



VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y DE GÉNERO

GUÍA DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN
PARA PROVEEDORES/AS DE SALUD

Proyecto Municipios Salud Sexual y Reproductiva y Desarrollo Local
Cuenca, Guayaquil, Quito.

Asesoramiento Técnico:

MSP. Dirección de Promoción y Atención Integral de Salud.

Asesoramiento Técnico y Financiero:

Fondo de Población de Naciones Unidas - UNFPA
FUNDACIÓN ESQUEL.

Autoría - Compilación:

CEPAM - Programa de Derechos Sexuales - Reproductivos y Salud

Dra. Virginia Gómez de la Torre B.

Dra. Martha López Angel

Edición:

Lcda Gladys Ruiz Torres

María del Carmen Mosquera

Validación:

Dr. Juan Carlos Jiménez Loiza

Médico Centro de Salud Chillogallo • Area de Salud No. 20 MSP

Dra. Alicia Carrillo Panchi

Directora Centro de Salud Chillogallo • Area de Salud No. 20 MSP

Dra. Jenny Pabón Bohórquez

Coordinadora Area de Salud No. 20 MSP

Dr. Patricio Rosero Escalante

Médico Dirección Provincial de Salud de Pichincha

María del Carmen Rojas

Trabajadora Social Area Adolescentes H.G.O.I.A. MSP

Rosa G. Salgado Tamayo

Trabajadora Social Area Patología Obstétrica H.G.O.I.A. MSP

Dr. Víctor Hugo Montalvo Vallejo

Médico Legista Servicio Médico Legal CEPAM - Quito

Portada:

Construcción Inca

Litografía

Oswaldo Guayasamín

Impresión:

Torrescal (2268-191)

Quito-Ecuador, julio 2001

P PRESENTACIÓN

Esta última década varios hechos han marcado una visión diferente del quehacer de la salud en el Ecuador, como son la creación del capítulo de Salud en la Constitución, la introducción de algunas expresiones de los derechos sexuales y derechos reproductivos así como el reconocimiento del derecho a una vida libre de violencia.

El Ecuador es pionero en facilitar, a través de leyes y espacios de administración de justicia la posibilidad de prevenir y enfrentar la violencia intrafamiliar y de género. La Ley en contra de la Violencia a la Mujer y la Familia y la creación de la Comisarias de la Mujer y la Familia han marcado un hito en la visibilización de un problema que sabemos es de gran magnitud y gravedad.

Aunque desde hace algunos años los y las proveedores/as de salud tanto públicos como privados toman cada vez más espacios en los debates sobre la violencia intrafamiliar y de género como problema de salud pública, todavía no disponen de toda la información que les permita diseñar estrategias adecuadas, que les permitan responder a una necesidad creciente de información y atención en sus propios sitios de trabajo y en la comunidad.

Esta **GÚÍA DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y DE GÉNERO PARA PROVEEDORES-RAS DE SALUD**, pretende complementar los conocimientos de las Normas de Salud Reproductiva del Ministerio de Salud Pública, y a la vez, coadyuvar a la operativización del Acuerdo Ministerial que declara a la Violencia Intrafamiliar y Sexual como problema de Salud Pública.

La Violencia Intrafamiliar y de Género, siendo un problema de salud pública, requiere de estrategias concertadas y alianzas. Con la presente publicación se evidencia el aporte del Estado representado por el Ministerio de Salud Pública y los Municipios de Quito, Guayaquil y Cuenca, la cooperación internacional representada, por el Fondo de Población de Naciones Unidas UNFPA, quienes desde sus diferentes experiencias, experticias y posibilidades de apoyo técnico y financiero han contribuido a la construcción de este material.

Finalmente como una expresión actual de participación, el CEPAM y Fundación ESQUEL organizaciones no gubernamentales que responden al reto de construir esta guía que estamos seguras/os contribuirá de manera efectiva al trabajo cotidiano y comprometido de los y las proveedores/as de salud en el Ecuador.

Doctor Patricio Jamriska
MINISTRO DE SALUD PÚBLICA

Carolyn Benbow-Ross
REPRESENTANTE UNFPA

A AGRADECIMIENTOS

Aportaron a la construcción de este material muchas experiencias, concretas, cotidianas, e incluso del quehacer de salud. Experiencias diversas y transgresoras cuando, trabajando para prevenir y enfrentar la violencia intrafamiliar y de género, lo hacen desde un espacio íntimo como es un consultorio médico, o desde una propuesta abierta y masiva, como es la comunidad o un foro público.

Al Proyecto Municipios, Salud Sexual y Reproductiva y Desarrollo Local de Cuenca, Guayaquil y Quito, agradecemos por sus sabios aportes compartidos desde sus realidades locales

Al Ministerio de Salud Pública, que inmediatamente acogió el planteamiento, entendiendo su capacidad de difusión y aportando desde su visión de rectoría y de responsabilidad en un problema de salud pública como es la Violencia Intrafamiliar y de Género.

El interés que despertó el concepto del material fue apoyado por Family Care International, quienes desde la magia de la comunicación digital aportaron a la construcción del mismo. Gracias a ellas.

Gracias al Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA y a Fundación ESQUEL, quienes de cerca acompañaron la elaboración de este material en el ánimo fraterno y solidario de seguir contribuyendo a la construcción de una sociedad justa y libre de violencia en contra de las mujeres.

No queremos expresar nombres, porque tendríamos que hablar de un sinnúmero de mujeres de quienes nos nutrimos diariamente para enfrentar este problema, pero agradecemos las críticas constructivas de mujeres valiosas que leyeron el material y nos dieron sus sugerencias.

Finalmente, nuestro reconocimiento al CEPAM por su enorme capacidad de traducir en teoría lo que desde hace 18 años hace en la práctica, no es una tarea fácil, sin embargo este grupo de mujeres hizo posible que las responsables del programa de Derechos Sexuales - Reproductivos y Salud, elaboren esta guía.

