
Un enfoque práctico de la violencia de género:

**Guía programática para proveedores
y encargados de servicios de salud**

**FNUAP
Fondo de Población de las Naciones Unidas**

2001 - Nueva York

RECONOCIMIENTOS

Esta Guía programática fue escrita por Lynne Stevens, educadora y psicoterapeuta, que posee conocimientos especializados en materia de violencia de género. En la redacción de esta Guía programática se contó con la colaboración del FNUAP y el UNIFEM y el apoyo y las contribuciones del Grupo sobre Violencia por Motivos de Género, del FNUAP (France Donnay, María José Alcalá, Christina Bierring, Abubakar Dungus, Eriko Hibi, Talat Jafri, Sahir Abdul Hadi, Jaime Nadal-Roig, Annemieke de los Santos y Giulia Vallese). Miriam Jato, Faiza Benhadid, Laura Laski y Nicola Jones del FNUAP, efectuaron útiles sugerencias y proporcionaron información adicional, y lo propio hizo el Equipo de Asistencia Técnica (EAT) con sede en Dakar: Bintou Sanogoh, Diana Lima Handem, Laurent Assogba, Soulimane Baro y Richard Dackman Ngatchou. Las observaciones de Roxanna Carrillo, Ana Flavia d'Oliveira, Monica O'Connor, Ruth Hayward, André Lalonde y Claudia García Moreno realzaron la calidad de la guía. Agradecemos a Rema Venu su apoyo editorial. También dejamos constancia de nuestro reconocimiento a las mujeres que a lo largo de los años han hablado acerca de sus experiencias sobre la violencia de género y les agradecemos que hayan contribuido a plasmar las ideas incorporadas en esta Guía programática. Finalmente, dejamos constancia del apoyo recibido de la Fundación Ford en la preparación y publicación de esta Guía programática.

Prólogo

En 1998, el FNUAP publicó una Nota Consultiva de Programas, Reproductive Health Effects of Gender-Based Violence en que se describieron los graves efectos a largo plazo de la violencia de género. También se indicaron varios puntos de entrada estratégicos en los que el FNUAP podía comenzar sus tareas sobre el problema de la violencia de género. Una recomendación de gran importancia fue que se integrara la atención de la violencia de género en los servicios de salud reproductiva. Según se mencionó en el informe El Estado de la Población Mundial 2000; Vivir juntos en mundos separados; Hombres y mujeres en tiempos de cambio, la violencia de género constituye un gran impedimento para la salud reproductiva de la mujer y una violación de sus derechos humanos básicos.

Sabemos que en todo el mundo hay una considerable proporción de mujeres que han sido objeto de violencia de género. Pero muchas mujeres no mencionarán la violencia a menos que se les pregunte directamente. No obstante, son pocos los proveedores de atención de la salud que han recibido capacitación para abordar esas difíciles cuestiones con sus clientas y son pocas las clínicas que cuentan con actividades orientadas específicamente a las necesidades de las víctimas de violencia de género. Las mujeres sufren en silencio, puesto que no tienen en quien confiar y con quien hablar de la violencia en sus vidas, alguien que pueda escuchar con sensibilidad y proporcionar respuestas útiles.

A fin de contribuir a quebrar este silencio, estamos iniciando la aplicación de una innovadora estrategia de asistencia a las víctimas de la violencia, integrando el diagnóstico y tratamiento de la violencia de género en los servicios de salud reproductiva. Los establecimientos de salud reproductiva son lugares ideales para esas actividades, dado que ya acuden a ellos muchas mujeres, que pueden hablar allí acerca de sus vidas.

En este folleto, Un enfoque práctico de la violencia de género: Guía programática para proveedores y encargados de servicios de salud, se ofrece orientación paso a paso sobre la manera en que los servicios de salud reproductiva pueden iniciar sus propios proyectos sobre la violencia de género. En esta Guía programática se presentan tres opciones de proyecto:

- El proyecto A, en el que se exhiben u ofrecen materiales acerca de la violencia de género (incluida información acerca de dónde pueden acudir las mujeres para obtener ayuda) en los recintos públicos y privados del establecimiento.
- El proyecto B, en el que se exhiben materiales sobre la violencia de género y también se formulan preguntas al respecto a todas las clientas. Cuando las clientas manifiestan que han sido objeto de violencia de género se las remite a un grupo externo, el cual proporciona la atención y el apoyo necesarios.
- El proyecto C abarca todas las actividades de los proyectos A y B y también tratamiento in situ para las sobrevivientes de violencia de género.

Estos modelos de proyecto dan a los establecimientos la posibilidad de escoger el que mejor se adapte a sus instalaciones físicas, a sus recursos financieros y

de remisión a otros establecimientos y a su capacidad. La Guía programática también ayuda a preparar las instalaciones, orientando a la clínica a lo largo de las diferentes medidas prácticas necesarias para integrar el particular proyecto sobre violencia de género que han escogido en sus actividades existentes. Los proyectos son modulares, de modo que un establecimiento puede comenzar con el proyecto A y más tarde ampliarlo para adoptar el proyecto B o el proyecto C.

El FNUAP inaugura con sumo placer y orgullo este enfoque práctico para reconocer y ayudar a las mujeres que son víctimas de violencia de género. Sabemos que las vidas de las mujeres pueden comenzar a cambiar cuando se les da permiso para hablar acerca de la violencia en sus vidas y se les ofrece atención y asistencia con sensibilidad. Así también se posibilita que posteriormente adopten las primeras medidas para comenzar a restablecerse tras haber sufrido los efectos de los malos tratos.



Mari Simonen, Directora de la División de Apoyo Técnico

ÍNDICE

Capítulo 1.	Sinopsis para ejecutivos	1
Capítulo 2.	Introducción.....	4
Capítulo 3.	Definiciones	9
Capítulo 4.	Violencia de género, salud reproductiva y salud sexual	12
Capítulo 5.	La importancia de interrogar a las clientas acerca de la violencia por motivos de género.....	15
Capítulo 6.	Barreras para hablar de la violencia de género	18
Capítulo 7.	Barreras para hablar de la violencia de género	25
Capítulo 8.	El papel del establecimiento y de su personal	28
Capítulo 9.	Iniciación del propio proyecto sobre violencia de género	34
Capítulo 10	Apéndices	50
	Referencias bibliográficas.....	76
	Esta tarjeta es un prototipo que hay que adaptar a cada contexto	78

Un enfoque práctico de la violencia de género: Guía programática para proveedores y encargados de servicios de salud

Capítulo 1. Sinopsis para ejecutivos

Hasta hace poco, la violencia de género se consideraba un asunto privado o cuestión de la familia. No obstante, en los últimos años hubo un cambio en el pensamiento sobre este tema, el cual se considera ahora un problema de salud pública, y al mismo tiempo, una conculcación de los derechos humanos. Se han publicado numerosos estudios que documentan la prevalencia de la violencia de género y sus graves efectos sobre la mujer. Sobre la base de estos estudios se ha determinado que una de cada tres mujeres ha sido objeto de violencia de género (Heise, Ellsberg y Gottemoeller, 1999). Varios grupos de mujeres se han expresado en alta voz acerca de la violencia de género y han propugnado que se la considere un problema de la sociedad, y no una cuestión privada. Han efectuado gestiones ante legisladores a fin de que aprueben y apliquen leyes que tipifiquen como delito la violencia de género. Varias conferencias mundiales han adoptado resoluciones en que se condena esa violencia. Las Naciones Unidas la han definido y reconocen que es un problema que afecta a individuos, familias, comunidades y países.

No obstante, pese a todo este progreso, se ha carecido de servicios coordinados para las víctimas de violencia de género. Aun cuando muchas mujeres que acuden a servicios de atención de la salud presentan a menudo síntomas que pueden atribuirse a la violencia de género, en general no se les pregunta si son víctimas de ésta en sus vidas. Por consiguiente, en los establecimientos que prestan servicios de salud reproductiva las víctimas de violencia suelen ser rotuladas de “clientas difíciles” (de modo que se les estigmatiza aún más). Esas víctimas se consideran “fracasos” porque suelen no utilizar los métodos de planificación de la familia que se les prescribe, no dar cumplimiento a las recomendaciones en cuestiones de salud o de comportamientos, no regresar para visitas de seguimiento y no obtener tratamiento para sus enfermedades de transmisión sexual. Es posible que sus síntomas empeoren o que sigan sufriendo los mismos síntomas durante muchos años. Pero el problema real es que esas mujeres no obtienen la asistencia que necesitan para lo que a menudo es la causa profunda de su comportamiento y sus síntomas: la violencia de

género no diagnosticada. Por consiguiente, si esta violencia no se detecta y si no se ofrece tratamiento, puede reducir la eficacia de los programas de atención de la salud de la mujer.

Sabemos que, aun cuando los proveedores de servicios de salud suelen no prestar atención a la violencia de género, muchas de sus clientas son víctimas de ella. Los proveedores de servicios ven a diario clientas que padecen los efectos de la violencia de género, con síntomas como dolores no diagnosticables y cada vez más intensos, episodios de enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados. Al encontrarse frente a esos problemas, es posible que los proveedores de los servicios se perciban a sí mismos como fracasados, debido a que no saben qué hacer. Dichos proveedores de salud tal vez se percaten de que los efectos de la violencia de género están restando eficacia a los servicios que proporcionan. No obstante, debido a que no se los capacita para que reconozcan esa violencia y la aborden, y debido a que no hay una base institucional que los apoye al respecto, los proveedores de servicios de salud se encuentran desprovistos de los medios de intervenir.

Lo que es preciso hacer ahora es comenzar a abordar los efectos de la violencia de género sobre las víctimas. En los países en desarrollo, una visita a un establecimiento de salud reproductiva puede ser la única que una mujer realice a servicios de salud. En consecuencia, ésta es una oportunidad sin par de diagnosticar la violencia de género en las clientas. Los proveedores de salud, especialmente servicios de salud para la mujer, como los de salud reproductiva y salud sexual, atención materno-infantil y atención prenatal

pueden desempeñar un papel de importancia crítica cuando tratan a víctimas de violencia de género. No obstante, para que esas víctimas hablen de la violencia reinante en sus vidas, es necesario primeramente que confíen en que los proveedores de los servicios de salud comprenden esta revelación y responden adecuadamente a ella. La sensibilización de los proveedores de salud acerca de la violencia de género es fundamental para cimentar la confianza de las víctimas.

Esta Guía programática aborda esas importantes lagunas en los servicios para mujeres. La guía aplica lo que se conoce acerca de la violencia de género y sus efectos y ofrece una orientación paso a paso para la formulación y la realización de un proyecto sobre violencia de género en cualquier parte del mundo. Dicho proyecto no necesariamente ha de ofrecer a las víctimas todos los servicios posibles. Puede ser un programa modesto que, por ejemplo, preste asistencia a las víctimas impartiendo educación acerca de la violencia de género y entregándoles una lista de lugares donde pueden obtener asistencia.

Las tres opciones de proyectos sobre violencia de género que se presentan en esta Guía programática posibilitan, entonces, que el establecimiento de salud escoja la opción que más se adapta a su infraestructura, sus recursos financieros y de remisión a otros establecimientos y su capacidad. La Guía programática también ayuda a preparar al servicio de salud a fin de que comience su proyecto proporcionando orientación a lo largo de las diferentes medidas prácticas necesarias para integrar el proyecto escogido en su programa de salud.

En virtud del proyecto A se exhibe material acerca de la violencia de género (incluida información sobre posibilidades de atención en otros establecimientos) en los recintos públicos y privados del edificio. En virtud del proyecto B, se exhibe material sobre la violencia de género y además se interroga al respecto a todas las clientas. Si las clientas revelan que son víctimas, se las remite a otro servicio que proporcione la atención y el apoyo necesarios. El proyecto C abarca todo lo previsto en los dos primeros, pero también ofrece tratamiento in situ para las víctimas. Los proyectos son modulares y un establecimiento puede comenzar adoptando el proyecto A y más tarde ampliarlo y adoptar el proyecto B o el C.

Sea cual fuere el proyecto que escoge un establecimiento, proporcionará atención y servicios de importancia crucial. Aun cuando el proyecto tal vez no tenga efectos sobre el nivel general de servicios prestados en el país, proporcionará un lugar donde las víctimas de la violencia de género pueden obtener la atención que necesitan, en un ámbito que las apoye y valide su situación.

Cuadro 1. Etapas para poner en práctica un proyecto sobre violencia de género

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Evaluaciones para escoger el proyecto sobre violencia de género más apropiado para el establecimiento |
| <ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de instrumentos de planificación y monitoreo, materiales relativos a la violencia de género y formularios • Establecimiento de mecanismos, protocolos y políticas para la remisión a otros establecimientos • Reorientación de las clientas, continuidad de la atención y mecanismos de seguimiento • Educación del personal mediante acciones de sensibilización, capacitación y supervisión. • Ampliación de la plantilla de personal y de los servicios • Educación de la comunidad |

Un enfoque práctico de la violencia de género: Guía programática para proveedores y encargados de servicios de salud

Capítulo 2. Introducción

Aun cuando hay muchos estereotipos relativos a las víctimas de violencia de género, en realidad esto puede ocurrir a cualquier mujer. Las víctimas de esa violencia pueden estar en buena o mala situación económica, ser educadas o analfabetas, y estar casadas, o ser solteras o viudas. Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), al menos una de cada cinco mujeres ha experimentado violencia en su vida (OMS, 1997). Según otros estudios, la estadística es una de cada tres mujeres (Heise y otros, 1999). La violencia de género puede tener consecuencias psicológicas y físicas a largo plazo y afectar muchos aspectos de las vidas de las mujeres.

- **Las mujeres que han sido objeto de abuso sexual cuando eran niñas corren mayor riesgo de tener relaciones sexuales sin protección cuando son adolescentes y adultas y, en consecuencia, de contagiarse con el VIH/SIDA (Zierler, Feingold, Laufer, Vellentgas, Kantrowitz-Gordon y Mayer, 1991).**
- **Las mujeres que son víctimas de malos tratos físicos tienen mayor cantidad de embarazos no deseados que**

las demás mujeres (Eby, Campbell, Sullivan y Davidson, 1995).

- **Muchas víctimas de violación sufren graves heridas y/o quedan inconscientes, padecen enfermedades mentales y mueren a raíz de la violación (Shamin, 1985). Las víctimas de violación tienen probabilidad nueve veces mayor que quienes no son víctimas de intentar suicidarse (Kirkpatrick y Best, 1990).**

Los proveedores en los establecimientos de atención de la salud suelen percatarse cuando están tratando a víctimas de violencia de género y querrían ayudarlas. Con frecuencia preguntan: ¿qué podemos hacer?" En esta Guía programática se responde a esa pregunta y se afirma que es mucho lo que puede hacerse y que los establecimientos de salud están en condiciones ideales para hacer algo. La Guía programática ofrece un itinerario a seguir, con tres rutas. Cada establecimiento puede escoger una de las tres opciones para proyectos sobre violencia de género y, en función de lo que escojan, llegarán a destinos ligeramente diferentes. No obstante, todos los establecimientos estarán en condiciones de ofrecer algún nivel de servicios que ayuden a

las víctimas a comenzar a recuperarse tras el trauma de la violencia de género.

Varias conferencias y convenciones han comenzado a considerar la violencia física, mental y sexual contra las mujeres. La Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer plantea la agenda de un enfoque dinámico de la ampliación de los medios de acción de la mujer y contiene recomendaciones concretas para abordar la violencia contra la mujer (Recomendación general No. 19, A/47/38, 1992). Además, de conformidad con la recomendación general No. 24, (A/54/38, mayo de 1999), se requiere que los Estados prevengan la conculcación de los derechos humanos e impongan sanciones, prestando particular atención a la violencia de género, incluido el abuso sexual. En el Programa de Acción aprobado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, 1994, se señaló que “La sexualidad humana y las relaciones entre los sexos están estrechamente vinculadas e influyen conjuntamente en la capacidad del hombre y la mujer de lograr y mantener la salud sexual y regular su fecundidad.” (párrafo 7.34). Se agregó “La violencia contra la mujer, en particular la violencia doméstica y la violación, están sumamente extendidas y cada vez son más las mujeres expuestas al SIDA y a otras enfermedades de transmisión sexual como resultado de la conducta sexual imprudente de sus parejas.” (párrafo 7.35). En el período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas para examinar al cabo de cinco años (2000) la aplicación de la Plataforma de Acción de la Conferencia de Beijing se reconoció que la violencia de género es un delito y se recomendó la realización

de acciones concretas, entre otras, en los sistemas judicial y de salud (párrafos 103.a a 103.i).

Además, se han publicado diversos informes en que se documenta y se analiza la violencia de género, entre ellos Programme Advisory Note on GBV, Reproductive Health Effects of GBV: Policy and Programme Implications, publicado por el FNUAP en 1998. En 2000, el FNUAP publicó el informe El Estado de la Población Mundial 2000: Vivir juntos en mundos separados; Hombres y mujeres en tiempos de cambio, en que se reconoció que la violencia de género es un problema de salud pública y, al mismo tiempo, una conculcación de los derechos humanos, además de un impedimento para la salud reproductiva de la mujer. Aun cuando no se dispone todavía de estudios en un número de países suficientemente grande, los datos disponibles han ampliado nuestra conciencia acerca de este problema y documentado su magnitud y la medida en que las víctimas pueden resultar afectadas por la violencia de género. Sin embargo, no se ha aplicado suficientemente esta información ni se la utilizado para crear programas en beneficio de las víctimas. Concretamente, lo que ha faltado es la orientación que puede ayudar a las personas a aplicar estos conocimientos de manera práctica para ayudar a las víctimas. Esta Guía programática aspira a salvar esa laguna, complementando los que ya se conoce acerca de la violencia de género con la meta de ayudar a los establecimientos de atención de la salud a establecer sus propios servicios para la violencia de género. Esta Guía tiene el objetivo de proporcionar orientación, apoyo e información sobre lo que pueden ofrecer los establecimientos a las víctimas, in-

corporando en sus programas servicios relativos a la violencia de género.

Aun cuando hay muchos tipos de violencia de género, esta Guía programática se centrará en las tres formas más comunes: adolescentes y adultas que han sido víctimas de abuso sexual en la infancia, de violencia doméstica y violación o ataque sexual.

Esta Guía programática está dirigida a administradores de salud a escala de distrito, equipos de gestión, equipos de clínicas de salud y defensores de la comunidad. Esas personas pueden lograr que en los establecimientos de atención de la salud se aborde la violencia de género y mejorar la manera en que se la aborda. El personal, especialmente el de los servicios de salud reproductiva, salud maternoinfantil, atención prenatal y del embarazo, tiene un papel de importancia crítica que desempeñar con respecto a las víctimas de violencia de género. Los estudios demuestran que estas víctimas necesitan confiar en los proveedores de servicios para poder hablarles acerca de la violencia reinante en sus vidas. Al sensibilizar al personal sobre este tema se contribuirá a que las mujeres comiencen a hablar.

Los proveedores de servicios son las personas con quienes las mujeres ya hablan acerca de muchos temas íntimos (Heise, Moore y Toubia, 1995). Además de esta relación especial, en los países en desarrollo la visita al establecimiento de salud reproductiva tal vez sea a menudo la única visita que la mujer realiza a servicios de salud. Esta visita es una oportunidad sin par para diagnosticar la violencia de género en las clientas.

Los establecimientos de atención de la salud deben reconocer directamente que muchas mujeres que asisten a clínicas de planificación de la familia, atención prenatal o salud maternoinfantil son víctimas de violencia de género y que éste es un importante tema a tratar con todas las clientas. Dado que cualquier mujer puede ser víctima de ese tipo de violencia, reviste importancia crítica el diagnóstico en cada clienta. Aun cuando hay algunos proveedores de salud que tal vez hayan recibido capacitación para detectar los signos de violencia de género, suelen no tener el contexto adecuado para hacerlo, por carecer del apoyo de un proyecto sobre violencia de género que forme parte de los servicios que presta el establecimiento. Se supone que en esos establecimientos algunos proveedores deben formular preguntas acerca de la violencia, pero es frecuente que no lo hagan. Cuando se los interroga acerca de esa omisión, manifiestan que se sienten incómodos al tratar este tema, temen que preguntar acerca de la violencia de género suscite antagonismo en las clientas o piensan que si la mujer responde "sí", ellos no sabrán qué hacer.

Cuando se interroga a algunos administradores acerca de esta cuestión, afirman que temen que al abrir el tema, el personal quedaría abrumado por las necesidades y los problemas de las víctimas; en consecuencia, no podría llevar a término las tareas que ya le compete. No obstante, hay maneras de integrar el tema en los programas existentes sin abrumar al establecimiento ni al personal. En verdad, al integrar el diagnóstico de la violencia de género pueden consolidarse otros programas del establecimiento. La experiencia ha indicado que, cuando se trata de un proyecto organizado, que proporciona

capacitación y apoyo, preguntar acerca de la violencia de género puede ser beneficioso para el establecimiento, el personal y las clientas.

Para las clientas víctimas de violencia de género, ese proyecto puede contribuir a poner término al aislamiento que han experimentado al guardar el secreto, puede aminorar o mejorar sus sentimientos de culpa y menoscabo personal y puede aumentar sus conocimientos al educarlas acerca de las relaciones entre sus síntomas y la violencia de género. Todas esas acciones ayudan a que las víctimas se sientan más en control de sus vidas, con lo cual se amplían sus medios de acción.

