



UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SEDE DEL ATLÁNTICO
investigacion@sa.ucr.ac.cr

MEMORIA **JORNADAS DE DIVULGACIÓN**

- Memoria •**
- Población y Desarrollo •**
- Patrimonio Cultural •**
- Sistemas Agroproductivos •**
- Instalador Acrobat 6.0 •**

UCR unida al desarrollo regional
28 y 29 de Agosto, 2004

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA EN PERSONAL DE SALUD QUE ATIENDE MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL EN COSTA RICA, 2003 ¹

Dra. Carmen Marin ²
cmarin@ccp.ucr.ac.cr

RESUMEN

Este estudio explora los conocimientos, actitudes y prácticas sobre anticoncepción de emergencia (AE) de los proveedores de salud que atienden a mujeres post violencia sexual con el propósito de identificar actitudes que limitan el acceso a AE, único método anticonceptivo que puede usarse después de una relación sexual (RS) coital no protegida para prevenir un embarazo no deseado.

Los proveedores de salud perciben que violencia y abuso sexual son muy frecuentes y el abuso sexual es repetido. En parte atribuyen a ello que no atiendan casos “agudos”, es decir, mujeres que consulten pocas horas después del hecho. Refieren que la situación de la mujer post violencia sexual se caracteriza por sentimientos negativos: “asco, vergüenza”, estar “dañada” o “marcada”, enfatizan que para la mujer es “algo catastrófico” y que se trata de “un trauma” agravado por la “preocupación que no se les crea (la historia de violencia sexual)”. La actitud a ofrecer AE sería distinta si la RS ocurrió de mutuo acuerdo, o si se trata de violación. En el primer caso, la mujer debió actuar con “responsabilidad”, en caso de violación la mujer estaría libre de culpa.

Los proveedores de salud perciben que la violencia y abuso sexual son frecuentes, traen como consecuencia temor, preocupación, trauma, asco y vergüenza de las mujeres así como temor a un embarazo no deseado. Sus actitudes para la atención son diferentes si la RS sin protección fue voluntaria o producto de una violación. Opinan que la violencia sexual se debe a la falta de información sobre métodos anticonceptivos y a nuestra cultura.

Se recomienda promover un cambio de actitud en los proveedores de salud, dirigida a ofrecer atención integral para la decisión informada en respeto de los derechos reproductivos y sexuales así como difundir la problemática de la violencia sexual, sus orígenes, sus consecuencias y medidas de prevención.

Palabras clave: Métodos anticonceptivos, anticoncepción, salud pública, anticoncepción postcoital.

¹ Esta investigación fue financiada con aporte de “Bill & Melinda Gates Foundation”

² Centro Centroamericano de Población.

1. INTRODUCCIÓN

La violencia intra familiar está presente en la América Latina y el Caribe de hoy. Alrededor del 50% de las mujeres han sido víctimas de violencia por parte de sus parejas en algún momento de sus vidas (IPPF s.f.). En Costa Rica se ha reportado en 54% de mujeres (Heise 1994), aumentó a 58% según la Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres (CIEM-INAMU, 2003).

La violencia sexual es un problema de salud pública dada su extensión, magnitud y consecuencias, entre ellas el bajo peso al nacer (Núñez, 2003) y el embarazo no deseado. Se estima que 4,7% de las mujeres que han sido violadas quedan embarazadas, en las adolescentes, 12-17 años, el porcentaje es más alto, 5,3% (Holmes, 1996, citado por ACLU).

Este estudio explora los conocimientos, actitudes y prácticas sobre anticoncepción de emergencia (AE) de los proveedores de salud que atienden a mujeres post violencia sexual con el propósito de identificar actitudes que limitan el acceso a AE, único método anticonceptivo que puede usarse después de una relación sexual (RS) coital no protegida para prevenir un embarazo no deseado.

2. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se realizaron 18 entrevistas entre el 8 de octubre y el 11 de noviembre de 2003, en varones y mujeres de distintas profesiones de la salud. Para ello se usó una guía semi estructurada, todos aceptaron la entrevista, sólo uno prefirió que no fuera grabada. Las entrevistas se transcribieron y los testimonios se organizaron por temas, las citas textuales van entrecomilladas y en cursiva.

A la fecha, está en curso la emisión de normas del Programa de Atención Integral a la Violencia, por ello el manejo está abierto al criterio individual. Se acepta que, “la calidad e importancia que las y los profesionales en salud pongan a estos aspectos de la atención (anticoncepción de emergencia y consejería acerca del aborto), depende de la actitud individual de cada cual frente al caso, por lo que no son procedimientos que se pueda esperar se den siempre con la misma regularidad y rigurosidad” (Zamora, 2003).

Frecuencia de la violencia sexual

La violencia sexual es frecuente, y más frecuente en el espacio familiar o cercano, usualmente no trasciende, por el temor que las mujeres tienen al agresor, por lo general un miembro cercano de la familia (Núñez 2003). Perciben que el abuso sexual es muy frecuente y suele ocurrir de manera repetida. En parte atribuyen a ello que no atiendan casos “agudos”, es decir, mujeres que consulten pocas horas después del hecho.

Consecuencias de la violencia sexual para la mujer víctima

Coincidieron en la gravedad de la situación de la mujer post violencia sexual. Hubo consenso que los sentimientos de ella son “asco, vergüenza”, estar “dañada” o “marcada”, enfatizan que para la mujer es “algo catastrófico” y que se trata de “un trauma” agravado por la “preocupación que no se les crea (la historia de violencia sexual)”.

Generalmente consultan por las secuelas, ellas temen “*que el niño (producto de una violación) les recuerde el hecho*”, puede que la mujer “*no acepte al niño*” que “*no es deseado*” o que sea inevitable “*aguantar un embarazo de alguien que uno sabe que no quiere (con amor)*”.