Presentación	1
Agradecimientos	2
Presentación de Contenidos	4

CAPÍTULO CONCEPTUAL

Violencia Intrafamiliar, Violencia de Género. Conceptos	7
Marco Internacional	8
La Violencia Intrafamiliar y de Género en el Ecuador	10
Violencia Intrafamiliar y de Género como Problema de Salud Pública en el Ecuador	12
Tipología de la Violencia Intrafamiliar y de Género	14
La Violencia Intrafamiliar y de Género en la Salud Reproductiva	20
La Violencia Intrafamiliar y de Género en el Ciclo Vital	24

CAPÍTULO METODOLÓGICO

El Sistema de Salud y la Violencia Intrafamiliar y de Género	31
El Rol de los Profesionales de la Salud en la Atención de los Casos de Violencia Intrafamiliar y de Género	35
La Promoción de la Salud para Enfrentar la Violencia Intrafamiliar y de género:	45
<ul style="list-style-type: none"> • El trabajo en red como estrategia para enfrentar la Violencia Intrafamiliar y de Género • Visitas domiciliarias en casos de Violencia Intrafamiliar y de Género • Grupos de autoayuda en Violencia Intrafamiliar y de Género • Las Campañas como estrategias de sensibilización y denuncia masiva en Violencia Intrafamiliar y de Género • Comunicación en la defensa y promoción de estilos de vida sin violencia 	

INSTRUMENTOS Y ANEXO

Ficha de registro de PAE.	60
Registro de Visita Domiciliaria	62
Formato de denuncia desde los servicios de Salud hacia los/as Jueces/as.	63
Acuerdo Ministerial.	64

La presente "Guía de Prevención y Atención en Violencia Intrafamiliar y de Género para Proveedores/as de Salud", es producto de una cuidadosa compilación, a la que se han agregado algunas reflexiones y recomendaciones, elaboradas por el Programa de Derechos Sexuales y Reproductivos y Salud del CEPAM. Tiene como objetivo, facilitar la operativización de conceptos sobre violencia intrafamiliar y de género, para proveedores/as de salud, quienes tienen en sus manos la posibilidad de detectar casos de violencia e iniciar un proceso de rehabilitación de esa mujer o persona violentada, en el marco de la recuperación de su salud integral.

Inicia con un capítulo conceptual en el cual se pretende contextualizar el problema de la violencia intrafamiliar y de género en el marco internacional, nacional, y desde el enfoque de género.

Se propone esta reflexión desde una visión más amplia que la de la mujer solamente, aunque sepamos que es la mujer la más afectada por el problema. El enfoque de ciclo vital está incorporado y presenta los escenarios de la violencia intrafamiliar y de género en las diferentes etapas de la vida. Se ha incluido una reflexión sobre la socialización de género y masculinidad y su relación con el problema.

Se considera de vital importancia el aporte conceptual y se sugiere la constante revisión del mismo, en tanto son estos posicionamientos los que sustentan las actitudes, planes y proyectos en relación a la violencia intrafamiliar y de género.

El capítulo metodológico expresa el "cómo hacer" y constituye, a nuestro entender, el aporte fundamental de este trabajo. Es muy conocido que existe dificultad para convertir en actos y hechos lo que la teoría nos dice de forma clara.

La violencia intrafamiliar y de género es una realidad. Las secuelas físicas, psicológicas y sexuales están siendo parte cotidiana del diagnóstico médico; pero, ¿qué hacer frente a esto? Algunas respuestas se pueden encontrar en esta "Guía de Prevención y Atención en Violencia Intrafamiliar y de Género para Proveedores/as de Salud".

Finalmente, cabe anotar que este material es complementario y de refuerzo a las "Normas de Salud Reproductiva del Ministerio de Salud Pública", en las cuales existe un capítulo específico de violencia intrafamiliar y de género, que debe constituirse en la primera herramienta de consulta y aplicación.

CAPÍTULO CONCEPTUAL

¡La violencia no es salud!

Lema de la Campaña
"Mujeres que se autoestiman, mujeres sanas".

OPS-Coordinadora de Salud y Género

CEPAM - Quito, CEPAM - Guayaquil, SENDAS - Cuenca

E.A.

GUAYASANN



VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y VIOLENCIA DE GÉNERO¹

La IV Conferencia Mundial sobre la
Mujer (1995)

Se definió en el concepto "La violencia contra las mujeres" una de
sus modalidades: física, psicológica, sexual, económica

La violencia intrafamiliar: Ha sido definida como "todo acto cometido en contra de la familia por uno de sus miembros y que perjudica gravemente la vida, el cuerpo, la integridad psicológica y/o la libertad de otro de los miembros de la familia". Este tipo de violencia se ejerce dentro del hogar, pero también puede ejercerse fuera de él y se expresa no sólo en maltrato físico, sino también en formas sutiles de maltrato psicológico y sexual.

La violencia intrafamiliar tiene características específicas por género y edad; afecta de manera particular a las niñas y niños, mujeres y personas de la tercera edad. Varios estudios señalan que, dentro del hogar, son las madres quienes maltratan a los niños y a las niñas; de igual manera, se conoce que las personas de la tercera edad sufren diversas formas de violencia, maltrato y privación.

La violencia intrafamiliar expresa la inseguridad vivida en el ámbito privado que, en términos de las políticas del Estado, no adquiere tanta importancia en relación a la inseguridad ciudadana, para la cual se invierten ingentes cantidades de recursos. La inseguridad al interior de la familia, en cifras, es mucho mayor que la que viven los/as ciudadanos/as en la calle. Es más dolorosa porque se la vive entre familiares que, se supone, generan confianza y cariño.

La violencia de género: Es aquella que se produce en la relación hombre/mujer; ocurre en el ámbito de la familia y también fuera de ella, en el lugar de trabajo, en la escuela, en el barrio, la calle, las instituciones, etc. En la violencia de género son las mujeres las que mayoritariamente, sufren el problema.

Un aspecto central en esta definición es que la violencia se ejerce por el hecho de ser mujeres, como una expresión de las relaciones de poder entre hombres y mujeres. En la violencia de género, el sexo es factor de riesgo.

La violencia intrafamiliar y de género constituyen problemas tanto de violación de derechos humanos, como de salud pública que recientemente se empiezan a visibilizar y legislar.

¹ RODRIGUEZ, Lili. "Género, Violencia y Salud" UNFPA, 1998, Pág. 4.



MARCO INTERNACIONAL²

La Organización de las Naciones Unidas, en diferentes reuniones internacionales, ha reconocido a la violencia contra las mujeres como un problema de derechos humanos. A continuación se presenta un resumen de las reuniones más importantes en las que se menciona a la violencia de género:

La convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. (1979)

La violencia contra la mujer es definida como: "Todo acto de violencia, basado en la diferencia de género, que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer; inclusive la amenaza de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada".

