



Centro Centroamericano de Población

“Conocimientos actitudes y prácticas del personal de salud que atiende mujeres víctimas de violencia sexual sobre anticoncepción de emergencia”: Diagnóstico

Elaborado por: M.Sc. Carmen Marin

Investigadora del Centro Centroamericano de Población

San José, Junio de 2004

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

“Conocimientos actitudes y prácticas del personal de salud que atiende mujeres víctimas de violencia sexual sobre anticoncepción de emergencia”: Diagnóstico

	Página	
I.	INTRODUCCIÓN	2
	1.1 Antecedentes	
	1.2 Formulación del problema	
	1.3 Justificación	
	1.4 Objetivos: generales y específicos	
II.	MARCO TEÓRICO	3
III.	MARCO METODOLÓGICO	4
	3.1 Tipo de investigación	
	3.2 Fuentes de información	
	3.3 Definición de variables	
	3.4 Técnicas e instrumentos para la recolección de información	
IV.	RESULTADOS OBTENIDOS	8
V.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	14
	5.1 Conclusiones	
	5.2 Recomendaciones	
VI.	BIBLIOGRAFÍA	15
VII.	ANEXOS	17

INTRODUCCIÓN

1.1 Antecedentes

La violencia intra familiar es un fenómeno presente en la América Latina y el Caribe de hoy. Se estima que 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.).

La violencia es frecuente en Costa Rica, reportada en 54% de mujeres (Heise 1994). En mujeres embarazadas se ha documentado que la violencia estuvo presente en casi 30% de mujeres de una comunidad urbana marginal en San José y se asoció a bajo peso al nacer en los recién nacidos (Núñez, 2003). Los datos disponibles revelan que 35% de mujeres que asistían a servicios del PANI habían sufrido agresión sexual (Chacón 1990 citado por IPPF s.f.).

Cabe agregar que 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).

1.2 Formulación del problema

La violencia sexual ha sido identificada como un problema de salud pública dada su extensión, magnitud y consecuencias. El presente estudio tiene por objetivo explorar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre AE que tienen los proveedores de salud que atienden a mujeres post violencia sexual con el propósito de identificar barreras que impiden el acceso a la AE, único método anticonceptivo que puede usarse después de una relación sexual coital no protegida.

1.3 Justificación

Explorar los conocimientos, actitudes y experiencias de las personas vinculadas a la atención de casos de violencia sexual dará información valiosa para mejorar la atención integral de estas pacientes, incluido el acceso a la AE, lo que contribuirá a su control como problema de salud pública.

1.4 Objetivos: generales y específicos

Objetivo general.-

Contribuir al conocimiento de la problemática de la atención integral de la población víctima de violencia sexual explorando los conocimientos, actitudes y prácticas de las personas involucradas en el Programa de Atención Integral a la Violencia, en relación con AE.

Objetivos específicos.-

En las personas vinculadas a la atención de las víctimas de violencia de una red de atención del Programa de Atención Integral a la Violencia de la CCSS:

1. Determinar el nivel de conocimiento de AE.
2. Realizar una aproximación a sus actitudes respecto a AE.
3. Analizar sus experiencias y percepciones en relación con la AE para la atención integral de casos de violencia sexual.

II. MARCO TEÓRICO

Existen varios factores que dificultan que los médicos ayuden a las pacientes con problemas asociados a la violencia familiar. Hasta hace poco tiempo, el conocimiento científico con relación a este problema era muy limitado y, por lo tanto, se ofrecía poco entrenamiento en las facultades de medicina. También ha sido difícil para el proveedor discutir estos problemas debido al poco entrenamiento médico respecto a los componentes psicológicos, conductuales y sociales de las condiciones médicas en general. En ocasiones los proveedores de salud se pueden sentir impotentes, ansiosos y / o frustrados cuando manejan estas situaciones. Pueden sentir una tendencia natural a distanciarse emocionalmente de estas pacientes o bien a culpar a la víctima (IPPF s.f.).

Un estudio hecho en México, reveló que el personal médico evaluado mostró habilidades insuficientes para identificar y manejar adecuadamente los casos de mujeres maltratadas que atienden en su consulta. Este estudio evidencia la necesidad de capacitar y sensibilizar al personal médico sobre la materia; se recomienda empezar con los médicos generales y familiares, quienes demostraron estar más dispuestos a capacitarse, en comparación con los de especialidades clínicas e incorporar esta capacitación en los planes de estudio de medicina, enfermería, trabajo social, psicología y áreas afines a la salud pública (Mendez-Hernández, 2003).

