

# ¿QUIÉN RESPONDE? ALGUNAS REFLEXIONES SOBRE LA SALUD DE QUIENES PRESTAN SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA VIOLENCIA

Dra. Ada C. Alfonso Rodríguez

CENESEX  
aalfonso@infomed.sld.cu

**AUN CUANDO LA MAYORÍA DE LOS PAÍSES RESPONDEN CON LEYES CONTENTIVAS A LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES, LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS, EL IMPACTO PARA LA SALUD DE QUIENES REALIZAN LAS PRESTACIONES DE LOS SERVICIOS A LAS VÍCTIMAS SOBREVIVIENTES DE LA VIOLENCIA SEXUAL, NO HA SIDO OBJETO DE LAS POLÍTICAS DE SALUD QUE DAN RESPUESTA A DICHO PROBLEMA.**

**SE LLAMA LA ATENCIÓN SOBRE LOS RIESGOS QUE TIENEN LAS PRESTACIONES DIRIGIDAS A ENFRENTAR LA VIOLENCIA SEXUAL SOBRE LA PERCEPCIÓN DE BIENESTAR DE LAS PERSONAS QUE SE DESEMPEÑAN EN ESTAS INTERVENCIONES, ASÍ COMO SE INVITA A LA REFLEXIÓN ACERCA DEL RETO QUE DEBERÁ ENFRENTAR EL SECTOR DE LA SALUD PARA INTEGRAR PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN EL FUNCIONAMIENTO DE LAS ORGANIZACIONES E INSTITUCIONES PARA EL LOGRO DE LA SALUD MENTAL DE QUIENES PRESTAN ESTOS SERVICIOS.**

## **AVANCES SOBRE EL TEMA**

En la década del noventa del pasado siglo se lograron avances significativos en el reconocimiento de los derechos de las mujeres como parte inalienable, integrante e indivisible de los derechos humanos.<sup>1</sup> Además, se logró que los Estados asumieran compromisos encaminados a garantizar tanto el ejercicio de los derechos como la eliminación de las diferentes formas de violencia contra las mujeres.

La Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1993, definió la

violencia por motivos de género como «todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada».

Más adelante, la citada Declaración establece que la definición de la violencia contra la mujer abarca los siguientes actos, aunque sin limitarse a éstos: violencia física, sexual y psicológica perpetrada en la familia, dentro de la comunidad o perpetrada y/o tolerada por el Estado, dondequiera

que ocurra. Integra, además, los malos tratos por el esposo; el abuso sexual, la violencia relacionada con la dote; la violación tanto por extraños como por el marido; la mutilación genital femenina y otras prácticas tradicionales nocivas para la mujer; los actos de violencia perpetrados por otros miembros de la familia; la violencia relacionada con la explotación; el acoso y la intimidación sexual en el trabajo, en instituciones educacionales y en otros lugares; la trata de mujeres y la prostitución forzada.

Con posterioridad, otras convenciones como la celebrada en Belem do Pará, Brasil (1994), y conferencias como la IV Conferencia Mundial de la Mujer, celebrada en Beijing, China (1995), abordan la cuestión e instan a los gobiernos a tomar medidas y crear políticas públicas tendientes a prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres. La Plataforma de Acción de Beijing amplió la definición de la Declaración antes citada, especificándose que abarca la conculcación de los derechos humanos de las mujeres en situaciones de conflicto armado, la violación sistemática, la esclavitud sexual, el embarazo forzado; la esterilización y el aborto forzados; la utilización forzada o bajo coacción de anticonceptivos; la selección prenatal en función del sexo e infanticidio femenino. De la misma forma, se definió la violencia contra la mujer como una de las doce áreas de especial preocupación por parte de los gobiernos, la comunidad internacional y la sociedad civil.

La magnitud y el impacto de la violencia, en términos de salud, social y de derechos humanos de



las mujeres, motivaron que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) declarase, en 1993, la violencia contra las mujeres como un problema de salud pública e instase a sus Estados miembros a brindar una atención prioritaria al problema.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la violencia es soportada abrumadoramente por las mujeres y es infligida por los hombres. En cuarenta y ocho encuestas de base poblacional realizadas en todo el mundo, entre 10 % y 69 % de las mujeres indicaron haber sido objeto de agresiones físicas por parte de una pareja masculina en algún momento de sus vidas (OPS, 2004).