La Conferencia Mundial de Derechos Humanos, Viena. (1993)

Se reconoció a toda forma de violencia contra las mujeres como una violación de los derechos humanos.

Textualmente expresa lo siguiente: "La violencia y todas las formas de acoso y explotación sexuales, en particular las derivadas de prejuicios culturales y de la trata internacional de personas, son incompatibles con la dignidad y la valía de la persona humana y deben ser eliminadas."

La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo. (1994)

Esta conferencia planteó el problema y medidas para enfrentar la violencia intrafamiliar y de género. Se expresó de la siguiente ma-

² Carpeta de Apoyo para "Atención en los Servicios de Salud de Mujeres Embarazadas Víctimas de Violencia". UNFPA, OPS, Secretaría de Salud de México, Comité Promotor por una Maternidad Sin Riesgo, México. JUNIO 2000, Pag. 10.

nera: "La violencia contra la mujer en particular la violencia doméstica y la violación, están sumamente extendidas y cada vez más las mujeres están expuestas al SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual, como resultado de la conducta sexual imprudente de sus parejas".

La recomendación emanada de esta Conferencia consta en el párrafo 4.9: "Los países deberían adoptar medidas para eliminar todas las formas de explotación, abuso, acoso y violación contra las mujeres, las adolescentes y las niñas".

La IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing. (1995)

Dejó muy en claro que: "La violencia contra las mujeres adopta diversas modalidades: física, psicológica, sexual, verbal y económica; se presentan a lo largo de todo su ciclo vital y es resultado de acciones u omisiones por parte de múltiples actores sociales". Su declaración, igualmente adoptada en pleno por las Naciones Unidas, reiteró la urgencia de que gobiernos, organizaciones civiles, instituciones académicas y todos los sectores de la sociedad implementen las medidas necesarias para eliminar y prevenir toda forma de violencia contra las mujeres.

La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer, Belem Do Pará. (1994)

Define a esta violencia como: "Toda acción o conducta contra la mujer basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico, tanto en el ámbito público como en el privado". Confirma que constituye una violación a los derechos humanos y las libertades fundamentales y limita total o parcialmente a la mujer el reconocimiento, goce y ejercicio de tales derechos.

En el capítulo II, Derechos Protegidos, la Convención define que: "Toda mujer tiene derecho a una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como privado".

La 49ª Asamblea Mundial de la Salud, Mayo de 1996

Adoptó una resolución declarando a "La violencia como prioridad de salud pública", dado el aumento notable en la incidencia de lesiones intencionales que afectaban particularmente a mujeres y a niños/as.

El 1er Encuentro Feminista Latinoamericano y del Caribe, Bogotá (1981)

Instituyó "El 25 de Noviembre como el Día Internacional de la No Violencia Contra las Mujeres", fecha que hoy se conmemora en casi todos los países del mundo.



VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y DE GÉNERO EN EL ECUADOR

AÑO	LOGROS	ACTORES/AS	COMENTARIOS
1985 - 1993	Se crean servicios jurídicos y psicológicos. Se crea la primera Casa de Refugio para Mujeres y Niños/as Maltratados/as. Se ejecutan investigaciones y foros ciudadanos que reflexionan sobre el problema.	<ul style="list-style-type: none"> • CEPAM Quito y Guayaquil • CEPLAES • ILDIS • CIAM • CLADEM • CEIME • FUNDACIÓN MARÍA GUARE • DINAMU • Movimiento de Mujeres • Ministerio de Bienestar Social. 	Estas actividades marcaron un hito en relación al tratamiento del tema, facilitando la consecución de la Ley 103 Contra la Violencia a la Mujer y la Familia, y la creación de las Comisarías de la Mujer y la Familia.
1994	Creación de la Primera Comisaría de la Mujer y la Familia en Guayaquil.	<ul style="list-style-type: none"> • Movimiento de Mujeres • FUNDACIÓN MARÍA GUARE. • DINAMU 	Se creó la Comisaría mediante acuerdo entre el Ministerio de Gobierno y la ONG. Desde entonces, se han creado 20 comisarías en todo el país.
1995	Promulgación de la Ley Contra la Violencia a la Mujer y la Familia.	<ul style="list-style-type: none"> • Movimiento de Mujeres • DINAMU • Comisión de la Mujer y la Familia del Congreso Nacional. 	Ley 103 implementada a través de las Comisarías de la Mujer y la Familia.
1995	Oferta de la Píldora Anticonceptiva de Emergencia en casos de violencia sexual.	<ul style="list-style-type: none"> • CEPAM Quito. 	Se inicia el proceso de difusión a nivel nacional.

AÑO	LOGROS	ACTORES/AS	COMENTARIOS
1996	Creación del primer servicio médico legal especializado en violencia intrafamiliar y de género.	<ul style="list-style-type: none"> • CEPAM-Quito • Comisaría óta. de la Mujer y la Familia - Quito 	Es el único servicio de estas características en el país.
1998	Reformas Constitucionales que reconocen a la violencia intrafamiliar y garantizan una vida libre de violencia. Capítulo II, Art. 23, Numeral 2.	<ul style="list-style-type: none"> • Movimiento de Mujeres. • Asamblea Constitucional. • Coordinadora de Salud y Género³ • CONAMU. 	Se visibiliza la Violencia Intrafamiliar y de Género en la Norma Legal más importante que tiene el país.
1998	Se reconoce, a nivel del Ministerio de Salud, a la Violencia Intrafamiliar como Problema de Salud Pública, mediante Acuerdo Ministerial 01009.	<ul style="list-style-type: none"> • Ministerio de Salud. • Dirección Provincial de Salud de Pichincha. • CEPAM Quito. 	Avance cualitativo importante en relación con los acuerdos internacionales.
1999	Se incorpora en las Normas de Salud Reproductiva del MSP un capítulo de Violencia Intrafamiliar. Se incluye Anticoncepción de Emergencia en estas normas.	<ul style="list-style-type: none"> • Ministerio de Salud Pública y ONGs que trabajan la temática. 	Se inicia un proceso de operativización del acuerdo ministerial 01009 y de la Ley 103, a nivel de servicios de salud.
2000	Promulgación de la Ordenanza 043, en el Concejo del Distrito Metropolitano de Quito, que reconoce a la Violencia Intrafamiliar y de Género como problema de justicia social y de salud pública.	<ul style="list-style-type: none"> • Dirección Metropolitana de Salud. • Casa Las tres Manueles. DMQ. • Comisión de la Mujer y la Familia del Municipio. • CEPAM Quito. 	La ordenanza expresa la voluntad política del gobierno local en relación a implementar programas y procesos que enfrenten la violencia intrafamiliar y de género en el distrito.