Otro estudio tuvo como objetivo explorar la relación entre la calidad de la relación médico paciente y los desenlaces de los encuentros clínicos en atención primaria. Mediante grupos focales de médicos y enfermos, se observó que los médicos percibieron una relación entre la pobreza de recursos sanitarios (escaso tiempo de consulta, exceso de carga asistencial, ausencia de recursos específicos, ausencia de formación), el conflicto con pacientes «difíciles» y la influencia de los factores psicosociales en el encuentro clínico, con el error, el desgaste, la medicina defensiva y la baja calidad de los servicios. Esta relación estuvo mediada por problemas de comunicación / exploración en la entrevista clínica y por sentimientos negativos.

Por su parte, los pacientes percibieron una relación entre un funcionamiento caracterizado por consultas masificadas y de breve duración, y dificultades de comunicación en médico y paciente, con el error y el conflicto en el encuentro clínico. También una relación entre la actitud humanista del médico y un mejor desenlace de los problemas de salud (Girón, 2002).

Otro estudio recopiló información mediante: a) observación directa de la consulta médica, b) entrevistas a proveedores y usuarias, y c) aplicación de cuestionario y examen de conocimiento a los proveedores. Se analizó la relación existente entre la capacidad de resolución clínica de los proveedores, el trato recibido durante la consulta y la satisfacción sobre la misma que la usuaria manifestó en entrevista directa. Se observó que la satisfacción de las usuarias de los servicios de atención prenatal está relacionada con el trato recibido durante la consulta y el tiempo que esperó para recibirla, pero no con la capacidad de resolución clínica del profesional, ni con su edad o género. El trato recibido durante la consulta por la paciente también se asoció con su nivel socioeconómico y se encontró que las usuarias más pobres reciben, proporcionalmente, peor trato (Bronfman-Pertovsky, 2003).

Estos estudios dejan entrever la importancia de la actitud y conducta de los proveedores de salud y su relación con la calidad de atención percibida por los pacientes, así como el efecto sobre la percepción que el paciente tiene sobre la evolución del motivo de consulta.

La importancia de estos factores en el resultado de salud de los pacientes puede ser aún más crítica en la atención de pacientes víctimas de violencia sexual. Las pacientes femeninas deben recibir asesoría acerca de las opciones que están a su alcance para su atención y, en particular, para prevenir un embarazo. Si el proveedor de salud tiene reservas morales en cuanto a dar

personalmente dicha asesoría, tiene la responsabilidad de que alguien más informe a la paciente sobre el riesgo relativo de embarazo y le ofrezca la profilaxis adecuada.

III. MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de investigación

Se trata de un estudio transversal exploratorio aplicando métodos cualitativos, se realizaron entrevistas aplicando una guía semiestructurada que explora los conocimientos, fuentes de información, experiencias y opiniones sobre AE (Anexo 1).

3.2 Fuentes de información

Testimonios de los entrevistados
Documentos del programa.
Documentos sobre la problemática de la violencia sexual

3.3 Definición de variables

Anticoncepción de emergencia. Son métodos anticonceptivos utilizados en situaciones de emergencia a los que las mujeres pueden recurrir para prevenir embarazos no deseados. El método anticonceptivo de emergencia está indicado cuando una mujer fue forzada a tener relaciones sexuales, tuvo una relación sexual voluntaria sin protección o con protección defectuosa. La AE debe usarse horas o días después de la relación sexual.

Abuso sexual. Cualquier forma de contacto físico con o sin acceso carnal, con contacto y sin contacto físico realizado sin violencia o intimidación y sin consentimiento. Puede incluir: penetración vaginal, oral y anal, penetración digital, caricias o proposiciones verbales explícitas.

Actitud: Evaluación general, positiva o negativa, de personas, objetos, o asuntos que está basada en creencias, sentimientos, y tendencias hacia la acción. La actitud consiste en un estado mental y neural de disposición organizado a través de la experiencia, que ejerce una influencia directiva o dinámica sobre la conducta del individuo ante todos los objetos y situaciones con los que se relaciona.

Atribución: Proceso por el que se busca información relativa a las causas de la conducta tanto propia como ajena y que finaliza al encontrar una causa que se considera verosímil.

Conocimiento: Es lo obtenido cuando el sujeto se relaciona con el objeto, del cual recibe un estímulo que le servirá para formar imágenes y con estas ideas, con las cuales realizará un razonamiento.

Familia: Grupos de dos o más personas con vínculos de afinidad, consanguinidad o convivencia, pasados o presentes.

Ilusión de invulnerabilidad: Creencia de las personas de que su riesgo a tener una enfermedad es bajo y menor que el del sujeto medio.

Percepción: es un componente del conocimiento en donde el sujeto aplica el interactuar con el mundo objetivo al percibirlo. Por lo que la percepción está ligada al lenguaje y es entonces un elemento básico en el desarrollo cognitivo.

Prejuicio: actitud de rechazo hacia los miembros de un grupo.

Problema social: situación de un grupo social consciente, que afecta a sus valores y que puede remediarse por la acción social.