El propio documento reseña que, en datos nacionales extraídos de las encuestas demográficas

y de salud, el porcentaje de mujeres que fueron víctimas de violencia física por parte del cónyuge o de otra persona, alcanza 41,10 % en Colombia; 27,3 % en Haití; 28,7 % en Nicaragua y 41,2 % en Perú. En un estudio realizado en el área metropolitana de Santiago de Chile, 50,3 % de las mujeres han vivido alguna vez violencia en la relación de pareja, mientras en Bolivia 25 % reportan que son víctimas de violencia psicológica, y 13,9 % de violencia física con amenaza para su vida (OPS, 2004).

A esta realidad documentada en cifras se une el tráfico de mujeres de América Latina y el Caribe, principalmente a los Estados Unidos, Europa y Japón, que tiene como base la pobreza, la falta de oportunidades laborales y educacionales, la inseguridad, la violencia y los conflictos armados. Las mujeres buscan, a través de «contratos de trabajo», soluciones a las necesidades que viven en sus países, terminando en muchos casos, como trabajadoras sexuales y viviendo en esclavitud (CEPAL, 2004).

Es importante señalar que cualquiera de las formas de violencia citadas tiene seria repercusión en la salud de las mujeres, quienes tienen como principal factor de riesgo el hecho de ser mujer.

Aun cuando se reconoce que los costos de la violencia son elevados tanto para las mujeres como para la economía de los países, los estudios realizados al respecto son escasos y los métodos utilizados son diferentes y/o incluyen varios tipos de costos. Por ejemplo, estudios realizados en los Estados Unidos citan cálculos sobre el costo de la violencia en ese país que oscilaron desde cinco mil y diez mil millones de dólares anuales de pérdidas por esta causa hasta sesenta y siete mil millones de dólares hallados en un estudio sobre los costos del delito para las víctimas. En Suiza, el cálculo directo anual se elevó a 409 760 000 francos suizos (alrededor de 273 166 000 dólares al cambio de 1999).<sup>2</sup> En Nicaragua, un estudio sobre la violencia doméstica contra las mujeres, realizado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) en 1997, observó que la violencia de este tipo redujo los ingresos de las mujeres agredidas en 29,5 millones de dólares, el equivalente de 1,6 % del producto interno bruto de 1996.<sup>3</sup>

En el caso del sector de la salud, las implicaciones son elevadas tanto por la demanda de servicios de salud como para la salud de quienes prestan

los servicios dirigidos al tratamiento de las víctimas sobrevivientes de violencia, aunque esto último no está bien documentado. Los datos de encuestas demográficas que exploraron la visita a un médico, a un centro de salud o a una institución por parte de las mujeres que sufrieron alguna lesión como resultado de violencia física, reportaron un porcentaje de 27,4 % en Colombia; 13,3 % en Nicaragua y 19,4 % en Perú (OPS, 2004), lo cual alerta sobre los posibles costos que supone para los sistemas de salud la provisión de servicios de calidad dirigidos a las mujeres víctimas sobrevivientes de violencia en general, y en particular las que han sufrido violencia sexual.

La violencia sexual es una definición sombrilla, ya que posibilita agrupar todas aquellas agresiones sexuales de diferentes niveles de intensidad que abarcan desde el abuso sexual en sus diferentes manifestaciones, la violación y el acoso sexual hasta el tráfico de mujeres, la pornografía y la prostitución infantil. Todas las formas de violencia sexual comparten en esencia cuatro cuestiones medulares: laceran la integridad, vulneran la dignidad, violan los derechos humanos e impactan la salud física y mental de las mujeres.

En el caso de la salud mental, el impacto puede ser a muy largo plazo, puesto que muchas mujeres ocultan durante años la ocurrencia de las agresiones de las que han sido objeto, en especial si ha tenido lugar en forma de abuso sexual durante la infancia o en los primeros años de la adolescencia, mientras que, en ocasiones ya en la edad adulta, los hechos en los que se han visto envueltas suelen ser tan denigrantes y descalificantes que el sufrimiento psíquico se instala como forma de vida.