3 Espacio de trabajo conformado por CEPAM-Quito, CEPAM-Guayaquil, SENDAS-Cuenca.



VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y DE GÉNERO COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA EN EL ECUADOR

La Violencia Intrafamiliar y de Género es un creciente problema de salud pública demostrado por los alarmantes aumentos en las tasas regionales de mortalidad, morbilidad y discapacidad, así como por los abrumadores años de vida potencial perdidos y sus efectos psico-sociales en las poblaciones.

La investigación: "La Ruta Crítica que siguen las Mujeres Afectadas por la Violencia Intrafamiliar", desarrollada en los años de 1996 y 1997 en Ecuador⁴, identificó que las profesionales de salud son sensibles a esta problemática y que la violencia aparece, con frecuencia, como motivo de consulta emergente en los servicios de salud.

Una prestación de servicios de calidad, no debe centrarse en el síntoma o lesión, debe abordar la salud en forma integral, considerando la complejidad de los factores que impactan en la vida de las mujeres.

La identificación de esta problemática exige respuestas multisectoriales, si se considera que el hecho violento está precedido por un proceso en el que intervienen prácticas de socialización, valoraciones sexistas, impunidad jurídica, etc.

Los servicios de salud, en su calidad de receptores iniciales de muchos casos de mujeres víctimas de violencia, o detectores de la misma en los procesos de atención primaria de salud, deben jugar un rol activo en el desarrollo de modelos de servicios integrales, en su registro y prevención.

La violencia contra las mujeres tiene un costo económico. "El Banco Interamericano de Desarrollo dice que representa una pérdida constante en las economías latinoamericanas, por el gasto acumulado en atención a la salud, ausencias laborales, reducción en el ingreso familiar e inversión en fuerzas del orden y tribunales"⁵; búsqueda de albergues circunstanciales, en muchos casos disolución del matrimonio, el establecimiento de una pensión de alimentos para los/las niños/as. Estos costos también abarcan los gastos indirectos, ya que

impide que las mujeres trabajen o participen en actividades económicas ocasionales, se alejan de la educación y de actividades lúdicas. "El Banco Mundial ha calculado que la violencia contra las mujeres, entre las edades de 15 y 44 años, representa una carga tan grande para su salud como la infección por VIH, la tuberculosis, las infecciones del puerperio, el cáncer y las afecciones del corazón".⁶

Sensible al problema, en nuestro país, el Ministerio de Salud Pública declaró en el año 1998, a la violencia intrafamiliar y de género como Problema de Salud Pública. En 1999 se elaboraron las Normas de Salud Reproductiva en las cuales, uno de los capítulos innovadores, es el referido a la atención de la violencia intrafamiliar desde los servicios de salud.

Este capítulo, dentro de las Normas de Salud Reproductiva, permite al proveedor de salud, a través de un algoritmo, identificar los casos de violencia física, psicológica y/o sexual y, a la vez, proceder de acuerdo a la norma aprobada.⁷

En nuestro país existen leyes, acuerdos ministeriales, ordenanzas municipales y normas de salud. Lo que se necesita es operativizarlas en la atención, a fin de que este sector se convierta en protagónico en el tratamiento la violencia intrafamiliar y de género.

En muchos países, el sistema de atención de salud es la única instancia que interactúa con la mayor parte de las mujeres, en algún momento de sus vidas. Con capacitación y apoyo institucional, los/as trabajadores/as pueden identificar a las víctimas de este tipo de abusos, manifestarles su apoyo y empatía, entregarles atención médica y referirlas hacia a una ayuda legal, servicios y redes de apoyo.

4 OPS. Violencia contra las Mujeres - La Ruta Crítica en Ecuador, Quito, 1999.

5 Informe de Mujeres sobre Violencia. Population Reference Bureau. Washington DC. Pag.3

6 Ibid. Pag. 3.

7 Ver Normas de Salud Reproductiva. Ministerio de Salud Pública. Capítulo de Violencia.

TIPOLOGÍA DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y DE GÉNERO

A la Violencia Intrafamiliar y de Género se la divide para efectos de comprensión en psicológica, física, sexual y económica. Casi siempre se presentan juntas y es necesario no pasar por alto ninguna.

“Violencia psicológica: Constituye toda acción u omisión que cause daño, dolor, perturbación emocional, alteración psicológica o disminución de la autoestima de la mujer o el familiar agredido. Es también la intimidación o amenaza mediante la utilización de apremio moral sobre otro miembro de familia, infundiendo miedo o temor a sufrir un mal grave e inminente en su persona o en la de sus ascendentes, descendientes, hasta el segundo grado”.

“Violencia física: Es considerada como todo acto de fuerza que cause daño, dolor o sufrimiento físico en las personas agredidas, cualquiera que sea el medio empleado y sus consecuencias, sin considerarse el tiempo que se requiera para su recuperación”.

“Violencia Sexual: Se considera violencia sexual todo maltrato que constituya imposición en el ejercicio de la sexualidad de una persona, y que la obligue a tener relaciones u otras prácticas sexuales con el agresor o con terceros, mediante el uso de la fuerza física, intimidación, amenazas o cualquier otro medio coercitivo”.⁸

“Violencia Económica: Es el ejercicio abusivo del poder que incluye el control y manejo, por parte del hombre, de dinero, propiedades y, en general, de los recursos de la familia. Algunas manifestaciones de este tipo de violencia son:

1. Hacer que la mujer tenga que dar todo tipo de explicaciones cada vez que necesita dinero;
2. Dar menos dinero del que se necesita en el hogar, a pesar de contar con él;
3. Inventar que no hay dinero para gastos que la mujer considera importantes;
4. Gastar el dinero sin consultar con la mujer;

5. Disponer del dinero de la mujer;
6. Que el hombre tenga a su nombre las propiedades derivadas del matrimonio;
7. Privar de vestimenta, comida, transporte o refugio”.⁹

EL CICLO DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y DE GÉNERO¹⁰

Generalmente, la violencia doméstica tiene un carácter cíclico y suele manifestarse en tres etapas o fases:

I. FASE DE TENSION

En este periodo las expresiones de violencia pueden incluir los insultos y un conjunto de demostraciones que no son considerados por la mujer y el agresor, como extremas. En esta fase ella intentará calmarlo o evitará hacer aquello que le pueda molestar, bajo la falsa suposición de que su acción o inacción logrará controlarlo.