Para el personal, recibir capacitación en el diagnóstico y el tratamiento de la violencia de género puede incrementar sus conocimientos y aptitudes. No sólo se les ofrece información sobre la violencia de género sino que también se les enseñan técnicas que pueden utilizar al hablar de otros temas delicados con las clientas y se les ayuda a desarrollar aptitudes interpersonales que pueden mejorar las relaciones entre el agente de salud y las clientas. En consecuencia, esa capacitación puede representar una enorme diferencia y ampliar los medios de acción, no sólo de la clienta, sino también de los proveedores de salud.

Algunos administradores piensan que la violencia de género es un problema de tal complejidad que sería necesario emplear una enorme cantidad de recursos para abordarlo en su establecimiento. Esto no es cierto. Un proyecto no necesariamente ha de ofrecer a las víctimas todos los servicios posibles. Puede ser un proyecto modesto que, por ejemplo, ayude a las víctimas educándolas acerca de la violencia de

género y ofreciéndoles una lista de lugares donde obtener ayuda.

Esta Guía programática se ha formulado para ayudar al lector a escoger una de las tres opciones de proyectos sobre violencia de género que se describen. El grupo del lector puede escoger la opción que mejor se adapte a su establecimiento y su capacidad en particular. Esta Guía programática ayuda al lector a conceptualizar y actualizar su proyecto y también contribuye a preparar al personal para la integración del proyecto escogido en el programa existente, proporcionando orientación a lo largo de las diferentes medidas prácticas.

Antes de considerar esas medidas concretas, la Guía programática comienza por ayudar a los lectores a comprender los vínculos existentes entre salud sexual y reproductiva y violencia de género, los mitos y barreras que impiden abordar eficazmente el tema y las maneras de superar dichos mitos y barreras. Un aspecto fundamental de todo programa que ayude a las víctimas de violencia de género es la necesidad de que el personal considere sus propias respuestas, creencias y prejuicios en relación con esa violencia. La sección sobre mitos y barreras presenta algunos ejemplos y otros pueden ser considerados en sesiones de sensibilización y capacitación del personal.

Esta Guía programática trata de la prestación de servicios. Para determinar si se están satisfaciendo los objetivos de esos servicios, una parte es elaborar un plan de monitoreo y evaluación. Las preguntas de investigación a las que el lector responderá al preparar su proyecto le informarán más acerca del problema de la violencia de

género en la población a cuyo servicio está. Si bien algunos problemas señalados sucintamente en esta Guía programática pueden abordarse internamente a escala del establecimiento, otros tal vez requieran asistencia exterior. Por ejemplo, si fuera preciso capacitar al personal para que diagnostique los casos de violencia de género, actúe al respecto y los remita a otros establecimientos, será necesario que el establecimiento encuentre una persona dotada de conocimientos especializados acerca de la violencia de género que pueda ofrecer la capacitación apropiada al personal y/o desempeñarse como consultor.

Esta Guía programática incluye ejemplos de formularios que pueden adaptarse a un determinado establecimiento, al proyecto escogido, a la cultura y al idioma. En el capítulo 9 se proporcionan ejemplos de esquemas de sensibilización y temas de capacitación que deben impartirse para que el personal adquiera un nivel adecuado de competencia.

Los formularios incluidos en esta Guía programática pueden utilizarse en los siguientes fines:

- Evaluar el establecimiento antes de comenzar el proyecto sobre violencia de género
- Elaborar un plan de monitoreo y evaluación
- Determinar los recursos para la remisión de clientas a otros establecimientos
- Detectar la violencia de género en las clientas
- Documentar la violencia de género en la historia clínica personal de la clienta

- Realizar una evaluación integral de los efectos de la violencia de género
- Resumir los datos recogidos sobre violencia de género

Esta Guía programática se ha preparado primordialmente para las clínicas que ofrecen servicios de salud reproductiva y sexual, y clínicas de salud maternoinfantil, pero puede adaptarse a establecimientos de otros tipos que ofrecen tratamiento a las mujeres, entre ellos instituciones públicas y privadas, que suelen ser las primeras en intervenir. Es importante tener presente que las mujeres necesitan recibir ayuda con respecto a los efectos de la violencia de género, sea cual fuere el establecimiento al que acuden.

En el capítulo 9 se analiza la importancia de involucrar a los hombres en todo análisis de la violencia de género y ofrecer tratamiento a los hombres que maltratan a las mujeres. Empero, esta Guía programática se centrará en las adolescentes y las mujeres adultas y en lo que necesitan para comenzar a recuperarse después de ser objeto de violencia.

Lamentablemente, la violencia de género es parte de las vidas de muchas mujeres. Las víctimas han estado esperando durante mucho tiempo antes de tener la oportunidad de hablar de lo que les ha ocurrido y obtener la ayuda que necesitan en un ámbito que las apoye, con personas interesadas que las escuchen, las apoyen y las ayuden. Si el establecimiento de salud inicia su propio proyecto sobre violencia de género, ofrecerá ese lugar a las víctimas.

Un enfoque práctico de la violencia de género: Guía programática para proveedores y encargados de servicios de salud

Capítulo 3. Definiciones

Como se indicó en la introducción, esta Guía programática se centrará en las tres formas más comunes de violencia de género: adolescentes y mujeres adultas que han sido víctimas de abuso sexual en la infancia, violencia doméstica, y violación o ataque sexual. A continuación se ofrecen definiciones para cada uno de esos tipos de violencia, así como una definición general de violencia de género proporcionada por la Asamblea General de las Naciones Unidas.

En el concepto de violencia de género se incluye la palabra **género** debido a que la mayoría de las víctimas de violencia interpersonal son mujeres. La violencia se dirige contra la mujer por ser del sexo femenino y tener un poder desigual en las relaciones con los hombres, además de una baja condición en general en el mundo. Esta falta de poder y de condición social hace a las mujeres más vulnerables a los actos de violencia.

Violencia contra la mujer

"Por violencia contra la mujer se entiende todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pue-

da 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."

(Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, Naciones Unidas, Artículo 1.)

La **meta** general de quien perpetra actos de violencia de género es controlar y dominar. Por lo general, la violencia de género entraña una pauta de abuso reiterado y esto ocurre, en particular, cuando quien perpetra esos actos conoce a la víctima; se ha documentado que esta es la situación en la mayoría de los casos de violencia de género (Russell, 1986). Según las declaraciones de las víctimas de violencia de género, cuanto más estrecha es su relación con quienes perpetran esos actos, tanto más traumático es el abuso padecido (Zierler y otros, 1991). La **pauta** del abuso puede ser episódica, recurrente o crónica.

Quienes perpetran esos actos utilizan varias **tácticas** como parte de los malos tratos y, por consiguiente, pueden hacer a la víctima objeto de diversos

abusos, no sólo sexuales sino también físicos, psicológicos, emocionales o verbales. Esto puede tener graves consecuencias para la víctima, causándoles lesiones físicas, daños psicológicos y un continuo estado de temor intenso.

3.1 Abuso sexual en la infancia

La OMS define **el abuso sexual en la infancia** como un abuso de poder que abarca muchas formas de actividad sexual entre un niño o un adolescente (muy frecuentemente, una niña) y una persona de más edad, muy frecuentemente un hombre o un adolescente varón, mayor que la niña y conocido por ésta. Esta actividad puede realizarse aplicando fuerza física o tácticas de coacción, como ofertas de dinero para pagar una matrícula escolar o amenazas de revelar la situación. A veces, toma la forma de un abuso de confianza en que la persona en quien confía la niña aprovecha esa confianza para obtener favores sexuales.

“El incesto, el abuso sexual dentro de la familia, aunque con suma frecuencia es perpetrado por el padre, el padrastro, el abuelo, el tío o el hermano, u otro varón que disfruta de la confianza de la familia, también puede ser perpetrado por una parienta de sexo femenino ... el incesto se agrava psicológicamente debido a la traición de un miembro de la familia que se supone ha de cuidar y proteger a la niña.” (OMS, 1997).

El abuso sexual puede consistir en caricias, masturbación o contacto oral, vaginal o anal. No es necesario que haya una relación sexual completa para que se considere abuso sexual. También hay abuso sexual cuando se utiliza al niño a los fines de la prostitución, la pornografía y el exhibicionismo.

“En muchas sociedades hay una renuencia general a reconocer la magnitud del abuso sexual de los niños. Se intenta desvalorizar la prevalencia y la naturaleza del abuso cometido contra la niña, y a menudo se culpa a la víctima o a la madre de la víctima por la violencia. Las acusaciones contra la niña abarcan la idea de que la niña invita el abuso o que lo imagina. La madre puede ser culpada de haber “causado” el abuso, al negarse a tener relaciones sexuales con quien comete el abuso o de “complicidad” al no percatarse de lo que sucede o no informar al respecto.” (OMS, 1997).

3.2 Violencia doméstica

La violencia doméstica es el maltrato físico, verbal, emocional, psicológico y/o sexual cometido contra una mujer por su compañero o su esposo. Este tipo de violencia de género puede abarcar el uso de palabras o actos amenazantes o intimidantes, el apaleo, el uso de un arma, la violación, la reclusión, el control financiero, la crueldad para con la mujer u otras personas o cosas que son para ella importantes y el lenguaje abusivo y/o rebajante.

Cuadro 2. Categorías de violencia doméstica

El **abuso físico** es una pauta de ataques y amenazas físicas utilizadas para controlar a otra persona. Abarca: apuñetear, golpear, asfixiar, morder, arrojar objetos contra la otra persona, patear, empujar y utilizar un arma, como un revólver o un cuchillo. El abuso físico suele irse agravando a lo largo del tiempo y puede culminar con la muerte de la mujer.

El **abuso sexual** es el maltrato o el control sexuales de una compañera. Esto puede incluir exigencias para entablar relaciones sexuales usando la coacción o el desempeño de algunos actos sexuales, obligarla a tener relaciones sexuales con otras personas, tratarla de manera sexualmente menospreciada y/o insistir en relaciones sexuales en condiciones de riesgo.

El **abuso emocional y verbal** es el maltrato y el menoscabo del autorrespeto de la compañera. Puede incluir críticas, amenazas, insultos, comentarios despreciativos y manipulación por parte del atacante.

El **abuso psicológico** es el uso de diversas tácticas para aislar a la compañera y socavar su autoestima, de modo que dependa más del atacante y lo tema. Puede incluir actos como:

- Negarse a permitir que la mujer trabaje fuera del hogar
- Retener el dinero o negar el acceso al dinero
- Aislar a la mujer de su familia y sus amigos
- Amenazar con dañar a personas y cosas que la mujer ama
- Verificar constantemente qué está haciendo la mujer

Basta con que el **abuso físico** ocurra una única vez. Habiendo sufrido golpes, la víctima teme que se repitan. Seguidamente, tal vez el atacante sólo necesite amenazarla verbalmente o mi-

rarla de manera intimidante para que ella obedezca.

3.3 Violación o ataque sexual

La **violación** es el uso o la amenaza de uso de fuerza física o coacción emocional, para penetrar en los orificios vaginal, oral o anal de una mujer sin consentimiento de ella. En la mayoría de los casos, el atacante es alguien que la mujer conoce. La violación puede ocurrir una única vez o continuamente. También puede abarcar la utilización de alcohol y drogas, con lo cual la víctima se hace más vulnerable.

Un **ataque sexual** es un contacto sexual que no cuenta con el consentimiento de la mujer y no incluye penetración.

3.4 Otros términos de uso común

Víctima y sobreviviente son términos utilizados en forma indistinta en toda la Guía programática para denotar a una mujer que es objeto de actos de violencia de género o lo ha sido en el pasado.

Atacante y agresor se utilizan en toda la Guía programática para denotar a una persona que hace objeto de abuso a una mujer. Los hombres constituyen la mayoría de quienes infligen malos tratos a las mujeres y la mayoría de esos hombres conocen a sus víctimas.

Proveedores de salud y proveedores de servicios de salud son términos utilizados indistintamente en esta Guía programática para denotar a personas que trabajan en un establecimiento de atención de la salud.

Un enfoque práctico de la violencia de género: Guía programática para proveedores y encargados de servicios de salud

Capítulo 4. Violencia de género, salud reproductiva y salud sexual

Hasta hace poco, la violencia de género estuvo rodeada de silencio, de modo que las víctimas no han podido expresar su dolor con palabras. Pero el cuerpo “habla”, aun cuando la sobreviviente no pueda expresarse, y su cuerpo puede relatar su historia, aun cuando su voz no pueda hacerlo.

Las víctimas, por conducto de su comportamiento, tienen medios indirectos de expresar sus experiencias de violencia de género a los proveedores de servicios de salud. La violencia infligida en el pasado o en el presente puede tener un enorme efecto sobre los comportamientos y las relaciones interpersonales. Por ejemplo, las mujeres que fueron objeto de abuso sexual en la infancia suelen sentirse culpables y experimentar vergüenza con respecto a dicho abuso y suelen culparse a sí mismas. Estos sentimientos negativos para consigo mismas pueden impulsar a las mujeres a asumir más riesgos sexuales, lo cual las hace más vulnerables al embarazo no planificado, las enfermedades de transmisión sexual (incluido el VIH/SIDA) y la infertilidad (Wyatt, Guthrie y Notgrass, 1992). Los estudios han indicado que esas muje-

res también son más vulnerables a ataques en la adolescencia y en la adultez, lo cual multiplica la gravedad del trauma y los efectos sobre la salud (Wyatt y otros, 1992).

Los cuerpos de las víctimas de violación pueden “hablar” por conducto del aumento del número de visitas a los servicios de salud. En cuanto a las víctimas de violación, en el año siguiente a la violación hay un aumento superior al 50% en el número de visitas a servicios de salud (Koss, 1993). No obstante, en su mayoría, no revelan su trauma sexual a los proveedores de los servicios y éstos tampoco les formulan preguntas al respecto.

Sabemos que aun cuando los proveedores de servicios de salud no aborden la violencia por razones de género con sus clientas, en realidad están constantemente dispensando tratamiento a las víctimas. Las víctimas suelen presentar problemas como un dolor cada vez más intenso e imposible de diagnosticar, episodios reiterados de enfermedades de transmisión sexual o embarazos no deseados. Al enfrentar esos problemas, los proveedores de los ser-

vicios pueden sentirse inermes, y a veces, pueden percibirse a sí mismos como fracasados, debido a que ven todos los días a clientas que sufren los efectos de la violencia de género, pero ellos no saben qué hacer. Además, tal vez se percaten de que los efectos de la violencia están menoscabando los servicios que prestan a las clientas, pero debido a que no han sido capacitados para detectar los casos de violencia de género ni proporcionar tratamiento, se sienten inermes para actuar.

La violencia de género tiene muchos efectos sobre la salud reproductiva y la salud sexual. Es importante estar en condiciones de detectar esos efectos. En el cuadro 3 se indican los efectos en materia de salud reproductiva, comportamiento y salud social que pueden padecer las adolescentes y las mujeres adultas que han sido víctimas de abuso sexual en la infancia, o de violencia doméstica o de violación.

En los establecimientos médicos, las víctimas suelen ser las mujeres consideradas “clientas difíciles”. A menudo se las califica de “fracaso” debido a

que: no utilizan los métodos de planificación de la familia que se les recetan, no cumplen con las recomendaciones en cuanto a su comportamiento o su salud, no regresan para visitas de seguimiento y no obtienen tratamiento para enfermedades de transmisión sexual.

Esas mujeres pueden empeorar o seguir quejándose de síntomas, como dolores cada vez más intensos e imposibles de diagnosticar, dolores de cabeza, dolores pélvicos y de espalda y problemas gastrointestinales.

La causa profunda de este tipo de comportamiento y de esos síntomas físicos es la violencia de género no diagnosticada. El real problema es que esas mujeres no obtienen la ayuda que necesitan. Por consiguiente, si no se detecta la violencia de género y no se proporciona tratamiento a las víctimas, puede menoscabarse la eficacia de los programas de salud reproductiva y salud sexual.

Cuadro 3. Efectos sobre la salud de la violencia de género

Tipos de violencia	Efectos sobre la salud reproductiva, el comportamiento y la salud social
Abuso sexual en la infancia (Para las víctimas al llegar a la adolescencia o a la adultez)	Problemas ginecológicos, enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA, experiencias sexuales precoces, embarazo precoz, infertilidad, relaciones sexuales sin protección, embarazo no deseado, aborto, nuevas experiencias como víctima, comportamientos de alto riesgo, toxicomanías, suicidio, muerte.
Violación	Embarazo no deseado, aborto, inflamaciones pelvianas, infertilidad, enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, suicidio, muerte.
Violencia doméstica	Nutrición deficiente, exacerbación de enfermedades crónicas, toxicomanías, traumatismo cerebral, daño a los órganos internos, discapacidad parcial o permanente, dolor crónico, relaciones sexuales sin protección, inflamaciones pelvianas, problemas ginecológicos, bajo peso al nacer, aborto espontáneo, resultados adversos del embarazo, defunción relacionada con la maternidad, suicidio, muerte.



Un enfoque práctico de la violencia de género: Guía programática para proveedores y encargados de servicios de salud

Capítulo 5. La importancia de interrogar a las clientas acerca de la violencia por motivos de género

Abordar la violencia de género es la primera medida, de importancia crítica, a fin de que las víctimas reciban la ayuda que necesitan para comenzar a recuperarse. Dado que sabemos que todas las mujeres son vulnerables a la violencia por razones de género, tiene importancia crucial interrogar a todas las mujeres que visitan los servicios de atención de la salud.

Las víctimas, en su mayoría, no revelarán espontáneamente que son objeto de violencia de género. Es frecuente que no hayan hablado a nadie acerca de esas experiencias. Los estudios indican que los proveedores de servicios casi nunca interrogan a las víctimas (Mazza, Dennerstein y Ryan, 1996). No obstante, en estudios en los que se ha preguntado a las mujeres si, por ejemplo, revelarían a proveedores de servicios de salud si habían sido objeto de ataque sexual cuando se les preguntara, un 70% dijeron “sí”, pero sólo un 6% de las mujeres que comprendió este estudio dijeron que se les había formulado la pregunta. Un 90% de las mujeres dijeron que, a su juicio, los médicos no podían ayudarlas con los problemas que estaban padeciendo debido al ata-

que sexual (Friedman, Samet, Roberts, Hudlin y Hans, 1992). Las víctimas informan de que, aun cuando esta revelación sería inicialmente difícil, estarían dispuestas a hablar al respecto en privado con un encargado de prestar servicios de salud que les formulara preguntas de manera atenta y sin juzgarlas. La realidad es que muchas de esas mujeres han estado esperando durante largo tiempo que se les preguntara con respecto a la violencia en sus vidas.

La violencia de género es un problema de salud pública. Abordar ese problema en un establecimiento de salud es un medio importante de intervenir con respecto a esta cuestión de salud pública. En estas circunstancias, el centro de atención para el diagnóstico, la intervención y el tratamiento de la violencia por razones de género reside en la prevención secundaria o terciaria, que puede abarcar detección para la intervención precoz (intervención secundaria) e intervención para minimizar la gravedad de los malos tratos prolongados (prevención terciaria). Los proveedores de servicios en los programas de salud de la mujer ven a mujeres que están en ese momento en rela-

ciones violentas y a otras que han sido objeto de malos tratos en el pasado. No obstante, es evidente que aun cuando tal vez algunas clientas ya no estén en relaciones violentas, pueden seguir experimentando sus efectos a largo plazo. También hay mujeres que en su infancia o en su adolescencia fueron objeto de abuso sexual y aun cuando hayan transcurrido muchos años, tal vez sigan padeciendo los efectos de ese trauma anterior. Además, lo frecuente es que las mujeres que han sido víctimas de violación no lo revelen por iniciativa propia durante muchos años (y a veces jamás); no obstante, tal vez aparezcan muchos problemas físicos y psicológicos como resultado de esa violación.

Al hablar de temas como la planificación de la familia, el embarazo, los problemas de salud reproductiva, las preocupaciones relativas a la sexualidad y los síntomas físicos que experimenta una mujer, se puede fácilmente pasar a hablar de la violencia de género. En verdad, formular preguntas al respecto puede redundar en muchos beneficios. Las víctimas suelen sentirse solas y aisladas, cargando con sus experiencias de malos tratos. El solo hecho de formular preguntas al respecto puede ser el primer paso para que la clienta comience a liberarse de los secretos y la vergüenza que ha acarreado consigo. Preguntar a la clienta acerca de la violencia de género es una intervención importante. Al quebrar el silencio sobre este tema se le puede ofrecer esperanza.

Los proveedores de servicios pueden abrir una puerta para la clienta simplemente formulando preguntas sobre la violencia en la vida de la mujer. Algunas mujeres, cuando han respondido “sí” estarán en condiciones de transponer esa puerta de inmediato. Otras mujeres responderán “no” a esas preguntas, aun cuando en realidad hayan sido víctimas. Necesitan disponer de más tiempo y cobrar más confianza en el encargado de los servicios y en el proyecto, antes de poder responder honestamente a las preguntas. No obstante, esa puerta ya ha sido abierta y pueden estar más dispuestas a hablar del tema si se les formulan nuevamente las preguntas algún tiempo después. Al proporcionar a la clienta que dice “no” el mensaje de que el encargado de prestar servicios desea saber, la puerta se mantiene abierta.