## **SALUD MENTAL Y PRESTACIONES DE SERVICIOS**

La salud mental está ligada a las vivencias básicas de placer y displacer psíquicos, y es inherente a la calidad de vida, al conocimiento y desconocimiento de sí mismo y del entorno donde transcurre la vida cotidiana de mujeres y hombres. De ahí que la salud mental se asocie a dos cuestiones insolubles: la potencialidad y la capacidad de decidir e incidir en los procesos que atañen a la persona, al entorno inmediato y mediato que le rodea (léase la familia, la comunidad y la sociedad).

La salud mental supone la capacidad de identificar, prever y transformar las situaciones que generan malestar, así como adoptar los mecanismos que contribuyan al sostenimiento del bienestar y la consecución de los proyectos de vida.

En el tema que nos ocupa, las prestaciones de servicios a las personas que sufren —en particular dentro de los servicios de salud, la exigencia en el ejercicio del desempeño del rol—, están centradas en el bienestar del «otro» sujeto que «padece». Este particular requiere una especial atención cuando los servicios se dirigen a las mujeres que sufren violencia.

Las prestaciones de servicios en dicha área reúnen un conjunto de características que permiten ser consideradas como estresoras:

1. Cada situación a enfrentar es nueva, tiene como telón de fondo historias de vidas que hacen de la prestación de servicio una interacción personalizada, una relación intersubjetiva, lo que obliga a un actuar diferenciado y personalizado a quien presta este servicio.

2. Cada prestación cuestiona el saber y la competencia de la persona prestadora para el logro de «lo deseado» por el/la beneficiario/a, a la vez que conecta con la historia de vida de éste/a. Es decir, durante el ejercicio del rol la persona prestadora está en riesgo de revivir situaciones traumáticas de su vida (resonancia).

3. La energía psíquica y física invertida en cada proceso produce un agotamiento que requerirá recuperación. En situaciones de crisis o en servicios dedicados exclusivamente a la atención de víctimas sobrevivientes de violencia en cualquiera de sus manifestaciones, el tiempo de recuperación ante el estrés se ve limitado por la alta demanda de servicios y por la mantenida exposición a las situaciones de sufrimiento de las personas que demandan la intervención, lo cual se traduce en debilitamiento de la respuesta ante el estrés y, por ende, mayor costo de salud de prestadores/as por cada prestación.

4. La permanencia en las situaciones estresoras obliga a una reacción de adaptación permanente, lo que agota la capacidad de resistencia y con ello la capacidad de hacer frente a las nuevas situaciones que se presenten.

5. Las situaciones e historias de vida de las personas que demandan atención, son circunstancias que se acompañan de mediano o gran sufrimiento

psíquico, pues las personas se han visto expuestas a sucesos que laceran su dignidad, su cuerpo y/o han estado en peligro de muerte, como en el caso de la violación sexual. Significa que al tratamiento de la angustia proveniente de la situación a enfrentar y a la presencia del síndrome del sobreviviente, se adicionan la presión de la angustia del entorno (familia y/o comunidad) y la inmediatez en la búsqueda de alternativas que mitiguen el dolor, situación que pone a prueba las capacidades cognitivas y emocionales de los/las prestadores/as de servicios.

6. En el caso de las personas que brindan servicios en la prevención del daño y en la atención a sobrevivientes de violencia, las situaciones enfrentadas pueden considerarse de pequeña o mediana intensidad en cuanto a estrés; sin embargo, los efectos pueden resultar devastadores por la permanencia crónica en el circuito de estrés y en los servicios de atención a víctimas sobrevivientes.

Aun cuando lo citado se refiere a los riesgos existentes en la relación situación-prestación, es importante considerar otros factores que se adicionan a lo dicho antes, relacionados con los espacios institucionales y de vida de los/las prestadores/as, que pueden jugar un papel protector o no frente al estrés asociado a la prestación.