II. FASE DE EXPLOSION DE LA AGRESION

En esta etapa ocurre un hecho considerado extremo por parte de la víctima y el agresor. La tensión va aumentando y los límites de las conductas consideradas no extremas se redujeron, generándose un incremento en el número y tipos de violencia física, psicológica y sexual.

III. FASE DE RECONCILIACION, ARREPENTIMIENTO O LUNA DE MIEL

Luego de la fase de explosión, el agresor intenta dar señales de arrepentimiento, generalmente prometiendo que no volverá a ocurrir.

Algunas instituciones que trabajan con violencia intrafamiliar y de género en América Latina han planteado que existe una fase intermedia, que se da justo después de la fase de agresión que es la **fase de alejamiento o separación temporal**. En este periodo la mujer busca ayuda en distintas instancias, incluyendo familiares, amigos/as y centros de ayuda. Esta fase es considerada muy importante ya que en ella la mujer adquiere información y realiza actividades que pueden ayudarla a enfrentar el problema y, además, generalmente evalúa distintas opciones en términos legales, de atención psicológica y alternativas económicas, entre otras.

Para el/la proveedor/a de salud es importante diagnosticar en cuál de las fases del ciclo de violencia se encuentra la mujer que está atendiendo; de esta manera, podrá realizar mejor su referencia e intervención.

⁹ VENGUER: Tere y otros. “Violencia Doméstica: un marco conceptual para la capacitación del personal de salud pública”. 1998. Pág. 10.

¹⁰ La violencia doméstica: definición, ciclos, tipología, mitos, del Centro de Apoyo Aquejarre. República Dominicana, 1999. Pág. 7.

MITOS Y REALIDADES EN TORNO A LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER 11, 12 y 13

Algunos de los mitos que maneja el personal de salud son los siguientes:

MITO	REALIDAD
La conducta violenta es innata en los hombres.	La violencia es una conducta que se aprende a través de los mensajes familiares y sociales. En este sentido, la violencia es una manera de resolver los conflictos.
Es perfectamente normal que un esposo golpee a su mujer, en ciertas circunstancias.	La violencia es una violación a los derechos humanos de las personas. En ninguna circunstancia se tiene derecho de abusar de otra persona. Si bien es cierto que los conflictos provocan rabia, la violencia no debe ser una manera de expresarla.
La violencia es un problema privado entre dos adultos y no tiene porqué hacerse pública.	Las estadísticas presentadas sobre prevalencia demuestran que la violencia doméstica es un problema extenso que tiene costos altos para toda la sociedad. Cuando hablamos de la violación de los derechos humanos de una víctima que, posiblemente, no sepa cómo escapar del problema y que además puede estar en peligro, el problema se vuelve responsabilidad de la sociedad.
Las mujeres están seguras en el hogar. Corren más riesgos con los extraños o fuera de casa.	Contrariamente a la visión de la familia como un refugio de apoyo y amor, los/as niños/as y las mujeres corren más riesgo de violencia en sus propias casas y de parte de alguna persona que conocen.
Generalmente, los actos de violencia se dan de manera aislada.	Los estudios indican que una vez que se está en el ciclo de la violencia, ésta ocurre de manera cada vez más frecuente y grave, como lo muestran los estudios sobre la carga al sistema de salud.
La violencia es un mal de mujeres marginadas/pobres.	Aunque algunas investigaciones sugieren que la violencia doméstica es más común en familias de bajos recursos económicos, otras sugieren, de manera consistente, que la violencia se da en todos los estratos socioeconómicos y educativos.

11 WALKEN, Leonor. "Guía para Médicos y otros Profesionales de la Salud". Centro para gente de habla hispana. Canadá. Ciclo de Violencia. 199. Pág.17, 18.

12 Inquietudes Femeninas. Informe de Mujeres sobre la Violencia Contra su Sexo. PPB. Washington. 199. Pags. 17, 18, 19.

13 VENGUER, Tere y otros. "Violencia Doméstica: un marco conceptual para la capacitación del personal de Salud". 1998. Pág. 19, 20, 21 y 22.

MITO	REALIDAD
El alcohol y la droga hace que los hombres golpeen a sus mujeres.	Es común que tanto hombres como mujeres le adjudiquen la responsabilidad de la violencia al alcohol, en un intento de disculpar una conducta que, de otra manera, no sería tolerable. Sin embargo, aunque el efecto desinhibidor del alcohol exagera la violencia, no es el causante "per se" de la violencia contra la mujer.
La mayoría de las mujeres maltratadas nunca dejan a sus agresores.	Existen múltiples razones de índole emocional, social y económica por las que una mujer no abandona a su agresor. Además, los sentimientos de culpa y vergüenza, frecuentemente, le impiden pedir ayuda, lo que de ninguna manera significa que le guste la violencia.
A las mujeres maltratadas les debe gustar el maltrato, de lo contrario, abandonarían a sus parejas.	Lo que ocurre en los países en vías de desarrollo es que muchas mujeres cuentan con muy pocos recursos económicos y tienen varios hijos, por lo que les cuesta tomar la decisión de abandonar la relación.

MITOS Y REALIDADES EN VIOLENCIA SEXUAL

MITO	REALIDAD
Las violaciones ocurren en la calle y de noche.	La mayor parte de las violaciones ocurren en el hogar de la víctima, del autor de la violación o de un amigo/a.
Sólo son violadas cierto tipo de mujeres. "Eso no me puede pasar a mí".	La violación no respeta edades, niveles de educación, religión, orientación sexual o características físicas. La edad de las víctimas va desde unos meses hasta mayores de 90 años. Las creencias religiosas y el nivel de educación de la mujer no reducen el riesgo. Las mujeres mayores, con discapacidades físicas o mentales, son a menudo atacadas porque se les considera desvalidas.
Los violadores son generalmente desconocidos.	Existe el término de "violación por conocidos" que significa precisamente que el agresor puede ser alguien en tu misma aula, un vecino, un superior, el chico con el que sales, el novio de tu amiga, etc. Muchas de las violaciones realizadas por conocidos no se notifican porque la mujer se siente responsable.

