pueden facilitar el desarrollo de cualquiera de estas enfermedades, la agresión es un factor contribuyente importante. Por ejemplo, estudios en mujeres maltratadas revelan

altos índices de trastornos depresivos y/o trastornos de estrés postraumático, así como abuso de sustancias o de alcohol.

Además del enorme sufrimiento humano, los costos económicos de las diferentes formas de violencia doméstica y sus secuelas son realmente sorprendentes. Existen diversos componentes de costos:

- Atención médica de urgencia para lesiones o negligencia y sus complicaciones
- Complicaciones médicas producto de lesiones con efectos a largo plazo
- Atención médica en cuanto a salud mental y abuso de sustancias, tanto para las víctimas como para sus familias y sus agresores
- Atención médica inadecuada para problemas de salud mental no reconocidos (usuarios repetitivos con cuadros de angustia)
- Gastos en el sistema de impartición de justicia por intervenciones, arrestos, procesamiento, cárcel, etc.
- Costos en el sistema legal por efectos de separación, divorcio, disputas sobre custodia, órdenes de protección, etc.
- Costos en organizaciones sociales de ayuda para albergues de emergencia, vivienda, cuidados, etc.
- Impedimentos laborales como ausentismo o baja productividad.

Existen también otros aspectos menos evidentes como los efectos en el sistema educativo causados por problemas de conducta y rendimiento escolar deficiente, pérdidas en impuestos y aumento en las necesidades de bienestar social debido a una escolaridad baja, desempleo, años de vida perdidos por suicidio y homicidio, rehabilitación y costos en el cuidado a largo plazo para aquellos que quedan afectados de manera grave. En resumen, los efectos permean prácticamente todos los aspectos de la economía.

Sin lugar a dudas, las intervenciones exitosas dirigidas a reducir la ocurrencia o los efectos de la violencia doméstica reducirán los costos de estos incidentes para la sociedad. Personas con ansiedad *no reconocida*, depresión u otros problemas que se manifiestan de manera somática se someten cada vez más a menudo a revisiones médicas con resultados negativos, y reciben tratamientos sintomáticos ineficientes. Además, muchas condiciones médicas pueden ser más difíciles de controlar en presencia de un trastorno psiquiátrico asociado ya existente. Debido a las preocupaciones respecto al costo social de ofrecer atención en el campo de la salud mental y el abuso de sustancias en general, es necesario observar no sólo la importancia clínica de proporcionar dicho cuidado sino también las implicaciones económicas de no hacerlo.

El Caso 1 ilustra algunos de los costos directos e indirectos de la violencia doméstica.

### Caso 1

#### Transmisión y costos económicos de la violencia intrafamiliar

*RW era un estudiante de secundaria de catorce años, de baja estatura, feliz, cuya madre se había casado hacía tres años, después de haberse divorciado del padre de RW. El padrastro se sentía amenazado por la relación tan cercana entre RW y su madre, lo que dio inicio a un patrón de burlas, minimización y restricciones cada vez más impositivas que aumentó hasta llegar a las nalgadas, las bofetadas y golpes físicos más severos. Los intentos de la madre de RW por intervenir terminaban en ataques periódicos contra ella, ante los cuales RW se sentía impotente. RW se volvió solitario y deprimido. Debido a un intento de suicidio fue eventualmente internado en una clínica psiquiátrica; durante su hospitalización, ningún miembro de la familia mencionó la violencia familiar. RW comenzó a fumar cigarrillos y a utilizar marihuana, sus calificaciones bajaron y comenzó a ausentarse de la escuela. Empezó a pegarle a su hermano de ocho años cuando discutían; esto hizo que el hermano empezara a acudir con frecuencia al médico, quejándose de dolores de cabeza y de estómago. Cuando el padrastro estaba de viaje por motivos de trabajo, RW actuaba como si él estuviera a cargo de la casa, insultaba a su madre y llegó a empujarla en varias ocasiones; la madre tuvo que acudir dos veces a la sala de urgencias de un hospital debido a laceraciones recibidas durante estos altercados. Poco tiempo después de que RW obtuvo su licencia de conducir, abandonó el hogar en medio de un pleito con su padrastro, se llevó el automóvil de la casa y provocó un accidente en el cual tanto él como las dos personas que iban en el otro vehículo resultaron con heridas importantes.*

### El papel del proveedor de salud

Debido a que muchas pacientes consideran a sus proveedores de salud como consejeros, educadores y confidentes, y a que muchos de estos proveedores mantienen relaciones activas con sus pacientes y sus familias, se encuentran en una posición idónea para intervenir de manera significativa respecto a la violencia intrafamiliar. Se debe adoptar un enfoque preventivo orientado hacia la salud pública.

**La prevención primaria** involucra los esfuerzos para prevenir los padecimientos antes de que ocurran. En el caso de la violencia doméstica, la prevención primaria puede incluir actividades como:

- Educar a las pacientes acerca del ciclo y la progresión de la violencia doméstica
- Enseñar a los padres las medidas apropiadas para disciplinar a sus hijos
- Educar a los niños y a los adolescentes acerca del respeto, la negociación y el uso apropiado de la asertividad
- Identificar y referir a los pacientes en riesgo de perpetrar maltrato a futuro (ej. personas que abusan de sustancias, que tengan una personalidad explosiva o antecedentes de conducta abusiva)
- Valorar a los cuidadores de niños o ancianos que puedan llegar a estar sobre-estresados
- Aconsejar a los padres de edad madura acerca de la necesidad de planear a futuro el cuidado de sus hijos dependientes o enfermos que ya son adultos
- Elaborar preguntas de rutina sobre *cualquier* tipo de violencia en la casa, la presencia de elementos de estrés o el acceso a armas de fuego.

**La prevención secundaria** involucra esfuerzos como concientizar a las pacientes sobre el interés que tiene el proveedor de salud de escuchar acerca del maltrato (información en la sala de espera, preguntas de rutina, etc.), de detectar todas las formas de victimización, trastornos psiquiátricos, ideas suicidas, etc. y de proporcionar información sobre recursos y planes de seguridad comunitarios relacionados con la violencia doméstica.

**La prevención terciaria** incluye ofrecer atención médica para las víctimas que han sufrido lesiones, identificar y referir trastornos asociados con la salud mental, monitorear un plan de cuidado continuo para el maltrato, y notificar a las agencias de protección de menores, ancianos u otras entidades de referencia.

**La defensa** no sólo incluye brindar apoyo y motivación a cada paciente, sino el esfuerzo para lograr cambios más generalizados que puedan reducir la morbilidad y la mortalidad producto de la violencia doméstica. Esto puede incluir fomentar cambios en los sistemas de salud, en los procesos penales y civiles, y en la legislación; ofrecer respaldo a grupos de atención a víctimas, y apoyar los esfuerzos para reducir los factores sociales que promueven la violencia.

## Aspectos clínicos

Por lo general, se espera que las relaciones entre los miembros de una familia sean amorosas y gratificantes; sin embargo, en familias violentas o abusivas, las víctimas experimentan rechazo, devaluación, desesperanza, vulnerabilidad, terror y dolor. Por tanto, lo que idealmente debería experimentarse como un sistema de apoyo se convierte en una fuente de angustia. La disparidad entre este ideal de familia y la realidad de violencia dentro de una familia contribuye a la sensación de vergüenza y a la tendencia de tantas víctimas a mantener su situación en secreto. La violencia familiar ocurre dentro de un marco de disfunción de una relación o de una familia. En ocasiones la violencia intrafamiliar puede representar las interacciones patológicas de dos o más miembros de la familia, mientras que en otras puede representar el dominio de una unidad familiar por parte de un individuo que utiliza la intimidación y la coerción para controlar a otros en la familia. En este segundo caso, es la víctima o víctimas quienes pueden presentar síntomas, los cuales pueden ser considerados como diferentes intentos de manejar una situación que les resulta aterradora.

Los niños desarrollan la confianza en el mundo a partir de las relaciones que establecen con sus primeros cuidadores. Al confiar en otros, el niño aprende a incorporar en su interior sentimientos de seguridad y confianza. Cuando los niños son maltratados por miembros importantes de su familia, su sentido del ser resulta gravemente dañado, empiezan a percibir el mundo como un lugar inseguro y no poseen la capacidad para consolarse a sí mismos. Con frecuencia, estos problemas se encuentran asociados a grandes dificultades en las relaciones interpersonales, incluyendo la credulidad, la incapacidad para protegerse de manera adecuada y una mayor propensión a ser revictimizados o maltratados por otros. Las mujeres que fueron victimizadas en la infancia muy probablemente tendrán niños que también serán victimizados.

### Adaptación al estrés

Existen diversos síntomas característicos que se observan en todas las personas como consecuencia de experiencias altamente traumáticas. Éstos pueden incluir un estado de alerta exagerado (se espantan fácilmente, se vuelven cautelosos), revivir aspectos del trauma (imágenes no deseadas, pesadillas) y/o entumecimiento emocional. Estas secuelas son respuestas psicológicas normales a eventos estresantes, así como la fiebre, el conteo elevado de células blancas y la activación del sistema inmunológico son las reacciones normales a una infección y constituyen los intentos del cuerpo por iniciar el proceso restaurador. Cuando el trauma es especialmente intenso o crónico, o la persona que lo recibe ya estaba debilitada, los mecanismos que se utilizan normalmente pue-

den estar saturados y ser reemplazados por estrategias de supervivencia más drásticas (ej. aislamiento social) o por intentos de manejar la situación con actitudes que en sí mismas son dañinas (ej. abuso de alcohol u otras drogas).

A menudo, los síntomas de las personas traumatizadas representan intentos por manejar su trauma. Los niños tratan de resolverlo a través de una repetición de la lucha de poder con figuras de autoridad y la recreación de juegos y conductas. Por su parte, los adultos intentan resolverlo en las relaciones íntimas (ej. cuando reviven el trauma en sus relaciones de adultos), en el trato con sus propios hijos o en terapia. Tanto los niños como los adultos pueden incurrir en la autoagresión (provocarse cortadas, quemaduras, etc.) por las mismas razones. Algunas pacientes que somatizan pueden revivir experiencias tempranas de manera inconsciente, y presentarse como individuos hostiles, poco cooperativos y fastidiosos.

### Tabla 2

#### Manifestaciones clínicas asociadas con victimización

*Autonegligencia, desnutrición, deshidratación, incapacidad para desarrollarse*  
*Depresión, ansiedad, ataques de pánico, trastornos de sueño*  
*Abuso de drogas y alcohol*  
*Agresión contra sí mismo y contra otros*  
*Estados disociativos, autolesiones frecuentes*  
*Trastornos de somatización, trastornos en los hábitos alimenticios, dolor crónico*  
*Intentos suicidas*  
*Conductas sexuales compulsivas, disfunción sexual*  
*Mentiras, robos, vandalismo, fugas (en niños)*  
*Poco caso a las recomendaciones médicas*

La mayoría de las formas de violencia doméstica y de maltrato son de naturaleza crónica. Los actos específicos y el patrón temporal del maltrato, el temperamento innato de la paciente, su configuración psicológica (tipo de personalidad, mecanismos de defensa), su etapa de desarrollo en su ciclo vital, la dinámica familiar y la disponibilidad de recursos de apoyo externo son todos factores que influyen en la naturaleza del cuadro clínico que se observa. La Tabla 2 muestra algunas de las manifestaciones más comunes. Muchas víctimas de maltrato presentan cuadros sintomáticos que no encajan de manera adecuada en ninguna categoría diagnóstica específica.

El proveedor de salud en los centros de atención primaria debe poner menos énfasis en la identificación exacta del síndrome y más en el reconocimiento del maltrato, la valoración del peligro y la urgencia de la situación, el desarrollo de un plan inicial de tratamiento apropiado y la referencia a los recursos adecuados.

Mientras que no existe un síndrome uniforme como resultado de la violencia intrafamiliar, la presencia de algunas secuelas en la salud mental es algo casi universal. Estas secuelas se pueden manifestar como problemas psicológicos aislados o en combinación con síntomas físicos y de conducta. Es muy importante darse cuenta de que aun sin el beneficio de una intervención terapéutica, algunas víctimas de maltrato son capaces de mantener las *apariencias externas* de ajuste psicológico. Sin embargo, estas personas están sufriendo y pueden experimentar consecuencias devastadoras a largo plazo como resultado del maltrato.