Los proveedores de servicios de salud suelen preocuparse acerca de lo que debería hacerse si una mujer respondiera “sí” a sus preguntas acerca de la violencia de género. Su papel real tiene importancia crucial, aun cuando es limitado. La respuesta apropiada para el encargado de prestar servicios es proporcionar a la sobreviviente apoyo, comprensión, validación e información. Dicho encargado no tiene que escuchar la historia completa con todos sus detalles; lo que puede hacer, que es de enorme importancia para las mujeres que responden “sí”, es demostrar sensibilidad y no juzgar a la persona.

Los proveedores de servicios deben tener sensibilidad y no juzgar

cuando el encargado de prestar servicios saca el tema

cuando la clienta dice “sí”

cuando dicen a la clienta, por ejemplo, que nadie merece ser lastimado u objeto de abuso

cuando educan a las clientas acerca de posibles consecuencias físicas y psicológicas que ellas pueden estar experimentando

cuando conversan con las clientas acerca de su remisión a otros establecimientos

Las clientas que han respondido “sí” pueden ser reconocidas in situ para un diagnóstico a fondo si esta actividad forma parte del proyecto y si es posible proporcionar una remisión apropiada.

Cuando se formulan preguntas acerca de la violencia de género, se obtienen otros beneficios, tanto para los proveedores de servicios como para las relaciones de éstos con las clientas. Por

ejemplo: Es posible profundizar la relación entre la clienta y el encargado de prestar servicios, haciéndola más honesta y abierta.

- El establecimiento puede ser un lugar donde la clienta se sienta comprendida y obtenga la ayuda que necesita.
- Se fomenta la confianza de la clienta en el proveedor de servicios y en todo el establecimiento.
- Los proveedores de servicios pueden adquirir nuevas aptitudes, aumentando su capacidad para plantear temas difíciles con las clientas y hablar al respecto con sensibilidad.
- Por último, puede afianzarse en el encargado de prestar servicios su percepción de que en verdad, está en condiciones de responder a las necesidades de sus clientas.

Un enfoque práctico de la violencia de género: Guía programática para proveedores y encargados de servicios de salud

Capítulo 6. Barreras para hablar de la violencia de género

Muchos factores han contribuido al silencio que rodea a la violencia de género. Muchas personas piensan que se trata de una cuestión “privada” sobre la cual no debe hablarse en público. En verdad, se ha considerado incorrecto que extraños intervengan en casos de violencia perpetrada contra la mujer, y hasta que cuestionen esos actos. La violencia de género ha llegado a ser racionalizada como algo que, en ciertas condiciones, es aceptable que los hombres inflijan a las mujeres (Friedman y otros, 1992).

Las propias víctimas de la violencia de género han sido silenciadas, no sólo por quienes perpetraron esos actos de

violencia, sino también por toda la sociedad. La sociedad les dice que, por ejemplo, ellas tienen la culpa de que se las haga objeto de violencia, que algo deben haber hecho para merecerlo, o que nadie les creerá si hablan al respecto; o puede ser que estén obligadas a guardar silencio y atemorizadas por amenazas de sufrir mayores daños.

6.1 Efectos sobre la sobreviviente

El cuadro 4 indica cómo los abusos pueden afectar las creencias de las víctimas acerca de ellas mismas y de terceros, por lo cual es difícil para ellas iniciar una conversación acerca de la violencia de género en sus vidas.

Cuadro 4. La experiencia de la sobreviviente

Qué comunica el atacante a la sobreviviente	Qué interpreta la sobreviviente	Cuáles son los efectos sobre la sobreviviente
Te pego porque te amo	El amor es así	Confusión, reiteración de sus experiencias como víctima
Tú tienes la culpa de que yo te maltrate	Soy mala y tengo la culpa	Autoculpa, confusión, desamparo
Nadie te amará como yo	Sin él, estaré sola por el resto de mi vida	Dependencia, temor de marcharse
Lo hago por tu propio bien	Otros saben qué es bueno para mí	Dudas acerca del propio juicio
Tú no eres dueña de tu cuerpo, el dueño soy yo	No tengo control sobre lo que otros me hacen	Deficientes límites personales, reiteración de sus experiencias como víctima
Si hablas de esto, nadie te creerá	Estoy sola y a nadie le importa	Silencio

Pese a todas las presiones para que no hablen, las víctimas quieren quebrar el silencio acerca de la violencia reinante en sus vidas. Unas pocas mujeres tal vez estén en condiciones de hablar por iniciativa propia, pero la mayoría de ellas necesitan que se les formulen preguntas al respecto. Lamentablemente, los proveedores de servicios, incluso cuando tienen conciencia de que se están perpetrando actos de violencia por motivos de género, raramente formulan preguntas al respecto a sus clientas. La situación más común es una de estancamiento, en que dos personas guardan silencio acerca de esa violencia, una persona porque teme hablar y la otra porque teme preguntar.

6.2 Actitudes acerca de la violencia de género por parte de quienes prestan los servicios

En el cuadro 5 se indican algunas actitudes comunes con respecto a la violencia de género que suelen tener los administradores, los gerentes y los proveedores de servicios. Dichas actitudes pueden impedir que aborden este tema y, por ende, entorpecer la asistencia a las víctimas. La sensibilización y la capacitación desempeñan un papel importante en cuanto a adquirir las aptitudes necesarias para superar esas barreras y colocarse en situación comfortable para poder abordar dicha violencia. Este esquema puede utilizarse posteriormente como instrumento de capacitación para ayudar a los proveedores de servicios a comprender sus respuestas a esta cuestión.

Tiene importancia crucial quebrar las barreras que impiden que los proveedores de servicios hablen acerca de la violencia de género. Conocer cuáles son esas barreras y superarlas es fundamental para poder atender eficazmente a las víctimas. Debido a su papel en la curación, los proveedores de servicios se cuentan entre las pocas personas en la vida de la sobreviviente que están en condiciones de detectar, diagnosticar y dispensar tratamiento en casos de violencia de género. Los proveedores de servicios son quienes tienen la oportunidad más importante de aportar curación con sus palabras y sus actitudes. Los estudios indican que las víctimas pueden recuperarse después del trauma y que una de las partes más importantes de la recuperación es que otra persona nombre y valide su experiencia, demostrando su interés y sus conocimientos (Heise y otros, 1995). Hay muchas clases de ayuda que puede necesitar una sobreviviente, como grupos de asesoramiento, albergue, asistencia jurídica, etc.; pero que se la escuche y se crea en lo que dice, posiblemente por primera vez en su vida, es la etapa inicial, de importancia crucial, de este proceso.

Sin esa etapa inicial, tal vez la mujer no esté en condiciones de seguir avanzando en procura de ayuda.

6.3 Denegación psicológica

La denegación psicológica es una respuesta común frente a la violencia de género: se trata de un tema inquietante que puede despertar en los proveedores de servicios sentimientos de impotencia. Una manera en que las personas reaccionan al experimentar esas emociones es distanciarse, actuando como si los hechos no hubieran ocurrido. La denegación psicológica por parte del encargado de prestar servicios puede causar que una sobreviviente piense que ella es la única persona a la que tal cosa le ha ocurrido, o que todo ha sido fruto de su propia imaginación.

Si los proveedores de servicios no han sido capacitados, a menudo no conocen ninguna otra manera de hacer frente a sus emociones; pero al recibir capacitación pueden comprender mejor la dinámica de la violencia de género y sus papeles apropiados cuando se encuentran frente a las víctimas.

Cuadro 5. Barreras psicológicas en los proveedores de servicios, frente a la violencia de género

Defensa	Mitos / Barreras	Respuestas
<u>Denegación psicológica</u>	Esto sólo ocurre en otras partes del mundo y con otra clase de gente.	La violencia de género ocurre en casi todos los países y a todo tipo de personas.
	Esto no es algo que ocurra a nuestras clientas.	Ocurre a todo tipo de mujeres, de todas las razas, todos los grupos étnicos y todas las clases sociales.
	No quiero reconocer esto cuando lo veo.	La violencia de género es un tema difícil de abordar, pero después de recibir capacitación usted tendrá las aptitudes necesarias para abordar el tema correctamente.
	Esto me pasó a mí, pero no quiero admitirlo.	Es doloroso admitir que esto le ha ocurrido, pero usted puede ayudar a otras personas y tal vez necesite que la ayuden a usted.
<u>Racionalización</u>	Es un asunto privado.	Es una cuestión de derechos humanos.
	No es de mi incumbencia.	La violencia de género es un problema de salud pública.
	No tengo tiempo para ocuparme de esto.	Abordar la violencia de género lleva un poco más de tiempo pero puede ahorrar tiempo a los proveedores de servicios en el futuro.
	Si formulo preguntas, esto podría causarme problemas legales.	Esta cuestión debe considerarse antes de comenzar el proyecto sobre violencia de género.
	Las víctimas no quieren realmente hablar de la cuestión.	Las mujeres sí quieren hablar de la violencia de género reinante en sus vidas.
	Las clientas se incomodarán si se les pregunta acerca de la violencia de género.	Los estudios demuestran que las clientas quieren hablar a los proveedores de servicios acerca de la violencia en sus vidas.
	La mujer debe haber hecho algo para provocar la violencia.	Nadie merece que se le golpee o se le haga objeto de abuso sexual.
De todos modos, no puedo hacer nada.	Es mucho lo que usted puede hacer y formular preguntas acerca de la violencia de género es la primera medida para contribuir a que las mujeres comiencen a recuperarse.	
<u>Minimización</u>	Esto ocurrió en el pasado y no puede estar afectándola ahora.	El pasado, especialmente si en él hubo violencia de género, puede afectar el bienestar de una persona en el presente.
	Puesto que ella no tiene muchas magulladuras, no puede haber sido una situación tan grave.	La violencia de género puede causar daños psicológicos, a la salud y al comportamiento que tal vez no sean visibles pero son muy graves.
<u>Identificación</u>	Esto nunca podría ocurrirme a mí, de modo que no puede haberle ocurrido a una mujer en situación parecida a la mía.	La violencia de género puede afectar a cualquier mujer, aun cuando sea difícil considerar que uno es vulnerable a ella.
	Era evidente la razón de su compañero para apalearla.	Tenga conciencia de que tanto los hombres como las mujeres pueden identificarse con el atacante.

Defensa	Mitos / Barreras	Respuestas
Intelectualización	Una mujer apaleada debe marcharse de la casa.	Ésta es una situación compleja y, en realidad, puede ser peligroso para ella decidir marcharse. Los proveedores de servicios no pueden adoptar decisiones de ese tipo por sus clientas.
	La gente supera esas cuestiones en períodos breves.	Aun cuando las magulladuras físicas desaparezcan, la sobreviviente no necesariamente habrá superado los demás efectos.
	Sólo nos ocupamos de problemas médicos.	La violencia de género es un problema de salud pública. Las víctimas suelen presentar síntomas físicos, como dolores de cabeza, dolores pelvianos, problemas gastrointestinales, etc. Esos son síntomas del problema profundo, la violencia de género.

Asimismo, investigaciones realizadas en los Estados Unidos han indicado que aproximadamente un 40% de los proveedores de servicios de salud informan de que en algún momento de sus vidas han sido objeto de abuso físico y/o sexual (deLahunta y Tulsy, 1996). Si los proveedores de servicios que han sido víctimas de violencia de género no lo han revelado y no han obtenido el apoyo y la ayuda necesarios, puede serles más difícil abordar este tema con sus clientas.

6.4 Racionalización

La racionalización ocurre debido a que el personal aún no sabe cómo actuar cuando se encuentra frente a las víctimas. Es frecuente que los proveedores de servicios no sepan cómo responder cuando oyen historias traumáticas acerca de la violencia. Aun cuando pueden tener competencia en cuanto a proporcionar el necesario tratamiento médico a una mujer que tiene obvias contusiones en su cuerpo, se sienten incómodos al considerar el contexto de las lesiones que padece la mujer y percatarse de lo que ha ocurrido.

Los proveedores de servicios pueden encontrar razones para no abordar la violencia en la propia vida, declarando que no se trata de algo que tengan que tomar en cuenta al ejercer sus funciones. Esta respuesta no sólo puede redundar en que las clientas se sientan totalmente carentes de esperanza de recibir alguna vez ayuda, sino que también sirve para dar visos de normalidad al abuso frente a los propios ojos del personal. Aun cuando los proveedores de servicios tal vez deban dedicar más tiempo a una clienta, al formular preguntas y diagnosticar casos de violencia de género pueden, en última instancia, ahorrar tiempo debido a que tal vez la mujer no necesite efectuar visitas reiteradas a un encargado de prestar servicios a raíz de síntomas relacionados con dicha violencia. Además, al tomarse el tiempo para formular preguntas al respecto, tal vez se esté, en última instancia, salvando la vida de la clienta.

6.5 Minimización

La minimización sirve para tomar lo que a ojos del personal parece un problema abrumador y traducirlo en algo de menor magnitud. Se hace caso omi-

so de la gravedad de la violencia de género y lo propio ocurre con la importante relación entre el pasado de la víctima y los síntomas físicos y psicológicos en la actualidad. Las víctimas, al estar frente a quien minimiza su dolor y sus problemas, pueden sentirse enojadas y confundidas debido a que tal vez estén padeciendo varios síntomas a raíz de la violencia de género y nadie las está ayudando informándolas acerca de esas conexiones.

6.6 Identificación

La identificación se produce cuando una persona siente una conexión con otra persona a raíz de algo que tienen en común, como el mismo grupo étnico, la misma pertenencia de clase social, el mismo género, el mismo orden entre los hijos de la familia o alguna otra característica. La identificación puede motivar que las personas sientan un vínculo inmediato. Pero en algunas circunstancias, la identificación puede ser incómoda. Por ejemplo, si este vínculo se produce entre el encargado de prestar servicios y la clienta y seguidamente la clienta relata al encargado la historia de una experiencia amenazadora e intimidante, como una violación o una historia de abuso sexual en la infancia, esto puede tener un poderoso efecto en el encargado de prestar servicios; este último, al oírlo, tal vez experimente un distanciamiento con respecto a la víctima. Esta respuesta es un intento de recuperar la seguridad cuando se oyen relatos acerca de la violencia de género, que despiertan sentimientos de vulnerabilidad.

Las mujeres encargadas de prestar servicios, en particular, tal vez experi-

menten esta identificación (aun cuando los proveedores varones pueden experimentar identificación en lo concerniente a sus compañeras, hijas, madres, etc.). Causa miedo percatarse de que todas las mujeres son vulnerables a la violencia. Cuando ocurre esta toma de conciencia, tal vez los proveedores de servicios pueden tratar de encontrar maneras de poner distancia con respecto a estos sentimientos procediendo, por ejemplo, a culpar a la sobreviviente y a encontrar razones por las cuales ella mereció este traumatismo. Esta respuesta por parte del encargado de prestar servicios puede causar que la víctima se sienta muy aislada y culpable.

Los proveedores de servicios también pueden comprobar que se están identificando con el atacante y necesitan tener conciencia de esta falla en su empatía para con la clienta. Si ocurriera esta falla, la clienta podría encontrarse traumatizada nuevamente, es decir, padecería lo que también se denomina una lesión secundaria, dado que nuevamente se encuentra en una situación en que es objeto de abuso.

6.7 Intelectualización

La intelectualización es una defensa utilizada cuando el personal se siente incómodo debido a que la situación parecería estar fuera de su control. El encargado de prestar servicios (capacitado de conformidad con el modelo médico, en el cual se requiere que “sane” o cure a los demás) adopta entonces el papel de “experto”, diagnostica lo que sucede y dice a la mujer qué es lo que ella debe hacer. Este comportamiento deja escaso margen para escuchar lo que dice la víctima con respecto a su experiencia y a lo que pue-

de y no puede hacer en el momento en que ocurre, después de un encuentro de relación con la violencia (y lo que, en ese tipo con el encargado de prestar realidad, podría ser peligroso para ella servicios, tal vez la clienta se sienta hacer en el momento). Cuando esto más culpable de la violencia.



Un enfoque práctico de la violencia de género: Guía programática para proveedores y encargados de servicios de salud

Capítulo 7. Barreras para hablar de la violencia de género

Cuadro 6. Selección de un proyecto sobre violencia de género

Opciones de proyectos	Componentes de cada proyecto sobre violencia por motivos de género
Proyecto A	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar la disponibilidad de programas locales adecuados a los que puedan remitirse las víctimas de violencia de género • Dotar a todo el personal de sensibilidad acerca de la violencia de género • Elaborar o adquirir materiales acerca de la violencia de género • Distribuir materiales sobre la violencia de género, inclusive la información sobre remisión a establecimientos que puedan absorber esos casos • Apoyar al personal mediante una continua sensibilización
Proyecto B	<p>Además de lo indicado para el Proyecto A:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacitar a los proveedores de servicios de salud • Preguntar a todas las clientas que utilizan los servicios acerca de la violencia de género en sus vidas • Documentar las respuestas a esas preguntas • Remitir las víctimas de la violencia de género a establecimientos capaces de prestarles asistencia • Apoyar y supervisar al personal
Proyecto C	<p>Además de lo indicado para los Proyectos A y B:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contratar a nuevos funcionarios o capacitar a los existentes para que administren el formulario de evaluación integral a las víctimas • Facilitar el tratamiento psicológico y otros tipos de atención a las víctimas de la violencia de género, ofreciendo remisión a otros establecimientos y/o tratamiento en el mismo establecimiento

Ejemplos de programas

A continuación figuran ejemplos de entidades que han integrado la violencia de género en sus programas de atención de la salud. Hasta el momento no hay muchos de ellos, puesto que la iniciativa recién está comenzando. Abrigamos la esperanza de que en la versión final de la Guía programática, después que haya sido aplicada con carácter piloto en varios países, haya mayor cantidad de ejemplos para agregar a continuación.

* En Caracas (Venezuela), la Asociación de Planificación Familiar (PLAFAM), una filial para el hemisferio occidental de la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF), proporciona a cada una de las clientas que acuden a su clínica de salud reproductiva materiales impresos acerca de la violencia de género cuando se registran con la recepcionista. El agente de salud formula a cada nueva clienta preguntas acerca de la violencia de género (abuso sexual en la infancia, violación y violencia doméstica) y cuando una clienta revela que es víctima de ese tipo de violencia, se le ofrece una evaluación integral y una remisión a otros establecimientos. En 2000, la Organización Mundial de la Salud (OMS) otorgó a la PLAFAM el Premio de Salud Sasakawa a innovaciones en los servicios de salud, en mérito a la labor que están realizando con respecto a la violencia de género.

* En la India, el Fondo de Prevención de la Violencia en la Familia está colaborando con un hospital en Bombay y ofreciendo asistencia técnica a fin de que se pregunte a las mujeres que acuden al hospital acerca de experiencias de abuso sexual en la infancia y violencia doméstica. Si la mujer responde “sí” a cualquiera de esas preguntas, seguidamente se la envía a un agente de salud capacitado que procede a evaluar a la clienta y remitirla a otros servicios. Si la clienta teme regresar a su hogar, se le ofrece la opción de permanecer en el hospital, en una zona especial creada para las víctimas de violencia.

* En Filipinas, el Proyecto Haven (Atención hospitalaria para mujeres en crisis en ámbitos violentos), ubicado en un hospital en Quezon City, proporciona atención a las víctimas en crisis. En este proyecto, hay varios puntos de entrada, inclusive el departamento de obstetricia y ginecología, el servicio de primeros auxilios, diferentes departamentos para pacientes ambulatorios y el departamento de asesoramiento psicológico. Se ha capacitado a proveedores de salud en Filipinas, entre ellos parteras, enfermeras y médicos, para que detecten y evalúen los casos de violencia doméstica. Parte de esta capacitación se ha integrado ahora en los programas de estudios de facultades de medicina y escuelas de enfermería.

* En el Brasil, las mujeres que acuden al Centro de Salud de la Facultad de Medicina Samuel Pessoa, Universidad de San Pablo, que ofrece servicios de salud reproductiva (y también otros servicios de atención primaria de la salud, entre ellos tratamiento de problemas de salud mental) son interrogadas a fin de detectar la violencia doméstica si el personal sospecha que son víctimas. Cuando una mujer revela que está en una relación en que su compañero la hace objeto de malos tratos, habla con otro agente de salud, que le formula más preguntas acerca de la violencia y le ofrece una remisión a otro establecimiento.

* En Queensland (Australia), comenzó en 1999 una iniciativa sobre violencia doméstica. Se trató de detectar los casos de violencia doméstica entre las mujeres que acudían a varios establecimientos participantes, entre ellos clínicas de atención prenatal, clínicas ginecológicas y departamentos de atención de emergencia. Se capacitó al personal para que formulara preguntas a esas mujeres, las asesoraran cuando su respuesta era “sí” y les ofreciera una remisión a otro establecimiento. Cuando se evaluó a las mujeres que fueron atendidas en esos servicios de salud, un 97% de esas clientas expresan su apoyo a la detección de rutina de los casos de violencia doméstica.

Un enfoque práctico de la violencia de género: Guía programática para proveedores y encargados de servicios de salud

Capítulo 8. El papel del establecimiento y de su personal

A fin de integrar eficazmente la violencia de género en el programa de un establecimiento, es preciso introducir algunos cambios. El proyecto que escoja el establecimiento le ayudará a decidir cuáles son los cambios concretos que han de introducirse en todo el establecimiento y cuáles son los papeles que deben asumir los proveedores de salud en el proyecto sobre violencia de género. En todo este capítulo se aludirá a los problemas de la calidad de la atención, que son de gran importancia.