MITO	REALIDAD
La violación es el resultado de un deseo sexual repentino e incontrolable.	Los hombres pueden controlar sus impulsos sexuales. La violación es un acto de poder, ira y de dominio de una persona sobre otra. Según declaraciones, la mayor parte de las violaciones son premeditadas; los violadores deciden y planean la violación o eligen a la víctima. Si no logran su propósito puede que usen otro plan con otra víctima diferente.
Los esposos o novios no pueden ser acusados de violación porque, al aceptar estar con ellos, de hecho se está aceptando el coito.	Forzar a cualquier persona al acto sexual en contra de su voluntad, constituye violación. Algunas personas piensan que el hombre tiene derecho a exigir que la mujer satisfaga su deseo sexual como pago por haber salido con ella o porque es parte del contrato matrimonial.
La mujer puede incitar a la violación con su vestimenta o conducta.	Este mito hecha la culpa a la mujer y describe a los hombres como seres incapaces de controlarse. Si a una mujer le gustan las fiestas o lleva ropa "provocativa" es porque quiere ser objeto de atención, cumplidos o, simplemente, quiere ser aceptada. No está pidiendo que la violen.

LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y DE GÉNERO Y LA SOCIALIZACIÓN MASCULINA

"La ternura ha estado censurada. Es fácil decir: estamos en contra de la violencia, porque nos da status, pero es más difícil decir: estamos por la ternura, eso al macho le avergüenza. La no violencia no es suficiente."

Encuentro del Grupo de Hombres contra la Violencia Nicaragua 1993

La socialización ha sido definida como '...el proceso a través del cual los individuos adquieren conductas y valores asociados a sus roles culturalmente asignados' (Bustos, O. 1994). La socialización de género tiene lugar en las esferas micro y macro sociales, como la familia, la escuela, la iglesia, los medios de comunicación, las leyes. Este proceso se inicia en el nacimiento y continúa a lo largo de la vida.

"Esta socialización diferenciada, que promueve una masculinidad dura y dominante y una femineidad subordinada, tiene sus efectos en la vida de hombres y mujeres. Del lado de los hombres, ellos están obligados a reprimir sus emociones, sentimientos, temores, necesidades; demostrar dureza, agresividad y control del poder, para ser consecuentes con el estereotipo de masculinidad vigente. Sin embargo, estas exigencias son también fuentes de dolor, como lo señala Kaufman (1997: 123):

"Existe en la vida de los hombres una extraña combinación de poder y privilegios, dolor y carencia de poder. Por el hecho de ser hombres, gozan de poder social y de muchos privilegios; pero, la manera como hemos armado ese mundo de poder causa dolor, aislamiento y alienación tanto a las mujeres como a los hombres".¹⁴

Esta experiencia contradictoria de poder y dolor marca la vida de los hombres y estructura su masculinidad, la misma que, según el mismo Kaufman, se ha convertido en una especie de estereotipo.

Todo ello se refleja en las tres formas básicas de violencia desarrolladas por los hombres a lo largo de su vida, que Michel Kaufman denomina como la "Tríada de la Violencia Masculina".

- 1.- **Violencia contra sí mismos**, que incluye el enorme esfuerzo que se ven obligados a hacer, desde que son niños, para aprender a reprimir sus sentimientos, a no llorar o mostrar ternura; a esconder sus debilidades, demostrar "hombria" asumiendo riesgos, etc.
- 2.- **Violencia contra otros hombres**; también como reflejo de características asignadas a su género, como la competitividad permanente, el manejo violento de discrepancias o conflictos, la exaltación de la fuerza física, etc.
- 3.- **La violencia contra las mujeres**, cuyo origen es la subvaloración de lo femenino ante lo masculino, y el derecho a ser servidos por las mujeres, lo que da como resultado las expectativas creadas respecto a sus relaciones, y las expresiones de violencia cuando ellas no se cumplen como son sus deseos.

"La supresión de una gama de emociones, necesidades y posibilidades, como el placer al cuidar a otros, la receptividad, la empatía y la compasión, se consideran incompatibles con el poder masculino. Las emociones y necesidades no desaparecen, pero no se permite su expresión. La persistencia de emociones y necesidades no asociadas con la masculinidad es, en sí misma, una gran fuente de temor. Ese dolor oculto puede expresarse en forma de agresión contra terceros o contra el propio hombre".¹⁵

14 RODRÍGUEZ, Lili. "Género, violencia y salud pública", UNFPA. 1998, Pag.4.

15 Kaufman Michael, Poder, Placer y Cambio. Santo Domingo: CIPAF, 1989.



VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y DE GÉNERO EN LA SALUD REPRODUCTIVA

La violencia intrafamiliar y de género y el temor ante el abuso físico y sexual también tienen un significativo efecto en la salud reproductiva de las mujeres. Este tipo de violencia ha sido vinculada con alteraciones ginecológicas: aborto inseguro, complicaciones del embarazo, aborto espontáneo, bajo peso al nacer y enfermedad inflamatoria pélvica. Las mujeres que viven una relación abusiva, con frecuencia tienen dificultades en rechazar el sexo, en negociar el uso del condón, o en utilizar otros métodos anticonceptivos. Por lo tanto, están en riesgo de embarazos no deseados y de contagio de enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH-SIDA.

La violencia, en todas sus formas, causa inmensos perjuicios a la salud reproductiva y al bienestar de mujeres y niños/as. Podemos anotar los siguientes entre otros:

- “Embarazos no deseados y acceso restringido a la información sobre planificación de la familia y los anticonceptivos”.
- “Aborto realizado en malas condiciones o lesiones a consecuencia de un aborto ilegal, después de un embarazo no deseado”.
- “Complicaciones de frecuentes embarazos de alto riesgo y carencia de atención ulterior”.
- “Infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH-SIDA”.
- “Persistentes problemas ginecológicos”.
- “Problemas psicológicos, incluyendo el temor a las relaciones sexuales, y la pérdida del orgasmo”.¹⁶

La violencia es un factor de riesgo durante el embarazo, parto, puerperio y periodo de lactancia, no sólo porque las mujeres necesitan más protección y apoyo, sino porque física, biológica y afectivamente, son más vulnerables que en otras etapas de la vida.