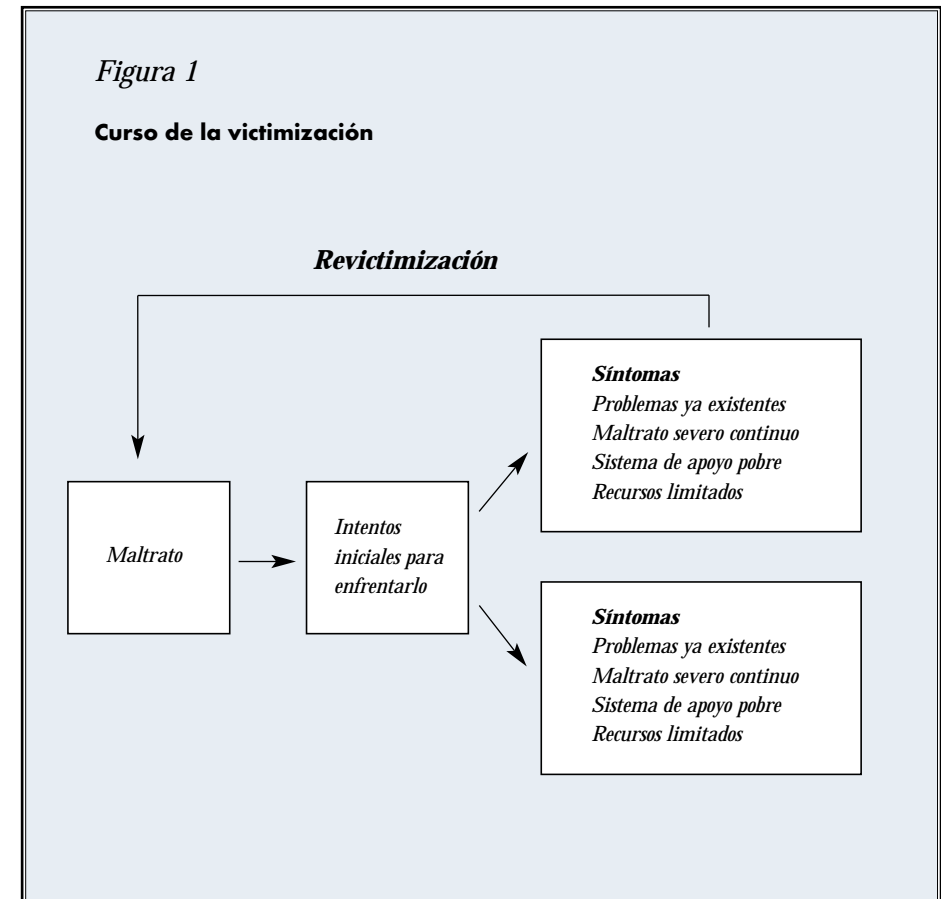
Los síntomas observados en las víctimas de violencia intrafamiliar se pueden analizar desde varias perspectivas. Algunos síntomas parecen ser más fáciles de apreciar utilizando un marco de referencia biomédico (ej. neurológico), mientras que otros se comprenden mejor desde puntos de vista psicológicos (psicodinámicos, cognoscitivo-conductual, etc.).

En ocasiones, el proveedor de salud también atiende al agresor de la familia como paciente, lo cual presenta una situación ética y legal complicada. En tanto que las motivaciones y el tratamiento de los perpetradores de violencia doméstica van más allá de los alcances de esta monografía, es importante reconocer que existe un amplio espectro de cuadros clínicos. Éstos abarcan desde agresores con trastornos situacionales leves que conducen al maltrato y enfermedades mentales más severas pero que todavía son tratables (ej. trastorno bipolar, alcoholismo) hasta personas que pueden ser reincidentes, brutales y sociopáticas. Algunas características de los agresores influyen en los efectos del maltrato en sus víctimas, así como en el pronóstico para remediar la situación.

Los agresores ejercen el poder por una variedad de razones. Éstas pueden incluir diferencias en edad, disparidad en tamaño o fuerza física, o creencias respecto a los roles de género, sin importar si las víctimas son niños, ancianos o sus propias parejas. Debido al desequilibrio de poder, a menudo las víctimas se sienten obligadas a someterse. Los niños en particular pueden llegar a identificarse eventualmente con el agresor. Cuando los niños maltratados crecen, algunos tratarán a otros – incluso a sus propios hijos – como ellos fueron tratados. Esta identificación perpetúa un ciclo de violencia por múltiples generaciones. Por otro lado, las mujeres que están en relaciones de maltrato con frecuencia experimentan ciclos de terror y de alivio temporal que pueden derivar en una situación de dependencia intensa con el agresor. Algunas mujeres maltratadas parecen suprimir de manera voluntaria sus propias creencias como

una prueba de lealtad y sumisión. Esto les permite experimentar una sensación de mayor seguridad, o bien aplacar al agresor lo suficiente como para disminuir la frecuencia de los ataques.

La Figura 1 muestra una ilustración esquemática de cómo algunas variables psicosociales, influyen en los intentos iniciales por manejar el trauma y determinan si la adaptación será o no exitosa.



La exposición múltiple al trauma, tan frecuente en la violencia intrafamiliar, produce movilizaciones repetidas de hiperexcitación autónoma y endocrina (respuesta de “huida o pelea”). Con el tiempo, puede haber alteraciones en la sensibilidad adrenérgica, serotoninérgica, péptida endógena e hipotalámica-



pituitaria-adrenal, lo cual produce una pérdida general de neuromodulación y afecta la regulación. Esto puede causar varios efectos clínicos importantes, entre los que se cuentan:

- “Sobrerreacciones” emocionales a los estímulos, especialmente si el estímulo actual tiene alguna semejanza con eventos traumáticos ocurridos en el pasado. Esta es una de las razones por las que un evento aparentemente leve (ej. un examen físico o estar confinado en un cuarto de imagen de resonancia magnética) puede disparar fuertes reacciones emocionales afectivas o de invalidación. El estímulo puede ser cualquier evento sensorial o perceptual que evoque las experiencias tempranas
- Un entumecimiento emocional general acompañado de una necesidad o un antojo ocasional de tener conductas consideradas de alto riesgo, autolesivas o autoestimulantes, en un intento por paliar el entumecimiento
- Dificultad para aprender información nueva, especialmente en los niños, trayendo como consecuencia un rendimiento escolar bajo o una participación pobre en el salón de clases
- Dificultad para manejar algunas condiciones cardiovasculares o endocrinas en donde los mecanismos erráticos autónomos o regulatorios pueden complicar el proceso de estabilización

La mayoría de los eventos emocionalmente intensos (como el trauma) están fuertemente impresos en la memoria junto con sus efectos respectivos. Las memorias se pueden retener (excepto en niños preverbales) en forma de narrativa y/o con una variedad de impresiones perceptuales provenientes de cualquiera de los sentidos. Con el paso del tiempo puede haber una disminución en la precisión de los recuerdos, a medida que otras experiencias con circunstancias similares, efectos o efectos sensoriales se entremezclan con las experiencias traumáticas pasadas. La evocación de los recuerdos también puede verse afectada por el ambiente y la manera en que se pregunta. La mayoría de las víctimas suele tener recuerdos vívidos y persistentes de las experiencias de maltrato aun cuando éstas hayan ocurrido muchos años antes.

Los médicos clínicos reconocen, sin embargo, que algunas pacientes pueden responder al trauma bloqueando los eventos en su memoria consciente y pueden recordar aspectos de los eventos sólo después de prolongados períodos de amnesia. Existe una gran controversia acerca de la exactitud *histórica* actual de estos recuerdos reprimidos (los cuales pueden ser muy detallados y precisos para la paciente). Es por estos motivos que los proveedores de salud deben:

- Evitar preguntas que estén excesivamente dirigidas.
- No expresar duda o descrédito acerca de los recuerdos de las pacientes.

- No alentar a la paciente a actuar con base en recuerdos tardíos.
- Referir a la paciente a aquellos profesionales que tienen experiencia en manejar cuestiones tan complejas.

### **Situaciones específicas/ Poblaciones**

**Maltrato al anciano.** El maltrato al anciano se refiere a la negligencia, el maltrato y la explotación. La valoración, reconocimiento y tratamiento de los efectos negativos en la salud mental, producto del maltrato al anciano, se tornan más difícil debido a los siguientes factores:

- La falta de conciencia social respecto al maltrato y la negligencia en el caso de los ancianos hace que sea más difícil que el paciente se vea a sí mismo como victimizado.
- Los pacientes pueden sentir un alto grado de vergüenza y culpabilidad por estar siendo victimizados o por ser dependientes y, por lo tanto, mostrarse reticentes a reconocer el maltrato (especialmente cuando los causantes son sus propios hijos adultos).
- Por lo general, los ancianos son más renuentes a reconocer síntomas de alteraciones en la salud mental o emocional, a aceptar un diagnóstico de enfermedad mental o a ser referidos a servicios psicológicos.
- La negligencia es la forma más común de maltrato en esta población, por lo que algunas claves médicas (ej. pérdida de peso importante) a menudo pasan desapercibidas, excepto en los casos extremos.
- Con frecuencia existen en las comunidades pocos recursos disponibles para los ancianos víctimas de maltrato.

Por otro lado, los ancianos afectados por condiciones tales como apoplejía o demencia pueden no estar capacitados para reportar el maltrato o la negligencia. Aquellos ancianos cuya salud se ha deteriorado de manera reciente se encuentran en especial riesgo de maltrato.

Existen varios patrones comunes que se observan en el maltrato a los ancianos:

- Expresiones de frustración (maltrato o negligencia) por parte de miembros de la familia que se sienten abrumados con las responsabilidades de su cuidado, que tienen expectativas poco realistas respecto al anciano, que resienten la dependencia de éste o están enojados por las conductas problemáticas de un anciano incapacitado (ej. incontinencia, agitación, agresividad, incapacidad para agradecer observada en los casos de demencia).

- Negligencia hacia un anciano frágil o enfermo por parte de miembros de su familia que se muestran hostiles, se involucran poco (ej. resienten su papel de cuidadores, consumen drogas y alcohol) o se tornan explotadores (ej. tratando de acelerar la muerte para tener acceso a los bienes).
- Expresiones fuertes de violencia, a menudo como una continuación de la violencia familiar previa.
- Cuidadores muy estresados con conocimiento insuficiente respecto a los recursos que ofrece la comunidad, o bien con poco acceso a éstos.

De las manifestaciones de salud mental discutidas previamente, los trastornos anímicos y la ansiedad (incluyendo los estados postraumáticos más típicos) son los problemas más comunes en esta población. El abuso de sustancias y los trastornos somatiformes también se pueden presentar, pero los síntomas disociativos, los trastornos en la alimentación y las auto-agresiones repetidas parecen ser mucho menos frecuentes que en los adolescentes y los adultos jóvenes. En ciertas ocasiones, las quejas de maltrato pueden ser confundidas erróneamente con paranoia o como un signo de demencia.

**Maltrato físico y negligencia del menor.** Los efectos en los niños más pequeños pueden incluir aislamiento social, oposicionismo, conducta agresiva, depresión, mitomanía, hurtos, chuparse el dedo o cualquier conducta inapropiada para la edad. Con frecuencia, los niños más grandes y los adolescentes pueden recurrir al abuso de sustancias, participar en conductas sexuales riesgosas o presentar problemas escolares (calificaciones bajas y vandalismo), huir de casa y mostrar conductas suicidas o peligrosas (manejar a alta velocidad, asistir a lugares donde corren riesgos cada vez mayores).

Las situaciones a través de las cuales se puede detectar a niños en riesgo incluyen:

- Depresión u otra enfermedad mental en los padres
- Abuso de sustancias por parte de los padres
- Enfermedad física crónica en los padres
- Maltrato físico de uno de los padres por parte del otro
- Poca atención a las recomendaciones médicas en cuanto a los niños o visitas erráticas al consultorio
- Marcada agresividad entre los hermanos
- Sobreprotección extrema por parte de uno de los padres
- Insistencia excesiva de uno de los padres para probar que su hijo se encuentra físicamente enfermo (ej. síndrome de Munchausen por proxy).

**Abuso sexual en los niños.** El impacto traumático del abuso sexual en los niños incluye los efectos de la traición, la estigmatización, la falta de poder y la sexualización traumática en las víctimas. Además de los síntomas postraumáticos, los niños más pequeños pueden mostrar sexualidad precoz, pseudo-madurez o sobrecomplacencia y obediencia extremas. En niños mayores o en adolescentes son más comunes los trastornos disociativos, los trastornos en la alimentación, el abuso de sustancias, la prostitución, huir de la casa y los problemas escolares.

Los niños pueden intentar proteger ferozmente al abusador o esforzarse arduamente por tratar de mantener intacta la unidad familiar. Los niños abusados pueden mostrar resentimiento hacia el padre o la madre que no fue capaz de intervenir para prevenir o frenar el abuso.

Las dinámicas familiares conflictivas, sobre todo en la relación entre los padres, son a menudo parte del cuadro clínico.

Los factores que influyen sobre los efectos del abuso sexual en la infancia son conocidos. El aumento en la sintomatología es resultado del abuso a una edad sumamente temprana, del abuso frecuente y/o prolongado, del incesto por parte de uno de los padres, el uso de la fuerza, las lesiones graves y la existencia de más de un agresor. También es posible predecir problemas psicológicos más severos cuando falta alguien que proteja o defienda al niño, debido a la presencia de otra forma de maltrato infantil concomitante, la cual puede incluir abuso físico y psicológico o negligencia, y/o revictimización subsecuente en la edad adulta. Las respuestas de apoyo de otras personas -especialmente aquellas que son importantes para la víctima- pueden mitigar el impacto de los eventos traumáticos, mientras que una respuesta hostil o negativa puede complicar el daño y agravar el síndrome del trauma.