Proveedores de servicios: La persona o personas que ofrecen o tienen a su cargo brindar servicios para las mujeres afectadas por la violencia intra familiar en el sector gubernamental y no gubernamental en las localidades que abarca el estudio. Pueden ser personas afiliadas a instituciones de los sectores jurídico-legal, policial, salud, educación y comunitario. También se considera a aquellas personas que cumplen una función social en la comunidad y que desde la perspectiva de las mujeres afectadas forman parte de las respuestas sociales encontradas al ayudarles a romper con el patrón de secreto en que se vive la relación violenta.

Ruta crítica: Es la secuencia de decisiones tomadas y acciones ejecutadas por una mujer afectada para enfrentar la situación de violencia que enfrenta(ba) y las respuestas encontradas en su búsqueda de ayuda. La ruta crítica es un proceso iterativo constituido tanto por los factores impulsores relacionados con las afectadas y las acciones emprendidas por éstas, así como por las respuestas de los proveedores de servicios que, a su vez, vuelven a afectar los factores impulsores de las afectadas. El inicio de la ruta crítica se puede considerar como el "romper el silencio" asociado con la situación de violencia. Es decir, las mujeres inician su ruta crítica cuando deciden divulgar su situación de violencia a una persona o personas fuera de su ámbito familiar o cotidiano inmediato, como un primer intento de mejorar su situación. La ruta crítica rara vez es un proceso lineal; más bien, describe la secuencia de los posibles múltiples itinerarios de búsqueda de ayuda seguidos a lo largo de una o varias relaciones violentas.

Representaciones sociales: Son formas de conocimiento individual y colectivas que le permiten a los individuos fijar su posición en relación con situaciones, acontecimientos y objetos materiales, sociales o culturales que les conciernen. Son una forma de interpretar y pensar la realidad cotidiana. Con este concepto se alude, entonces, a la actividad mental desplegada por los individuos y grupos a fin de tomar una posición sobre las situaciones con que se enfrentan en la vida diaria. Es decir, las representaciones sociales constituyen la manera como las personas aprehenden cotidianamente su realidad y le dan significado. Las representaciones sociales se construyen de forma colectiva y se estructuran como un marco valorativo que actúa como guía para orientar las acciones y escogencias de los individuos.

Violencia intra familiar: Toda acción u omisión cometida por algún(a) miembro(a) de la familia en relación de poder, sin importar el espacio físico donde ocurra, que perjudique el bienestar, la integridad física, psicológica o la libertad y el derecho al pleno desarrollo de otro(a) miembro(a) de la familia.

Violencia física: Ocurre cuando una persona que está en una relación de poder con respecto a otra, le inflige daño no accidental, por medio del uso de la fuerza física o de algún tipo de arma, que puede provocar o no lesiones externas, internas o ambas. El maltrato repetido no severo también se considera violencia física.

Violencia sexual: Es todo acto por el cual una persona en relación de poder y por medio de la fuerza física, coerción o intimidación psicológica, obliga a otra a ejecutar un acto sexual contra su voluntad, o a participar en interacciones sexuales que propician su victimización y de las que el ofensor obtiene gratificación. La violencia sexual ocurre en una variedad de situaciones como la violación en el matrimonio o unión de hecho, el abuso sexual infantil, el incesto, el acoso sexual, y la violación en una cita. Incluye, entre otras: caricias no deseadas, relaciones emocionales sexualizadas, penetración oral, anal o vaginal con el pene u objetos, exposición obligatoria a material pornográfico, voyeurismo y exhibicionismo.

Violencia psicológica: Es toda acción u omisión que dañe la autoestima, la identidad, o el desarrollo de la persona. Incluye los insultos constantes, la negligencia, el uso de gestos intimidatorios, la humillación, el no reconocer aciertos, el chantaje, la degradación, el aislamiento de amigos y familiares, la destrucción de objetos apreciados, el ridiculizar, rechazar, manipular, amenazar, explotar, comparar, etc.

Violencia patrimonial o económica: Son todas aquellas medidas tomadas por el agresor, u omisiones, que afectan la sobre vivencia o bienestar de la mujer y sus hijas e hijos, o el despojo o destrucción de sus bienes personales o de la sociedad conyugal. Esto implica la pérdida de la casa de habitación o del lugar de vivienda, los enseres y equipamiento doméstico, la tierra, otros bienes muebles o inmuebles, así como los efectos personales de la afectada o de sus hijas(os). Incluye también la negación a cubrir cuotas alimenticias para las hijas(os) o gastos básicos para la sobre vivencia del núcleo familiar, así como control de los gastos o ingresos.

3.4 Técnicas e instrumentos para la recolección de información

El método empleado es cualitativo. Se obtuvieron los datos usando las siguientes técnicas: entrevistas en profundidad, registro anecdótico y observación etnográfica. La guía de entrevista se adjunta en el anexo 1.