Los servicios de salud dirigidos a la atención a la violencia son en su mayoría brindados por mujeres, lo que guarda relación con varias cuestiones: a) la visibilización y el reconocimiento de la violencia sexual como problema que afecta a las mujeres, en mayor medida, son resultado del trabajo incansable y sostenido del movimiento de mujeres; b) la feminización de los servicios de salud como expresión de los cambios originados en las décadas del pasado siglo, las mujeres abandonaron el espacio doméstico para acceder a los diferentes espacios del conocimiento y la vida social; c) el compromiso de las mujeres con sus pares; d) por último, muchas mujeres que participan en el apoyo a mujeres víctimas de violencia, han elaborado sus experiencias de vida en situaciones de violencia y se integran en organizaciones no gubernamentales y/o a programas institucionales para contribuir a que otras mujeres enfrenten y elaboren las situaciones de violencia que han sufrido y sufren.



Socializadas en la responsabilidad por el cuidado de los otros, en el ejercicio del rol de prestadoras de servicios en una población, las mujeres son proclives al agotamiento por desgaste profesional en mayor medida que los hombres.

### LA SALUD DE LAS MUJERES PRESTADORAS

Las consecuencias del estrés resultan limitantes, sistémicas y en muchos casos invalidantes, ya que erosionan las capacidades de interacción de la persona con los «otros» dentro de su entorno social.

Se han invocado diferentes niveles explicativos con la aparición del síndrome de desgaste profesional (SDP) en los profesionales de la salud:<sup>4</sup>

- *Nivel individual*, dado por la implicación de los profesionales en la solución de los problemas de quienes demandan atención. Las mujeres, con alta tendencia a la culpabilización, asumirán en la prestación los fracasos como propios, lo cual dañará su autoestima y la percepción que tienen de «sí mismas» en cuanto a la competencia para el desempeño profesional.

- *Nivel de relaciones interpersonales*, que remite a la dinámica institucional, la calidad de las relaciones, la presencia de tensiones, la hostilidad y los conflictos tanto con los compañeros de trabajo como con los/las beneficiarios/as de los servicios. La persistencia en circuitos de relaciones conflictivas afecta directamente la calidad del servicio que se brinda. En este nivel es importante reconocer la movilidad que cada persona tiene en los diferentes espacios de su entorno, de ahí que las angustias vividas en sus vínculos afectivos, con su pareja o dentro del hogar, pueden enriquecer la

comunicación dentro de la organización contaminando dicho nivel.

- *Nivel organizacional*, ya que las prestaciones de servicios están ligadas a la estructura y el funcionamiento de instituciones y organizaciones. De ahí que el grado de organización y el clima relacional dentro de la organización/institución pueden constituir un factor protector o de riesgo para que sus integrantes padezcan de SDP. Tal y como ocurre en el nivel de las relaciones interpersonales, los malestares acumulados durante el ejercicio de la prestación son transferidos a otros espacios de interacción como el de pareja y/o familia.



Para que camine (2002)  
Acrílico sobre cartulina, 65 x 46 cm

• Por último, el *entorno social*, pues el contexto en el que se desarrollan las prácticas profesionales, el reconocimiento social, las barreras y/o posibilidades para el ejercicio del rol, las condiciones de vida, la red de apoyo social de los/las prestadores/as, son factores que median en las estrategias de afrontamiento que se asumen frente a las situaciones que se presentan en la praxis cotidiana.

Si bien lo antes mencionado alude al campo de la salud, los niveles en los que se basan los autores pueden aplicarse a todas aquellas personas que en el ejercicio laboral mantienen contacto directo con personas que demandan cuidado, atención y solución a sus situaciones de vida, en particular si enfrentan eventos vitales que generan costos para los cuales no se cuenta con recursos de afrontamiento.

Las consecuencias psicológicas y sociales del estrés —como los sentimientos de falta de control, la falta de capacidad para la toma de decisiones, la baja concentración, el exceso de preocupaciones, la hostilidad, el mal humor que puede expresarse en agresividad y en explosiones emocionales, el abuso de sustancias como el café, el tabaco y los ansiolíticos, las alteraciones del apetito y del sueño, las imprecisiones en la expresión de ideas y sentimientos, los dolores de cabeza, la tensión muscular y los trastornos sexuales, tanto por alteraciones de la libido como por alteraciones en la respuesta sexual— son manifestaciones que con frecuencia se asocian al estrés.