**Negligencia o maltrato de la pareja.** La mayoría de las mujeres maltratadas se encuentran todavía en peligro cuando buscan ayuda, y si deciden dejar a su pareja, el peligro puede aumentar de manera considerable. Las exigencias económicas y las preocupaciones acerca de los hijos que aún son dependientes también pueden ser aspectos importantes que evitan que la mujer abandone el hogar. En los casos de maltrato persistente, muchas mujeres pueden tratar en un principio de remediar ellas mismas la situación: hablando, buscando ayuda, defendiéndose o tratando de cambiar las condiciones, ya sea las que ellas perciben o las que el perpetrador dice que originan el maltrato. Cuando estos intentos fallan, la mujer se puede retraer hacia una actitud aparentemente más pasiva y "dócil" que, según ha aprendido, puede reducir el peligro inmediato. Cuando esas tácticas también fallan, ella todavía puede tratar de manejar la situación mediante el aislamiento emocional. Para aquellas que se aíslan cada vez más de las redes de apoyo externo, el suicidio o el homicidio pueden parecer las únicas opciones viables para ponerle fin al maltrato.

La violencia doméstica también puede agravar los trastornos psiquiátricos ya existentes, y las mujeres con antecedentes psiquiátricos pueden encontrarse

con que sus quejas de maltrato son malinterpretadas como delirios o cualquier otra evidencia de psicopatología. Las mujeres que son inmigrantes, que tienen trastornos físicos o del desarrollo, que provienen de ambientes culturales diferentes al del proveedor de salud o que no hablan el idioma dominante también se encuentran en mayor riesgo ya que sus quejas no se toman en serio. El Caso 2 ilustra algunos de los puntos previamente mencionados.

### *Caso 2*

#### **Psicosis reactiva breve**

*Una mujer de 23 años fue llevada por su madre a la sala de urgencias de un hospital. La joven presentaba una psicosis aguda y síntomas de pánico. Había estado hospitalizada previamente en dos ocasiones por depresión, pero ambas veces las quejas en contra de su novio se atribuían a su paranoia. La paciente fue hospitalizada y tratada con ansiolíticos y medicamentos antipsicóticos. A medida que la paciente cobró más coherencia mental, describió en forma clara episodios repetidos de maltrato físico, coerción sexual y conductas de control y amenaza por parte de su novio. Por primera vez durante su hospitalización la madre de la paciente se involucró en su cuidado y corroboró la historia de maltrato. Después de varias intervenciones de apoyo, la paciente pudo tener acceso a recursos para ella y sus hijos pequeños, y pudo llamar a la policía y pedir que desalojaran a su novio cuando éste la amenazó de nuevo.*

Aun cuando el maltrato a la pareja se refiere por lo general a las mujeres como víctimas y a los hombres como agresores, en la práctica clínica se observan todas las permutaciones de género. Existe menos investigación empírica sobre el maltrato de las mujeres hacia los hombres o en las parejas homosexuales. Al parecer, la frecuencia en la violencia entre los hombres homosexuales es similar a la de las parejas heterosexuales, y quizá sea menor entre las lesbianas. El miedo respecto al prejuicio, los sentimientos de solidaridad con la comunidad homosexual o la preocupación acerca de que su propia homosexualidad sea revelada hacen que algunas víctimas homosexuales o lesbianas se muestren renuentes a confesar el maltrato. Típicamente, la vergüenza sirve como una barrera para que los hombres no reporten el maltrato por parte de sus parejas femeninas.

#### **Sobrevivientes adultos de abuso sexual y físico durante la infancia.**

Aunque existen muchas manifestaciones entre los sobrevivientes de abuso en la infancia, hay un grupo que tiene especial relevancia para los proveedores de

salud. Los médicos pueden reconocer que algunos pacientes presentan, de manera rutinaria y repetida, quejas somáticas que son difíciles de tratar y que no responden a protocolos establecidos de tratamiento.

El proveedor de salud puede no ser capaz de “armar todas las piezas del rompecabezas” e identificar las secuelas del síndrome de maltrato. Los tratamientos ineficaces e inadecuados pueden perpetuar el secreto y la vergüenza asociados al maltrato durante la infancia y pueden someter al paciente a procedimientos innecesarios y costosos. Algunos de los problemas médicos más comunes se muestran en la Tabla 3.

### *Tabla 3*

#### **Problemas médicos comunes en sobrevivientes adultos de maltrato físico y sexual en la infancia**

*Dolor crónico de cabeza, cara, espalda o pélvico*  
*Malestar gastrointestinal*  
*Dolencias músculo-esqueléticas*  
*Dificultades respiratorias/asma*  
*Obesidad, trastornos en la alimentación*  
*Insomnio*  
*Embarazos psicogénicos*  
*Disfunciones sexuales*  
*Síntomas pseudoneurológicos (mareos, parestias, etc.)*

Estudios en sobrevivientes de incesto han identificado alteraciones en el interés y funcionamiento sexual. Debido a la asociación entre estímulos sexuales e invasión o dolor, muchos adultos que fueron abusados de niños o que han estado en relaciones de maltrato reportan dificultades durante el contacto sexual, incluyendo disfunciones en el deseo, la excitación o el orgasmo. Por otro lado, las conductas seductoras, la actividad sexual compulsiva o la prostitución también se pueden presentar como resultado del aprendizaje de que “para lo único para lo que eres bueno es para el sexo”. A menudo, los sobrevivientes de abuso sexual en la infancia confunden sexualidad con conductas amorosas y pueden mostrar conductas sexuales precoces. Las enfermedades de transmisión sexual, el embarazo en adolescentes o una respuesta pobre a la planificación familiar también pueden ser resultado del abuso. Algunas víctimas de abuso sexual en la infancia también describen sus esfuerzos por ganar (o menos frecuentemente perder) cantidades excesivas de peso en un intento

por volverse lo menos sexualmente atractivas posible. Algunos eventos en la vida pueden disparar síntomas en los sobrevivientes de abuso en la infancia. Éstos se muestran en la Tabla 4.

*Tabla 4*

**Eventos de la vida cotidiana que actúan como disparadores de síntomas en sobrevivientes de abuso infantil**

*Embarazo o nacimiento de un hijo*  
*Enfermedad o muerte de uno de los padres/abusador*  
*Divorcio de los padres*  
*Edad del hijo del paciente trae recuerdos del inicio del abuso*  
*Fechas claves de "aniversario" o festividades*  
*Reuniones familiares o de amigos*  
*Enfermedad o lesión de algún hijo*  
*Hospitalización o chequeo médico*  
*Situaciones laborales que reflejan la relación con el abusador*  
*Cambio de casa, especialmente a la zona donde fue el abuso*  
*Ver películas o programas de televisión que hablen de abuso*

**Efectos en los niños a causa de maltrato por parte de los padres.** Los efectos por presenciar actos de violencia doméstica durante la infancia varían de acuerdo con la edad y el género del niño. A todas las edades los niños pueden mostrar manifestaciones somáticas que incluyen dolor de cabeza, no querer ir a la escuela y dolores abdominales. Con frecuencia, los niños en edad preescolar desarrollan tartamudeo, enuresis, insomnio y ansiedad de separación. En los niños en edad escolar se observa dificultad para concentrarse y para hacer sus tareas. Los niños mayores usualmente manifiestan conductas agresivas. Mientras que los niños son los que más a menudo presentan conductas agresivas, las niñas reportan quejas somáticas. Es frecuente que ambos sexos expresen culpabilidad por no ser capaces de frenar la violencia doméstica.

Muchas veces los niños de familias violentas son también víctimas de maltrato cuando tratan de intervenir para proteger a uno de los padres. Se ha encontrado que esta doble exposición a la violencia está asociada con un aumento en la severidad de los trastornos de conducta y emocionales de los niños respecto de aquellos que sólo son víctimas o testigos.

## Evaluación y manejo

La intervención médica apropiada en respuesta a la violencia doméstica incluye preguntar de manera rutinaria acerca del maltrato, valorar la seguridad de cada uno de los miembros de la familia, documentar detalladamente el maltrato, discutir las opciones y los recursos, ofrecer referencia y grupos de apoyo y coordinar el tratamiento de los problemas médicos o de salud mental. También puede ser importante ofrecer seguimiento y monitoreo del plan de tratamiento.

La mayoría de los proveedores de salud no están entrenados para manejar traumas psicológicos severos, especialmente para desarrollar la capacidad de mantenerse tanto intelectual como emocionalmente presentes y ser capaces de ofrecer una respuesta empática. Las experiencias personales y las actitudes acerca de la victimización pueden limitar la capacidad del proveedor de salud de cuidar de aquellas personas que han sido maltratadas. Los intentos por "manejar" esas situaciones pueden servir para distanciar al proveedor de salud de encuentros dolorosos, evitando al paciente, culpándolo o patologizándolo, o bien tratando de controlar excesivamente la interacción clínica. Lo anterior puede imitar las dinámicas del maltrato e inadvertidamente retraumatizar a los pacientes.

Los médicos clínicos que trabajan con víctimas de maltrato (ej. todos los proveedores de salud) pueden encontrarse con que algunas de las cosas que escuchan los abruma, los perturba y en ocasiones los dejan agotados. El apoyo de sus colegas puede ser extremadamente útil no sólo para ayudar con el cuidado de la paciente sino también para ayudar al proveedor de salud a manejar su propia angustia. Los proveedores de salud que han tenido experiencias personales de victimización pueden utilizar dichas experiencias para mostrar su empatía con las pacientes.

Por otro lado, estos proveedores de salud pueden encontrar que trabajar con estas víctimas resulta demasiado doloroso (y por tanto evitarlas) o se pueden sobre-identificar demasiado fácilmente (y tratar de quitarle la autonomía al paciente).

## Valoración

**Cómo preguntar.** Muchas de las víctimas van a revelar el maltrato de manera inmediata si se sienten seguras y apoyadas, y si el médico clínico les pregunta en forma directa. Si preguntar acerca del maltrato aumenta la angustia de la paciente, hágale saber que usted comprende lo difícil que es discutir este tema, que agradece la confianza, que quiere cerciorarse de que se siente segura antes de salir del consultorio y que la puede referir a algún profesional

de la salud mental o un programa de apoyo. Simplemente preguntar acerca del maltrato y escuchar la respuesta es en sí misma una intervención importante que también crea una oportunidad de prevención. Dejar saber a las víctimas que no están solas y que no merecen ser maltratadas, que no son responsables de la violencia, que existen recursos a su alcance, que usted está preocupado por su seguridad y que ese es un lugar al que pueden acudir en busca de ayuda les puede brindar esperanza. Incluso discutir brevemente las dinámicas del maltrato les proporciona herramientas para reconocer el patrón de violencia que aumenta, antes de que éste se vuelva más peligroso.

Antes de preguntar sobre el maltrato es esencial crear un ambiente en el cual el paciente pueda hablar abiertamente. Una mujer maltratada puede sentirse temerosa de revelar información si piensa que el maltratador va a saber que ella contó lo que pasa o que puede perder a sus hijos por hablar del tema. Un niño puede tener miedo de las represalias o de perder a alguno de sus padres. Todos los pacientes deben ser vistos solos al menos hasta que el maltrato haya sido descartado, y esto incluye a miembros de la familia, amigos, asistentes personales y traductores no oficiales. Notifique a los pacientes que la información que ellos les proporcionan es confidencial, dentro de los límites de la ley.

Los requisitos obligatorios de notificación de maltrato a los ancianos, a los menores o a la pareja se deben explicar al inicio, de modo que el paciente decida si siente o no que es seguro revelar la información.

**Cómo evitar el aumento del trauma.** Debido a que muchos procedimientos médicos involucran el toque, son invasivos o son llevados a cabo por figuras de autoridad en posiciones de control o de poder, los proveedores de salud deben ser sumamente sensibles en lo que se refiere al riesgo de retraumatizar a los pacientes que se sienten vulnerables durante los exámenes y las pruebas. Todos los procedimientos (aun los de "rutina") se deben explicar cuidadosa y pacientemente por anticipado, y se debe invitar al paciente a que proponga ideas sobre cómo hacer que estos procedimientos sean menos problemáticos. Esto puede incluir cambiar la duración del procedimiento o permitir que estén presentes otros miembros del personal médico, familiares o amigos.

Los exámenes pélvicos, rectales, orofaríngeos y de senos pueden resultar especialmente difíciles cuando el abuso sexual ha sido parte de la victimización. Hablar con los pacientes durante todo el procedimiento, dejarlos ejercer más control (ej. detener o repetir el examen cuando sea necesario), mantener contacto visual, permitirle una mayor visibilidad (ej. utilizar un espejo en los exámenes pélvicos) o hacer que participe (ej. poniendo su mano sobre la del proveedor de salud para guiar el examen) pueden ser técnicas útiles para aumentar su confianza.

El ambiente hospitalario puede ser especialmente difícil para muchas víctimas de maltrato, y la participación de tantos cuidadores puede ser intimidante. Mantener un equipo médico mínimo (ej. el uso sensato de consultores y residentes en entrenamiento, enfermeras y otro personal), presentar a todos los miembros nuevos del equipo y proporcionar explicaciones cuidadosas antes de iniciar cualquier evento (incluyendo el traslado en camilla, colocar un catéter, sacar sangre, etc.) puede resultar sumamente útil.

Algunas situaciones médicas que pueden simular eventos traumáticos tempranos se muestran en la Tabla 5.