8.1 El papel del establecimiento

8.1.1 Promover, establecer redes y coordinar

Es importante establecer redes con otros grupos que también se están ocupando de la cuestión de la violencia de género. Al crear coaliciones de diferentes grupos que se ocupan de esa misma cuestión es posible aumentar las posibilidades de cambio. Tal vez ese cambio haya de ser introducido en la legislación, de modo que puedan aplicarse o cambiarse leyes relativas a la violencia de género, para que el gobierno apoye los servicios básicos de asistencia a las víctimas de esa violencia y/o cree o amplíe organizaciones no

gubernamentales en la comunidad. Esos grupos miembros de la coalición no sólo pueden ser fuentes de remisión a otros establecimientos para su utilización por el proyecto sobre violencia de género, sino que también posibilitan la remisión cruzada de clientas. La colaboración también puede contribuir a evitar la duplicación de los servicios prestados a las víctimas. También es posible que esos grupos dispongan de materiales que puedan utilizarse como prototipo para la elaboración de los materiales del establecimiento. Además, el proyecto y esos grupos pueden establecer una coalición a fin de cooperar para encauzar e intercambiar información. También es posible que haya grupos locales que tengan conocimientos especializados sobre la violencia de género y puedan prestar asistencia para la sensibilización al respecto en el establecimiento.

El cambio de las leyes y su rigurosa aplicación también dificultan más que:

Un perpetrador diga: "este comportamiento es normal", "es aceptable que yo haga esto a mi compañera", o

Las víctimas digan: "esto es lo que ha de ocurrir a las mujeres", "nadie dice que esto esté mal", o

La policía diga "su compañero puede hacerle eso" y "no podemos hacer nada".

8.1.2 Sensibilización del personal

Tiene importancia primordial la creación de un ámbito que comunique a las clientas “acá se habla de la violencia de género”. Las clientas, en su mayoría, no habrán conocido un ámbito de ese tipo y tal vez las víctimas necesiten determinar si realmente pueden hablar en condiciones de seguridad de algo que hasta el momento nunca han mencionado en voz alta. Es importante que el establecimiento proporcione seguridades al respecto; una manera de velar por que esto ocurra es involucrar a todo el personal en el proyecto sobre violencia de género, sensibilizándolos con respecto a este tema y a las maneras de interactuar con las víctimas. Además, es preciso sensibilizar al personal acerca de las circunstancias locales en que ocurre este problema y es necesario que hablen de la cuestión. Por ejemplo: ¿Cómo se considera en su comunidad la violencia de género? ¿Cómo habla la gente al respecto? ¿Cuáles son las palabras o los eufemismos que la gente utiliza cuando hablan del tema? ¿Cuáles son las preocupaciones subyacentes de la gente con respecto a la violencia de género? (Véase el capítulo 9, donde figura un ejemplo de plan de sensibilización del personal.) Así, los miembros del personal estarán preparados cuando en algún momento entren en contacto con una víctima. Cuando el personal se siente competente para hablar de la violencia de género, así se transmite a la clienta que realmente hay receptividad al tema en el establecimiento. Cuando el establecimiento admite la realidad de la violencia de género en las vidas de las mujeres, las víctimas saben que ya no es necesario que guarden silencio al respecto.

8.1.3 Carácter privado y seguridad para las clientas

Para poder interrogar a las clientas acerca de la violencia de género es preciso disponer de un recinto privado, a puertas cerradas, donde sea posible entablar esas conversaciones. Además, para que la mujer se sienta segura al hablar de la violencia de género, es preciso que la clínica tenga una política claramente enunciada que garantice el carácter privado cuando se la interroga acerca de ese tema. Esto significa que el compañero de la mujer no puede estar presente en ese recinto cuando la conversación tiene lugar; sólo pueden estar presentes la mujer y la persona que la interroga acerca de la violencia de género. Si se interroga a una víctima de la violencia doméstica sobre ese tema frente a su compañero, esto puede colocarla en situación de peligro. Es preciso que el establecimiento formule esa política, si ya no cuenta con ella. De ser necesario, es posible explicar esta política al compañero diciéndole que hay en el establecimiento una norma que estipula que cada clienta se entreviste a solas, como parte de la consulta.

En lo concerniente al papel del personal y al ambiente del servicio, para garantizar la seguridad de las víctimas es preciso que haya una política que no asigne carácter médico o psicológico a esa violencia o a la víctima. Si se procediera de otra manera, la clienta podría experimentar que se la culpa y se la trata fríamente, en lugar de comprender su situación y atenderla.

8.1.4 Carácter confidencial

Si las revelaciones de las víctimas de la violencia de género se hicieran públicas, podría haber graves conse-

cuencias para su salud y su bienestar. Es preciso que el establecimiento cuente con una política de preservación del carácter confidencial que sea clara y explícita, tanto para el personal como para las clientas. Al igual que lo que ocurre con otros problemas de salud, como el VIH/SIDA, las enfermedades de transmisión sexual, etc., es preciso preservar el carácter confidencial de la información y es menester prever los medios de evitar que se infrinja ese carácter confidencial. En consecuencia, si no hay un armario con cerrojo donde conservar las historias clínicas que incluyan información sobre la violencia de género, es necesario que antes de poner en práctica el Proyecto B o el Proyecto C, el establecimiento determine de qué manera interrogará a las clientas acerca de la violencia de género, registrará sus respuestas y mantendrá el carácter confidencial de esta información.

En la justificación de por qué se interroga a todas las clientas acerca de la violencia de género (antes de formular las preguntas al respecto), es preciso incluir una breve frase acerca del carácter confidencial. No cabe duda de que la garantía de este carácter confidencial en la clínica afectará las respuestas de la clienta a las preguntas que se le formulan sobre ese tema. Pero si no se aclara en qué medida se asegura el carácter confidencial de la información antes de interrogar a la clienta acerca de la violencia de género, esto entraña que sería posible traicionar su confianza, algo que, si ella ya ha sido víctima, ha ocurrido en su pasado. La garantía del carácter confidencial también significa que las respuestas de las clientas a las preguntas sobre violencia no deben ser ventiladas profesionalmente en espacios públicos de la clínica, debido a que alguien pue-

de oír lo que se dice; y tampoco debe hablar el personal entre sí acerca de esa información confidencial.

Si por alguna razón no fuera posible registrar la respuesta positiva de la clienta con respecto a la violencia de género en su historia clínica, esto puede afectar la posibilidad de que el establecimiento mantenga datos resumidos fidedignos de las mujeres que hacen revelaciones al respecto. Como alternativa, podría ser posible mantener datos anónimos (que posibilitarían la preparación de estadísticas sobre cuántas clientas del servicio están revelando casos de violencia de género) si el personal, al formular preguntas a las clientas al respecto, registrara las respuestas en un trozo de papel sin individualizar a quien proporciona la información. Así se limitaría la continuidad de la atención proporcionada por los proveedores de salud, que no podrían verificar en la historia clínica que la clienta ha sido víctima de violencia de género y tampoco posibilitaría el seguimiento al respecto ofreciendo atención especializada cuando ella regresa al establecimiento.

Si es posible garantizar el carácter confidencial, es preciso utilizar el sello documental (en el apéndice 6 figura un ejemplo del sello documental), colocando el sello en la contratapa de la historia clínica de cada clienta, para que el personal tenga rápido acceso y pueda tomar conocimiento de la situación.

8.1.5 Sensibilidad frente a la persona y al problema

También es importante que el personal conozca la legislación vigente en su país con respecto a la violencia de género. Esta información puede ser útil

en lo concerniente a la comprensión del problema y a la difusión de esta información entre las clientas que acuden a la clínica.

Es necesario que los materiales básicos, en el idioma local y en diferentes niveles de lectura, estén disponibles en la sala de espera, los gabinetes de consulta y los servicios sanitarios, para que las mujeres los lean en esos lugares y lleven una copia consigo al marcharse. Un monitor de televisión en la sala de espera puede mostrar videocintas acerca de la violencia de género, en que se trate de sus efectos y sus soluciones. Se pueden colocar en las paredes carteles con fotos y mensajes escritos que comuniquen a las clientas que la violencia de género es inadmisibles y que nadie merece un trato de este tipo y también que si esto ocurre, no es culpa de la mujer. En los carteles y en el material de lectura pueden presentarse medios para que las mujeres obtengan ayuda si son víctimas de violencia en ese momento o si lo han sido en el pasado. Es útil crear una pequeña tarjeta para mujeres víctimas que éstas puedan esconder en su zapato y que contenga datos educacionales sobre los tipos de comportamientos que constituyen malos tratos y proporcione direcciones y números de teléfono de establecimientos adonde recurrir para obtener ayuda. Esto posibilitará que las mujeres obtengan importante información que pueden ocultar al compañero autor de actos de violencia.

Cuando se trata de mujeres analfabetas, además de las mencionadas videocintas el establecimiento podría imprimir o adquirir tiras cómicas descriptivas y/o carteles con íconos que transmitan un claro mensaje sobre la violencia de género, como maneras alternativas de transmitir esta información.

Además, de ser posible, otra opción para educar a las mujeres, tanto analfabetas como alfabetizadas, sería que un miembro del personal facilitara una conversación educacional sobre la violencia en la vida de las mujeres, en la que participaran las clientas que están en la sala de espera.

8.2 Las funciones del personal

La educación y las prácticas de la mayoría de los proveedores de atención de la salud se basan en un modelo médico que trata de diagnosticar y “sanar” a las clientas. Pero un tratamiento médico también tiene otros componentes. Es posible, en cambio, definir “la práctica de la medicina” como “diagnosticar, curar, tratar, prevenir, prescribir o eliminar cualquier trastorno físico, mental o emocional de la persona” (Civic Research Institute, 2000). Es preciso que el personal aprenda que hay un modelo diferente, que abarca la comprensión de los numerosos factores psicosociales que afectan la vida de una persona y su salud, como los atinentes a la cultura, el género, la familia, la religión, la pobreza, las drogas, el alcohol y la educación. Este modelo más amplio conlleva muchos beneficios. Si los proveedores de servicios pueden utilizar este modelo y ofrecer a las víctimas lo necesario, es decir, comprensión, apoyo, apertura y respeto, realmente pueden proporcionar a las víctimas la ayuda que éstas necesitan.

Es preciso que, con el apoyo del establecimiento, el personal examine su propio papel y lo amplíe. Dentro de este proyecto, el papel del encargado de prestar servicios es detectar y evaluar la violencia de género y ayudar a la sobreviviente a obtener la ayuda que necesita para superar los efectos de la

violencia. A continuación se indican los papeles concretos del personal en el proyecto sobre violencia de género.

8.2.1 Ser testigos

La mayoría de las mujeres que han experimentado violencia de género nunca lo han revelado a nadie. Cuando se las alienta a hacerlo, ellas pueden, probablemente por primera vez, hablar con alguien acerca de su padecimiento privado. La mujer puede expresar con palabras lo que nunca ha sido oído por otro ser humano. El encargado de prestar servicios no necesita oír toda la historia pero sí necesita comprender la injusticia de lo que está oyendo y comunicarla a la clienta. Al mismo tiempo, el encargado de prestar servicios puede ayudar a la mujer a obtener la ayuda que necesita.

8.2.2 Escuchar y validar

Muchas víctimas dicen que la experiencia de que el encargado de prestar servicios las escuche es, en sí misma, muy beneficiosa. (Family Violence Prevention Fund, 2000). Si la sobreviviente responde afirmativamente a las preguntas sobre violencia de género, el encargado de prestar servicios puede responder, no con sugerencias ni prescripciones, sino con comprensión. La sobreviviente necesita que el encargado de prestar servicios la apoye, demostrando empatía y sensibilidad y creyendo lo que le está diciendo la clienta.

8.2.3 Educar

Cuando las mujeres revelan historias del pasado o experiencias actuales de violencia de género, el encargado de prestar servicios puede contribuir a educar a las clientas acerca de las co-

nexiones entre los síntomas que padecen y la violencia padecida, las maneras en que pueden cuidarse mejor a sí mismas y, lo que es sumamente importante, hacerles comprender que no están solas. El conocimiento es poder y tal vez ésta sea información nueva e importante para la sobreviviente, puesto que tal vez nunca haya establecido una relación entre sus síntomas y la violencia y tal vez nunca haya conocido a nadie que haya padecido lo que ella ha padecido.

8.2.4 Documentar

Cuando se interroga a las clientas acerca de la violencia de género, es importante que el encargado de prestar servicios documente las respuestas en la historia clínica de la clienta. En función del modelo de proyecto que se haya escogido, esta documentación puede incluir registrar información acerca del tipo de violencia de género que ella ha padecido, el momento en que esto ha ocurrido, la evaluación integral de esa situación, las remisiones efectuadas a otros establecimientos y, si hay pruebas físicas, como contusiones o cicatrices, indicarlas en un esquema del cuerpo. (En el apéndice 6 figura un ejemplo de sello de documentación; en el apéndice 9, la evaluación integral; y en el apéndice 10, el esquema del cuerpo).

Si en el establecimiento hay una política que garantiza el carácter confidencial y si es posible documentar las respuestas de la clienta a las preguntas acerca de la violencia de género, es preciso colocar el recuadro de documentación del sello al respecto en la contratapa de la historia clínica de cada clienta, de modo que sea muy visible para todos los miembros del personal. El resto de la información acerca de la

violencia de género, como las respuestas a las preguntas acerca de quién ha perpetrado esos actos de violencia, los formularios relativos a la evaluación del peligro y la evaluación integral, pueden todos figurar en la parte posterior de la historia clínica.

8.2.5 Apoyar

Es necesario que los proveedores de servicios estén en condiciones de responder de manera apropiada cuando las clientas revelan actos de violencia de género. Es preciso que el encargado de prestar servicios tenga una actitud prescindente, no emita juicios, demuestre compasión y sea sensible. Esto significa que no se ha de decir a la clienta qué debe hacer, sino más bien se la ha de ayudar a pensar acerca de cuáles son sus opciones y qué está dispuesta a hacer de inmediato, en caso de que esté dispuesta a hacer algo. Prestar apoyo a las clientas significa respetar las decisiones que adopten y creer que ellas son quienes mejor saben qué necesitan. Es posible que las clientas, después de revelar que son víctimas de violencia, teman el juicio negativo del encargado de prestar servicios y sería útil que las víctimas supieran que no se las juzga sino que, por ejemplo, se considera que la revelación es un gesto valeroso de su parte.

8.2.6 Trabajar como miembro de un equipo

El encargado de prestar servicios debe colaborar con otros miembros del personal del establecimiento que también tienen contacto con la clienta. El per-

sonal debe trabajar como un equipo, coordinando la atención a la sobreviviente y, después de obtener el permiso de la clienta, comunicarse recíprocamente la información que la atañe.

8.2.7 Remitir a otros establecimientos

Es necesario ofrecer a las víctimas de violencia de género remisiones a otros diversos tipos de establecimientos, en función de sus necesidades particulares. Es menester que el personal cuente con capacitación acerca de la manera y la oportunidad en que se ha de remitir a una sobreviviente a otro establecimiento. Los proveedores de servicios deben ayudar a la clienta para que obtenga la atención que necesita. Es importante que sepan cuáles son los recursos disponibles, que ayuden a la clienta a ponerse en contacto con esos recursos y que hagan un seguimiento de la clienta acerca de si utilizó o no la remisión y, si lo ha hecho, saber qué opina acerca de la calidad de la atención en el establecimiento al cual se la ha remitido.

8.2.8 Proporcionar servicios conexos

Si el establecimiento ofrece otros servicios in situ —como asesoramiento psicológico, grupos de apoyo, asesoramiento jurídico y asistencia— es preciso que el personal sepa cómo las víctimas pueden tener acceso a esos servicios en el establecimiento, ayudarlas a hacerlo y establecer contacto con los demás miembros del personal que atienden a las víctimas en el establecimiento.



Un enfoque práctico de la violencia de género: Guía programática para proveedores y encargados de servicios de salud

Capítulo 9. Iniciación del propio proyecto sobre violencia de género

Al comenzar a establecer un proyecto sobre violencia de género, hay varias etapas, que se indican en un cierto orden en esta Guía debido a que hay una progresión lógica para formular y poner en práctica el proyecto que escoja cada establecimiento. Por ejemplo, antes de que el personal pueda comenzar a interrogar a las clientas acerca de la violencia de género, será necesario que, en primer término, se hayan establecido mecanismos de remisión a otros establecimientos, debido a que interrogar a las clientas al respecto sin saber adónde enviar a las víctimas sería una

falla ética y profesional. Algunas de esas etapas pueden cumplirse de manera simultánea.

Etapas en la formulación y puesta en práctica del proyecto

Como se mencionó en el último capítulo, el proyecto que se escoja tendrá algunas o todas las etapas que se describen brevemente a continuación. El Proyecto A constará de menos etapas, mientras que los Proyectos B y C tendrán más etapas.

Cuadro 7. Guía de formulación de proyectos

Tipo de proyecto	Acción
Proyecto A: Etapas 1 a 11	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reunión con interesados directos de la comunidad 2. Evaluación de la capacidad del personal 3. Determinación de los recursos financieros 4. Evaluación de los servicios para remisión de las clientas a otros establecimientos 5. Selección del tipo de proyecto sobre violencia de género 6. Preparación de un plan de trabajo 7. Preparación de un plan de monitoreo y evaluación 8. Creación de mecanismos de remisión de clientas a otros establecimientos 9. Creación de protocolos y políticas relativos a la violencia de género 10. Sensibilización de todo el personal 11. Preparación o compra de materiales educativos para las clientas
Proyecto B: Etapas 1 a 17	<ol style="list-style-type: none"> 12. Preparación de formularios para la detección de las víctimas 13. Modificación del itinerario de las pacientes 14. Capacitación del personal clínico 15. Promoción de la continuidad en la atención y el seguimiento 16. Provisión de apoyo, supervisión y capacitación permanente al personal 17. Educación de la comunidad
Proyecto C: Etapas 1 a 18	<ol style="list-style-type: none"> 18. Ampliación de la dotación de personal y de los servicios

9.1 Descripción de las etapas

9.1.1 Reunión con los interesados directos de la comunidad

Es importante celebrar en primer término reuniones con los interesados directos en la comunidad y tener con ellos amplios intercambios de ideas, que podrían incluir solicitar sus opiniones, informarles acerca de lo que se piensa

realizar y obtener su apoyo al proyecto. Los participantes podrían ser políticos, líderes locales, representantes de organizaciones no gubernamentales, el director de los servicios de salud en el distrito, los ministros de salud, los funcionarios policiales, los líderes religiosos y otros miembros de la comunidad. Una parte de la reunión podría centrarse en saber de qué manera esos líderes de la comunidad perciben el pro-

blema de la violencia de género y de qué manera piensan que esta situación afecta a las personas, a las familias, a las comunidades y al país. Incluirlos al solicitar su opinión con respecto a este problema es una medida de importancia crítica para obtener apoyo y respaldo al proyecto.

No es necesario contar con datos acerca de la prevalencia de casos de violencia de género antes de celebrar reuniones con los interesados directos o antes de comenzar el proyecto. El objetivo inmediato de cada proyecto es ayudar a que las víctimas de la violencia superen los efectos de ésta. Cada establecimiento estará en condiciones de recopilar algunos datos acerca de la prevalencia de dicha violencia, mediante la puesta en práctica de sus proyectos.

9.1.2 Evaluación de la capacidad del personal

Antes de comenzar un proyecto relativo a la violencia de género, es preciso que los encargados de cada establecimiento determinen el nivel de conocimientos que ya posee su personal acerca del tema. Además, es necesario que determinen qué es lo que el personal considera que son barreras que se oponen a este proyecto, así como cuáles son los beneficios de comenzar. Sería importante determinar qué se ha hecho, o qué se está haciendo, según sea el caso, en el establecimiento para abordar la violencia de género. Por ejemplo, tal vez algunos proveedores de servicios ya estén interrogando al respecto a las clientas, por iniciativa propia. (En el apéndice 1 figura un formulario para contribuir a esta determinación).

9.1.3. Determinación de los recursos financieros

Los establecimientos deben analizar sus recursos financieros para determinar cuáles son los recursos disponibles o que podrían recaudarse a fin de poner en práctica un proyecto sobre violencia de género. Es necesario que los recursos disponibles coincidan con un presupuesto detallado de lo que cada proyecto (A, B o C) ha de costar. De este modo, el establecimiento puede tener una idea de lo que puede hacer o, al menos, comenzar a hacer.

Cuadro 8. Posibles gastos de proyecto

Proyecto A: Recursos necesarios para establecer información sobre remisión a otros establecimientos, preparar materiales educativos destinados a las clientas y sensibilizar a todo el personal.

Proyecto B: Recursos necesarios para preparar información sobre remisión a otros establecimientos y un libro al respecto, elaborar materiales educativos para las clientas y el personal, preparar nuevos formularios, sensibilizar a todo el personal y capacitar y supervisar a los proveedores de servicios.

Proyecto C: Recursos necesarios a fin de preparar materiales educativos para las clientas y el personal y nuevos formularios, sensibilizar a todo el personal, capacitar y supervisar a todos los proveedores de servicios, capacitar al personal para proporcionar tratamiento o contratar a más personal, y proporcionar espacio para el tratamiento in situ de los casos de violencia de género.