EN EL EMBARAZO: LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y DE GÉNERO, COMO FACTOR DE RIESGO PARA UNA MATERNIDAD SALUDABLE

Las muertes maternas no se pueden atribuir exclusivamente a causas físicas. Factores de riesgo que subyacen a la mortalidad y morbilidad maternas se encuentran en las actitudes, prácticas y comportamientos sociales que discriminan a la mujer.

La violencia intrafamiliar y de género debe ser considerada un *factor de riesgo* para la salud de las mujeres que cursan la etapa del embarazo. Producto de esta redefinición, se debe catalogar como “embarazo de alto riesgo” el de aquellas mujeres que viven situaciones de violencia.

Durante el embarazo, las mujeres están en una situación de mayor vulnerabilidad. El maltrato incrementa la morbilidad materna al incidir en el retraso de la asistencia prenatal, lo que no permite llevar a cabo una vigilancia adecuada de los embarazos, dificultando la detección oportuna de posibles complicaciones.

Asimismo, el hecho de vivir cotidianamente en situación de maltrato, provoca en la mujer trastornos emocionales como: aislamiento social, baja autoestima, angustia y depresión. La conjunción de estos riesgos puede conducir a intentos de suicidio, al suicidio mismo y al homicidio.

Como consecuencia de lo anterior, el personal de salud que busca reducir la mortalidad y morbilidad de las mujeres por causas relacionadas con la maternidad, debe reconocer que los cambios en la condición integral de la mujer, tanto dentro, como fuera del hogar, son un complemento indispensable de las estrategias dirigidas específicamente a la salud.

La violencia ejercida contra la mujer en estado de gestación es la causante de abortos o partos prematuros, lo que pone en riesgo su salud o, de llegar a término, la vida del/la niño/a. Igualmente, es importante anotar que muchas veces los embarazos no deseados y/o los abortos son producto de situaciones de violencia, como incesto o violación.

SEÑALES DE ALARMA EN MUJERES EMBARAZADAS¹⁷

- Retraso en acudir a una consulta prenatal, sin razones que lo justifiquen.
- Historia previa de abortos y complicaciones durante el parto.
- Historia previa de partos prematuros y bebés de bajo peso al nacer.
- Amenazas de aborto en el presente embarazo.
- Lesiones en los senos, abdomen, genitales.
- Señales de parto prematuro.
- Dolor pélvico crónico, infecciones vaginales recurrentes.
- Rechazo del embarazo.

EN EL PARTO¹⁸

"La violencia contra las mujeres se evidencia tanto en el hecho de enfrentar la maternidad en soledad, abandonada del padre del niño/a, como producto de procesos de violencia que se arraigan antes o desde la gestación; como también la ansiedad que sufren al parir sabiendo que del sexo del recién nacido depende el mejoramiento, deterioro o ruptura de su relación de pareja".

EN EL PUERPERIO

"La violencia, durante los primeros cuarenta y cinco días después del parto, se manifiesta en la reiniciación temprana de relaciones sexuales obligadas. Este hecho muchas veces se traduce en embarazos no deseados.

En casos de aborto, son evidentes las manifestaciones de la violencia cuando las mujeres han sido obligadas a tener relaciones sexuales el mismo día del aborto".

EN EL PERÍODO DE LACTANCIA

"Entendido este como los primeros seis meses del recién nacido, la violencia contra las mujeres impacta también en el hijo/a, no sólo en el caso en el que incluso el recién nacido es agredido, sino también en la producción de la leche materna. Se conoce que el stress, la depresión y la angustia, síntomas de las mujeres agredidas, bloquean el reflejo de producción de leche".

17 OPS, OMS, Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, Secretaría de Salud. México, 2000. Pag. 4.

18 CEPAM. De otros partos y nacimientos. Artículo: "Damos la Vida, Exigimos Vivir". Pag. 26.

EN LA PLANIFICACIÓN DE LA FAMILIA¹⁹

"Inclusive en los casos en que el uso de anticonceptivos es aceptado por ambos miembros de la pareja, las investigaciones han comprobado que las mujeres que son objeto de malos tratos tienden a no utilizar los servicios de planificación de la familia, aun cuando estos sean de fácil acceso, por temor a las represalias de sus esposos. Mujeres maltratadas de Perú y México, que participaron en grupos focales, afirmaron que no hablan acerca del uso de anticonceptivos con sus esposos porque temen que estos se tornen violentos".

"Las mujeres que son objeto de malos tratos, temen plantear la cuestión de la planificación de la familia a sus compañeros, corren riesgo de embarazos no deseados reiterados. Muchas mujeres maltratadas tratan de practicarse abortos".

EFECTOS SOBRE LA PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y EL SIDA

El sexo no consentido, como resultado de violencia intrafamiliar y de género, limita la voluntad o la capacidad de la mujer para lograr que su pareja use un preservativo, lo que incrementa el riesgo de contagio de infecciones de transmisión sexual y el SIDA. En muchas culturas, el uso del preservativo está asociado con la promiscuidad, la prostitución y la infección, por lo que es más difícil plantear su uso, que la misma planificación familiar.

Si es la mujer la que propone el uso del condón puede tomarse como una alusión a la infidelidad o una crítica al derecho del hombre a tener relaciones sexuales con más de una pareja y puede constituir una provocación a la violencia.

Todos estos prejuicios hacen que muchas mujeres no tengan ni control ni decisión sobre su vida sexual, porque la toma de decisiones por parte de la mujer, exige una negociación que no siempre es posible tenerla como resultado de una equidad de poderes, por lo que la prevención de SIDA, a través del uso del condón, no siempre es posible.

19 UNFPA. Vivir Juntos en Mundos Separados. 2000. Pag. 27.



VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y DE GÉNERO EN EL CICLO VITAL

EN LA NIÑEZ

Las mujeres y los/las niños/as, más que otros grupos de la población, son blanco de oleadas de rabia y agresión, que van cobrando cada vez mayor impulso en todos los continentes, como lo señala UNICEF: *Es una trágica paradoja que las mujeres y los/as niños/as corran mayores riesgos allí donde deberían disfrutar de mayor seguridad: en el hogar.*

La violencia contra la mujer suele ir acompañada de violencia contra los/as niños/as, y así se perpetua el ciclo de comportamientos destructivos y modelos de comportamientos negativos en el/la niño/a que crece y presencia estos episodios.