**Tabla 5**

**Situaciones médicas que pueden llevar a que la/el paciente reviva el trauma**

*Exámenes de genitales, senos, rectales u orales*  
*Anestesia general, parálisis muscular*  
*Inserción de catéteres, agujas*  
*Espacios confinados (ej. IRM, estribos)*  
*Reclusión, inmovilización*  
*Procedimientos de endoscopia*  
*Trabajo de parto*  
*Circunstancias que no garantizan la privacidad*  
*Procedimientos ruidosos (ej. romper huesos)*  
*Discordia evidente entre el personal médico*  
*El profesional de la salud se parece de alguna forma al agresor*

**Cuándo preguntar.** Las preguntas acerca de maltrato presente o pasado se deben hacer a *todas* las pacientes nuevas como parte de la revisión médica inicial. Las preguntas acerca de la victimización y los efectos en la salud mental pueden ser parte de una revisión general de sistemas, de la historia sexual social y/o de la evaluación psiquiátrica. Para los pacientes que acuden a consulta, estas preguntas se deben hacer cuando:

- El motivo de la consulta sugiere que el maltrato puede ser parte del diagnóstico diferencial (ej. lesiones sugestivas, enfermedades de transmisión sexual, cuadros clínicos de salud mental descritos con anterioridad etc.)
- Una mujer está pensando embarazarse o bien es vista en su primera visita o en citas subsecuentes de cada uno de sus embarazos

- El paciente reporta un cambio en las relaciones familiares o bien en las relaciones íntimas (ej. un paciente que inicia una relación de pareja, un niño con un padrastro nuevo, un niño con un padre que ha estado enfermo en fecha reciente, etc.)
- Existen cambios o cancelaciones frecuentes en las citas que no son explicados, especialmente cuando son otros y no los pacientes adultos quienes los hacen
- Un paciente anciano reporta un cambio en sus condiciones de vida o en la asignación de sus cuidadores, o cuando ha habido una disminución reciente en sus capacidades funcionales
- Síntomas físicos que no tienen sentido, que no sugieren una etiología clara o no responden al tratamiento.

Incluso si las situaciones antes descritas no se presentan, los proveedores de salud deben preguntar en forma periódica a los pacientes acerca de la posibilidad de victimización.

**¿Qué preguntar?** El esquema a seguir para recopilar la historia de violencia familiar es similar a aquellos que se utilizan para explorar cualquier queja de un paciente: historia actual del problema (que incluya complicaciones y efectos), antecedentes relevantes del problema, revisión pertinente de sistemas e información psicosocial relacionada. La historia se debe complementar con un examen físico focalizado y una valoración de cualquier anormalidad en el estado mental. Existen varios protocolos estandarizados para la valoración y documentación de abuso sexual de menores.

La Tabla 6 muestra algunas de las áreas clave que se deben cubrir al recopilar la historia, así como algunas preguntas específicas. Se pueden encontrar preguntas adicionales en los lineamientos elaborados por la Asociación Médica Americana para formas específicas de maltrato (ver bibliografía).

**Valorar la seguridad.** Antes de que la/el paciente abandone el consultorio es imperativo que el proveedor de salud valore y tome las acciones necesarias para garantizar su seguridad. Esto incluye la seguridad física (evitar agresiones más severas, suicidio) y la capacidad para cuidarse a sí misma/o. También es vital valorar el riesgo de homicidio en contra del perpetrador del maltrato.

En relación a la seguridad física de la víctima, el médico debe preguntar: ¿Es seguro que la/el paciente regrese a casa? ¿En qué peligro se encuentra? ¿Es inmediato? ¿Qué pasa si se queda, si se va? ¿Han existido amenazas de muerte (homicidio o suicidio) recientes o existe un patrón de violencia que aumenta? ¿Hay una pistola o algún arma letal en la casa? ¿Han habido ataques con armas o amenazas de utilizarlas? ¿Cuenta ella con un plan de escape o

**Tabla 6**

### **Recopilando la historia de maltrato**

#### **Historia de maltrato actual:**

*¿Está siendo la/el paciente agredida/o o lesionada/o? ¿Lo fue en el pasado? ¿Se encuentra todavía en riesgo? ¿Quién es el agresor? ¿Qué acceso tiene el agresor a la/el paciente/víctima?*

#### **Impacto del maltrato:**

*¿En qué forma ha afectado el maltrato la salud física/psicológica de la/el paciente? ¿Qué relación existe entre el maltrato y sus síntomas actuales? ¿Cómo se siente en relación al maltrato? ¿En qué forma ha afectado el maltrato su vida, sus relaciones con sus hijos, trabajo, escuela y relaciones personales?*

#### **Opciones/recursos:**

*¿Qué cosas ha probado la/el paciente? ¿Cuáles han funcionado? ¿Qué no ha funcionado? ¿En qué forma ha afectado esto sus esperanzas de que las cosas cambien? ¿Qué otras opciones siente que están a su alcance? ¿Qué desea a corto plazo? ¿A largo plazo? ¿En qué momento se encuentra del proceso para poder cambiar su situación? ¿Quién más lo sabe? ¿Quién más puede ayudar? ¿Quién de hecho va a ayudar?*

#### **Necesidad de valoración:**

*¿Qué necesita la/el paciente: información, apoyo, albergue, asesoría, grupo de apoyo, servicios legales, servicios de salud mental/abuso de sustancias, acceso a otro tipo de recursos? ¿Puede conseguirlos sola/o, o requiere de ayuda para completar las etapas iniciales? ¿Con qué recursos cuenta la comunidad: albergue, hogares de seguridad, asesoría, grupos de apoyo, servicios legales? ¿Existen servicios para necesidades especiales: culturales, religiosos, de orientación sexual, lenguaje, incapacitado o comunicación? Si no existen, ¿qué alternativas hay o cuáles se podrían implementar? ¿Existen necesidades de los niños u otras que requieran de atención?*

#### **Para mantener una relación de apoyo**

*¿Cómo se siente ella/él respecto al hecho de que usted le esté preguntando sobre el maltrato?*

algún otro plan de seguridad? ¿Qué les puede pasar a las demás personas que están en la casa (ej. niños, ancianos) si la/el paciente se va?

En relación al suicidio, el proveedor de salud debe preguntar: ¿Le parece que su situación es desesperada? ¿Piensa que estaría usted mejor muerta? ¿Ve alguna otra alternativa? ¿Ha pensado alguna vez en hacerse daño? ¿Cree que podría actuar a partir de esos sentimientos ahora? ¿Tiene usted un plan?

¿Cuál es? ¿Lo puede llevar a cabo? ¿Alguna vez ha contemplado o intentado suicidarse? ¿Qué podría impedir que se quitara usted la vida?

Las preguntas acerca del homicidio siguen una línea paralela: ¿Le parece que su situación es desesperada? ¿Piensa que sería mejor si él/ella estuviera muerto/a? ¿Cree que es necesario protegerse a sí misma (a sus hijos, su madre, etc.)? ¿Ve usted otras alternativas? ¿Ha pensado alguna vez en hacerle daño (al agresor)? ¿Cree que podría actuar a partir de esos sentimientos ahora? ¿Tiene usted un plan? ¿Cuál es? ¿Lo puede llevar a cabo? ¿Alguna vez ha contemplado o intentado matar a alguien? ¿Qué impediría que usted lo/la matara?

## Tratamiento

Completar la valoración antes mencionada le permitirá al proveedor de salud determinar las prioridades de cuidado en casos de emergencia médica. Los pacientes de cualquier edad que se perciban como posibles suicidas u homicidas (o si existe alguna duda al respecto) necesitan una evaluación psiquiátrica inmediata para valorar riesgos y posible hospitalización. Si esto no es viable, se puede ofrecer hospitalización en un piso de pediatría o medicina general con vigilancia adecuada y por corto tiempo, hasta que se puedan hacer arreglos más definitivos. Los pacientes en riesgo inmediato de daño por parte de sus agresores necesitan ser enviados de inmediato a albergues o servicios sociales para niños o ancianos. Algunas comunidades cuentan con vales de hotel que se pueden utilizar. La hospitalización (con arreglos para una seguridad apropiada) puede ser una opción si no se encuentran recursos disponibles de manera inmediata. Es posible que los pacientes que no pueden cuidarse a sí mismos requieran de una evaluación psiquiátrica urgente, un lugar seguro para vivir o bien de hospitalización, según las circunstancias del caso.

Los pacientes que no están en peligro inmediato necesitarán un plan de cuidado integral que incluya por lo general tratamiento psiquiátrico ambulatorio y/o recursos comunitarios de apoyo. En caso de que se requiera de cuidado específico para problemas de salud mental, éste dependerá de la edad del paciente, tipo de victimización, síndrome clínico y participación de la familia. En un principio, algunos pacientes con secuelas psiquiátricas leves sólo pueden necesitar servicios de apoyo a víctimas, aunque mediante el seguimiento del caso se podrán valorar las necesidades adicionales. Dada la complejidad de la mayoría de los casos que requieren de cuidados de salud mental, el proveedor de salud debe tratar de referir al paciente con el profesional que pueda llevar a cabo una valoración psiquiátrica completa y elaborar un plan de tratamiento global en colaboración con el proveedor de salud y los recursos de la comunidad. Por lo general, no se aconseja referir al paciente a formas específicas de terapia (ver más adelante).

**Violencia doméstica.** La atención en cuanto a salud mental para víctimas de maltrato requiere de una valoración continua respecto a la seguridad de la víctima, independientemente de la modalidad del tratamiento. Se pueden necesitar grupos de apoyo, psicoterapia individual o de grupo, y en ocasiones, farmacoterapia. *El proveedor de salud debe ser sumamente cauteloso al recetar cualquier medicamento (como los sedantes) que pueda alterar la capacidad de la víctima para valorar su seguridad y responder de manera adecuada.*

La terapia de pareja, la mediación de la Corte o el envío del agresor a alguna instancia de apoyo sin ofrecerle ayuda a la víctima están todas *contraindicadas* debido a que pueden incrementar el riesgo de violencia para la víctima.

La terapia de pareja y la mediación legal asumen la equidad en la pareja y la responsabilidad mutua de ambos respecto al maltrato. Ninguna de estas situaciones se observan en la mayoría de las relaciones de este tipo.

Los resultados del manejo de la rabia y de los enfoques de tratamiento similares para los maltratadores están siendo evaluados en la actualidad. Algunos centros reportan resultados prometedores a corto plazo, pero aún no se sabe si dichos resultados son generalizables o si se pueden mantener a lo largo del tiempo. La terapia de pareja para reconstruir una relación sólo se debe considerar cuando el maltrato ha cesado durante muchos meses o años y ambas partes están dispuestas a intentarlo. Esto se debe coordinar con los servicios locales de ayuda para las víctimas.

**Abuso al menor.** Existe una amplia gama de intervenciones de salud mental que pueden ser valiosas para niños que están siendo maltratados física y sexualmente o que han sido testigos de la violencia entre sus padres. Sin embargo, éstas no deben de considerarse hasta que los aspectos de seguridad hayan sido debidamente cubiertos. Dichas intervenciones incluyen psicoterapia individual o de grupo, terapia de juego para niños más pequeños, terapia familiar (uno de los padres y el niño, u otras combinaciones), terapia de pareja para los padres, entrenamiento para los padres sobre la crianza de los hijos, farmacoterapia o psicoterapia conductual para síntomas específicos (ej. sexualidad precoz, fobias, etc.). El tratamiento de maltratadores físicos reincidentes y de pedófilos requiere de cuidado especializado a largo plazo, por lo que la seguridad del niño debe ser garantizada mientras tanto por otros medios (encarcelamiento del agresor, visitas estrictamente supervisadas, etc.). Es un factor crítico coordinar los tratamientos de salud mental con la red local de servicios de ayuda a los niños.

**Sobrevivientes adultos de maltrato en la infancia.** A menos que estos pacientes estén siendo revictimizados en relaciones presentes, las cuestiones de seguridad respecto a los agresores son menos urgentes que en el caso de otras formas de maltrato. Sin embargo, la seguridad debe ser algo prioritario cuan-

do hay tendencias suicidas, abuso de sustancias, autolesiones y otras conductas similares. A menudo, la psicoterapia individual o de grupo durante períodos largos de tiempo (de uno a dos años o más) es necesaria para resarcir el daño psíquico extenso causado a estos pacientes. La farmacoterapia puede ser especialmente valiosa para tratar síntomas de depresión, ansiedad y trastornos en la alimentación, entre otros. Asimismo, el uso de sustancias puede requerir tratamientos específicos.

**Los ancianos.** La cuestión de la seguridad en cuanto a este grupo de la población se debe atender cuando el paciente es víctima ya sea de maltrato, negligencia o explotación. La valoración de la capacidad (tutela) y/o funcionalidad del anciano puede ser algo necesario para ayudar a planear el tratamiento. Los cambios en la condición de vida -tales como cuidadores nuevos, ingreso en un asilo o el cambio a un lugar donde reciban asistencia- puede incrementar la seguridad del paciente y mejorar de manera importante las secuelas del maltrato. No obstante, estos cambios pueden resultar estresantes para el paciente debido a las pérdidas que experimenta. En general, el tratamiento de síntomas psiquiátricos sigue esquemas tradicionales psicoterapéuticos y psicofarmacológicos. En algunos casos, el apoyo adicional al cuidador o el tratamiento de su abuso de sustancias o enfermedad mental pueden mejorar la situación.

Aun cuando la mayoría de los estados en Estados Unidos cuentan con disposiciones legales para que se reporte el maltrato de ancianos, los recursos tienden a ser muy limitados. Es especialmente importante que los proveedores de salud se familiaricen con las leyes estatales en relación a los ancianos. Los estados varían en cuanto a la edad límite para reportar el maltrato, la secuencia que se debe seguir una vez que se ha reportado éste, y si existe o no alguna penalidad por no reportarlo.