9.1.4 Evaluación de los servicios para remisión de las clientas a otros establecimientos

Tiene importancia crucial encontrar los servicios disponibles en la comunidad, pues esto determinará los tipos de recursos que faltan. Cuando no hay ningún recurso o los recursos de importancia crítica están ausentes, es preciso establecer algunos servicios antes de comenzar realmente a interrogar a las clientas acerca de la violencia de género. No sería ético hacerlo y que una clienta respondiera “sí”, y luego no estar en condiciones de ofrecerle ayuda. Si en la comunidad no existe un servicio de importancia crucial (por ejemplo, asesoramiento psicológico), será necesario que el proyecto vele por que ese servicio se proporcione, tal vez in situ. Una manera de lograrlo podría ser capacitar a miembros del personal o a ex víctimas de la violencia de género de modo que puedan proporcionar el necesario tratamiento psicológico o el apoyo psicoeducacional in situ.

9.1.5 Selección del tipo de proyecto sobre violencia de género

Es importante que se seleccione un proyecto sobre violencia de género, o bien A, o B, o C, que pueda ser llevado a la práctica, en condiciones realistas. Esto significa que se ha de escoger un proyecto sobre la base de algunas consideraciones.

Consideraciones

- La capacidad del personal
- Los otros establecimientos disponibles localmente para la remisión de las clientas
- La situación financiera y las perspectivas del establecimiento en lo concerniente a las finanzas

La infraestructura física, por ejemplo, espacio para conversaciones en privado

Los establecimientos también pueden utilizar un enfoque modular, comenzando con el Proyecto A y agregando más tarde otros componentes, entre ellos interrogar a las clientas directamente acerca de la violencia de género cuando acuden a la clínica. Cuando esto ocurre, el proyecto se transforma en Proyecto B. Es mejor que cada establecimiento comience con lo que realmente puede hacer bien y, seguidamente, en algún momento en el futuro, agregar otros componentes.

Tal vez algunos proyectos sobre violencia de género contraten un coordinador (o escojan a un miembro del personal que tenga interés en el tema y posea la capacidad de asumir esas funciones), que se encargaría de supervisar todos los componentes del proyecto. Este coordinador colaboraría con el personal en la puesta en práctica del proyecto, la recopilación de datos, la organización de cursos de capacitación permanente, el establecimiento de grupos de apoyo para el personal y la solución rápida de problemas o preguntas que puedan surgir.

9.1.6 Preparación de un plan de trabajo

Después de haber evaluado los recursos y seleccionado el tipo de proyecto, es preciso preparar un plan de trabajo para contribuir a organizar las acciones. Un plan de trabajo básico especifica lo que se debe hacer, quién lo hará y cuándo. En este proyecto, puede organizarse el plan de trabajo utilizando las etapas aplicables al tipo de proyecto escogido, según lo indicado en el Cuadro 7. (En el apéndice 2 figura un ejemplo del plan de trabajo).

9.1.7 Preparación de un plan de monitoreo y evaluación

El monitoreo es importante, no sólo para demostrar a los demás lo que se ha realizado, sino para juzgar cómo está adelantando el proyecto, cuáles componentes están dando buenos resultados y cuáles tal vez necesiten ajustes. (En el apéndice 3 figura un ejemplo de plan de monitoreo y evaluación.) Tiene importancia crucial planificar el monitoreo y la evaluación en el momento mismo de iniciar el proyecto. De otro modo, es posible que más adelante no se cuente con la información necesaria. Una manera de considerar qué información será necesaria más adelante es pensar acerca del informe anual o final sobre el proyecto. ¿Qué se ha de incluir en el informe? ¿Qué cuadros se han de incorporar al informe? ¿Qué preguntas se han de responder en el informe? y ¿cómo se recopilarán los datos necesarios?

Para el monitoreo de las actividades del proyecto será necesario contar con indicadores. Hay diversos tipos de indicadores: de insumos, procesos, productos, resultados y efectos. Todos esos indicadores pertenecen a una

gama sin solución de continuidad, en que va aumentando paulatinamente el grado de dificultad para calcularlos.

Los **indicadores de insumos** miden cuestiones como los suministros, el equipo y los materiales adquiridos para el proyecto.

Los **indicadores de procesos** miden actividades, como la capacitación y la supervisión.

Los **indicadores de productos** registran los resultados de los procesos, como el número de personas capacitadas.

Los **indicadores de resultados** son más generales que los indicadores de productos; miden, por ejemplo, una mejor calidad de la atención.

Los **indicadores de efectos** miden las consecuencias, en última instancia, del proyecto, como la reducción de los efectos de la violencia de género sobre las clientas.

Para una actividad dada, como la capacitación, tal vez se escojan varios tipos de indicadores. Por ejemplo, número de materiales de capacitación adquiridos (insumo); programa de capacitación formulado (proceso); número de personal capacitado (producto); mejora en los conocimientos y las actitudes del personal (resultado). No siempre es necesario o factible medir los efectos.

Al contar con un claro plan de trabajo se contribuirá a formular el plan de monitoreo y evaluación. En cada etapa de la formulación del proyecto habrá varias actividades. Es preciso considerar cada una de ellas y pensar de qué manera se ha de monitorear el desempe-

ño. Cabe recordar que, a fin de que los datos sean registrados y recopilados, es necesario asignar esas tareas al personal, capacitarlo para que las realice y supervisarlas periódicamente. Por ejemplo, si se interroga a las clientas acerca de la violencia de género y las respuestas se registran, ¿quién recopilará estos datos cada mes? (En el apéndice 11 figura un cuadro de resumen mensual de los datos).

Además del monitoreo del desempeño en determinadas actividades, es preciso pensar acerca de preguntas más amplias a las que tal vez se desee responder con respecto al proyecto y sobre la manera de responder a dichas preguntas. A continuación se presentan algunas preguntas y los medios para responder a ellas.

Proyectos A, B y C

- **¿Fue el proceso de sensibilización eficaz para aumentar los conocimientos del personal y cambiar sus actitudes?** Administre tests antes y después de los cursos de sensibilización.
- **¿Opina el personal que el proceso de sensibilización es útil?** Realice entrevistas con el personal, 2 ó 3 meses después del curso de sensibilización.
- **¿Se llevan las clientas consigo los materiales puestos a su disposición en las salas de espera y otros lugares?** Disponga que un miembro del personal vigile los materiales.
- **¿Opinan las clientas que los materiales son útiles?** Realice entrevistas a la salida con un ejemplo al azar de clientas, por ejemplo, cada

quinta o cada décima clienta, durante una semana. (En el apéndice 12 figura un ejemplo de preguntas a formular en la entrevista de salida).

Proyectos B y C

- **¿Interroga, en realidad, el personal a las clientas acerca de la violencia de género?** Analice los registros para determinar si se interrogó al respecto a las clientas.
- **¿Es la violencia de género un problema común en la población de clientas del establecimiento?** Es posible responder a esta pregunta manteniendo registros que indiquen cuál es la proporción de mujeres interrogadas que manifestaron haber sido objeto de violencia de género. Indique las proporciones correspondientes a cada tipo de violencia.
- **¿Hay al menos algunas víctimas de la violencia de género que responden afirmativamente cuando se les pregunta?** También en este caso, analice los registros de la clínica.
- **¿Cómo se sienten las mujeres cuando se las interroga acerca de la violencia de género?** Realice entrevistas a la salida con un ejemplo al azar de clientas (por ejemplo, cada quinta o cada décima clienta, durante una semana). (En el apéndice 12 figura un ejemplo de preguntas a formular en la entrevista de salida).
- **¿A cuántas mujeres se les ofreció remisión a otros establecimientos en casos de violencia de género, qué tipo de remisiones y cuántas clientas las aceptaron?**

Para responder a estas preguntas, el personal debe registrar la información que figura en la historia clínica de cada clienta y seguidamente, esa información debe ser abstraída de las historias clínicas y resumida.

- **¿Encuentra el personal que las sesiones de apoyo son útiles?** Utilice hojas de evaluación confidenciales cada tres meses.

Proyecto C

- **¿Qué piensan las clientas acerca de los nuevos servicios?** Utilice cuestionarios confidenciales.
- **¿Qué tipos de servicios relativos a la violencia de género querrían las clientas agregar?** Realice entrevistas en “grupos focales” con las clientas.
- **¿Es eficaz el tratamiento psicológico proporcionado in situ en lo concerniente a reducir síntomas?** Pueden entregarse cuestionarios acerca de los síntomas a las clientas, al comenzar y terminar el tratamiento.

Una vez que sean determinadas las preguntas a las cuales se ha de responder y la información necesaria para hacerlo, la etapa siguiente es preparar un plan general de monitoreo y evaluación que indicará para cada actividad del plan de trabajo qué indicadores se están utilizando, cuáles son las fuentes de los datos, quién es responsable de recopilar la información y con qué frecuencia se ha de recopilar ésta. (En el apéndice 3 figura un ejemplo de plan de monitoreo y evaluación.)

La recolección de datos plantea la cuestión del carácter confidencial de la información. Es importante salvaguardar el carácter confidencial de las respuestas de las clientas con respecto a la violencia de género. Para lograrlo, es necesario incorporar maneras de proteger la identidad de las clientas, por ejemplo, utilizando únicamente los números de las historias clínicas cuando se abstraen datos de éstas y mantener las historias clínicas en cajones bajo llave. Si los nombres de las clientas figuran en computadoras, los correspondientes registros deben protegerse de modo que haya un acceso restringido.

9.1.8 Creación de mecanismos de remisión a otros

A fin de poner en práctica los Proyectos A, B y C, es preciso que haya disponibilidad de servicios para las víctimas de violencia de género en esferas como el apoyo psicológico y psicosocial, o jurídico, de vivienda, judicial y otros servicios. Tal vez algunos establecimientos contraten a un consultor, quien podría reunirse con otros posibles establecimientos a los que remitir las clientas y evaluar los servicios que ofrecen; o, cuando no a un consultor, se debería asignar a un miembro del personal del establecimiento la tarea de individualizar y evaluar las otras instituciones.

Es de importancia crucial que el personal de los servicios a los que se remiten las clientas posea capacitación y experiencia en el trabajo con víctimas de violencia de género, de modo que las mujeres remitidas puedan obtener el tipo de ayuda que necesitan. (En el apéndice 4 figura un ejemplo de guía para crear una red de establecimientos donde remitir a las clientas.)

Una vez finalizado el proceso de individualización y evaluación de posibles establecimientos para remitir a las clientas, es necesario decidir de qué manera el personal estará en contacto con esas fuentes para la remisión de las clientas. En el caso del Proyecto A, el material informativo que se deje en la sala de espera y en otros lugares incluirá información para establecer contacto con los diferentes establecimientos, de modo que las mujeres puedan ponerse en contacto con ellos o visitarlos, por iniciativa propia.

En el caso de los Proyectos B y C (además de colocar en lugares públicos y privados los materiales informativos con datos sobre instituciones de remisión), es necesario preparar un libro de remisiones, de modo que el personal pueda efectuar fácilmente las remisiones apropiadas para las clientas. Ese libro podría estar dividido en categorías de remisiones y para cada categoría se indicaría el establecimiento de remisión en su propia página, con descripción de los servicios que ofrece, el nombre de la persona con quien establecer contacto, el honorario que cobra (en caso de que cobre honorarios), las horas de funcionamiento, etc.

Todo el personal de la clínica debe tener conocimiento del lugar en que se guarda este libro y debe recibir capacitación sobre la manera de utilizarlo. Podría designarse a un miembro del personal para que regularmente, por ejemplo dos veces por año, actualice el libro, agregando nuevos establecimientos y eliminando los que ya no existan o los que se haya comprobado que proporcionan servicios de calidad deficiente.

9.1.9 Creación de protocolos y políticas

A fin de integrar la violencia de género en los programas de salud de la mujer, es necesario contar con un protocolo por escrito en que se indique la manera en que funciona cada proyecto sobre ese tema. El protocolo debería comenzar en el punto en que la clienta ingresa al establecimiento. Algunas preguntas a las que es preciso responder en un protocolo que abarque todo el establecimiento son las siguientes:

- **¿Se entregarán materiales sobre la violencia de género a cada clienta que ingrese al establecimiento, o se dejarán esos materiales en espacios públicos y privados, o ambas cosas?**
- **¿Quién interrogará a las clientas acerca de la violencia de género?**
- **¿Qué ocurrirá después de que una mujer revele que es una sobreviviente de la violencia de género?**
- **¿De qué manera y dónde se documentará esa situación en su historia clínica?**
- **¿Quién entre los miembros del personal ofrecerá a las víctimas remisión a otros establecimientos?**

El protocolo será un documento por escrito. Parte de la capacitación del personal se dedicará a explicar la razón para que exista el protocolo y la manera en que se utilizará, de modo que todos lo comprendan claramente. Entonces, todas las personas que trabajan en el establecimiento sabrán cuál es su papel en relación con el protocolo y cómo ejercer ese papel. En el protocolo también figurará información acerca de la persona a la que puede acudir

el personal si hubiera problemas y preguntas en la puesta en práctica del proyecto sobre violencia de género.

En lo concerniente a las políticas, dos de importancia crítica son las relativas al carácter confidencial y privado, que se analizaron en secciones anteriores (véase el capítulo 8).

9.1.10 Sensibilización de todo el personal

Para que el proyecto tenga éxito, es preciso que el personal lo apoye. Es importante que el personal comprenda las razones por las que se integra el proyecto sobre violencia de género en el programa existente y también las repercusiones que esto tiene para todo el establecimiento. Sea cual fuere el proyecto que se escoja, es preciso que se sensibilice al respecto a todos los miembros del personal. Incluso si el material se deja en la sala de espera para que lo recojan las clientas, como se prevé en el Proyecto A, si una clienta comienza a hablar con la recepcionista acerca de lo que ha leído, es preciso que esa recepcionista esté en condiciones de responder a las preguntas, preocupaciones y experiencias de la clienta.

- Las estadísticas
- Las leyes contra la violencia de género vigentes en el país
- Los mitos respecto de la violencia de género
- Las opiniones y actitudes del propio personal con respecto a la violencia de género
- La conexión entre salud reproductiva y violencia de género
- Razones por las que ocurre la violencia de género en la sociedad
- La naturaleza oculta del problema
- Los efectos de la violencia de género en la sobreviviente, su familia y su sociedad
- La dinámica de la violencia de género
- Los síntomas que presentan las víctimas
- Las barreras que se oponen a que las víctimas hablen de la violencia de género
- La manera en que funciona el proyecto escogido
- Las funciones del personal con respecto a las víctimas de violencia de género

Cuadro 9. Temas de violencia de género para sensibilizar a todo el personal

- La justificación de que se integre la violencia de género en los servicios de salud reproductiva
- El concepto de género
- Las definiciones de diferentes tipos de violencia de género

Al igual que la mayoría de las personas, los miembros del personal tienen ideas preconcebidas acerca de la violencia de género. Es importante que el personal tenga oportunidad de considerar sus propios prejuicios y opiniones acerca de este tema. Tiene importancia crucial ayudarlos a enfrentar sus prejuicios y creencias y cambiarlos. La técnica de dividir a las personas en pequeños grupos y hacerlas participar en ejercicios que posibiliten que conside-

ren los propios prejuicios y los pongan en tela de juicio puede ser muy eficaz.

Una manera para que el personal pueda entender cómo se siente, por ejemplo, una mujer que ha sido apaleada al hablar con una enfermera o un médico, es realizar juegos dramáticos con respecto a la violencia de género, en que cada persona tenga oportunidad de asumir el papel tanto del encargado de prestar servicios como de la víctima. Al asumir el papel del encargado el personal también tiene oportunidad de practicar la formulación de preguntas acerca de la violencia a las clientas, en un ámbito de seguridad. Esta parte de la sensibilización es la clave del éxito del proyecto. Si se administran tests antes y después de la capacitación se puede determinar el grado de eficacia de la sensibilización en lo concerniente al aumento de conocimientos y el cambio de actitudes.

Es necesario ofrecer sesiones de sensibilización a todo el personal antes de que comience el proyecto sobre violencia de género y seguidamente, repetir esas sesiones periódicamente con fines de actualización y para introducir el tema entre los nuevos miembros del personal.

9.1.11 Preparación o compra de materiales educativos para las clientas

Cada proyecto necesitará preparar o adquirir los materiales sobre violencia de género más apropiados para sus clientas. Tal vez sea necesario adaptar hasta cierto punto ese material, especialmente si se incluye en él información para remitir a las clientas a otros establecimientos. (En el apéndice 14 figuran los nombres de lugares a los

que pueden pedirse materiales sobre violencia de género.)

En el establecimiento debería haber, como mínimo, carteles para fijar en las paredes sobre la violencia de género, breves folletos ubicados en las salas de espera, los cuartos de baño y las salas de examen, y tarjetas de bolsillo. Esas tarjetas, podrían ser ubicadas en los cuartos de baño y, por ejemplo, tener inscripciones como “Usted no merece que se la golpee” o describir diferentes tipos de violencia de género e incluir preguntas sobre si las mujeres están experimentando ataques de ese tipo. Las tarjetas también podrían utilizarse para informar a las mujeres acerca de las leyes vigentes en el país con respecto a la violencia de género. Otras posibilidades son incluir tarjetas de bolsillo que eduquen a las mujeres sobre la manera de planificar su seguridad si están en una situación de violencia doméstica, o agregar información sobre la violencia de género en los materiales sobre salud que ya se distribuyen en el establecimiento.

Si se adoptan los Proyectos B o C también es necesario que en varios lugares del establecimiento se disponga de tarjetas y/o folletos con información sobre los lugares a los que puede remitirse a las clientas. Aun cuando en los Proyectos B y C se interrogará a las mujeres acerca de la violencia de género, habrá mujeres que no estarán en condiciones de responder sinceramente a esas preguntas pero que, por iniciativa propia, pueden recoger el material y utilizarlo ulteriormente, para obtener ayuda. Es importante que ellas tengan esta opción.

Es necesario que los materiales educativos estén escritos en un lenguaje apropiado y a un nivel de lectura que

pueda ser comprendido por la mayoría de las clientas. El personal puede recoger ideas cuando examina materiales creados por otros grupos, los cuales pueden ayudar a decidir qué dará mejores resultados en ese particular establecimiento y con sus clientas. Parte de estos materiales pueden estar a la venta (o distribuirse gratuitamente) y la compra de estos materiales puede dar al Proyecto la posibilidad de poner sin tardanza a disposición de las clientas material de buen aspecto en lugar de tener que comenzar desde cero a preparar sus propios materiales.

9.1.12 Preparación de formularios para la detección de las víctimas

De conformidad con los Proyectos B y C, se interrogará directamente a las clientas acerca de la violencia de género en sus vidas. Es importante formular la mismas preguntas a cada clienta que llega al establecimiento y documentar sus respuestas en sus respectivas historias clínicas. (En el apéndice 5, al final de esta Guía programática, figura un protocolo de detección.) El más breve formulario de documentación puede convertirse en un sello portátil que puede estamparse en la historia clínica de la clienta para documentar sus respuestas cuando se le interroga sobre la violencia de género. (En el apéndice 6 figura un ejemplo de formulario de documentación.)

En lo concerniente al Proyecto B, si una clienta revela, por ejemplo, que se la golpea, el encargado de prestar servicios necesita conseguir más información, inclusive determinar el grado de peligro que corre la clienta en ese momento. Y si está en peligro, el encargado de prestar servicios debe colaborar con ella para preparar un plan que la

coloque en condiciones de seguridad. (En los apéndices 7 y 8 figuran ejemplos de formularios.)

En el caso del Proyecto C, si una clienta revela que fue víctima de abuso sexual en la niñez, la etapa siguiente será realizar una evaluación integral de la clienta (véase el apéndice 9). Dicha evaluación puede ser realizada por un psicólogo o trabajador social o por un miembro del personal que haya recibido capacitación especializada en materia de violencia de género. Al llenar este formulario de evaluación se ayudará a la clienta y al profesional de la salud a comprender de qué manera la violencia padecida en el pasado o en el presente está afectando a la clienta en el presente, determinar si corre un peligro inminente, establecer si la violencia está afectando a sus hijos y de qué manera, y establecer qué tipos de servicios in situ o fuera del establecimiento necesita la clienta.

9.1.13 Modificación del itinerario de las pacientes

Cuando el programa adopta los Proyectos B o C, es necesario replantear y/o aclarar el itinerario que siguen las clientas dentro del establecimiento. Esto debe determinarse antes de comenzar el proyecto.

Las preguntas a las que es preciso responder son:

- ¿Cuándo se interrogará a la clienta acerca de la violencia de género? y si ella responde “sí” a alguna de las preguntas, ¿qué ocurrirá a continuación?
- ¿Qué pasa si la clienta no revela violencia de género durante la entrevista inicial pero luego lo revela al

encargado de prestar servicios médicos quien, por ejemplo, puede advertir que tiene magulladuras e interrogarla con respecto a la violencia? ¿Cuál sería la etapa siguiente para la clienta? ¿Regresaría al agente de salud o, si se trata del Proyecto C, visitaría al psicólogo, o trabajador social, o miembro capacitado del personal? Después de hablar de la violencia de género, ¿volvería a ver al médico?

- En el Proyecto C, ¿qué ocurriría si ese día no estuviera presente en el establecimiento el psicólogo, o el trabajador social, o miembro capacitado del personal? ¿Qué se haría para ayudar a la clienta que reveló violencia de género? ¿Se le daría una cita para que viera otro día al psicólogo, o trabajador social, o miembro capacitado del personal?

Si se proporcionan respuestas a esas preguntas con antelación, cada proyecto funcionará con menores tropiezos, en lo concerniente tanto a las clientas como al personal. Una opción concreta es preparar diagramas de esos diferentes itinerarios, como manera de organizar los que sean posibles y de examinarlos con el personal. Si se presentan esos diagramas durante la capacitación clínica, el personal estará informado acerca de los nuevos itinerarios.