Las mujeres que «maternalizan» la prestación del servicio, extienden al espacio laboral la prestación de servicios que brindan en el hogar, sin poder establecer los límites, ni físicos ni emocionales, en cuanto a padecer los malestares que viven las personas víctimas sobrevivientes de violencia.

En adición, la inseguridad, los temores, los miedos y las angustias pueden contaminar a las mujeres prestadoras requiriendo de una toma de distancia y/o de atención, a la vez que pueden revivir los sentimientos de las personas que demandan atención, como expresión de un *síndrome de estrés postraumático*.

El SDP se define como una respuesta al estrés crónico laboral, integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las

que se trabaja y hacia el rol profesional, acompañado de la vivencia de que se está agotado emocionalmente. Con frecuencia este síndrome se presenta en profesionales de la salud y en aquellas personas que brindan servicios a la población de forma directa.

El SDP se caracteriza por pobre realización personal, agotamiento emocional y despersonalización. La baja realización personal se expresa en una descalificación de la labor que se realiza y en un entorpecimiento en la relación con las personas beneficiarias de los servicios.

La sensación de no poder más, de no tener energías para continuar, se experimenta como un agotamiento de los recursos emocionales que quizás en un inicio fueron considerados como ilimitados, y por último se comienza a desarrollar una toma de distancia de las personas que requieren de los servicios, con sentimientos, actitudes y conductas de desapego con quienes demandan algún tipo de atención.

Durante los últimos años se ha incrementado el interés sobre este síndrome por la repercusión que el mismo tiene sobre la salud física y mental de prestadores/as de servicios y el impacto en la productividad, la eficacia y la calidad de los servicios que brindan las instituciones y organizaciones dedicadas a la atención en salud.

Reflexionar acerca de la salud asociada al desempeño de las prestaciones de salud requiere encontrar respuestas a las siguientes preguntas en el orden individual: a) cuáles son las condiciones en las que se realizan mis prestaciones; b) cuáles son los recursos con los que cuento para dar respuesta a las demandas que surgen en el ejercicio de mi rol profesional; c) por último, cuáles son los apoyos que posibilitan mi sostén y mi recuperación. Es menester incorporar a las respuestas tanto los aspectos que pertenecen al «sí mismo» y que pueden ser controlados individualmente, como aquellos que escapan del control individual pero que constituyen oportunidades que deben utilizarse en su favor.

Igualmente, consideramos un reto para los servicios que se brindan en el sector de la salud revisar cómo se organizan dichas prestaciones para integrar prácticas de autocuidado dirigidas al cuidado de la salud de los/las prestadores/as.

La interacción entre el sufrimiento humano y los estilos de afrontamiento que se asumen en la prestación de los servicios y el agotamiento, debilitan la estima por la labor que se realiza, produciendo un serio impacto en la calidad de la prestación en salud. Ante este malestar,...

### ¿QUIÉN RESPONDE?

La interrogante propuesta es una provocación para el debate y la reflexión acerca de una realidad: las políticas encaminadas a enfrentar la violencia contra las mujeres en los países de la región tienen como centro a las mujeres víctimas de violencia.

Las políticas impulsadas desde el sector de la salud han estado dirigidas a intensificar la respuesta de dicho sector a partir de considerar, como bien apunta García-Moreno, que el sector de la salud puede desempeñar un papel fundamental en la prevención de la violencia y en la atención prestada a las mujeres afectadas por ese problema, criterio al cual me adscribo (OPS/OMS, 2003: 103).

Entonces queda a las mujeres, en mayor medida que a los hombres, que se desempeñan como prestadoras de servicios de atención a la violencia la asunción de prácticas de autocuidado que les permitan el control de su salud mental y su bienestar psíquico.

### ¿POR QUÉ AUTOCUIDADO?

El autocuidado es una estrategia necesaria para el bienestar en la vida cotidiana; es el conjunto de prácticas que involucra el crecimiento humano desde todas sus aristas y está ligado indisolublemente a los conceptos de salud mental, autoestima, asertividad y desarrollo humano en lo que concierne a su espiritualidad.