## Referencias

**Para seleccionar a un médico clínico.** Como se mencionó anteriormente, la complejidad de muchos de estos casos requiere que éstos sean referidos a médicos clínicos capaces de llevar a cabo una evaluación global, que tengan experiencia en manejar traumas y que conozcan los recursos locales.

Desafortunadamente, debido a la atención que le prestan los medios de comunicación a la violencia y la victimización, algunos terapeutas y programas de tratamiento se presentan de manera engañosa como expertos en trauma o maltrato. Los proveedores de salud pueden comenzar por elaborar una lista de expertos verdaderos. Muchos grupos de apoyo a víctimas (centros de jubilados, albergues para mujeres golpeadas, centros de atención a personas violadas, servicios telefónicos de ayuda en casos de crisis o emergencia, etc.) conocen muy bien a estos expertos en la comunidad. Además, algunos de estos grupos pueden ofrecer asesoría a bajo costo, u otro tipo de servicios terapéuticos.

Ponerse en contacto con sociedades médicas o psiquiátricas estatales, o con grupos profesionales de psicólogos o de trabajo social puede servir para ubicar a los terapeutas entrenados para tratar a víctimas de trauma. Debido a la relación que existe entre las historias del trauma y el abuso de alcohol y drogas, los terapeutas deben estar preparados para trabajar con personas que tienen diagnósticos duales.

**Discutir la referencia con el paciente.** Para evitar que el paciente experimente una sensación de abandono o de rechazo cuando se le refiere a una clínica de salud mental, hay que enfatizar la participación continua del proveedor de salud en el cuidado del paciente (si esto es algo realista y adecuado). Los pacientes aceptan de muy buena gana estas referencias si el proveedor de salud conoce personalmente al terapeuta o a la agencia, y si sienten que el proveedor de salud continuará supervisando su caso. Aun si el proveedor de salud no sigue involucrado, deberá mencionar los prejuicios y la información errónea que existen acerca de los diagnósticos y los servicios de salud mental (“No, yo no creo que usted está loco”, “Cualquiera se sentiría abrumado si pasara por lo que usted ha pasado”, etc.).

También es importante considerar el aspecto económico cuando se refiere a un paciente. Muchos de ellos no cuentan con seguro médico o tienen restricciones marcadas por sus aseguradoras que no cubren tratamientos de salud mental, por lo que podría ser necesario que utilizaran servicios financiados por agencias oficiales que atienden a bajo o ningún costo, o los servicios de médicos clínicos cuyos honorarios son flexibles. Esto es sumamente importante en el caso de víctimas de maltrato, ya que éstas pueden necesitar períodos prolongados de psicoterapia.



## Situación en América Latina \*

### Rasgos generales

La violencia doméstica en América Latina guarda rasgos comunes entre los diferentes países de la región. Como ocurre en otras partes del mundo, en la gran mayoría de los casos la víctima es una mujer y el agresor es un hombre, ya sea esposo o pareja afectiva. En general, se calcula que alrededor de la mitad de las mujeres latinoamericanas de 15 a 49 años de edad y de todas clases sociales experimentan la violencia doméstica en algún momento de sus vidas. Sin embargo es importante comprender de una manera no estereotipada el impacto del maltrato conyugal en las mujeres latinoamericanas, debido a la gran diversidad de etnias, clases sociales, condiciones sociopolíticas, la disparidad socioeconómica entre las zonas urbanas y rurales así como niveles educacionales, las cuales influyen no solamente la construcción del significado de la experiencia del abuso sino también el acceso a los servicios médicos, legales y asistenciales.

Los estudios respecto al tema de la violencia doméstica y sus efectos en la salud mental son aún incipientes y provienen principalmente de instituciones de servicio, instituciones encargadas de impartir justicia, grupos de mujeres y organizaciones no gubernamentales. Las cifras registradas representan, sin embargo, tan sólo la punta del iceberg, ya que se refieren sobre todo a situaciones en donde la violencia ha alcanzado niveles extremos.

### Efectos psicológicos en las víctimas

La violencia doméstica incluye formas muy variadas de abuso y control hacia las mujeres y por lo general, no se limita al abuso físico, sino que incluye muchas veces la violación marital y el abuso emocional. Este último puede presentarse por medio de múltiples y variadas estrategias de control y humillación, llegando incluso a manifestarse en forma de tortura emocional.

Por ejemplo en una investigación en Nicaragua se encontró que casi la totalidad de las mujeres indicó que la violencia física estaba acompañada de abuso psicológico y un porcentaje importante de violación marital.

Por esta razón las consecuencias emocionales que sufre una mujer latinoamericana víctima de violencia doméstica, no pueden limitarse a una forma exclusiva de abuso, sino que deben verse como respuesta a la globalidad de las manifestaciones de violencia.

\* La sección siguiente fue escrita por IPPF/RHO y no necesariamente refleja las opiniones de la AMA.

Las mujeres latinoamericanas reportan que el abuso emocional, puede presentarse en forma de humillaciones, burlas, agresión verbal y variadas estrategias de control social, emocional y económico. Sin embargo las consecuencias de este varían si es concomitante con la amenaza y la ocurrencia real de violencia física y violación marital.

Por otra parte, se ha comprobado que la violencia emocional afecta directamente aspectos relacionados con el aprendizaje social de la identidad femenina y los roles asociados con esta. Los patrones culturales en que la mujer latinoamericana ha sido socializada en su rol de género con especial énfasis en la subordinación hacia el marido y en su responsabilidad como mediadora de conflictos y sostén de la unión de la familia, socavan sus recursos internos para afrontar experiencias de violencia doméstica.

Diferentes estudios sobre mujeres maltratadas reportan una serie de efectos como consecuencia de la violencia. Los síntomas emocionales deben ser interpretados como resultado de la experiencia traumática del abuso y no como indicadores de problemas psiquiátricos que predisponen a las mujeres a la violencia conyugal.

Entre los hallazgos comunes provenientes de diferentes investigaciones se ha encontrado: sentimientos de culpa, la creencia en el merecimiento del castigo por su falta de obediencia o acatamiento a las órdenes o deseos de su compañero, sentimientos de vergüenza relacionados con la creencia de ser una mujer inadecuada, el miedo al momento que llegue a casa el compañero y la violencia se repita, ideas suicidas y sensación de estar loca.

Además de los efectos anteriores se encuentran los síntomas físicos y emocionales asociados al estrés. Dentro de estos últimos se ha encontrado aislamiento, pesadillas, ansiedad y pérdida del disfrute.

De igual manera y relacionado con la prestación de servicios de salud, algunos trabajos han evidenciado una correlación entre maltrato y policonsulta. Al respecto es notable la investigación sobre prevalencia de abuso conyugal en Nicaragua donde se pudo determinar que las mujeres maltratadas presentaron aproximadamente dos veces más problemas de salud que las no maltratadas.

Como sucede en otras partes del mundo, la violencia doméstica en América Latina no sólo afecta a la mujer sino a otros miembros de la familia, particularmente a sus hijos e hijas.

En México, estudios realizados señalan que, en promedio, por cada hecho de violencia doméstica hay tres personas que deben recibir atención.

En la mayoría de los casos se trata de los hijos e hijas dependientes de la pareja. Ellos sufren de manera especial las consecuencias de ser testigos de la violencia. Por ejemplo, en Nicaragua se logró identificar que las niñas y niños testigos del maltrato hacia sus madres tienen hasta cinco veces más problemas psicológicos y de aprendizaje.

Según datos de antecedentes familiares de hombres maltratadores, los hijos varones que son testigos de la violencia en su niñez tienen tres veces más probabilidad de abusar de sus esposas cuando son adultos que aquellos que no pasaron por esa experiencia.

La mayoría de las mujeres maltratadas reconocen que sus hijos se ven afectados por la violencia y explican con ella, los problemas psicológicos, conductuales y de aprendizaje que manifiestan.

Los efectos de la violencia doméstica sobre la salud mental de las mujeres latinoamericanas se ven agravados entre otras razones, por las dificultades de acceso de amplios sectores de mujeres a los servicios de atención especializada, o bien, por la falta de información de gran parte del personal de salud para abordar el problema. Ellos contribuyen no solo con la falta de apoyo externo para afrontar la problemática, sino también con tratamientos que muchas veces son contraindicados y estigmatizantes.

Similar situación ocurre con otras manifestaciones de violencia intrafamiliar, ya que existen pocos recursos disponibles para una gran necesidad de atención de los efectos del incesto, del abuso infantil y de adultos mayores, entre muchos otros.

En relación con el abuso infantil, los trabajos tienden a evidenciar efectos similares a los señalados por investigaciones de países desarrollados: depresión, problemas escolares, de conducta, y de relación interpersonal. Sin embargo, cuando el abuso es concomitante con situaciones de extrema pobreza, abandono, incorporación temprana al trabajo, desplazamiento e institucionalización, entre una gran variedad de factores presentes en la vida cotidiana de un gran sector de la niñez latinoamericana, los problemas tienden a agravarse.

Por ejemplo, en un estudio llevado a cabo en Costa Rica sobre niños y niñas en prostitución, pudo evidenciarse la conexión entre ella y abuso sexual intrafamiliar, pobreza, violencia doméstica, fugas del hogar e inicio temprano del uso de drogas, alcohol y psicofármacos. Estos niños y niñas manifiestan variadas estrategias psicológicas para sobrevivir a tales condiciones de explotación. Así se pudo determinar la presencia de síntomas asociados con la depresión (tristeza, sentimientos de culpa, problemas de concentración y deseos de morirse) y con la disociación (ideas fijas, problemas de memoria, fugas disociativas, entre otros).

En relación con los efectos del abuso infantil a mediano y largo plazo, no se cuenta con suficiente información para conocer de manera específica el efecto acumulativo de la violencia en la población latinoamericana. Sin embargo es posible suponer la presencia del ciclo generacional de la violencia física contra niños y niñas, dada la gran aceptación social del castigo físico como alternativa para educar y corregir.

Por otra parte, y relacionado con el reconocimiento de la gravedad de los contactos sexuales entre niños y niñas con personas adultas, hay un mayor conocimiento de los efectos del abuso sexual a largo plazo y por ende, de un mayor número de alternativas -no accesibles en todos los países ni entre las regiones de un mismo país- para mujeres sobrevivientes.

Los centros especializados para atender el abuso sexual infantil en América Latina, han señalado que entre los efectos a largo plazo se encuentran: los problemas relacionados con el cuerpo y la sexualidad, la autovaloración y la vulnerabilidad a nuevos abusos- derivada de los sentimientos de impotencia y las dificultades en el área de la confianza y la identificación de situaciones de riesgo.

## Recursos

En la mayoría de los países en América Latina existen agencias gubernamentales, organizaciones no gubernamentales y grupos de mujeres que trabajan con víctimas de violencia intrafamiliar. Sin embargo, los servicios existentes no son suficientes para atender el problema.

Por otra parte, todavía existen ciertos tabúes culturales y concepciones erróneas respecto a las cuestiones relacionadas con la salud mental, incluso en lo que se refiere al hecho de acudir a un profesional en este campo. Relacionado con ello, muchos de quienes experimentan en el presente o en el pasado situaciones de violencia tienen la creencia de que los servicios de salud mental no son una alternativa eficaz para solucionar sus problemas. Esto hace que muchas veces no se busquen o acepten estos servicios.

Todavía queda mucho por investigar y por hacer en el terreno de la violencia doméstica y sus efectos en la salud mental. Esto es algo que sólo podrá hacerse con la colaboración de organismos especializados, organismos no gubernamentales y grupos de mujeres que trabajan con estos temas, o con temas afines.

## Algo para reflexionar

Como se ha visto en estos lineamientos, el papel del proveedor de salud es crucial para detectar casos y para actuar en lo que se refiere a la atención de las secuelas psicológicas que deja este grave problema social tanto en las propias víctimas como en sus familias.

Algunas preguntas que sería útil hacerse son las siguientes:

- ¿Conoce la magnitud del problema de la violencia familiar en su país o en la zona en la que reside o ejerce su práctica médica?
- ¿Sabe adónde acudir para recibir información, atención, servicio o entrenamiento?
- ¿Podría organizar algún grupo de estudio sobre el tema en su comunidad?
- En caso de ser proveedor de salud, ¿podría organizar algún tipo de entrenamiento-en su propio centro de trabajo o bien fuera de él- para detectar y atender casos de violencia familiar y sus efectos en la salud mental?

Al final de estos lineamientos se incluye una lista de organizaciones no gubernamentales en diferentes países de América Latina. En general, estos grupos cuentan con material informativo y con personas capacitadas para ofrecer atención y entrenamiento. Entrar en contacto con uno de estos grupos podría ser el primer paso de una valiosa cadena de apoyo para quienes sean sobrevivientes o estén siendo víctimas de la violencia intrafamiliar en el presente.