9.1.14 Capacitación del personal clínico

El personal clínico, inclusive los proveedores de salud, los médicos y las enfermeras, deben todos poseer una capacitación a fondo, puesto que son quienes tienen un contacto más directo con las clientas y quienes abordarán el tema de la violencia de género con

ellas. Es preciso que se sientan cómodos y competentes para poder cumplir bien con esas funciones.

Dado que, casi siempre, la educación y la capacitación que han recibido en el pasado los proveedores de servicios de salud no ha incluido el tema de la violencia de género, tal vez en un primer momento éste sea un tema que les causa incomodidad al hablar al respecto con las clientas. Las metas de la capacitación son ayudarles a superar esas barreras, comprender su papel en el proyecto y la importante función que desempeñan para ayudar a las mujeres víctimas de violencia. Sus papeles en el proyecto sobre ese tema abarcarán los siguientes: testigo, persona que escucha, fuente de apoyo, educador y fuente de validación (véase el capítulo 8).

En los Proyectos B y C es necesario ubicar a consultores que puedan ofrecer capacitación a fondo al personal clínico (véase el cuadro 10). Hay ahora consultores con conocimientos especializados al respecto que pueden ser contactados y entrevistados para determinar si son adecuados para el proyecto. También se dispone de material para que los establecimientos de salud y su personal se informen acerca de la violencia de género. (Parte de este material figura en el apéndice 14 de esta Guía programática y algunos pueden encontrarse en las direcciones de sitios en la Web que se indican.)

Algo que ayudará más al personal en su labor es disponer de una biblioteca del personal donde los proveedores de servicios puedan aprender no sólo acerca del tema general de la violencia de género sino también con respecto a cuestiones concretas, como la conexión entre esa violencia y el

VIH/SIDA, o el abuso sexual en la infancia y su efecto sobre el embarazo.

9.1.15 Promoción de la continuidad en la atención y el seguimiento

Cuando una clienta ha revelado situaciones de violencia de género, esto se debe documentar en su historia clínica. El encargado de prestar servicios, que ya ha recibido capacitación en la evaluación y el tratamiento de las víctimas de violencia de género, tiene conciencia de que a raíz de esa violencia tal vez la clienta se sienta muy incómoda al desvestirse o al ser tocada por alguien de manera íntima. El encargado o la encargada tendrá en cuenta la violencia de género en cualquier procedimiento que se realice y en cualquier método de planificación de la familia que se aconseje. Por ejemplo, si el compañero de la clienta la golpea, tal vez como medio de controlarla le impida que utilice un método de planificación de la familia. En este caso, si la clienta desea tener control sobre su cuerpo (y sobre si queda embarazada o no), necesita un método de planificación de la familia que pueda utilizar sin que su compañero se entere. En consecuencia, es importante que antes de recomendar un método de planificación de la familia, el encargado de prestar servicios tome en cuenta si es probable que la clienta sea víctima de violencia.

Cuando un miembro del personal atiende a una clienta que en su última visita reveló que había violencia en su vida, necesita referirse de manera empática y sin juicios de valor a esa revelación anterior. Como parte del seguimiento, el encargado de los servicios interrogará nuevamente a la clienta acerca de la violencia en su vida y actualizará esta información indicando

si persiste y de qué manera está afectando la vida de la clienta. De ser apropiado, en ese momento también se ofrecerá a la clienta una remisión a otro establecimiento. Esto tiene importancia, especialmente para las mujeres que en el pasado no han aceptado una remisión pero que pueden estar más dispuestas a aceptar una recomendación al respecto.

9.1.16 Proporcionar apoyo, supervisión y capacitación permanente al personal

El integrar un proyecto sobre violencia de género en el programa de un establecimiento es una manera de llegar a las clientas que son víctimas de esa violencia. Es importante entrar en este tema, no sólo para las clientas sino también para el personal. En términos estadísticos, hay probablemente miembros del personal que están siendo víctimas de violencia o lo han sido en el pasado. Es necesario que sepan que pueden obtener ayuda por conducto del proyecto sobre violencia de género, sin experimentar vergüenza o ser estigmatizadas. Este mensaje es importante por diversas razones, entre ellas que tal vez esa persona puede correr peligro de ser lesionada gravemente. Esta revelación puede afectar la calidad del proyecto. Los miembros del personal que han sido víctimas de violencia de género en el pasado y que nunca han hablado al respecto pueden ser renuentes a plantear el tema frente a las clientas. Tal vez eviten formular preguntas con respecto a la violencia debido a que eso les coloca en una situación de incomodidad y ansiedad, al evocar recuerdos de sus propias experiencias de malos tratos. Al igual que lo que ocurre con las clientas, los miembros del personal que son víctimas de violencia pueden comenzar a abordar

los efectos de esa violencia en sus propias vidas si reciben el claro mensaje de que esto es algo que puede suceder a cualquier mujer y que realmente sucede, y que la gente con la que está trabajando está dispuesta a ofrecerle comprensión, apoyo y asistencia. Sería beneficioso para todos y crearía un mensaje coherente acerca de tocar este tema si el proyecto sobre violencia de género posibilitara que todos los proveedores de salud que sufren sus efectos obtuvieran la ayuda y el apoyo que necesitan.

Un importante componente del proyecto sobre violencia de género es la capacitación permanente. Es necesario que el personal reciba periódicamente cursos de repaso y capacitación en nuevos aspectos relativos al proyecto. Es necesario que se evalúe periódicamente al personal a fin de determinar cuáles temas son a su juicio importantes y deben ser incluidos en los cursos de capacitación. Naturalmente, cuando se trate de empleados nuevos, será necesario que reciban capacitación al respecto.

Cuadro 10. Temas para la capacitación del personal clínico

- Comprender los beneficios de la integración de la violencia de género en el programa del establecimiento
- Aclarar el papel de cada persona que trabaja en el establecimiento en relación con la sobreviviente
- Individualizar los efectos físicos y psicológicos y los síntomas de la violencia de género
- Reconocer la dinámica de esa violencia
- Comprender las barreras que impiden que la clienta revele esa vio-

lencia

- Reconocer y superar las barreras que tiene el personal para abordar esa violencia
- Examinar las preocupaciones de los proveedores de servicios con respecto a protegerse contra acciones violentas, como venganzas
- Aprender a evaluar directa e indirectamente a una sobreviviente de violencia de género
- Aprender a interrogar a las clientas con respecto a esa violencia
- Establecer un nivel de comodidad para poder ayudar a las clientas cuando éstas responden “sí”

Desarrollar aptitudes para responder sí hay indicios de violencia de género pero la clienta responde “no”

- Comprender de qué manera se documenta la violencia de género y se mantiene el carácter confidencial de la información
- Aprender la manera de efectuar una remisión a otro establecimiento
- Considerar los efectos que puede tener este tipo de proyecto sobre el personal
- Familiarizarse con los nuevos formularios y con el libro de remisiones de clientas a otros establecimientos

Otra parte importante de este proyecto, o de cualquier otro, es asegurar que se atienda a los miembros del personal que están continuamente atendiendo a las clientas. Escuchar relatos de violencia es tarea ardua, que puede afectar a quien presta los servicios. Éste es especialmente el caso si el personal no obtiene apoyo suficiente y no desarrolla sus aptitudes. En ese caso, es posible que padezcan lo que se llama trauma

secundario o indirecto. En este caso, además de ser una situación nociva para el personal, se menoscabaría el Proyecto debido a que el personal, sintiéndose abrumado, podría dejar de interrogar a las clientas acerca de la violencia de género o formular las preguntas de manera que comunicaran a las clientas que en realidad no están interesados en recibir respuestas verídicas.

A fin de contrarrestar esa situación, es necesario disponer de apoyo y supervisión continuas como componente del proyecto, de modo de dar al personal la oportunidad de hablar de sentimientos difíciles que experimentan, obtener retroinformación sobre casos inquietantes o que causan perplejidad, recibir apoyo para realizar esta tarea y adquirir nuevas aptitudes. El apoyo y la supervisión del personal es tan importante como su capacitación.

De ese modo también puede perfeccionarse el proyecto, averiguando qué es lo que está dando buenos resultados y qué es lo que no marcha bien, qué es necesario replantear o agregar y qué aptitudes adicionales necesita el personal para poder trabajar con las víctimas de violencia de género. Al celebrar una reunión de supervisión una vez por mes, conducida por un facilitador capacitado, se posibilitaría que el personal adquiriera aptitudes y se sintiera apoyado en las tareas que realiza con respecto a la violencia de género. Cuanto más aptitudes e instrumentos estén a disposición del personal, tanto más competente se sentirá éste y tanto mejor realizará sus tareas.

9.1.17 Establecimiento de redes con la comunidad y participación comunitaria

Una manera de crear conciencia con respecto a un tema es introducir ideas y maneras novedosas de pensar al respecto. Éste es el caso en lo concerniente a la violencia de género. En primer lugar, algunas personas pueden no tener idea de que es un tema que ya no pertenece al ámbito privado y que en realidad afecta a toda la comunidad. Los trabajadores de la comunidad pueden organizar reuniones que aborden este tema, centrándose en cuestiones originales que interesen a diversas personas y grupos comunitarios. Entre esas cuestiones cabe mencionar: los costos para la ciudad y el país de la violencia de género; las leyes vigentes al respecto en el país; los efectos de esa violencia sobre los niños; y la manera de reconocer los síntomas de violencia doméstica y otras formas de violencia en una víctima. Esos son todos temas que pueden utilizarse para comenzar a intercambiar ideas relativas a la violencia de género.

Una manera de dar publicidad a esas actividades es informar en esas reuniones a los ciudadanos acerca del proyecto sobre violencia de género realizado en el establecimiento y los servicios que se ofrecen a las mujeres. Es conveniente llevar a esas reuniones materiales sobre el tema para posibilitar que los participantes los recojan, los lean y posiblemente los pasen a personas que puedan ser víctimas de violencia de género. En ese caso, los participantes pueden actuar como cauces oficiosos de remisión al proyecto sobre violencia de género.

Otra manera de lograr el cambio es educar a grupos concretos de perso-

nas. Un ejemplo sería iniciar grupos para que los hombres de la comunidad puedan hablar acerca de la socialización masculina y los papeles de género, así como los efectos que éstos tienen en sus relaciones con las mujeres. Estos grupos pueden reunirse a corto plazo y dar lugar a que los hombres, posiblemente por primera vez, consideren sus valores y sus comportamientos y traten de cambiar los comportamientos abusivos. Esos grupos pueden ser poderosos cuando son conducidos por líderes capacitados. Se han realizado con eficacia reuniones de grupos de ese tipo en diversos países y se dispone de materiales escritos que pueden utilizarse como guía para facilitar las reuniones de grupos masculinos. Es ésta una excelente manera de involucrar a los hombres en el problema de la violencia de género (Corsi, 1999).

9.1.18 Ampliación de la dotación de personal y de los servicios

Si, cuando se trata del Proyecto C, no se dispone de tratamiento in situ, el personal del establecimiento que tiene interés e inclinación respecto de este trabajo puede ser capacitado en la evaluación y el tratamiento de casos de violencia de género; o también puede contratarse nuevo personal que se encargue del asesoramiento psicológico. Esas personas deberían ser trabajadores sociales o psicólogos capacitados, con conocimientos especializados en el tratamiento de la violencia de género y en el trabajo en grupos y que podrían

conducir grupos de apoyo para víctimas. También podría haber grupos para víctimas de violación, mujeres golpeadas y adolescentes y adultos víctimas de abuso sexual en la infancia. Esos grupos son útiles para las víctimas de violencia de género y también constituyen una manera económica de ofrecer servicios eficaces.

Otra opción es capacitar a mujeres que en el pasado fueron golpeadas o a sobrevivientes de la violación, de modo que puedan conducir grupos de apoyo para víctimas de violencia de género. Como parte de la tarea, primeramente podrían reunirse con las víctimas y evaluar a las clientas, administrando un test para la evaluación integral de la violencia de género y sus efectos (véase el apéndice 9). Durante esta reunión, esta persona capacitada también obtendría una mejor opinión de la situación de la víctima y evaluaría el tipo de servicios necesarios: jurídicos, psicológicos, de vivienda, de apoyo o psicosociales, o bien in situ o bien en otros establecimientos.

Otro servicio que se puede ofrecer en virtud del Proyecto C es la asistencia jurídica in situ a las víctimas de violencia de género. El abogado podría reunirse con las víctimas y darles información acerca de sus derechos legales, responder a preguntas concretas sobre temas jurídicos y ayudar a las víctimas a encontrar maneras de protegerse a sí mismas contra el autor de los actos de violencia.



Un enfoque práctico de la violencia de género: Guía programática para proveedores y encargados de servicios de salud

Capítulo 10. Apéndices

Apéndice 1.	Formulario de evaluación del establecimiento.....	51
Apéndice 2.	Ejemplo de plan de trabajo del proyecto	53
Apéndice 3.	Ejemplo de plan de monitoreo y evaluación.....	54
Apéndice 4.	Creación de una red de establecimientos para remisión de clientas	55
Apéndice 5.	Preguntas a las clientas acerca de la violencia por motivos de género	56
Apéndice 6.	Ejemplo de formulario de documentación.....	61
Apéndice 7.	Evaluación del peligro.....	62
Apéndice 8.	Planificación de la seguridad.....	63
Apéndice 9.	Formulario de evaluación integral de la situación de violencia de género (para el Proyecto C)	64
Apéndice 10.	Esquema del cuerpo.....	66
Apéndice 11.	Cuadro de resumen mensual de los datos	67
Apéndice 12.	Ejemplo de entrevista de salida.....	68
Apéndice 13.	Evaluación de esta Guía programática	70
Apéndice 14.	Fuentes de información sobre la violencia de género	71

Apéndice 1. Formulario de evaluación del establecimiento

A. ¿Qué se está haciendo ahora en el establecimiento acerca de la violencia de género?

1. ¿Ha participado algún miembro del personal en sesiones de sensibilización general sobre el tema de la violencia de género?
2. En caso afirmativo, ¿qué tipo de sensibilización y quién participó en esas sesiones?
3. ¿Hay en la sala de espera materiales escritos sobre la violencia de género?
4. ¿Se ha capacitado a personal para que detecte, evalúe y preste asistencia a las víctimas de la violencia de género?
5. ¿Se interroga actualmente a las clientas en el establecimiento acerca de la violencia de género?
6. En caso afirmativo, ¿se ha previsto en el formulario de registro de la clienta o en su historia clínica un lugar para documentar esa situación? ¿Y hay un lugar para incluir notas relativas a la violencia de género?
7. ¿Posee el establecimiento una lista de otros establecimientos especializados para enviar a ellos a las víctimas de violencia de género?

B. Niveles de interés y de preocupación del personal

1. ¿Cuál es el nivel de interés de los diferentes miembros del personal en la realización de un proyecto de este tipo?

(Califíquelo en una escala de 1 a 5, donde 1 = el más bajo;
5 = el más alto nivel de interés)

Categoría de personal	Niveles medios de interés (1 a 5)	Observaciones
a. Proveedores de salud b. Médicos c. Enfermeras/parteras d. Administradores e. Técnicos f. Educadores g. Trabajadores sociales h. Personal de apoyo		

2. ¿Cuáles considera el personal son los beneficios de un proyecto sobre violencia de género?
3. ¿Cuáles considera el personal son los aspectos negativos de un proyecto sobre violencia de género? (Utilice esta información para abordar las preocupaciones del personal con respecto a iniciar un proyecto de ese tipo. Escoja un foro, por ejemplo, una reunión del personal, para considerar este tema).

C. Posibles esferas de problemas

Es normal tropezar con dificultades. Algunos ejemplos de temas de preocupación son:

- Cómo presentar este proyecto al personal
- Cómo evaluar este proyecto
- Cómo capacitar a todo el personal
- Cómo adoptar un enfoque paso a paso y no saltar etapas
- Cómo abordar las preocupaciones del personal sobre la disponibilidad de tiempo



Apéndice 2. Ejemplo de plan de trabajo del proyecto

Fecha del ejemplo del plan de trabajo – 1° de enero de 2002

Etapa	Actividad	Persona o personas responsables	Fecha de terminación
Evaluación de la capacidad del personal (Utilícese el formulario del apéndice 1)	Entrevistas individuales con miembros del personal	Supervisor del personal	19 de enero
	Celebración de reuniones del personal para considerar preocupaciones, etc.	Director de la clínica	26 de enero
	Planificación de la manera de abordar los problemas señalados	Personal superior	9 de febrero
Evaluación de los recursos financieros	Celebración de una reunión para considerar los recursos	Director de la Clínica, Contador	19 de enero
Evaluación de servicios de otros establecimientos para remitir a las clientas	Individualizar posibles establecimientos mediante llamados telefónicos, reuniones, la Internet, etc.	Coordinador provisional del proyecto	26 de enero
Etc.			
Etc.			
Etc.			

Apéndice 3. Ejemplo de plan de monitoreo y evaluación

Actividad	Indicador	Fuente de datos	Persona responsable	Frecuencia
Sensibilización del personal	<u>Proceso</u> – Número de sesiones celebradas	Registros del proyecto	Coordinador del proyecto	Continuamente
	Sensibilización del personal	Tests antes y después de las sesiones	Coordinador del proyecto	Con cada sesión de sensibilización
	<u>Producto</u> – Mayor conciencia, mejores conocimientos y actitudes			
Detectar a las clientas que han padecido violencia de género	<u>Proceso</u> – Número o porcentaje de clientas interrogadas	Historia clínica de las clientas	Personal de la clínica	Diariamente
	<u>Producto</u> – Número o porcentaje de clientas interrogadas que respondieron “sí”	Resúmenes mensuales de datos (véase el apéndice 11)	Coordinador del proyecto	Mensualmente
Etc.				
Etc.				
Etc.				

Apéndice 4. Creación de una red de establecimientos para remisión de clientas

Nombre de la institución:	Tipo de institución:
Director de la institución:	Horas y días de funcionamiento:
Dirección:	Números de teléfono:
	Números de fax:
	Dirección de e-mail:
¿A qué tipos de población presta servicios la institución?	¿Se atiende en la institución específicamente a las víctimas de violencia de género? Sí/No
¿Cuáles son las características de las víctimas a las que la institución presta servicios? ¿Tiene su grupo criterios que debe satisfacer una posible clienta?	
¿Presta la institución servicios directamente o remite las clientas a otros establecimientos?	Si la institución proporciona servicios directamente, ¿de qué tipo son éstos? (jurídicos, médicos, sociales, psicológicos, etc.)
Si la institución efectúa remisiones, ¿adónde las hace?	¿Cobra la institución un honorario? Sí/No En caso afirmativo, ¿Tiene la institución un honorario fijo o flexible?
¿Cuáles son las características del personal de la institución que atiende a víctimas de violencia?	¿Hay otras actividades que ofrece la institución?
¿Tiene usted conocimiento de otras instituciones que ofrecen atención a víctimas de violencia por motivos de género? En caso afirmativo, ¿podemos recibir esta información para establecer contacto?	¿Interesaría a la institución hacer remisiones cruzadas? Sí/No
¿Estaría la institución interesada en formar parte de una red de grupos que trabajan en materia de violencia de género? Sí/No	

Instrucciones

- Obténganse los nombres de posibles instituciones para remisión de clientas solicitándolos a organizaciones no gubernamentales (ONG), hospitales, líderes comunitarios y otras personas del distrito.
- De ser posible, solicítese una entrevista personal con la posible institución para remisión de clientas. Se ha proporcionado precedentemente un ejemplo de un conjunto de preguntas que pueden servir para evaluar a cada grupo entrevistado.
- Ofrézcase mantener el contacto y colaborar para crear una red, si la institución estuviera interesada.
- Prepárese la lista de instituciones utilizando la información recogida. Divídase el libro de remisiones en diferentes temas, colocando todas las remisiones pertinentes juntas en cada tema, es decir, cuestiones jurídicas, sociales o de vivienda, aspectos médicos y aspectos psicológicos. Coloque esta información en un libro con una institución de remisión por página, incluida la información pertinente que pueda ser de utilidad al decidir cuál institución está en condiciones de ayudar a una determinada clienta.

Apéndice 5. Preguntas a las clientas acerca de la violencia de género

A. Principios de la interrogación sobre la violencia de género

Es importante que las preguntas sobre este tema sean formuladas de manera tal que las clientas comprendan exactamente qué se les pregunta. Es importante no emplear términos técnicos o negativos que confundan a la clienta o que la hagan sentir culpable. Es mejor utilizar preguntas relativas al comportamiento y preguntar a la clienta si ha sido objeto de esos comportamientos (a continuación se ofrecen ejemplos). Es importante que el personal se sienta cómodo al formular esas preguntas; de lo contrario, la persona que formula las preguntas comunicará su incomodidad a la clienta y ésta responderá “no”, cuando tal vez se trate de una víctima de violencia de género.

Tiene importancia crucial que cada miembro del personal de un proyecto que se encarga de interrogar a las clientas acerca de la violencia de género formule el mismo conjunto de preguntas. Esto es importante a fin de recoger datos que indicarán cuántas clientas han sido objeto de qué tipos de violencia. El coordinador sobre este tema u otros miembros del personal deben decidir cuáles son las preguntas concretas que se han de formular a las clientas al respecto. La decisión sobre las preguntas que se han de formular debe adoptarse antes de impartir capacitación al personal clínico, debido que éste será el que interroge a las clientas.