Preguntas generales e hipótesis.

La investigación partió de la formulación de las siguientes preguntas: ¿Puede decirme qué sabe sobre la anticoncepción de emergencia? ¿Dónde ha obtenido esta información? ¿Qué ha escuchado sobre AE? En su opinión, ¿qué de lo que ha escuchado es verdad? ¿Conoce algo más sobre AE?

¿Cómo y dónde conoció AE? ¿De qué otras fuentes de información conoció sobre AE? ¿Conoce a alguien que haya usado AE? ¿La ha usado usted? ¿Por qué? ¿Cómo se sintió al usarla? ¿Por qué se sintió así? ¿Influyó alguien en su decisión? ¿Por qué? ¿Qué piensa sobre AE? ¿Cuáles son sus ventajas / desventajas? ¿Cómo ayudaría AE a alguien que la necesite? ¿Cómo podría perjudicar? ¿Cómo cree que otros reaccionarían si usted usa AE? ¿Cree usted que mujeres que conoce quisieran que AE esté disponible? ¿Por qué? ¿Quisiera que AE estuviera disponible para usted? ¿Por qué? ¿De qué manera AE puede ayudar a una mujer que la necesite? ¿y perjudicarla? ¿Qué piensa que dirían las mujeres si se les ofrece AE? ¿y los hombres? ¿Qué razones habría para que la gente que usted conoce no quisieran usar AE? ¿Qué nibdu é3conoce node4cpisiebuso Cómarm?

sentrotecolectar?

De esta hipótesis central se desprenden las siguientes:

- Conocen que el embarazo producto de la violencia sexual es uno de los riesgos posteriores a la violencia sexual de una mujer en edad reproductiva.
- Informan a estas mujeres las opciones disponibles con relación a un probable embarazo, incluida la anticoncepción de emergencia.
- Ofrecerían anticoncepción de emergencia a las mujeres que sufrieron violencia sexual.
- Coordinan entre sí para la prevención del embarazo como parte de la atención integral
- Se sienten capacitados para dar atención integral bajo el concepto de red intersectorial.

Población.- testimonios recogidos en las entrevistas realizadas a profesionales de la salud del área de salud en estudio involucrados en la atención de mujeres que consultan por violencia, con énfasis en la violencia sexual.

Unidades de análisis.- son segmentos de texto organizados en categorías y subcategorías desglosados a partir de los testimonios de las entrevistas realizadas.

Unidades de contexto.- son bases de sentido localizables dentro del texto definidas con criterio extra textual, dado que se toma en cuenta las condiciones de producción de los textos.

Categorías.- están compuestas por las variables de las hipótesis y sub hipótesis predefinidas.

Codificación.- proceso de transformación de las unidades de análisis, categorías y subcategorías en unidades de registro, se realizó en forma manual.

Cuantificación.- proceso de asignación de números a las variables, por medio del conteo de la cantidad para cada categoría o por la medición ordinal o por la asignación de términos calificativos según la categoría o subcategoría, se realizó en forma manual, con el apoyo de Excel 7.0.

Análisis.- El análisis de las entrevistas del presente estudio tiene un enfoque cualitativo tratando de poner de manifiesto la posición del emisor del discurso y los valores subyacentes. El siguiente paso es el análisis ideológico, que tiene el propósito de traducir el discurso de los mensajes contenidos en los documentos analizados mediante la búsqueda de posibles contradicciones, ausencias o presencias, intenciones explícitas o implícitas, énfasis, objetivos perseguidos, destinatarios, etc.

IV RESULTADOS OBTENIDOS

Se realizaron 18 entrevistas entre el 8 de octubre y el 11 de noviembre de 2003, entre los entrevistados hubo varones y mujeres de distintas profesiones de la salud. Todos los entrevistados aceptaron la entrevista y sólo un entrevistado prefirió que la entrevista no fuera grabada.

Las grabaciones y / o notas de campo fueron transcritas y luego se procedió al análisis de contenido.

Los resultados obtenidos se presentan organizados por temas, las citas textuales van entrecorilladas y en cursiva.

El contexto

En los días previos a la realización de las entrevistas, ocurrió la captura de un grupo de delincuentes que atacó a varias jóvenes estudiantes universitarias a la salida de la Universidad de Costa Rica y de la Universidad Latina. La modalidad de falso taxi fue usada para sorprenderlas y dio por resultado varios casos de violencia sexual que fueron noticia en los diarios de circulación nacional.

El Programa de Atención Integral a la Violencia es parte de un esfuerzo del estado y la sociedad costarricense por afrontar la problemática relacionada con la violencia intra familiar.