## EFECTOS DE LA VIOLENCIA EN LA SALUD MENTAL

### Algunas Organizaciones No Gubernamentales con Programas y Servicios de Atención

#### ANTIGUA

*Antigua Planned Parenthood Association (APPA)*  
Bishopgate Street  
P.O. Box 419  
St. John's, ANTIGUA, W.I.  
Tel. (268) 462-0947  
Fax (268) 560-2297  
appa@candw.ag

#### ARGENTINA

*Asociación Gerónimo*  
Apartado Postal 109 C.P. 9400  
Río Gallegos  
Santa Cruz, ARGENTINA  
Tel. (54-966) 251-70

*Casa de la Mujer*  
Avenida Córdoba 4773  
Apartado Postal 1414  
Buenos Aires, ARGENTINA  
Tel. (54-1) 771-8901

*Centro de Asistencia Integral a la Mujer Maltratada (CAIMM)*  
Lima 266  
(5000) Córdoba, ARGENTINA  
Tel. (54-51) 210-251

*Centro de Estudios de la Mujer (CLADEM)*  
Avenida Santa Fe 5380-7º-E  
1425 Buenos Aires, ARGENTINA  
Tel/Fax (5441) 772 5837

*Fundación Alicia Moreau de Justo*  
Corrientes 1485, 1er. Piso A  
1042 Buenos Aires, ARGENTINA  
Tel. (54-1) 405-077 / 401-805

*INDESO Mujer*  
Balcarce 357  
Rosario 2000, ARGENTINA  
Tel/fax (5441) 42 369

*Lugar de Mujer*  
*Programa de Prevención de Violencia Doméstica Sexual*  
Corrientes 2621, 80. 83 (1046)  
Buenos Aires, ARGENTINA  
Tel. (54-1) 496-8081

*Nosotras*  
Monte Caseros 335  
(2840) Gualeguay  
EntreRíos, ARGENTINA  
Tel. (54-444) 22-997 / 24-567  
Fax (54-444) 24-567

#### BAHAMAS

*Women's Crisis Centre*  
P.O. Box 476  
Nassau, BAHAMAS  
Tel. (809) 328-0922

#### BARBADOS

*Barbados Family Planning Association (BFPA)*  
Bay Street  
Bridgetown, BARBADOS, W.I.  
Tel. (246) 426-2027 / (246) 426-0271  
Fax (246) 427-6611  
bfpa@mail.sunbeach.net

**BELICE**

*Belize Family Life Association (BFLA)*  
Old Hospital Building  
Eve Street  
P.O. Box 529  
Belize City, BELIZE, C.A.  
Tel. (501-2) 44-399 / 31-018  
Fax (501-2) 32-667  
bfla@btl.net

**BRASIL**

*Casa de Cultura da Mulher Negra (GELEDES)*  
Rua Prof. Primo Ferreira 22  
Santos, São Paulo  
CEP 11045-150, BRASIL  
Tel. (013) 221-2650  
Fax (013) 323-9976

*Centro da Mulher 8 de Março*  
Av. Almirante Barroso 405  
Centro João Pessoa, Paraíba  
CEP 58013-120, BRASIL

*Centro Feminista de Estudos e Assessoria (CFEMEA)*  
SCN Ed. Venâncio 3000  
Bloco A Sala 602  
Brasília, DF  
CEP 70718-900, BRASIL  
Tel. (061) 328-1664  
Fax (061) 328-2336  
cfemea@cfemea.org.br  
www.cfemea.org.br

*União de Mulheres do Município de São Paulo*  
Rua Coração da Europa 1395  
São Paulo, São Paulo  
CEP 01314, BRASIL  
Tel. (011) 36 2367 / 549 2032

*Coletivo Mulher Vida*  
Rua São Miguel 84  
Bairro Novo  
Olinda, Pernambuco  
CEP 53120, BRASIL  
Telefax: (081) 439 1848

*Conselho Estadual da Condição Feminina*  
Avenida Paulista 1776, 17 andar  
São Paulo, São Paulo  
CEP 01310, BRASIL  
Tel. (011) 289 4942  
Fax (011) 287 2136

*Conselho Estadual dos Direitos da Mulher*  
Avenida Atlântica 360/301  
Leme  
Rio de Janeiro, RJ  
BRASIL  
Tel. (021) 295 2436

*CEPIA*  
*Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação e Ação*  
Rua do Russel, 694 / 2 andar  
Rio de Janeiro, RJ  
CEP 22210-010, BRASIL  
Tel. (021) 558-6115  
cepia@ax.apc.org  
www.cepia.org.br

*GEMPAC*  
Rua São Pedro  
Jardim Liberdade  
Quadra 5, Casa 5  
Bairro Benjou  
Belém do Pará, BRASIL  
Tel. (091) 224 4472

*SOS/ Ação Mulher (UNICAMP)*  
Avenida Orozinho Maia 595  
Campinas, São Paulo  
BRASIL  
Tel. (0192) 31 0037

*Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM)*  
Av. República do Chile, 230 – 17 andar  
Centro – Rio de Janeiro – RJ  
CEP 20031-170, BRASIL  
Tel. (021) 210-2448  
Fax (021) 220-4057  
info@bemfam.org.br  
www.bemfam.org.br

**CHILE**

*Asociación Chilena de Protección de la Familia (APROFA)*  
Los Conquistadores 2159  
Providencia  
Casilla 16504, Correo 9  
Santiago, CHILE  
Tel. (56-2) 334-8249 / 234-3931  
Fax (56-2) 334-8235  
aprofa@aprofa.cl

*Asociación Pro-Derechos de la Mujer Angela Lima (APRODEM)*  
Pasaje de la República s/n interior, 4º  
Santiago de Chile, CHILE  
Tel. 56-2) 681-6974

*Centro de Asistencia a Víctimas de Atentados Sexuales (CAVAS)*  
Román Díaz 817 – Providencia  
Santiago de Chile, CHILE  
Tel. (56-2) 204-8886  
Fax (56-2) 235-1229

*Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM)*  
Reina Victoria 6581-D  
Santiago de Chile, CHILE  
Tel. (562) 277 1651  
Fax. (562) 696 6569  
http://www.derechos.org/cladem

*ISIS Internacional*  
Esmeralda 636-2º Piso  
Casilla 2067, Correo Central  
Santiago de Chile, CHILE

*Oficina de la Mujer*  
Franklin 1330  
Pasaje Juan Villagrán Zao  
Santiago de Chile, CHILE  
Tel. (562) 551 6669  
Fax. (562) 395 072

*Red Feminista Latinoamericana y del Caribe contra la Violencia Doméstica y Sexual*  
Sede de Información y Comunicación  
Casilla 2067, Correo Central  
Santiago de Chile, CHILE  
Tel. (562) 633 4582  
Fax (562) 638 3142  
Isis@ax.apc.org

**COLOMBIA**

*Asociación Pro-Bienestar de la Familia Colombiana (PROFAMILIA)*  
Calle 34 #14-52  
Santafé de Bogotá, COLOMBIA  
Tel. (57-1) 338-3160 / 339-0900  
Fax (57-1) 287-5530 / 338-3159  
DireccionEjecutiva@profamilia.org.co  
RelacionesPublicas@profamilia.org.co

*Casa de la Mujer*  
Carrera 21 N° 51-22  
Apartado Aéreo 36151  
Santafé de Bogotá, COLOMBIA  
Tel. (572) 235 3986  
casmuljer@colnodo.apc.org

*Organización Femenina Popular*  
Carrera 22 No. 12-A-36 del Barrio Torcoroma  
Barrancabermeja, COLOMBIA

*Programa APC de Apoyo a las Redes de Mujeres*  
Av. 39 #14-75  
Santafé de Bogotá, COLOMBIA  
Tel. (571) 3381277

*Red Nacional de Mujeres*  
Calle 34 #14-52  
Santafé de Bogotá, COLOMBIA  
genero@profamilia.org.co

**COSTA RICA**

*Alianza de Mujeres*  
Apdo. Postal 6851-1000  
San José, COSTA RICA  
Tel/fax (506) 233 5769 / 233 0151  
amccpalm@sol.racsa.co.cr

*Asociación Herediana para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar (APREVID)*  
San José, COSTA RICA  
Tel. (506) 260 8654  
Fax (506) 260 8991

*Asociación Triángulo Rosa*  
Avenida 2 y 4 Calle 13, Edificio 217  
Apartado Postal 1619-4050 Alajuela  
San José, COSTA RICA  
Tel. (506) 258 0214  
Fax (506) 223 3964  
atriosa@sol.racsa.co.cr

*Centro Feminista de Información y Acción (CEFEMINA)*  
Apartado 5355-1000  
San José, COSTA RICA  
Tel/fax. (506) 224-3986  
cefemina@sol.racsa.co.cr  
Sitio Web: <http://www.cefemina.or.cr>

*Centro de Orientación Familiar (COF)*  
Calle 24, Avenida 3ra y 5ta, Casa #389,  
San José, COSTA RICA  
Tel. (506) 221 4776 / 221 1548  
Fax (506) 258 0337  
carsol@sol.racsa.co.cr

*Colectivo Feminista Panca Carrasco*  
Apartado Postal 7-3200  
San José, COSTA RICA  
Tel/fax. (506) 283 9793  
Fax (506) 283 6018  
panchas@sol.racsa.co.cr

*Comisión de los Derechos Humanos en Centroamérica (CODEHUCA)*  
San José, COSTA RICA  
Tel. (506) 224 5970  
Fax. (506) 234 2935  
codehuca@codehuca.or.cr

*Fundación PROCAL (Promoción, Capacitación y Acción Alternativa)*  
Apartado 14- 2300  
San José, COSTA RICA  
Tel. (506) 253 0875  
Fax (506) 272 0190 / 283 5950  
*Instituto Latinoamericano de Prevención y*

*Educación en Salud (ILPES)*  
75 mts. Sur de la MUCAP  
Barrio Los Yoses  
San José, COSTA RICA  
Tel. (506) 280 5525 / 280 4832  
Fax. (506) 253 7625  
Glilpes@hotmail.com  
Abm@racsa.sol.co.cr

*Instituto Monteverde*  
Santa Elena, Puntarenas  
Apartado Postal 69-5655  
San José, COSTA RICA  
Tel/fax. (506) 645 5053  
mvipac@sol.racsa.co.cr

*Mujeres Unidas en Salud y Desarrollo (MUSADE)*  
500 mts. Norte Hospital de San Ramón,  
Alajuela  
San José, COSTA RICA  
Tel/fax (506) 445 4885

*Red de Mujeres en Acción*  
Hatillo Centro de la Unidad Sanitaria 100  
mts. Este, 75 Norte, Urbanización Reina de los Angeles,  
San José, COSTA RICA  
Tel/fax (506) 227 3407

## DOMINICA

*Dominica Planned Parenthood Association (DPPA)*  
64 King George V Street  
P.O. Box 247  
Roseau  
COMMONWEALTH OF DOMINICA  
Tel. (767) 448-4043  
Fax (767) 448-0991  
dppa@tod.dm

## ECUADOR

*Asociación Pro-Bienestar de la Familia Ecuatoriana (APROFE)*  
Letamendi 604 y Noguchi  
Apartado Postal 5954  
Guayaquil, ECUADOR  
Tel. (593-4) 402-991 / 400-888  
Fax (593-4) 419-667  
duarte@aprofe.org.ec

*Centro Ecuatoriano para la Promoción y Acción de la Mujer*  
Casa de Refugio  
Casilla Postal 17-15-131-C  
Quito, ECUADOR  
Tel. (5932) 32 0039

*Centro de Estudios e Investigación sobre el Maltrato a la Mujer Ecuatoriana (CEIM-ME)*  
Av. Colón 1815/3er. Piso y Av. 10 de Agosto  
Apartado Postal 17-16-106  
Quito, ECUADOR  
Tel. (593-2) 525-642  
Fax (593-2) 525-642

*Mujeres del Ático*  
Cdl. Entre Ríos: Río Babahoyo y Sexta,  
Casilla Postal 455  
Guayaquil, ECUADOR  
Tel/fax (5934) 28 9241 / 28 4210

## EL SALVADOR

*Asociación Autodeterminación y Desarrollo Mujeres Salvadoreñas (AMA)*  
Colonia Centroamericana,  
Calle Guatemala, Pasaje 9, 110  
San Salvador, EL SALVADOR  
Tel/fax (503) 225 2452

*ASAPROSAR*  
Km. 62 Media Car. Panamericana  
Santa Ana, EL SALVADOR  
Tel. (503) 441 0646  
Fax. (503) 447 7216

*Asociación de Comunidades Rurales para el Desarrollo de El Salvador (CRIPDES)*  
Final 23 Calle Poniente 1523, San Salvador  
Tel. (503) 226 3717 / 235 4005  
Fax (503) 226 3560

*Asociación de Mujeres Salvadoreñas (ADEMUSA)*  
Pasaje 1, 1722, Colonia Layco entre 5ta y 7ma  
Avenida Norte. Frente a la Iglesia Luz del Mundo  
San Salvador, EL SALVADOR  
Tel/fax. (503) 226 1479

*Comité 25 de Noviembre Red de Mujeres contra la Violencia*  
Gabriela Mistral 224  
San Salvador, EL SALVADOR  
Tel. (503) 226 0356 / 225 4457  
Fax (503) 226 1879

*Comité de Defensa de la Mujer*  
Av. 15 de Setiembre #40, Barrio Concepción  
Suchitoto, Cuscatlán  
San Salvador, EL SALVADOR  
Tel/fax (503) 335 1199