Antes de realmente interrogar a la clienta acerca de la violencia de género, será importante explicar primeramente a la clienta por qué razón se le interroga y normalizar el tema utilizando una de las siguientes observaciones iniciales:

“Pregunto lo mismo a todas las clientas.”

“Sé que hay muchas mujeres que son víctimas de violencia y en este establecimiento pensamos que es importante hablar con las clientas sobre este tema.”

“Yo sé que hay cosas que se han considerado de orden privado en la sociedad y entre ellas está la violencia contra las mujeres. En este establecimiento no creemos que sea cuestión privada y pensamos que es importante hablar sobre ese tema.”

“A veces se dice a las personas que está bien que otras personas que son importantes para ellas les peguen o las hagan objeto de malos tratos. Hay quien dice que es una expresión de amor. Pero yo sé que esto no debería ocurrir. Nadie merece que se le golpee o se le haga objeto de cualquier tipo de abuso sexual. Desearía saber si algo de eso le ha sucedido a usted.”

B. Preguntas acerca de la violencia de género

Es preciso formular preguntas que puedan individualizar tres tipos de violencia de género: abuso sexual en la infancia, violación y violencia doméstica. A continuación figuran ejemplos de preguntas en cada una de esas categorías. Cualesquiera que sean las preguntas que se elijan, deberían estar escritas en

un formulario o guardadas en el gabinete donde se trata de detectar si la clienta ha sido víctima de violencia de género. De este modo, los proveedores de salud podrán utilizar esas notas para formular preguntas y cada uno formulará las mismas preguntas.

Escoja las preguntas para su proyecto (Ejemplos de preguntas a formular a las clientas acerca de la violencia de género)

Abuso sexual en la infancia

- A veces, las niñas son toqueteadas de maneras que no están bien. ¿Le pasó esto a usted?
- ¿Alguien la tocó alguna vez de manera que la hizo sentir incómoda?
- Cuando usted era niña, ¿alguien la tocó de manera sexual?

Violación

- ¿Se ha visto usted alguna vez obligada o presionada a entablar relaciones sexuales cuando usted no quería hacerlo?
- ¿Alguien que usted conoce, o un desconocido, la obligaron alguna vez a hacer algo de naturaleza sexual que usted no quería hacer?
- ¿Cree usted que tiene control sobre sus relaciones sexuales y que si usted dice “no” se respetará su voluntad?

Violencia doméstica

Es importante interrogar a las clientas acerca de diferentes formas de violencia doméstica. (La violación, como un aspecto de la violencia doméstica, figura en el ejemplo de preguntas sobre violación).

- ¿Alguna vez su compañero la ha golpeado, pateado o abofeteado, o ha amenazado con hacerlo?
- ¿Teme usted a su compañero?
- ¿Alguna vez su compañero la ha criticado o insultado, o le ha gritado? ¿Alguna vez ha destruido su compañero objetos suyos o de su hogar?
- ¿Alguna vez ha proferido su compañero amenazas contra su vida, o la ha aislado de su familia o sus amigos, o se ha negado a darle dinero, o le ha prohibido que salga de su casa?

O pueden formularse preguntas de índole más general:

- En su adultez, ¿Ha sido usted alguna vez lesionada o herida debido a algún tipo de maltrato o violencia?, por ejemplo, ¿ha sido usted golpeado por su compañero u obligada contra su voluntad a tener relaciones sexuales?
- ¿Hay alguien a quien usted teme actualmente?

C. Respuesta a las respuestas de la clienta

Cuando la clienta responde “sí” a cualquiera de las preguntas relativas a la violencia de género, es necesario dar a la clienta apoyo y validación. Es posible responder diciendo:

“Lamento que esto le haya ocurrido. Necesito hacerle más preguntas para que podamos conseguir ayuda para usted.”

“Nadie merece ser objeto de malos tratos. Usted no merece que se la maltrate. Yo sé qué difícil es para una persona pasar por estas situaciones.”

“Está bien que usted haya podido hablarme de eso. Pienso que podemos ayudarla. Necesito hacerle algunas otras preguntas acerca de la violencia y con eso tendré más información, de modo que podamos pensar conjuntamente cuáles son las mejores opciones para usted.”

Cuando la clienta responde “sí”, es preciso obtener más información

Es necesario pedir seguidamente más información, como quién era (o es) el autor de los actos de violencia, cuánto duraron los malos tratos y si la clienta está en peligro en este momento (en el apéndice 6 figura la lista de preguntas). También sería conveniente tener idea de qué tipos de remisiones necesita la clienta en ese momento. Conviene dar a la clienta algunas ideas sobre las opciones disponibles para remisión a otros establecimientos y analizar esas opciones junto con ella.

Cuando la clienta responde “no” a las preguntas relativas a la violencia de género

Es posible que la clienta responda “no” debido a que nunca ha sido objeto de violencia de género. Aun cuando la clienta haya respondido “no”, es importante volver a preguntar cuando ella regrese al establecimiento, debido a que las circunstancias cambian. Por ejemplo, la mujer puede haber establecido una nueva relación que tal vez sea violenta, o después de quedar embarazada, la mujer puede ser víctima de violencia física infligida por su compañero.

Cuando se pregunta por primera vez a las clientas acerca de la violencia de género, hay varias razones por las que las víctimas pueden responder “no”. Tal vez las clientas que nunca han hablado de sus experiencias de violencia no se sientan cómodas al revelar esta situación de inmediato. Necesitarán tiempo para sentirse en condiciones de seguridad o confiar en los proveedores de servicios, antes de responder honestamente. Asimismo, tal vez se sientan temerosas de revelar lo que les ha ocurrido debido a las amenazas del autor de la violencia. Algunas mujeres han dicho que las reiteradas interrogaciones acerca de la violencia de género por parte de los proveedores de prestar servicios fueron lo que, en definitiva, las persuadió de hablar al respecto. Esas

mujeres dijeron “sí” porque el encargado de prestar servicios había perseverado, preguntando reiteradamente y, en consecuencia, expresando que la situación le preocupaba y quería saber.

Si bien es importante interrogar a las clientas cada vez que acuden al establecimiento acerca de si son víctimas de violencia, no sería útil tratar de obligarlas a revelar esa situación antes de que estén listas para hacerlo. En verdad, eso podría tener un efecto negativo, pues la clienta podría sentirse amenazada por ese interrogatorio y no regresar a la clínica. En consecuencia, si una clienta responde “no” a las preguntas pero el encargado de prestar servicios sospecha que es víctima de malos tratos, es menester recordar que la clienta sólo podrá hablar cuando esté lista para hacerlo. Es posible ayudarla respetando su situación y reconociendo que lleva tiempo que una persona pueda revelar un secreto que ha guardado largamente.

Cuando la clienta responde “no” pero el encargado de prestar servicios piensa que puede haber sido víctimas de violencia de género

Si el encargado de prestar servicios sospecha que la clienta es víctima de violencia de género, es necesario dejar constancia al respecto en el formulario de documentación. Como ya se indicó, tal vez algunas clientas no estén en condiciones de revelar inicialmente esta información. Por esa razón, es importante hacer una marca en el recuadro “tal vez” del formulario de documentación (véase el apéndice 6). De esa manera, el personal del establecimiento podría recibir una voz de alerta acerca de esa posibilidad. Además, es de importancia crítica volver a interrogar a esas clientas acerca de la violencia cuando regresen al establecimiento.

D. Panorama general de la detección, la evaluación y la documentación

<u>Proyecto A</u>	<u>Proyecto B</u>	<u>Proyecto C</u>
<p>Cuando una mujer se dirige a un miembro del personal en relación con el material educacional sobre violencia de género:</p> <ul style="list-style-type: none">• Es preciso llevarla a un recinto privado• Respóndase a lo que dice demostrando preocupación y apoyo• Interróguésela acerca de su experiencia con la violencia en su vida, de ser apropiado• Efectúese una remisión apropiada	<p>Cuando se interroga a una clienta acerca de la violencia de género y ella responde “sí”:</p> <ul style="list-style-type: none">• Respóndase expresando preocupación y apoyo• Obténgase más información acerca de lo ocurrido• Determínese si está en peligro inmediato• Si está en peligro, es preciso utilizar el formulario de evaluación del peligro y elaborar un plan de seguridad junto con la clienta• Efectúese una remisión a otros servicios• Documentense todas estas circunstancias en la historia clínica de la clienta	<p>Cuando se interroga a una clienta acerca de la violencia de género y ella responde “sí”:</p> <ul style="list-style-type: none">• Respóndase expresando preocupación y apoyo• Obténgase más información acerca de lo ocurrido• Remítase a la clienta a una evaluación integral, incluida una evaluación del peligro que corre y una remisión a servicios in situ o en otros establecimientos• Formúlese un plan de seguridad, de ser necesario• Documentense todo esto en la historia clínica de la clienta

Apéndice 6. Ejemplo de formulario de documentación

Es preciso incluir, utilizando un sello de caucho, una planilla que debe constar en la historia clínica de cada clienta y que podría ajustarse al modelo indicado a continuación.

Tipo de violencia de género	No	Sí	Tal vez
Abuso sexual en la infancia			
Violación o ataque sexual			
Violencia doméstica			

Cuando la clienta responde a las preguntas sobre violencia de género, es necesario incluir las respuestas en su historia clínica. Cuando se utiliza una planilla (como la indicada) el agente de salud puede hacer marcas en las casillas apropiadas. (La violencia doméstica de carácter sexual se registra en la casilla de “violación o ataque sexual”.) Si la clienta responde “no” pero el agente de salud sospecha que ha experimentado o está experimentando violencia, o si la propia clienta no está segura, es necesario que el trabajador de la salud marque la casilla “tal vez”, junto al tipo concreto de violencia. (En el apéndice 5 figura más información acerca de las clientas que responden “no” y el encargado de prestar servicios que marca la casilla “tal vez”).

Para el proyecto B (Preguntas a formular cuando la clienta responde “sí” a cualquiera de las preguntas relativas a la violencia de género)
¿Cuándo ocurrió eso?
¿Qué relación tiene el autor del ataque con la clienta?
¿Cuánto duró el maltrato?
¿Cómo ha afectado la violencia a la clienta?
¿Informa la clienta acerca de nuevas experiencias en que se la hace víctima?
¿Se siente la clienta en peligro inminente?
<i>En caso afirmativo, llénese el formulario de evaluación del peligro (véase el apéndice 7) y prepárese un plan de seguridad, de ser apropiado (véase el apéndice 8).</i>
¿Se efectuó una remisión? ¿Adónde? ¿La aceptó la clienta?

El precedente formulario debe adjuntarse a la historia clínica de la clienta, junto con cualquier otra información acerca de la violencia de género.

Apéndice 7. Evaluación del peligro

Cuando una clienta revela que está en esos momentos en una relación violenta o que está pensando en abandonar una relación de ese tipo, es necesario evaluar el grado de peligro en que se encuentra. Al formular esas preguntas y obtener respuestas, la clienta tomará mayor conciencia del nivel de peligro en que se encuentra. Al determinar el grado de peligro, el encargado de prestar servicios y la clienta podrán pensar cuáles son las opciones disponibles. Para ayudar más a la clienta, puede ser necesario que el encargado de prestar servicios, junto con la clienta, planifiquen la situación de seguridad. (En el apéndice 8 figura el formulario para la planificación de la seguridad).

1. ¿Ha aumentado la violencia durante el último año?
2. ¿Consume el autor de los actos de violencia drogas o alcohol?
3. ¿Ha formulado el autor de los actos de violencia amenazas de muerte contra la clienta?
4. ¿Hay armas en el hogar?
5. ¿Tiene la clienta miedo de regresar a su hogar?

Apéndice 8. Planificación de la seguridad

(Adaptado de la versión de la Oficina de Prevención de la Violencia Doméstica, Estado de Nueva York)

E. Para aumentar la seguridad en la relación

Si necesito marcharme de mi hogar, puedo ir a _____ (indique 3 lugares a los que puede acudir).

Puedo comunicar a _____ (indique los nombres de dos personas) los episodios de violencia y pedirles que llamen a la policía si oyen gritos o ruidos en mi casa).

Puedo entregar una reserva de dinero, ropa, llaves del automóvil y copias de documentos a _____ (indíquese el nombre de una persona).

Si tengo que marcharme de mi hogar, llevaré conmigo a _____.

Para garantizar mi seguridad y mi independencia, puedo tener en todo momento monedas para hacer llamadas telefónicas, puedo abrir una cuenta bancaria personal, puedo ensayar una ruta para escapar de mi hogar y puedo modificar este plan de seguridad.

F. Para aumentar la seguridad cuando la relación ha terminado

Puedo cambiar las cerraduras, mejorar la iluminación en la entrada de mi casa e instalar una puerta más sólida.

Puedo informar a _____ (indicar al menos dos personas) que mi compañero ya no vive conmigo y pedirles que se comuniquen con _____ (la policía, conmigo o con otros) si se lo ve merodear cerca de mi vivienda.

Comunicaré a las personas que cuidan a mis hijos cuáles son los nombres de quienes tienen permiso para llevarse a mis hijos. Las personas que tienen permiso son _____ (indique los nombres de todas las personas a quienes se aplica esto).

Puedo comunicar a _____ (indíquense los nombres de las personas), que son mis compañeros de trabajo, cuál es mi situación y pedirles que seleccionen las llamadas telefónicas.

Puedo obtener una orden de protección de _____ y llevarla conmigo en todo momento. También puedo dejar una copia de esa orden de protección en casa de _____. (De ser aplicable, indíquese el nombre de una persona).

Si me siento deprimida y estoy a punto de reanudar una situación probablemente abusiva, puedo llamar a _____ (indíquese el nombre de al menos una persona) para que me apoye o asistir a grupos de apoyo y fortalecer mis relaciones con otras personas.

G. Números telefónicos importantes: conmigo

D. Artículos que debo recordar llevar (indíquese aquí la lista)

Apéndice 9. Formulario de evaluación integral de la situación de violencia de género (para el Proyecto C)

1. Nombre de la clienta	2. Documento de identidad de la clienta	3. Nombre del encargado de prestar servicios	4. Fecha	
5. Tipo de violencia de género <i>(Indíquense todos los tipos aplicables)</i>	a. Abuso sexual en la infancia	b. Violación	c. Violencia doméstica	
6. Historia de la violencia de género		7. Efectos en la actualidad <i>(Coloque una marca en la columna apropiada)</i>		
a. Cuándo ocurrió	Síntomas	Sí	No	Observaciones del agente de salud
	Depresión			
b. Relación del atacante con la clienta	Toxicomanía/alcoholismo			
	Ansiedad/ataques de pánico			
c. Abuso físico, sexual, verbal, emocional, psicológico <i>(Indíquense todos los aplicables)</i>	Problemas de la sexualidad/intimidad			
	Sueño/alimentación excesivos o escasos			
d. Duración de los malos tratos <i>(indíquese si éstos continúan)</i>	Autodestrucción			
	Autoculpabilidad/vergüenza			
e. ¿Comunicó la clienta a alguien lo que ocurre? ¿Obtuvo alguna ayuda?	Letargo, recuerdos parásitos			
	Pensamientos/comportamientos suicidas			
f. ¿Tiene ahora la clienta algún contacto con el atacante? Sí/No <i>Si la respuesta es "sí", pase a la pregunta 11</i>	Trastornos de estrés postraumático			
	Lesiones y problemas físicos			
g. ¿Se consideró un plan de seguridad con la clienta? Sí/No	Otros síntomas (especifíquese)			
8. Efectos sobre los hijos de la clienta	11. Evaluación del peligro			
	a. ¿Ha aumentado la violencia en el último año?			
9. Nuevas experiencias de ataques	b. ¿Utiliza el atacante drogas y alcohol?			
	c. ¿Ha amenazado el atacante con matar a la clienta?			
10. Otras observaciones	d. ¿Hay armas en el hogar?			

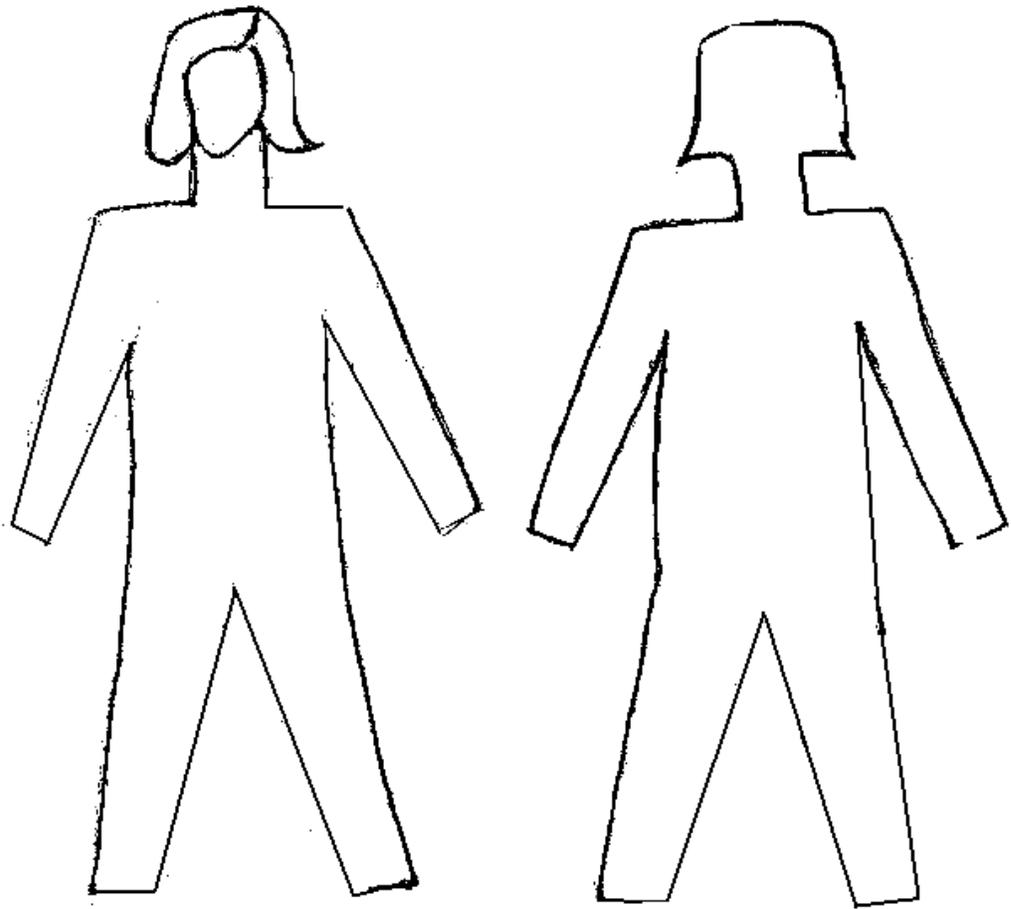
e. ¿Tiene la clienta miedo de regresar a su hogar?

12. Remisión de las clientas

Tipo de servicio	Nombre del servicio	In situ	En otro establecimiento
Grupo de apoyo			
Asesoramiento psicológico			
Asesoramiento jurídico			
Vivienda			
Servicios sociales			
Número de emergencia			
Otros (especifíquese)			



Apéndice 10. Esquema del cuerpo



Apéndice 11. Cuadro de resumen mensual de los datos

Número total de clientas, clientas interrogadas acerca de la violencia de género y clientas que respondieron afirmativamente, por clínica y por tipo de violencia

(1) Nombre de la clínica	(2) Total de clientas	(3) Abuso sexual en la infancia	(4) Violación*	(5) Violencia doméstica	(6 = 3+4+5) Total de casos de violencia	(7 = 6/2) Porcentaje de casos de violencia
a.						
b.						
c.						
d.						
e.						
Total						

*La categoría "**Violación**" incluye los actos de violación cometidos como parte de la violencia doméstica

Apéndice 12. Ejemplo de entrevista de salida

Con el fin de recoger la opinión de las clientas respecto de la calidad de la atención, se puede efectuar un estudio utilizando entrevistas a la salida de clientas seleccionadas al azar. Durante una semana, pregúntese a cada quinta o a cada décima clienta con respecto a su experiencia en el proyecto sobre violencia de género. A continuación figuran algunas posibles preguntas que podrían formularse a esas clientas. Sería importante formular esas preguntas en un recinto privado, debido a lo delicado del tema.

Preguntas en la entrevista para recoger opiniones de las clientas sobre la detección de la violencia de género

1. ¿Miró usted los materiales sobre violencia contra la mujer disponibles en la clínica?
2. ¿Qué piensa usted de esos materiales? ¿Recogió en ellos información? ¿Fueron fáciles de leer? ¿Fueron útiles? ¿Considera usted que obtuvo nueva información sobre este tema al leer el material?
3. Si usted no leyó ese material, ¿por qué no lo leyó? ¿Podríamos hacer algo para que el material fuera más interesante?
4. Si una amiga suya que le dijera que es objeto de malos tratos, ¿le haría llegar este material? En caso afirmativo, ¿por qué? En caso negativo, ¿por qué?
5. ¿Tiene usted algún otro comentario acerca de los carteles, las tarjetas, los folletos que ofrecemos sobre violencia de género?
6. ¿Piensa usted que es una buena idea poner este tipo de material a disposición de las mujeres que acuden a la clínica de salud?