El autocuidado busca el encuentro con lo mejor de sí para potenciar todas aquellas habilidades que garanticen el bienestar físico, emocional y social. Como estrategia para el cuidado de la pro-

pia salud, requiere de la voluntad de identificar y recuperar todas aquellas prácticas capaces de generar bienestar y que puedan haber quedado relegadas por los compromisos adquiridos y/o por la responsabilidad por el «cuidado de los otros» y re-crearlas como una filosofía que posibilita el reencuentro con nosotros mismos en diferentes espacios de placer.

Como práctica, no puede aislarse de las experiencias de vida ni de nuestras prácticas sociales, por lo que es necesario partir de tomar contacto con nuestra identidad, en calidad de sujetos sexuados socializados como mujeres o varones, e iniciar la deconstrucción de dicha experiencia como paso para la comprensión del impacto que tiene ser mujer o varón en cada uno/una en primer lugar, para con posterioridad analizar qué significa y qué costos tiene para cada uno/una las responsabilidades asumidas por el cuidado de los «otros».

El autocuidado en salud mental significa autocontrol, autoafirmación, autovaloración, autorreconocimiento y autoexpresión, a la vez que supone favorecer la potenciación del control, la autoestima, la valoración y la afirmación del «otro» o la «otra» como práctica de salud colectiva.

Las organizaciones que brindan servicios a la población, deberán favorecer el desarrollo de prácticas institucionales de autocuidado para el logro de la promoción de salud y de autocuidados entre sus usuarios/as, lo cual constituye un desafío para los próximos años.

Igualmente, las prácticas en el cuidado de salud mental generan un alto desgaste en los profesionales dedicados a tal desempeño, por lo que programar el tiempo para la reflexión y el diálogo, promover la participación en grupos de ayuda mutua, así como fortalecer y multiplicar los espacios institucionales para la deconstrucción de la acumulación de sufrimiento humano, pueden ser vías para crecer como sujetos de salud mental y un reto a enfrentar por el sector de la salud.

#### NOTAS

<sup>1</sup>Entre las iniciativas internacionales, citadas en el texto: la Declaración de Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (1993), Convención Interamericana de Belem do Pará (1994), Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de El Cairo (1994), Cumbre Mundial para el Desarrollo Social (1995) y IV Conferencia Mundial de la Mujer (1995).

<sup>2</sup>Claudia García-Moreno: *Violencia contra la mujer. Género y equidad en salud*, Organización Panamericana de la Salud/Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud y Harvard Center for Population and Development Studies, Washington, D.C., publicación ocasional no. 6, p. 17.



<sup>3</sup>Citado en *Caminos hacia la equidad de género en América Latina y el Caribe*, IX Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe, CEPAL, México, D.F., 10 al 12 de junio de 2004, p. 76.

<sup>4</sup>Gil-Monte y Peiró (1997) describieron cuatro niveles en la aparición de SDP en profesionales de la salud; a partir de estos

niveles se desarrollaron los contenidos en este trabajo. Ver Pedro R. Gil-Monte: «El síndrome de quemarse por el trabajo (Síndrome de Burnout). Aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención», en [www.psicologiacientifica.com/publicaciones/biblioteca/articulos/ar-pgil.htm](http://www.psicologiacientifica.com/publicaciones/biblioteca/articulos/ar-pgil.htm) (consultado: 11/03/06).

## Bibliografía

ARAUJO, KATHYA, VIRGINIA GUZMÁN y AMALIA MAURO (2000). «El surgimiento de la violencia doméstica como problema público y objeto de políticas». *Revista de la CEPAL*, no. 70, abril, 2000, pp. 133-145.

OPS-OMS (2002). *Violencia sexual basada en género y salud. Sistematización del taller introductorio «Violencia sexual y salud»*. San José, Costa Rica. Serie «Género y salud», 13, Washington, D.C.

OPS-OMS (2003). *La violencia contra las mujeres: responde el sector de la salud*. Publicación ocasional no. 12.

OPS-OMS (2004). *Modelo de leyes y políticas sobre violencia intrafamiliar contra las mujeres. Unidad de género*. Washington, D.C.

SASSÓN, MARCELA (2004). *Catástrofes y salud mental. Abordajes teóricos y modalidades de intervención*. Col. «Las tesinas de Belgrano», no. 140. Universidad de Belgrano, Buenos Aires.



Con su Adán en el pecho (2002)  
Técnica mixta sobre lienzo, 85 x 110 cm