*Coordinadora Nacional de la Mujer Salvadoreña (CONAMUS)*  
Bulevar de los Héroes y Avenida Las Palmeras 130, Urbanización Florida  
Apartado Postal 3262CG  
San Salvador, EL SALVADOR  
Tel. (503) 226-2080  
Fax (503) 274-7610

*Instituto de Estudios Jurídicos de El Salvador.*  
*Programa de la Mujer (IEJES)*  
Urbanización y Pje. Italia,  
#3, Calle San Antonio Abad  
San Salvador, EL SALVADOR  
Tel/fax (503) 225 4016

*Instituto de Estudios de la Mujer (CEMUJER)*  
 Colonia Médica Boulevard Héctor Silva #144  
 San Salvador, EL SALVADOR  
 Apartado Postal 31159  
 San Salvador, EL SALVADOR  
 Tel. (503) 225 5810  
 Fax. (503) 22 5812  
 cemujer@netcomsa.com

*Instituto de Investigación, Capacitación y Desarrollo de la Mujer (IMU)*  
 27 Ave. N. 1411  
 Apartado Postal 2638CG  
 San Salvador, EL SALVADOR  
 Tel. (503) 226 0543  
 Fax (503) 226 3080  
 imu@es.com.sv

*Mujeres por la Dignidad y la Vida (LAS DIGNAS)*  
 Calle Gabriela Mistral 224  
 San Salvador, EL SALVADOR  
 Tel (503) 225 4457 / 226 0359  
 Fax (503) 223 1879  
 dignas@vianet.com.sv

## GRENADA

*Grenada Planned Parenthood Association (GPPA)*  
 P.O. Box 127  
 Deponthieu Street  
 St. George's, GRENADA, W.I.  
 Tel. (473) 440-2636 / 440-3341  
 Fax (473) 440-8071  
 gppa@caribsurf.com

## GUATEMALA

*Asociación de Mujeres Vamos Adelante*  
 8va Calle 3 -18, Zona 1  
 Segundo Nivel, Oficina C  
 Guatemala, GUATEMALA  
 Tel. (502) 232 4215 / 251 0293  
 Fax (502) 251 0293  
 amva@quetzal.net

*Asociación Nuevos Horizontes*  
 3ra Calle 6-51 Zona 2, Quetzaltenango,  
 Guatemala, GUATEMALA  
 Tel. (502) 761 6140 / 761 0428  
 Fax (502) 761 4328

*Asociación para el Desarrollo de la Mujer y la Familia (DI MUJER)*  
 11 Ave, "A" 12-10, Zona 2  
 01002, Guatemala, GUATEMALA  
 Tel. (502) 2 530217

*Asociación Pro-Bienestar de la Familia Guatemalteca*  
 9ª Calle 0-57, Zona 1  
 Apartado Postal 1004-01001  
 Ciudad de Guatemala, GUATEMALA  
 Tel. (502) 230 5488  
 Fax. (502) 251 4017  
 aprofam@guate.net

*Centro de Acción en Derechos Humanos. Área de Derechos de la Mujer*  
 Guatemala, GUATEMALA  
 Tel. (502) 221 1268 / 221 1286  
 Fax (502) 251 8163  
 caldh@guate.net

*COMFUITAG*  
 Zona 1, 6ªv 154i, Ofic. 6 Nivel  
 Ciudad de Guatemala, GUATEMALA  
 Tel/fax. (502) 38075

*COPRUDIMU*  
 26 Calle 3-42, Zona 3  
 Ciudad de Guatemala, GUATEMALA 01003  
 Tel/fax (502) 230 2988

*Grupo Guatemalteco de Mujeres*  
 Av. del Cementerio 15-81, Zona 3  
 Ciudad de Guatemala, GUATEMALA  
 Tel/fax. (502) 284 817 / 238 0088  
 ggm@nicarao.apc.org

## GUYANA

*Guyana Responsible Parenthood Association (GRPA)*  
 70, Quamina Street  
 South Cummingsburg  
 Georgetown, GUYANA, S.A.  
 Tel. (592-2) 575-83 / 532-86 / 532-78  
 Fax (592-2) 521-44  
 grpafpa@sdpn.org.gy

## HAITI

*Grupo Iniciativa por un Tribunal contra la Violencia hacia la Mujer Haitiana*  
 11 rue Armand Holly (Turgeau)  
 Port au Prince, HAITI  
 Tel.(509) 455174

## HONDURAS

*Acciones para el Desarrollo Poblacional*  
 Tegucigalpa, HONDURAS  
 Tel. (504) 2 22 4682  
 Fax (504) 2 22 4682

*Asociación Calidad de Vida*  
 Colonia Miraflores  
 Apartado Postal U8880  
 Tegucigalpa, HONDURAS  
 Tel. (504) 230 6236 / 230 6894

*Casa de la Mujer*  
 Col. Palmira, Primera Calle 642  
 Apartado 3545  
 Tegucigalpa, HONDURAS  
 Tel. (504) 2 39 6101  
 Fax. (504) 2 32 6301

*Casa Refugio de la Mujer*  
 A.D.P. Apto 2686  
 Tegucigalpa, HONDURAS  
 Tel/fax (504) 222 4682

*Centro Cultural de Mujeres "Visitación Padilla"*  
 Apdo. Postal 1796 Tegucigalpa  
 Tegucigalpa, HONDURAS  
 Tel/fax (504) 2 39 3714

*Centro de Derechos de Mujeres (CDM)*  
 Colonia Palmira  
 Paseo República del Perú, Casa 327  
 Apartado Postal 4562  
 Tegucigalpa, HONDURAS  
 Tel/fax (504) 2 39 0747 / 39 2005  
 regina%cdm@sdnhon.org.hn

*Centro de Estudios de la Mujer (CEM-H)*  
 Apartado Postal 3543  
 Tegucigalpa, HONDURAS  
 Tel. (504) 2 32 6153  
 Fax (504) 2 32 6301  
 cemh@david.intertel.hn

*Colectivo de Salud Casa Chamana*  
 Apartado 3246  
 San Pedro Sula, HONDURAS  
 Tel/fax (504) 2 56 1984  
 e.m.chamana@nicarao.apc.org

*Comisión Cristiana de Desarrollo Atención personas agredidas*  
 Tegucigalpa, HONDURAS  
 Tel. (504) 2 32 8223

*Comisionado Nacional para la Protección de los Derechos Humanos en Honduras Atención en Violencia Intrafamiliar*  
 Tegucigalpa, HONDURAS  
 Tel. (504) 2 21 0516  
 Fax (504) 2 21 0536

*Comité para la Defensa de los Derechos Humanos en Honduras*  
 Tegucigalpa, HONDURAS  
 Tel. (504) 2 37 7825  
 Fax (504) 2 37 5368

*Dimensiones, Empresa Consultora S. de R.L. Atención en Violencia Intrafamiliar*  
 Tegucigalpa, HONDURAS  
 Tel. (504) 2 32 6430  
 Fax (504) 2 32 6430

*Red contra la Violencia hacia la Mujer*  
 Apartado 2686  
 Tegucigalpa, HONDURAS  
 Tel/fax (506) 22 4682

*Solidarias, Mujeres para el Desarrollo*  
Barrio La Plazuela #1239  
Apartado Postal 2348  
Tegucigalpa, HONDURAS  
Tel/fax (504) 238 0181 / 38 8570

## JAMAICA

*Jamaica Family Planning Association (JFPA)*  
14 King Street  
P.O. Box 92  
St. Ann's Bay  
St. Ann, JAMAICA, W.I.  
Tel. (876) 972-2515 / 972-0260  
Fax (876) 972-2224  
famplan@cwjamaica.com

## MEXICO

*Centro de Atención al Maltrato Intrafamiliar y Sexual (CAMIS)*  
Morelos Oriente 1300- Planta Baja  
Toluca, México 50090, MEXICO  
Tels. (5272) 15 0388 / 14 8344

*Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar (CAVI) – PGJDF*  
Dr. Carmona y Valle 54- 1er piso  
México, DF, MEXICO  
Tels. (525) 2006240/6250/6251

*Centro de Apoyo a la Mujer “Griselda Álvarez”, A.C.*  
Álvaro Obregón 232  
28000 Colima, Col. México  
Tel/fax (5233) 129 599

*Centros Integrales de Apoyo a la Mujer (CIAM)*  
México, D.F., MEXICO  
Tels. (525) 319 9873 / 781 0242  
633 9999 / 513 5985 / 764 2367

*Centro de Investigación y Capacitación de la Mujer (CICAM)*  
Santa María de la Ribera 107-3  
Col. Santa María de la Ribera  
06400 México, DF, MEXICO  
Tel. (525) 547 4376  
Fax. (525) 541 6799

*CIDHAL*  
Calle Flores 11  
Colonia Acapantzingo  
Cuernavaca, Mor. MÉXICO 62001  
Tels. (5273) 18 2058 / 12 1224

*Colectivo de Encuentro entre Mujeres (COLEM)*  
Calle Rivera N° 5, Bo. Tlaxcala  
S. Cristóbal de las Casa, Chiapas  
C.P. 29210, MEXICO  
Apartado 288  
Tel/fax (52967) 843304

*Colectivo Feminista (COATLICUE)*  
Obregón 232  
C.P. 28090  
Colima, Col.  
MEXICO

*Colectivo de Hombres por Relaciones Igualitarias A.C. (CORIAC)*  
Xola 1107 a una calle del Metro Etiopía,  
entre Pitágoras y Pestalozzi, Colonia Narvarte  
Mexico, D.F. 03020, MEXICO  
Tel. (52-5) 639-5707 / 639-5386  
Fax (52-5) 383-4007

*Colectivo de Lucha Contra la Violencia, A.C. (COVAC)*  
Mitla 145, Colonia Navarte  
México, DF 03020, MEXICO  
Tel. (525) 519 3145  
Fax (525) 538 9801

*Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (MEXFAM)*  
Juárez #208  
Tlalpan 14000 D.F., MÉXICO  
Tel. (525) 573-7100 / 573-7348 / 573-7070  
Fax (525) 573-2318 / 655-1265  
mexfinfo@mexfam.org.mx  
director@mexfam.org.mx

*Grupo Alaíde Foppa, A.C.*  
Río Sta. María 3651  
Fraccionamiento Bugambilias  
21395 Mexicalli, B.C. México  
tel. (5265) 61 1391 / 51 0216  
Fax (5265) 61 1391

*Programa de Atención Integral a Víctimas y Sobrevivientes de Agresión Sexual (PAIV-SAS)*  
Av. Universidad, 3004, Edif. A. cubículo anexo al salón 10, Facultad de Psicología, Ciudad Universitaria  
México, D.F., MEXICO  
Tel. (52-5) 622-2254

*SIPAM*  
Vista Hermosa 89  
Colonia Portales  
03300 México, DF, MEXICO  
Tels. (525) 532 5763 / 672 727  
Fax (525) 539 8703  
maru@laneta.apc.org

## NICARAGUA

*Asociación para el Apoyo de la Nueva Familia Nicaragua – ANFA IXCHEN*  
Km. 5 carretera a Masaya, del Portón principal del Colegio Teresiano 30 varas Este  
Casa 126M/1  
Managua, NICARAGUA  
Tel/fax (505) 67 0168

*Asociación de Mujeres contra la Violencia (OYANKA)*  
Jalapa, Madriz  
Managua, NICARAGUA  
Tel. (505) 737 2231

*Asociación de Mujeres Nicaragüenses “Luisa Amanda Espinoza” (AMNLAE)*  
Apartado Postal A-238  
Managua, NICARAGUA  
Tel. (505) 27 1661 / 27 5931  
Fax (505) 27 8654

*Asociación Nicaragüense Pro Defensa de la Mujer (ASONICMU)*  
De la Recacha 1 abajo y 25 varas al Lago  
Managua, NICARAGUA  
Apartado Postal C-124  
Tel. (505) 266 1069

*Asociación Pro-Bienestar de la Familia Nicaragüense – PROFAMILIA*  
Km 5 1/2 Carretera a Masaya  
Apartado Postal 4220  
Managua, NICARAGUA  
Tel. (505) 27 5027 / 27 0918  
Fax (505) 27 0802

*Asistencial “ACCION YA”*  
Del Mercado Municipal 2 calles y media al Este, Estelí, NICARAGUA  
Tel/fax (505) 713 2698 / 713 2240

*Centro de Asesorías y Servicios “Mujer y Familia”*  
Entrada Principal reparto San Juan, casa #598  
Managua, NICARAGUA  
Tel. (505) 277 5088 / 270 6075  
Fax (505) 270 6075

*Centro de Educación para la Paz y la Justicia (CEDUPAZ)*  
Enitel Las Palmas 2 calles Abajo  
Apartado Postal 395  
Managua, NICARAGUA  
Tel. (505) 268 4870  
Fax (505) 271 1199

*Centro de la Investigación y Acción de la Mujer Latinoamericana (CIAM-LA)*  
Bloques de Alatomira, del Cine Altamira 4 c. al Lago  
Apartado Postal 4928  
Managua, NICARAGUA  
Tel. (505) 27 2838  
Fax (505) 266 4322

*Centro Médico de la Mujer Obrera*  
Edificio Armando Guido, 1 cuadra arriba y 1/2 al Lago  
Managua, NICARAGUA  
Tel. (505) 49 6903