Preguntas de la entrevista para recoger opiniones sobre la interrogación para detectar casos de violencia de género

1. Como parte de la entrevista, ¿se le preguntó acerca de la violencia contra la mujer?
2. Cuando le preguntó al respecto, ¿piensa usted que el agente de salud realmente quería conocer sus respuestas?
3. ¿Piensa usted que es importante formular esas preguntas a las mujeres cuando acuden a un servicio de atención de la salud?

4. Si usted respondiera "sí" a la pregunta sobre violencia contra la mujer, ¿piensa usted que podría obtener la ayuda necesaria en este establecimiento? En caso afirmativo, ¿por qué? En caso negativo ¿por qué?
5. Si alguna mujer que usted conoce fuera víctima de violencia, ¿la enviaría usted acá para que la ayudaran? En caso afirmativo, ¿por qué? En caso negativo ¿por qué?

Apéndice 13. Evaluación de esta Guía programática

- 1. En general, ¿cómo calificaría usted a esta Guía programática? Rodee con un círculo su respuesta.**

Excelente

Buena

Pasable

Deficiente

- 2. ¿Cuál fue el aspecto más útil de esta Guía programática?**

- 3. ¿Cuál ha sido el aspecto menos útil de esta Guía programática?**

- 4. Observaciones adicionales con respecto a la Guía programática**

BIBLIOGRAFÍA ANOTADA

I. Violencia de género

American Medical Association. (1995). Diagnostic and Treatment Guidelines on Mental Health Effects of Family Violence. [Folleto]. Un folleto portátil en que se analiza el papel del médico en el trabajo con las víctimas de la violencia de género. Trata de la evaluación, el tratamiento y la remisión a otros establecimientos de esas pacientes. Se resumen los efectos psicológicos del trauma en las pacientes y se describe la manera de preparar una historia clínica sobre el abuso, destacando la importancia de hacerlo. Para pedir este folleto, visite el sitio de la AMA en la Web: <http://www.ama-assn.org/violence>

Heise, Lori, Ellsberg, Mary, y Gottemoeller, Megan. Ending Violence Against Women. Population Reports. Serie L, No. 11. Baltimore, Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program. (1999). Este documento se centra en los dos tipos de violencia contra la mujer más comunes: malos tratos dentro de relaciones íntimas y relaciones sexuales bajo coacción, que pueden ocurrir a lo largo de toda la vida de una mujer. Se consideran las causas de la violencia de género, los efectos de la violencia sobre la persona, la familia y la comunidad y también lo que pueden hacer los proveedores de servicios de salud para ayudar a las víctimas de la violencia de género. Presenta estadísticas y tasas de prevalencia en muchos países.

Heise, Lori, Moore, Kirsten y Toubia, Nahid. (1995). Sexual Coercion and Reproductive Health. Nueva York: The Population Council. Informe de un seminario patrocinado por el Population Council sobre violencia de género, que congregó a diferentes grupos y disciplinas para elaborar un programa de investigación sobre salud y de acción acerca de los efectos de la violencia sexual sobre la salud reproductiva.

Heise, Lori con Pitanguy, Jacqueline y Germain, Adrienne. (1994). Violence Against Women: The Hidden Health Burden. Washington, D.C.: Banco Mundial. Documentación integral del problema de la violencia de género, en que se consideran los efectos sobre la salud y sobre el desarrollo y las medidas que pueden adoptarse para eliminarla. Se incluyen los años ajustados por discapacidad (DALY) que pierden las mujeres por causas atribuibles a la violencia doméstica y la violación.

Heise, Lori.(1994). Gender-Based Violence and Women's Reproductive Health. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 46: páginas 221 a 229. Trata de las diversas maneras en que la violencia de género afecta la salud reproductiva, entre ellas el embarazo no deseado, el contagio con el VIH, las enfermedades de transmisión sexual, el embarazo en la adolescencia, y los problemas somáticos; indica las maneras en que pueden intervenir los proveedores de servicios de salud, formulando preguntas acerca de la violencia de género.

II. Violencia doméstica

American Medical Association. (1992). Diagnostic and Treatment Guidelines on Domestic Violence. Chicago. [Folleto]. Una guía programática portátil para proveedores de servicios de salud, en que figura información básica sobre la evaluación, el diagnóstico, las intervenciones, la documentación y las barreras que se oponen a la detección de la violencia doméstica. Para efectuar un pedido, visite el sitio en la Web de la AMA en <http://www.ama-assn.org/violence>.

Olavarrieta, Claudia Díaz y Sotelo, Julio. (1996). Letter from Mexico City: Domestic Violence in Mexico. Journal of the American Medical Association, 275, (24): páginas 1937 a 1941. Breve artículo en que se describe la historia de la violencia doméstica en México, los obstáculos judiciales para denunciarla y la disponibilidad de servicios para víctimas. Se reconoce que la aceptación popular de este problema de salud pública es una barrera que se opone al cambio de la manera en que México responde al problema de la violencia doméstica.

Rodríguez, Michael, Guiroga, Seline Szkupinski y Bauer, Heide. (1996). Breaking the Silence: Battered Women's Perspectives on Medical Care. Archives of Family Medicine, 5, páginas 153 a 158. Utilizando "grupos focales" los autores escucharon a mujeres maltratadas hablar de lo que impide la revelación de violencia doméstica, a juicio de las víctimas. Las mujeres también hablaron de los factores que favorecen la revelación del problema, incluida la percepción de que los proveedores de servicios tienen conciencia del problema y hacen gala de compasión y respeto por sus pacientes.

Naciones Unidas. (1993). Strategies for Confronting Domestic Violence: A Resource Program Guide. Centro de Desarrollo Social y Asuntos Humanitarios: Viena. Documento preparado por un grupo de expertos, sobre la base del informe del Secretario General de las Naciones Unidas sobre violencia doméstica. Presenta una gama de opciones y estrategias que se están utilizando en diferentes partes del mundo para hacer frente al problema de la violencia doméstica. Incluye capítulos sobre la mejora del sistema de justicia penal, el trabajo con los atacantes y la capacitación de profesionales.

III. Violación

American Medical Association. (1995). Strategies for the Treatment and Prevention of Sexual Assault. [Folleto] Se describen las necesidades de las víctimas de ataques sexuales en un ámbito de atención de emergencia y en establecimientos de atención primaria de la salud. Se pide a los médicos que tengan conciencia de los efectos físicos del trauma y de sus consecuencias psicológicas y que respondan a ambos. Se presta especial atención a los adolescentes, por ser una población vulnerable. Para efectuar pedidos, sírvase visitar el sitio de la AMA en la Web en <http://www.ama-assn.org/violence>

IV. Manifestación en la adultez de las consecuencias del abuso sexual en la infancia

Stewart, Lindsey, Sebastiani, Angela, Delgado, Gisella y Germán López. (1996). Consequences of Sexual Abuse of Adolescents. Reproductive Health Matters. 7:

páginas 129 a 134. Este artículo utiliza entrevistas con niñas en Perú y Colombia para indicar la magnitud de las consecuencias del abuso sexual en las adolescentes. Se describen los efectos tanto psicológicos como sobre el comportamiento y se vincula el abuso sexual en la infancia con la asunción de riesgos sexuales en la adolescencia, inclusive la utilización deficiente o la falta de utilización de anticonceptivos. Los autores opinan que es preciso capacitar a los proveedores de servicios de salud para que traten este problema y también que es menester que el establecimiento cuente con políticas y procedimientos para ayudar a la paciente y apoyar a quien presta los servicios.

Contraceptive Technology Update. (1994). Ésta es una serie de artículos que especialmente tratan de los malos tratos a las mujeres. Utilizando estudios realizados con anterioridad, vinculan el abuso sexual en la infancia con la falta de utilización de anticonceptivos. Esto es importante debido a que quienes prestan servicios de salud a menudo comprueban que las pacientes no utilizan los anticonceptivos, pero no comprenden cuáles son las razones. También se alerta a los proveedores de servicios para que busquen pruebas de que esas mujeres han vuelto a ser víctimas en la adolescencia y la adultez. La serie abarca un artículo, escrito desde el punto de vista de una mujer maltratada, sobre lo que puede hacer el encargado de prestar servicios para ayudar a una mujer adolescente o adulta que fue objeto de abuso sexual en la infancia. 15, (10): páginas 113 a 139.

V. Cuestiones de evaluación y tratamiento

Herman, Judith. (1992). Trauma and Recovery. Nueva York: Basic Books. Obra medular que vincula la violencia doméstica y el abuso sexual en la infancia con los efectos del combate. Se refiere a los efectos de los traumas y las diferentes etapas y necesidades de las víctimas en el proceso de curación.

Stevens, Lynne. (1997). Sexual Abuse Victims: Assessing and Diagnosing the Trauma in Adolescent and Adult Women. Advance Magazine for Physicians Assistants. 5,(5): páginas 47 a 49. Se describe la manera en que las mujeres adolescentes y adultas que han sido víctimas de abuso sexual en la infancia, se presentan en los consultorios de quienes dispensan atención de la salud. Se define el problema, se enumeran los posibles síntomas de las víctimas, se describen las razones por que las víctimas no plantean la situación a los proveedores de servicios y las maneras de evaluar y diagnosticar los efectos a largo plazo del abuso sexual. (E-mail: lynnnes@earthlink.net).

Stevens, Lynne. (1997). Breaking the Silence: Talking About Sexual Abuse With Female Patients. Advance Magazine for Physicians Assistants, 5 (8). Se indica a los proveedores de servicios de salud que interroguen a las pacientes acerca de su historia de abuso sexual. Se describen los beneficios de interrogar, las personas a las que corresponde interrogar, cómo plantear el tema con las pacientes, cómo responder si las pacientes dicen que fueron objeto de abuso, cómo apoyar a las pacientes y cómo efectuar una remisión a otros servicios. (E-mail: lynnnes@earthlink.net).

Sitios en la Web donde puede obtenerse información o materiales sobre la violencia de género

1. Servicios para víctimas, en inglés y en español: www.victimservices.org
2. Women Watch: www.un.org. En particular, cabe buscar: a) Informe Final de los grupos de trabajo en línea de Women Watch sobre todas las esferas de preocupación de importancia crítica en Beijing +5, entre ellas salud, violencia contra la mujer, la mujer y los conflictos armados. E/CN.6/2000/PC/CRP.1; b) toda la documentación de Beijing +5, en español, francés e inglés, especialmente las reuniones de grupos de expertos sobre los tres temas mencionados; c) vincula especialmente con páginas de organizaciones no gubernamentales
3. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas sobre Derechos Humanos (ACNUDH) – www.unhchr.ch para obtener todos los informes del Relator Especial sobre la violencia contra la mujer, disponible en los tres idiomas indicados. Cabe señalar especialmente sus informes sobre a) políticas y prácticas que influyen sobre los derechos reproductivos de la mujer y contribuyen a causar o constituyen violencia contra la mujer, EN.4/1999/68/Add.4, 21 de enero de 1999; b) trata de mujeres, migración de mujeres y violencia contra la mujer y los aspectos de salud. E/CN.4/2000/68, 29 de febrero de 2000; c) la violencia contra la mujer en la familia, la violencia doméstica, E/CN.4/1999/68; d) La violencia contra las mujeres en conflictos armados, la violencia en situaciones de custodia, las refugiadas y las mujeres internamente desplazadas, E/CN.4/1998/54.
4. Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM) página descriptiva www.undp.org/unifem y sus páginas sobre derechos humanos y especialmente el Fondo Fiduciario de la Asamblea General de las Naciones Unidas para la eliminación de la violencia contra la mujer en que se ofrece información sobre actividades y actualizaciones.
5. Organización Mundial de la Salud (OMS), página de presentación www.who.int/ especialmente en lo relativo a: a) datos sobre prevalencia y violencia contra la mujer a escala de país, compilados de muchas fuentes; b) bibliografía sobre violencia contra la mujer; c) información sobre el estudio multinacional en curso; d) próximo Informe Mundial sobre la Violencia, incluida la violencia de género.
6. Recursos de las Naciones Unidas sobre cuestiones de género: www.undp.org/. Cabe consultar especialmente la base de datos sobre buenas prácticas en cuestiones de género <http://www.undp.org/gender/practices/> donde se ofrecen ejemplos provenientes de muchos organismos de las Naciones Unidas y relativos a la violencia contra la mujer, incluidos los aspectos de salud (por ejemplo, Organización Panamericana de la Salud (OPS)).

7. Population Council: www.popcouncil.org especialmente en lo concerniente al informe “Sexual Coercion and Reproductive Health: A Focus on Research” (Executive Summary).
8. Men’s Resource Center of Western Massachusetts www.mrc-wma.com. Además de proporcionar información sobre sus propios programas, proporciona buenos enlaces con otros sitios en la Web relativos a “los hombres” que tratan, entre otros temas, de la violencia de género.
9. IPAS: www.ipas.org —ofrece información sobre la prestación de servicios de salud reproductiva para víctimas de violación, incluido el aborto en condiciones de seguridad y la atención posterior, entre otros programas.
10. Family Violence Prevention Fund: www.fvpf.org incluye su boletín, información detallada y materiales como carteles, calcomanías y tarjetas sobre violencia doméstica, que están a la venta.
11. Federación Internacional de Planificación de la Familia/Región del Hemisferio Occidental www.ippfwhr.org —publica un boletín titulado ¡Basta! acerca de sus proyectos sobre violencia de género en América Latina y el Caribe.
12. White Ribbon Campaign: www.whiteribbon.ca/eindex.html —grupo de “hombres que trabajan para poner fin a la violencia masculina contra la mujer”. Ofrece un boletín, materiales educativos para varones adolescentes y hombres adultos relativos a la violencia contra la mujer y recursos de asesoramiento psicológico para los atacantes.

Un enfoque práctico de la violencia de género: Guía programática para proveedores y encargados de servicios de salud

Referencias bibliográficas

- Corsi, J. (1999). Treatment for Men Who Batter Women in Latin America. *American Psychologist* 54, 1, páginas 62 a 65.
- deLahunta, E., y Tulsy, A. (1996). Personal Exposure of Faculty and Medical Students to Family Violence. *Journal of the American Medical Association*, 275, 24: páginas 1903 a 1906.
- Eby, K., Campbell, J., Sullivan, C., y Davidson, W. (1995). Health Effects of Experiences of Sexual Violence for Women with Abusive Partners. *Health Care of Women International*, 16, páginas 563 a 567.
- Family Violence Prevention Fund. (2000). *Preventing Domestic Violence: Clinical Guidelines on Routine Screening*. Web site: www.fvvpf.org/health/screpol/html
- Friedman, L., Samet, J., Roberts, M., Hudlin, M., y Hans, P. (1992). Inquiry about Victimization Experiences: A Survey of Patient Preferences and Physician Practices. *Archives of Internal Medicine*, 152, páginas 1186 a 1190.
- Heise, L., Ellsberg, M., y Gottemoeller, M. (1999). *Ending Violence Against Women. Population Reports. Series L, No. 11*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program.
- Heise, L., Moore, K., y Toubia, N. (1995). *Sexual Coercion and Reproductive Health: A Focus on Research*. Nueva York, NY: The Population Council.
- Kilpatrick D., y Best. C.L. (1990). *Sexual Assault Victims: Data from a Random National Probability Sample*. Presented at the 36th Annual Meeting of the Southeastern Psychological Association, Atlanta, Georgia.
- Koss, M. (1993) The Impact of Crime Victimization on Women's Medical Use. *Journal of Women's Health* 2,1: páginas 67 a 72.
- Mazza, D., Dennerstein, L., y Ryan, V. (1996). Physical, Sexual and Emotional Violence Against Women: A General Practice-Based Prevalence Study. *Medical Journal of Australia*, 164, páginas 14 a 17.
- Russell, D. (1986). *The Secret Trauma: Incest in the Lives of Girls and Women*. Nueva York, NY: Basic Books, Inc.
- Sexual Assault Report*. March/April, 2000. Vol. 3. No. 4, página 58. Civic Research Institute, Inc.

Shamin, I. (1985). *Kidnapped, Raped and Killed: Recent Trends in Bangladesh*. Paper presented at the International Conference on Families in the Face of Urbanization, Nueva Delhi, India.

Asamblea General de las Naciones Unidas (enero de 1992). Recomendación general 19 (cuadragésimo séptimo período de sesiones). *La violencia contra la mujer. Informe del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer*. A/47/38.

Asamblea General de las Naciones Unidas (20 de diciembre de 1993). Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Resolución 48/104 (cuadragésimo octavo período de sesiones).

Asamblea General de las Naciones Unidas (mayo 1999.) Recomendación general 24. *Artículo 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Las mujeres y la salud. Informe del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer*. A/54/38 (Part I).

Asamblea General de las Naciones Unidas (2000.) La mujer en el año 2000: igualdad entre los géneros, desarrollo y paz para el siglo XXI. Documento final del período extraordinario de sesiones.

Fondo de Población de las Naciones Unidas. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. *El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994*. Nueva York. www.undp.org/popin/icpd/conference/offeng/poa.html

Fondo de Población de las Naciones Unidas (1998). *Programme Advisory Note. Reproductive Health Effects of Gender-Based Violence: Policy and Programme Implications*. Nueva York.

Fondo de Población de las Naciones Unidas (2000). *El Estado de la Población Mundial 2000. Vivir juntos en mundos separados. Hombres y Mujeres en tiempos de cambio*. Nueva York.

Organización Mundial de la Salud (1997). *Violence and Injury Prevention: Violence against women: A Priority Health Issue. WHO Information Kit on Violence and Health*. Ginebra. www.who.int/violence_injury_prevention/vaw/infopack.htm

Wyatt, G., Guthrie, D., y Notgrass, C. (1992). The Differential Effects of Women's Child Sexual Abuse and Subsequent Sexual Revictimization. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 2: páginas 67 a 73.

Zierler, S., Feingold, L., Laufer, D., Velentgas, P., Kantrowitz-Gordon, I., y Mayer, K. (1991). Adult Survivors of Childhood Sexual Abuse and Subsequent Risk of HIV Infection. *American Journal of Public Health*, 81(5): páginas 572 a 575.

Esta tarjeta es un prototipo que hay que adaptar a cada contexto

SALVE

S = Suministrar lo necesario para detectar en las clientas la violencia de género.

La violencia de género es un problema de salud pública. Todas las mujeres son vulnerables a esa violencia. Los proveedores de servicios de salud son el grupo de personas con quienes las mujeres se avienen a hablar acerca de la violencia de género. Muchas mujeres no proporcionarán esta información por iniciativa propia, pero la revelarán si el encargado de prestar servicios las interroga al respecto.

AL = Alentar la formulación de preguntas directas sobre la violencia de género, sin formular juicios al respecto, en un ámbito privado. Es preciso no utilizar lenguaje oficial, técnico o médico. Antes de formular preguntas acerca de la violencia, es preciso expresar claramente por qué se formulan esas preguntas.

Ejemplos de maneras de introducir el tema:

- “Aunque recién nos hayamos conocido, tengo que formular algunas preguntas personales. Lo hago porque hay muchas mujeres que son víctimas de violencia de género y pienso que es importante hablar al respecto aquí. Lo que usted me diga será totalmente confidencial”.
- “Sé que hay cosas en la sociedad que se consideran privadas, entre ellas la violencia contra la mujer. No pienso que ésa sea una cuestión entre dos personas. Nadie merece que se le maltrate. Quiero hacerle algunas preguntas acerca de lo que pasa en su vida...”.

Es preciso encontrar maneras de formular las preguntas que sean cómodas, tanto para quien presta los servicios como para la clienta.

Ejemplos de preguntas acerca de la violencia de género:

- ¿Alguna vez un compañero la golpeó, la pateó o la abofeteó, o amenazó con hacerlo?
- ¿Se ha visto usted alguna vez obligada o forzada a tener relaciones sexuales contra su voluntad?

Destino que dará el establecimiento a las respuestas

V = Validar la respuesta de la clienta.

Cuando la clienta responde “sí” a algunas preguntas, el encargado de prestar servicios debe ofrecerle apoyo. Es preciso no desvalorizar la respuesta de la clienta, aunque ella lo haga. Es preciso hacerle saber que se cree lo que ella dice y que nadie merece que se le maltrate. Es necesario hacerle saber que dispone de ayuda. Es preciso cerciorarse de que se documente el tipo de

maltrato, así como las consecuencias físicas y psicológicas relativas a la violencia de género, en la historia clínica de la clienta. Si la clienta responde “no” pero el encargado sospecha que ella es víctima de violencia, es preciso efectuar una anotación al respecto en su historia clínica y proceder a preguntar nuevamente en el futuro.

E = Evaluar, educar y remitir a la clienta a otros servicios

Es menester preguntar a la clienta de qué modo puede ayudarla el agente de salud y es necesario ofrecerle empatía, información educacional y remisión a otros servicios. Es necesario hacerle saber que no se la juzgará si no acude de inmediato al establecimiento al que se la ha remitido. Si la clienta titubea en aceptar de inmediato una remisión, debe hacerse saber que puede cambiar de opinión y recibir una remisión a otro establecimiento en el futuro. En la visita siguiente, es necesario un seguimiento, y debe retomarse el tema de la revelación de actos de violencia efectuada en visitas anteriores.

Adaptado de la tarjeta SAVE producida por la Coalición del Estado de Nueva York contra el Ataque Sexual (NYS Coalition Against Sexual Assault).

[BACK COVER]

**FNUAP
Fondo de Población de las Naciones Unidas
220 East 42nd Street
New York, N.Y. 10017
Estados Unidos de América**

ISBN:

S/...../2001

[END BACK COVER]