El programa ha generado el modelo de atención integral, ha conformado y reglamentado los Comités de Estudio de Niño, Niña y Adolescente Agredido así como emitido los principios, fundamentos y las responsabilidades del Programa, la emisión de normas para la atención integral en salud a las personas víctimas de violencia sexual está en proceso de conceptualización.

Los actores

Según la información disponible, "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).

La ausencia de normas que orienten a los proveedores de salud respecto a la atención de estas mujeres redundan en el uso del criterio individual para su manejo.

Frecuencia de la violencia sexual. Desde la perspectiva de los proveedores de salud vinculados a la atención de víctimas de la violencia entrevistados en el presente estudio, la violencia sexual es frecuente, y más frecuente en el espacio familiar o cercano, por lo que usualmente no trasciende, debido al 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 además que suele ocurrir de manera repetida. En parte atribuyen a ello que no atiendan casos "agudos", es decir, mujeres que consulten luego de horas de ocurrido el hecho.

El contexto permitió indagar de manera más profunda y amplia sus experiencias con relación a qué acciones hicieron o harían al enfrentar un caso agudo de violencia sexual.

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

La violencia sexual no sólo se acompaña de sentimientos negativos de la mujer sino de una variedad de “secuelas”, los proveedores dicen que ellas temen “*que el niño (producto de una violación) les recuerde el hecho*”, refieren que 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 de los proveedores al dar atención sería distinta si en la RS hubo o no mutuo acuerdo, incluyendo ofrecer AE. Desde su punto de vista, si una mujer acude a consulta pocas horas luego de una relación sexual (RS) sin protección y esta ha sido voluntaria, ella debe actuar con “responsabilidad” para asumir las consecuencias de sus actos, ella debió usar métodos, según lo asevera el testimonio de uno de los entrevistados que dice:

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

Aunque parece claro que en el momento ya el hecho está consumado, 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. Los motivos mencionados por la mayoría de entrevistados tienen que ver con la “*falta de información*” sobre los métodos disponibles y con “*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 nuestro 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.

Conocimiento de AE. En relación con el conocimiento de AE, apenas uno de los entrevistados afirma conocer el método, conocimiento adquirido en estudios universitarios de postgrado. Tres entrevistados mencionaron “*sí, he escuchado, he leído un poco, pero no me he interesado en profundizar*”. Una persona escuchó que el tema de la entrevista era anticoncepción de emergencia y por ello buscó información en Internet.

Actitud de los proveedores de salud a ofrecer AE.

En contraste, la disposición a ofrecer AE en casos de violación es favorable, aunque la mayoría de testimonios revelan diversos temores y / o condicionantes.

Los temores derivan en su mayoría de que el tratamiento “*lo pueden ver como un aborto*”, bien sea por la mujer o por otros que “*piensen que ayudé a abortar*” y eso tenga “*implicaciones legales*”, dado que en Costa Rica el aborto es ilegal. Ello se corrobora al proponer que la indicación sea “*con garantía que no hubo implantación*”, “*luego que investigue más*” y “*dependiendo del día del ciclo*”.

Los condicionantes emanan de percibir el riesgo de ofrecer AE como una acción aislada, en ese sentido se menciona “*con información*”, “*con consentimiento de la mujer y pareja*”, “*dependiendo del día del ciclo*”, “*no en niñas*”.

El alcance de estos datos está limitado porque los proveedores refieren que las atenciones de embarazos posteriores a violencia sexual generalmente tienen relación con el control del embarazo y la terapia de soporte a la mujer, debido a que ellas buscan atención cuando el embarazo ya está confirmado.

Esta demora en consultar se explica en parte por el desconocimiento de la existencia de AE, apenas 3% de mujeres costarricenses entrevistadas la conocían (Chen, 2001)

Percepción del riesgo de embarazo posterior a violencia sexual. Aunado a ello, el riesgo de embarazo posterior a violencia sexual es percibido como bajo. En parte porque los casos agudos no son motivo frecuente de consulta, en contraste con los casos de abuso sexual repetido que son vistos con más frecuencia. Ellos perciben que los casos repetidos no tienen como resultado un embarazo, con pocas excepciones.

Los pocos casos agudos no son motivo de seguimiento por el proveedor en forma individual en la mayoría de casos, aún cuando se conviertan en clientes de uno o más servicios del establecimiento.

Adicionalmente, la realización de pruebas de embarazo a las mujeres post violencia sexual usualmente da resultados negativos, hecho que los proveedores asumen como confirmación que el riesgo de embarazo posterior a violencia sexual no es alto. Este supuesto estaría afianzando que AE no sería necesaria como parte de la atención integral post violencia sexual. Es por ello que pocos testimonios refieren que *“la posibilidad (de un embarazo posterior a violencia sexual) siempre existe”*, y la mayoría responde que *“no siempre”* ó *“muy pocas (veces)”*.