*Centro de Mujeres de Masaya*  
Calle El Calvario  
del Colegio Bautista 2 1/2 C arriba Masaya  
Managua, NICARAGUA  
Tel/fax (505) 522 2809

*Clínica Mil Flores (ATC)*  
Contiguo a la ATC de Matagalpa  
Managua, NICARAGUA  
Tel. (505) 312 2137

*Colectivo de Mujeres de Matagalpa*  
Del Banco Mercantil, 2 1/2 calles Este  
Apartado Postal 184 Matagalpa  
Managua, NICARAGUA  
Tel. (505) 612 2458  
Fax (505) 612 2458

*Fundación Mejía Godoy*  
Centro Cultural Mangua,  
Ruinas del Gran Hotel  
Managua, NICARAGUA  
Tel/fax (505) 222 6055  
fmejia@ibw.com.ni

*Fundación entre Volcanes*  
Frente a Emtel, Moyogalpa,  
Isla de Ometepe  
Managua, NICARAGUA  
Tel. (505) 459 4118

*Red de Mujeres en León*  
León, NICARAGUA  
Tel (505) 311 6728

*Red de Mujeres contra la Violencia*  
Apartado Postal 5965  
Managua, NICARAGUA  
Tel. (505) 268 3141  
laredm@ibw.com.ni

*Sí Mujer- Managua*  
Managua, NICARAGUA  
Tel/fax (5052)  
simujer@nstm.com.ni

## PANAMA

*Centro de Apoyo a la Mujer Maltratada*  
Apartado 8700888  
Panamá 7, PANAMA  
Tel/fax (507) 267 0770 / 267 7757

*Centro para el Desarrollo de la Mujer (CEDEM)*  
Avenida México y calle 23 Este Altos  
Apartado Postal 6339  
Panamá 5, PANAMA  
Tel. (507) 228 4052  
Fax (507) 228 4277

*Centro de Desarrollo Integral del Niño, la Mujer y la Familia (CEDINMF)*  
Apartado Postal 5809, Zona 3  
Ciudad de Panamá, PANAMA  
Tel/fax (507) 236 1934 / 220 1214

*Centro de Estudios y Capacitación Familiar (CEFA)*  
Las Sabanas #23, Vía España  
Apartado Postal 6-4155 El Dorado  
Ciudad de Panamá, PANAMA  
Tel. (507) 223 5220  
Fax (507) 223 3693

*Centro de la Mujer Panameña (CEMP)*  
Apartado Postal 7433 Zona 5  
Ciudad de Panamá, PANAMA  
Tel. (507) 235 1350 / 235 1027  
Fax (507) (507) 235 1350 / 270 0145

*Centro Postal de Mujeres contra el Maltrato (CEPAM)*  
Apartado 10212, Zona 4  
Ciudad de Panamá, PANAMA  
Tel (507) 262 3777 / 262 6403  
Fax (507) 262 3648

*CLADEM – Panamá*  
Apartado Postal 9665, Zona 9  
Ciudad de Panamá, PANAMA  
Tel/fax (507) 223 3693 / 223 5220

*Colectivo Nueva Identidad*  
San Miguelito Villa Guadalupe  
Apartado Postal 2817, Zona 3  
Ciudad de Panamá, PANAMA  
Tel/fax (507) 267 6338

*Comisión Nacional contra el Maltrato y la Violencia Familiar*  
Apartado Postal 2817, Zona 3  
Ciudad de Panamá, PANAMA

*Fundación Pro-familia*  
Apartado Postal 2812, Zona 7  
Panamá, PANAMA  
Tel. (507) 23 8481 / 23 8482  
Fax (507) 27 4640

*Fundación para la Promoción de la Mujer (FUNDAMUJER)*  
Apartado Postal 8926, Zona 5  
Ciudad de Panamá, PANAMA  
Tel. (507) 262 1066 / 262 1800  
Fax (507) 262 1855  
Fmujer@Panamet.com

*Mujer, Salud y Desarrollo*  
Universidad de Panamá  
Apartado 6-6345  
El Dorado  
Ciudad de Panamá, PANAMA  
Tel./fax (507) 264 9087 / 223 0731

*Red Contra la Violencia hacia la Mujer y la Familia*  
Apartado 6-6188  
El Dorado, PANAMA  
Tel. (507) 223 3693 / 277 4949  
296 1936 / 251 3867 / 235 99492  
Fax (507) 224 2408 / 223 1209

*Unión Nacional de Mujeres Panameñas (UNAMUP)*  
Apartado Postal 2817  
Panamá 3, PANAMA  
Tel. (507) 262 2843

## PARAGUAY

*Centro de Estudios Humanitarios*  
*Coordinadora de Mujeres de Paraguay*  
Azara 3267 c/Kubitschek  
Asunción, Paraguay  
Tel/fax (595 21) 20 3618

## PERÚ

*Asociación Casa de la Mujer*  
José Balta, Miaramar Bajo  
Apartado Postal 216  
Chimbote, PERÚ  
Tel. (51-22) 324-852  
Fax (51-44) 336-002  
cmujer@chanchan.rcp.net.pe

*Casa Refugio para Mujeres Maltratadas Física y Psicológica*  
Mz. L15 Lote 26  
Mariscal Cáceres. Av. Central  
San Juan de Lurigancho  
Lima, PERÚ  
Tel. (51-1) 392-2161

*Centro de Emergencia Mujer (PROMUDEH)*  
Jr. Camaná 616  
Lima, PERÚ  
Tel. (51-1) 428-5656

*Comité de Defensa de los Derechos de la Mujer Victoriana*  
Av. Inca Roca #533  
La Victoria Chiclayo, Perú  
grmujer@mail.cosapidata.com.pe

*Estudio para la Defensa de los Derechos de la Mujer (DEMUS)*  
Asesoría Legal a Víctimas de Violencia  
Lima, PERÚ  
Tel. (51-1) 4637327  
demus@amauta.rcp.net.pe

*Grupo Mujer Chiclayo*  
Sarmiento de Gamboa # 275  
Chiclayo, PERÚ  
grmujer@mail.cosapidata.com.pe

*Instituto Peruano de Paternidad Responsable (INPPARES)*  
Gregorio Escobedo 115 Jesus Maria  
Proyecto VBG: Sanchez Cerro 2110  
Jesus Maria  
Lima 1, PERÚ  
gdeldgado@inppares.org.pe



*Movimiento Manuela Ramos*  
Avenida Bolívar 921  
Lima 5, PERÚ  
Tel. (5114) 237250  
Fax (5114) 234031  
postmast@manuela.org.pe

*Red Nacional de Promoción de la Mujer*  
Domingo Ponte 1035 Magdalena  
Lima 17, PERÚ  
mpm@goalsnet.com.pe

*Red para la Infancia y la Familia/Perú*  
Av. Benavides 3583 oficina 302,  
Santiago de Surco  
Lima 13, PERÚ  
red-pasmi@chavin.rcp.net.pe

## PUERTO RICO

*Coordinadora Paz para la Mujer*  
Apartado 23136  
Estación Universidad de Puerto Rico  
Río Piedras, PUERTO RICO 00931-3136  
Tel. (787) 764-9639 / 767-6843  
pazparalamujer@yunque.net

## REPÚBLICA DOMINICANA

*Asociación Dominicana*  
Pro-Bienestar de la Familia  
Socorro Sánchez 160, Zona 1  
Apartado Postal 1053  
Santo Domingo, REP. DOMINICANA  
Tel. (809) 689 0141 Ext. 278  
Fax (809) 686 8276  
Profamilia@codetel.net.do

*Centro de Salud Sexual y Reproductiva*  
*Dra. Evangelina Rodríguez / PROFAMILIA*  
Nicolás de Ovando, Esq. Josefa Brea, Ens.  
Luperón  
Santo Domingo, REP. DOMINICANA  
(809) 681-8896

*Centro de Salud Sexual y Reproductiva*  
*Dra. Rosa Cisneros / PROFAMILIA*  
Calle Restauración No. 161  
Santiago, REP. DOMINICANA  
582-7033

*Centro de Atención a Mujeres Maltratadas de la Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social (Camm)*  
Instituto de Patología Forense  
Santo Domingo, REP. DOMINICANA  
(809) 221-3619

*Centro de Apoyo Aquelarre (CEAPA)*  
C/ San José, Edif. 16, Apto. B-94,  
Habitacional Herrera  
Santo Domingo, REP. DOMINICANA  
(809) 237-7478

*Centro de Servicios Legales para la Mujer (CENSEL)*  
Enrique Henríquez No. 59, Gazcue  
Santo Domingo, REP. DOMINICANA  
(809) 687-0098

*Colectiva Mujer y Salud*  
C/ José García No. 501, esq. Cambronal,  
Ciudad Nueva, REPUBLICA DOMINICANA  
(809) 682-3128

*Hospital Local Los Alcarrizos II / Programa Regional Piloto de Atención a la Violencia Intrafamiliar / Oficina de Planificación*  
Hospital Local Los Alcarrizos II, Calle Gabiota, Los Alcarrizos  
REPUBLICA DOMINICANA  
(809) 548-1947

*Núcleo de Apoyo a la Mujer de Santiago*  
General Cabrera No. 50  
Santiago, REP. DOMINICANA  
581-8301 / 971-7909

## ST. LUCIA

*St. Lucia Planned Parenthood Association (SLPPA)*  
83 Chaussee Road  
Castries, ST. LUCIA, W.I.  
Tel. (758) 453-7284 / 452-4335 /  
453-7933  
Fax (758) 453-7284  
parenthood@candw.lc

## TRINIDAD & TOBAGO

*Family Planning Association of Trinidad and Tobago (FPATT)*  
79 Oxford Street  
Port-of-Spain, TRINIDAD, W.I.  
Tel. (868) 625-6533 / 623-4764  
Fax (868) 625-2256  
fpattrec@wow.net

## URUGUAY

*Asociación Uruguaya de Planificación Familiar (AUPF)*  
Avenida Francisco Soca 1539  
Casilla de Correo No. 10.634, Sucursal 60  
Montevideo, URUGUAY  
Tel. (598-2) 707-7479 / 707-7480  
Fax (598-2) 707-7482  
aupfiec@netgate.comintur.com.uy

*Católicas por el Derecho a Decidir en Latinoamérica*  
C.C. Central 1326  
Montevideo, Uruguay  
Tel/fax (598-2) 48-5005

*Instituto Mujer y Sociedad*  
Blanes 1231  
Montevideo, URUGUAY Mujer Ahora  
Rivera 2160, Depto. 2  
Montevideo, URUGUAY  
Tel. (598 2) 40 0895  
Fax (598 2) 48 5005

## VENEZUELA

*Asociación Civil de Planificación Familiar (PLAFAM)*  
Apartado Postal 69592  
Las Mercedes 1063-A  
Caracas, VENEZUELA  
(582) 693-9358

*Asociación de Mujeres por el Bienestar y Ayuda Recíproca (AMBAR)*  
Apartado Posta 3806  
Caracas 1010, VENEZUELA

*Asociación Venezolana para la Educación Sexual Alternativa (AVESA)*  
Av. Anauco. Cruce con calle Roraima -  
Quinta AVESA  
San Bernardino  
Caracas, VENEZUELA  
Tel. (582) 518081 / 510212  
avesa@telcel.net.ve

*Centro de Estudios de la Mujer (CEM)*  
Centro Comercial Los Chaguaramos –  
piso 10  
Caracas, VENEZUELA  
Tel. (582) 693-3286

*Centro de Investigación Social, Formación y Estudios de la Mujer (CISFEM)*  
Av. Universidad, Chorro a Coliseo. Edif.  
Zulia piso 9 Apt. 1-2  
Caracas, VENEZUELA  
Tel. (582) 542-2554

*The Coalition Against Trafficking in Women*  
Urb. Montalbán Residencial Uslar  
E-2 piso 1, Apto. 12  
Final Calle 12 con 2da Avenida  
Caracas 1021, VENEZUELA

## Lecturas sugeridas

**American Medical Association: Diagnostic and Treatment Guidelines** (Child Physical Abuse, Domestic Violence, Elder Abuse and Neglect), Chicago, 1992.

**Council on Scientific Affairs: Mental Health Consequences of Interpersonal and Family Violence: Implications for the Practitioner**, American Medical Association, Chicago, 1993.

**Elliott BA, Halverson KC, Hendrick-Matthews M (eds): Primary Care: Family Violence and Abusive Relationships**, W.B. Saunders, Filadelfia, 1993.

**Kaplan SJ (ed): Family Violence: A Guide for Health and Legal Professionals**, American Psychiatric Press, Inc., Washington, DC, in press (1995).

**Herman JL: Trauma and Recovery**, Basic Books, Nueva York, 1992.

**Russell DEH: The Secret Trauma in the Lives of Girls and Women**. Basic Book, Nueva York, 1986.

**Van der Kolk BA: Psychological Trauma**. American Psychiatric Press, Washington, 1987.

**Hendricks-Matthews MK, Costa AJ (eds): Family Violence, Report of the First Ross Roundtable on Critical Issues in Family Medicine**, Ross Laboratories, Columbus, Ohio, 1993.

(Una lista más detallada de lecturas de referencia está disponible en el Departamento de Salud Mental de la AMA, teléfono (312) 464-5066).

# American Medical Association

Physicians dedicated to the health of America



515 North State Street  
Chicago, Illinois 60610