Estos puntos de vista emanan de la mayoría de entrevistados, casi todos han tenido experiencia con mujeres que llevan un embarazo producto de violencia o abuso sexual. Un solo entrevistado refiere un resultado distinto en una mujer adulta, soltera, sin hijos que llegó embarazada producto de una violación por un desconocido y decidió continuar el embarazo y hacerse cargo del niño.

Dice el informante:

“O sea, qué satisfacción tiene ella con un embarazo en esa situación (producto de violencia sexual), yo viví con esta muchacha ese embarazo y todo. Mirá un embarazo lindísimo. Ella lo aceptó tan bien, no sabe quien es el papá, no sabe nada pero, a ella la asaltaron en la universidad y, ese es su apoyo en este momento y lo ve como que Dios se lo mandó, ¡qué curioso!”

Otro testimonio muestra el lado oscuro,

“Llegó una señora con una chiquita de 16 años que había sido abusada y estaba embarazada. Ella (la chiquita) confesó que había sido violada por un amigo de la familia, y en este momento tiene un embarazo de cuatro meses, yo le di el seguimiento y la pasé a ginecología y está recibiendo terapia aquí”

Actitud de los proveedores de salud

La actitud sería distinta si la RS ocurrió de mutuo acuerdo, incluyendo ofrecer AE. Desde su punto de vista, si una mujer acude a consulta pocas horas luego de una RS sin protección y esta ha sido voluntaria, ella debe actuar con “responsabilidad” para asumir las consecuencias de sus actos, ella debió usar métodos, así lo asevera este testimonio:

“Y uno mismo les dice: OK, si usted no quería que eso sucediera, por qué no planificó”

Se daría más importancia a la sanción que amerita no haber tomado medidas antes de la RS, sanción que no sería dable en casos de violación, situación en la que la mujer estaría libre de culpa. Este testimonio ilustra la diferencia:

“No se puede (usar un método anticonceptivo), quién va a sospechar que lo van a violar a uno”

Atribución de los proveedores de salud a las relaciones sexuales no protegidas por anticonceptivos

Se reconoce que hay motivos para RS sin protección, mencionan la “falta de información” sobre los métodos disponibles y “nuestra cultura”.

La falta de información llega a extremos como:

“... en mi experiencia de participar en las consultorías grupales de la consejería que se da para la esterilización femenina, y ahora la masculina, a ellos (hombres y mujeres) se les vuelve a dar la información sobre métodos anticonceptivos y todavía mujeres y hombres, adultos y ya han sido padres y madres, todavía tienen muchos vacíos, acerca de información, del verdadero uso que tenemos de anticonceptivos hasta el día de hoy, los tradicionales y que se expenden en los servicios de salud. Entonces, ahora, yo me sorprendo todavía de las preguntas que ellos hacen, ellos y ellas, porque pareciera que no los conocen, y muchos los han probado y hasta los rechazan, en muchos casos no dieron tiempo al uso, o falta de información, de todo y por muchos temores, muchos miedos y,

también las mujeres se fijan en que no sea secundario, efectos secundarios, pero en muchos nos dimos cuenta de que era falta de información”.

El desconocimiento del uso de métodos anticonceptivos también tiene su origen en “*nuestra educación, nuestra cultura*”, lo que queda evidente cuando dicen:

“A nosotros (en este país) nos enseñan a no planificar ni nada hasta que no tengamos nuestra pareja. Es nuestra cultura, habría que empezar a orientar y a educar a la población, a las muchachas, a las adolescentes, a las madres, a los padres”.

Otros testimonios –con menor frecuencia- mencionaron “*olvido*”, “*no estuvo a disposición en el momento*” o “*no pensaron*” entre los motivos para las RS sin protección anticonceptiva.

3. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Se concluye que la violencia y abuso sexual son frecuentes, tienen como consecuencia temor, preocupación, trauma, asco y vergüenza de las mujeres; así como temor a un embarazo no deseado. Los proveedores tienen actitudes diferentes para la atención si la RS sin protección fue voluntaria o producto de violación. Opinan que la violencia sexual se debe a la falta de información sobre métodos anticonceptivos y a factores culturales.

Se recomienda promover un cambio de actitud en los proveedores de salud dirigida a ofrecer atención integral para la decisión informada en respeto de los derechos reproductivos y sexuales así como difundir la problemática de la violencia sexual, sus orígenes, sus consecuencias y medidas de prevención.

4. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

American Civil Liberties Union (ACLU). 2003. E.C. in the E.R. A manual for improving services for women who have been sexually assaulted.

CIEM-INAMU. 2003. Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres. Costa Rica.

Heise L, Pitanguy J, Germain A. 1994. Violence Against Women The Hidden Health Burden. World Bank Discussion Papers 255

IPPF (s.f.). 1992. Lineamientos para el diagnóstico y tratamiento de la violencia doméstica. Traducción de Diagnostic and treatment guidelines on Domestic Violence. Documento de American Medical Association.

IPPF (s.f.). 1995. Estrategias para el tratamiento y la prevención de la violencia sexual. Traducción de Strategies for the Treatment and Prevention of Sexual Assault. Documento de American Medical Association.

Núñez H, Monge R, Griós C, Elizondo A, Rojas A. 2003. La violencia física, psicológica, emocional y sexual durante el embarazo: riesgo reproductivo predictor de bajo peso al nacer en Costa Rica. Rev Panam Salud Pública 14(2), pp. 75-83

Zamora A. 2003. Análisis de la situación de los servicios de atención en salud y médico-legales para víctimas de violencia sexual. Programa de atención integral a la VIF, CCSS. DST Medicina Preventiva. OMS/OPS/Unidad de Género y Salud.