Estas afirmaciones están sustentadas en su experiencia:

“No, no me han salido positivos (pruebas de embarazo post violación)”

“Hemos sabido de casos, más que todo de abuso sexual sobretudo en adolescentes, en niños y en niñas. Que haya derivado ya en embarazo, muy poco”

Los resultados de pruebas de embarazo, incluso el diagnóstico precoz, dan positivo luego de 10-18 días de gestación (Likes, 2002), por lo que un análisis hecho a una mujer que ha sufrido violencia sexual recientemente, será negativo, excepto que tenga un embarazo previo.

Temores de los proveedores de salud y quién debe decidir usar AE

Los temores y condicionantes reflejan la disposición personal del proveedor respecto a ofrecer AE en casos de violencia sexual. Al indagar quién —desde su punto de vista- debe tomar la decisión de usar o no AE, la mayoría de los testimonios se inclinan a que la decisión corresponde a la propia mujer víctima de violencia sexual, sea cual sea su edad, que pueda decidir.

Algunos testimonios proponen que la decisión puede ser tomada por la mujer si es mayor de 18 años, mientras que en caso de menores de edad la decisión dependería de la familia o del proveedor de salud.

Estos testimonios contrastan con el hecho que la mujer no conoce qué opciones tiene en relación con el riesgo de embarazo. En esas condiciones no es posible que la mujer pueda tomar una decisión informada. Dan cuenta de ello al decir:

“Ellas a lo que tienen miedo es de estar embarazadas (de esa violación) y se sienten mal porque se sienten dañadas y están preocupadas de que no se les crea ... (en relación con el

temor al embarazo) se deja que la paciente hable, diga todo lo que siente y se le hace exámenes, no se le presenta el caso de que pueda salir positivo (el resultado de la prueba de embarazo) porque les da más miedo y puede reaccionar”.

La imposibilidad que la mujer tome una decisión informada se agrava por la multiplicidad de actores involucrados en la atención de la mujer víctima de violencia sexual pero sobre todo por la falta de claridad y coordinación respecto al flujo de atención y las deficiencias en la referencia, contrarreferencia y seguimiento. Dado que la mujer puede demandar atención a cualquiera de las instituciones encargadas se requiere reevaluar los mecanismos de control para asegurar que la mujer reciba toda la información médica, legal y psicológica necesaria para su atención integral.

Para ilustrar esta situación:

“Hace poco me llegó un caso de una muchacha que fue violada en un taxi (la noche anterior), entonces se llamó a la unidad de delitos y ellos vinieron, inmediatamente, tomaron fotos, no se le hizo nada, de revisarle ni nada, porque ellos se encargaron, firmaron un documento, se hizo una nota médica y de enfermería donde ellos se comprometían a mandar pruebas de hepatitis para cualquier riesgo, hepatitis, SIDA, embarazo, todo eso. No se le hizo nada porque ellos se comprometieron que ellos le iban a hacer todo el seguimiento”.

“... me acuerdo que en una ocasión llevaron a una muchacha que la habían violado y el jefe de emergencias nos dijo “no la toquen, esa paciente va directo para el OIJ, ustedes no la pueden examinar, no pueden hacer nada”.

“... se tiene que coordinar con diferentes instituciones, por ejemplo, con el poder judicial en caso que necesite medios de protección, con la Caja en caso que necesite ya algún tipo de medicamento, en este caso, digamos, de algún método anticonceptivo. También ser coordina con ellos, o con el PANI, o con, digamos, el INA, el IMAS, etc. Ya después de eso, eso con el fin de dar una atención integral”.

“La parte de la Medicatura Forense es para tener pruebas para denunciar los casos de violación. Pero no solamente, o sea, se refiere al Ministerio Público, se le solicita al Ministerio Público que se refiera a Medicatura Forense. Vieras que es muy complicado porque la medicatura queda en (ininteligible) de Heredia, queda muy largo, entonces el Ministerio Público, por ejemplo, les da la referencia para que vaya allá, y ellas, a veces pasan días, que no van”.

Prácticas de los proveedores de salud.

Pero, ¿qué hacer ante el riesgo de un embarazo?, Por muy bajo que fuera. Al indagar qué hacer ante un embarazo precoz e incierto, por ejemplo, horas después de un ataque por violencia sexual.

Los entrevistados permanecieron silenciosos o dijeron “no se puede hacer nada”, respuestas consistentes con la falta de experiencia en atender episodios agudos de violencia sexual, el desconocimiento del momento oportuno para intervenir, el desconocimiento de AE, la percepción, temores y condicionamientos mencionados ante la idea de ofrecer AE luego de violencia sexual para evitar un embarazo.

Los temores tienen un componente agregado que aparece de manera poco clara. El requisito de usar AE sólo en caso de violencia sexual implica previa confirmación que se trata de una RS sin protección que **no ocurrió de mutuo acuerdo**. El testimonio de uno de los entrevistados deja clara esta inquietud:

“Que nosotros sí pudiéramos demostrar que la paciente fue agredida sexualmente y que no existen indicios de otra cosa. Que haya habido un mutuo acuerdo”.

“Porque yo he conocido casos, no sólo desde el punto de vista de mujeres sino también de hombres que llegan deprimidos, de que pasan con depresiones severas y resulta que, muchas veces, el fondo del asunto es eso, que tuvo relaciones con una mujer y que la mujer quedó embarazada, que el hombre ya no quiere estar con ella y es que la otra parte de la pareja está señalándolo como un abusador sexual”.

¿Quién debe tomar la decisión?

Al indagar quién, desde su punto de vista, debe tomar la decisión de usar o no AE, la mayoría de los testimonios concuerda que la decisión corresponde a la propia mujer víctima de violencia sexual, sea cual sea su edad, que pueda decidir.

“Yo no soy quien tiene que tomar la decisión”

“Yo la usaría si fuera mi caso”

“La decisión es de esa persona”

“... es una decisión personal de ella”

“es una decisión que hay que tomar muy rápido”

“la decisión hay que tomarla en ese momento porque el método es así, entonces es difícil, no es tan fácil”

“Yo tomaría más en cuenta la opinión de la persona”

“De los 18 años en adelante”

“si fuera una hija mía, sí”

A manera de resumen, el conocimiento de la AE de los entrevistados es muy bajo, no dan información a las mujeres sobre las opciones para el manejo de los distintos riesgos a los que está expuesta como consecuencia de la violencia sexual.

En particular sobre un embarazo no deseado posterior a violencia sexual, los proveedores no informan a las mujeres sus opciones ante tal riesgo. La disposición de los entrevistados a ofrecer un método para evitar un embarazo no deseado está mediada por condicionantes personales, técnicas, legales y ético-morales.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

El personal que atiende mujeres víctimas de violencia o abuso sexual entrevistado en el estudio:

1. Ha recibido capacitación para la atención de casos de violencia o abuso sexual por parte del Programa de Atención Integral a la Violencia Intra familiar.
2. Está muy motivado para dar "*comprensión*" a la paciente.
3. Refiere que ante un posible embarazo estas mujeres presentan sentimientos como temor, preocupación, trauma, asco y vergüenza.
4. En su mayoría opina que corresponde a la mujer de cualquier edad la decisión de usar AE para evitar un embarazo, si es que ella está en condiciones de decidir.
5. Considera que el riesgo de embarazo es bajo en estas mujeres, tiene disposición favorable a ofrecerles AE pero teme hacerlo por el efecto abortivo que algunos le atribuyen o por ser "*mal vistos*" por hacer algo "*ilegal*".
6. No tiene conocimiento de la existencia, ni de la indicación de AE para estas mujeres, situación que no ha sido objeto de capacitación durante la formación profesional universitaria, tampoco como parte de la formación profesional continua.
7. Estaría dispuesto a ofrecer un modo de evitar el embarazo si se incluyera en las normas de atención integral de la violencia sexual.
8. Realiza la atención de acuerdo a su criterio personal, ante la ausencia de normas que orienten su accionar.
9. La limitada disposición a ofrecer atención que incluya AE a las mujeres post violencia sexual, es una barrera importante para su atención integral pues el riesgo de embarazo no es atendido, a pesar que AE es el único método anticonceptivo, además de alta efectividad, que puede utilizarse después de una relación sexual sin protección.

5.2 Recomendaciones

1. Incluir AE en las normas de atención de las mujeres víctimas de violencia sexual como parte de su atención integral y la protección del riesgo de embarazo.
2. Realizar la capacitación y sensibilización del personal en relación con la atención integral de estas mujeres en el marco de la decisión informada bajo el respeto a sus derechos reproductivos y sexuales.
3. Fortalecer –con los otros actores sociales que participan en las redes de atención– la coordinación necesaria para la simplificación de la atención y para el seguimiento mediante la institucionalización de mecanismos efectivos de referencia y contrarreferencia.
4. Implementar y / o fortalecer el sistema de monitoreo, control y evaluación de la ejecución del modelo de atención integral de la violencia intra familiar.
5. Difundir la magnitud del problema de violencia sexual y promover entre la población que acudir recurran tempranamente para su atención.

Bibliografía

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

Bronfman-Pertzovsky MN, López-Moreno S, Magis-Rodríguez C, More-Altamirano A, Rutstein S. (2003) Atención prenatal en el primer nivel de atención: características de los proveedores que influyen en la satisfacción de las usuarias. *Salud Publica Mex* 2003;45:445-454.

Chen, M; Rosero, L.; Brenes, G.; León, M.; González, M. y Venegas, C. (2001) Salud Reproductiva y Migración Nicaragüense en Costa Rica 1999-2000: Resultados de una Encuesta Nacional de Salud Reproductiva. San José: Programa Centroamericano de Población, (PCP) de la Escuela de Estadística e Instituto de Investigaciones en Salud (INISA). Universidad de Costa Rica.

Fernández F. (2002). El análisis de contenido como ayuda metodológica para la investigación. *Ciencias Sociales*, Junio, Vol. 2, Número 96. Universidad de Costa Rica. Costa Rica pp.35-54

Girón M, Beviá B, Medina E y Talero M. (2002). Calidad de la relación médico paciente y resultados de los encuentros clínicos en atención primaria de Alicante: un estudio con grupos focales. *Rev Esp Salud Pública* 2002, Vol. 76, N.º 5

Glosario. Disponible en: <http://www.psicopedagogia.com/glosario.php?letra=a>. Consultado 06/05/2004.

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

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

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

Likes R. (2002). Pregnancy diagnosis. Disponible en: <http://www.emedicine.com/med/topic3277.htm>. Consultado 12/05/2004.

Méndez-Hernández P, Valdez-Santiago R, Viniegra-Velázquez L, Rivera-Rivera I, Salmerón-Castro J. (2003). Violencia contra la mujer: conocimiento y actitud del personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos, México. *Salud Pública Méx* 2003;45:472-482.

Normas básicas de Derecho Público. Costa Rica. Constitución Política de 7 de Noviembre de 1949 y sus reformas. Disponible en <http://www.nexos.co.cr/cesdepu/nbdp/copol2.htm>. Consultado 29/01/04

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

Pope C., Ziebland S and Mays N. (2000). Qualitative research in health care. Analyzing qualitative data. *BMJ* volume 320;320:114-16, 8 January 2000.

Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (1999). Campaña Interagencial contra la Violencia hacia las Mujeres y las Niñas. Proyecto Regional RLA/97/014. Informes Nacionales sobre la Situación de la Violencia de Género contra las Mujeres. INFORME NACIONAL COSTA RICA. Junio 1999

Reproductive Health Outlook (2003). Glossary. Disponible en: <http://www.rho.org/html/glossary.html#medical-barriers> . Consultado 28/01/04.

Sagot M. (2000). La ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina. Estudios de caso en 10 países. OPS. Programa Mujer, Salud y Desarrollo, 2000

Save the children (s.f.). Manual de Formación para Profesionales contra el Abuso Sexual Infantil. Disponible en <http://www.savethechildren.es/organizacion/manual.htm>. Consultado 21 de enero de 2004.

Ulin P, Robinson E, Tolley E, McNeill E. Qualitative methods. A field guide for applied research in sexual and reproductive health. Family Health International, 2002.

WHO (1998) Emergency contraception: A guide to the provision of services. WHO/FRH/FPP/98.19 http://www.who.int/reproductive-health/publications/FPP_98_19/FPP_98_19_chapter2.en.html. 1998.

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.

“Conocimientos actitudes y prácticas del personal de salud que atiende mujeres víctimas de violencia sexual sobre anticoncepción de emergencia”

Anexo 1. Guía de entrevista

Conocimiento

- ¿Puede decirme qué sabe sobre la anticoncepción de emergencia?
- ¿Dónde ha obtenido esta información?
- ¿Qué ha escuchado sobre AE? En su opinión, ¿qué de lo que ha escuchado es verdad?
- ¿Conoce algo más sobre AE?

Fuentes de información

- Cómo conoció AE?
- ¿Dónde conoció sobre AE?
- ¿De qué otras fuentes de información conoció sobre AE?
- ¿Quién más estuvo hablando sobre AE?
- Dígame más sobre AE, ¿puede darme algunos ejemplos?

Experiencia

- ¿Conoce a alguien que haya usado AE?
- ¿La ha usado usted? ¿Por qué?
- ¿Cómo se sintió al usarla? ¿Por qué se sintió así?
- ¿Influyó alguien en su decisión? ¿Por qué?

Opinión

- ¿Qué piensa sobre AE?
- ¿Cuáles son sus ventajas?
- ¿Cuáles son sus desventajas?
- ¿Cómo ayudaría AE a alguien que la necesite?
- ¿Cómo podría perjudicar?
- ¿Cómo cree que otros reaccionarían si usted usa AE?
- ¿Cree usted que mujeres que conoce quisieran que AE esté disponible? ¿Por qué?
- ¿Quisiera que AE estuviera disponible para usted? ¿Por qué?
- ¿De qué manera AE puede ayudar a una mujer que la necesite? ¿y perjudicarla?
- ¿Qué piensa que dirían las mujeres si se les ofrece AE? ¿y los hombres?
- ¿Qué razones habría para que la gente que usted conoce no quisieran usar AE?
- ¿Qué opina de usar AE en casos de abuso sexual y violación?