Como consecuencia de la situación de violencia intrafamiliar que viven las mujeres, estas se convierten, en muchos de los casos, en agresoras de sus hijos. Es por esta razón que el diagnóstico de violencia en los/las niños/as debe incorporar el contexto familiar, para realizar una intervención integral.

IDENTIFICANDO AL NIÑO/A MALTRATADO/A VIOLENCIA FÍSICA

INDICADORES FÍSICOS	INDICADORES DE COMPORTAMIENTO
<ul style="list-style-type: none"> ● Golpes o heridas. ● Quemaduras. ● Laceraciones o abrasiones que no concuerdan con la causa alegada. ● Fracturas sin explicación. ● Ausencia a clases relacionadas con la aparición de la lesión. ● Vestimenta inadecuada para el clima (ocultando las lesiones). 	<p>Comportamiento extremo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Muy agresivo. ● Muy retraído. ● Muy sumiso. ● Depresivo. ● Fácilmente asustable. ● Tendencias destructivas o autodestructivas. ● Expresa: <ul style="list-style-type: none"> • Temor a los padres y a sufrir agresión por parte de ellos. • Causas poco creíbles para sus lesiones. ● Demuestra poca autoestima.

VIOLENCIA SEXUAL EN LOS/AS ADOLESCENTES

INDICADORES FÍSICOS	INDICADORES DE COMPORTAMIENTO
<ul style="list-style-type: none"> ● Dificultad al caminar. ● Ropa interior rota, manchada o con sangre. ● Presenta en las áreas genitales o anales: <ul style="list-style-type: none"> * Picazón, dolor o hinchazón. * Lesiones o sangrados. * Infección urinaria frecuente. * Secreción en pene o vagina. * Mal control de esfínteres. ● Infecciones de transmisión sexual. ● Enfermedades psicósomáticas. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Baja repentina en rendimiento escolar. ● Mala relación con compañeros. ● No quiere cambiarse de ropa para gimnasia. ● Comportamiento sexual inadecuado para la edad. ● Regresión a una edad inferior a la que tiene. ● Fugas crónicas de la casa o escuela.

VIOLENCIA SICOLÓGICA

CONCEPTO	INDICADORES DE COMPORTAMIENTO
<ul style="list-style-type: none"> ● El maltrato emocional es menos perceptible que otras formas de abuso, puede ser indicado por las conductas del niño/a o cuidador/a. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Parece excesivamente complaciente, pasivo, nada exigente. ● Es extremadamente agresivo, exigente o rabioso. ● Muestra conductas extremadamente adaptativas, que son demasiado "de adultos" (ejemplo: hacer el papel de padre de otros niños) o demasiado infantiles (ejemplo: meterse constantemente, chuparse el pulgar, enuresis). ● Retraso en el desarrollo físico, emocional o intelectual. ● Intento de suicidio. ● Trastornos psicósomáticos. ● Fingimiento de síntomas. ● Agravamiento de enfermedades.

Los/as proveedores/as de salud tienen que estar atentos/as a la presencia de estos indicadores, en especial, a los indicadores de comportamiento. Sería un error que solamente se tomen en cuenta los síntomas médicos y se soslayan los otros porque se estaría perdiendo la oportunidad de lograr un diagnóstico integral; es decir, aquel que integra la dimensión médica y la social.

EN LOS/AS ADOLESCENTES

A pesar de que en muchos países desarrollados la población está envejeciendo, el mundo registra el mayor número de hombres y mujeres jóvenes, que se haya conocido en la historia. En la actualidad, una de cada cinco personas son adolescentes y, el 85% de ellos/as, viven en los países subdesarrollados.

"Alrededor de la quinta parte de las mujeres, en nuestro país, se encuentran entre los 15 y los 19 años de edad, y más de la mitad de las mujeres son menores de 30 años (54,8%)".²⁰

Un/a adolescente violentado/a, fue un niño/a violentado/a. Su autoestima se habrá deteriorado en una etapa en la cual sus valores, sus afectos y su inserción a la sociedad dependen de la seguridad y de las expectativas que hacia el futuro se haya generado.

"Según un estudio realizado por Defensa de los Niños Internacional, en el año 1993, las formas más frecuentes de maltrato en el hogar constituyen los golpes, los insultos y las burlas. De los/las niños/as y jóvenes encuestados ese año, sólo el 6.5% no fueron maltratados/as; el 43% fueron objeto de insultos y retos, el 27% golpeados/as; y, el 14.4% objeto de burla".²¹

Ya en la adolescencia, según los testimonios de las mujeres, empiezan a presentarse las inquietudes en la relación de pareja. Ellas tienen dificultades para trabajar, porque a sus enamorados y novios les molesta: se ponen muy celosos".²²

En los/las adolescentes tardíos, comprendidos entre los 15 y los 19 años, aumenta el porcentaje de los que establecen relaciones de pareja estables, sobre todo, tratándose de mujeres. Asimismo, se evidencia la inestabilidad de estas relaciones y el alto porcentaje de mujeres que quedan solas, seguramente con hijos y, por lo tanto, con responsabilidades que difícilmente pueden enfrentar en este período de la vida.

VIOLACIÓN Y ABUSO SEXUAL EN LA ADOLESCENCIA

"La violación es quizá la forma más cruda de agresión a la mujer. Frente a este problema, la mujer adolescente es doblemente vulnerable, en su condición de mujer y de joven. Pero, quizás el silencio en el que queda la violación, es lo que más afecta a las mujeres. En primer lugar, un silencio personal. También está el silencio social, en especial del sistema judicial que termina siendo cómplice de los violadores".²³

A más de la violación, hay otros tipos de abuso sexual como el acoso sexual, las insinuaciones sexuales, los tocamientos sin consentimiento o con consentimiento viciado, entre otros. Estas conductas se caracterizan por el irrespeto a la integridad sexual de la persona abusada.

EN LA EDAD ADULTA

En las mujeres adultas, la violencia intrafamiliar y de género tiene características específicas. En ellas coincide la etapa reproductiva y productiva, ocasionando pérdidas mayores en términos económicos y humanos.

La violencia intrafamiliar y de género inhibe la participación femenina en la toma de decisiones, tanto en el grupo familiar como en otros espacios de la acción social: el trabajo remunerado, actividades comunitarias, liderazgo social y político, marginando y dificultando la incorporación de las mujeres al desarrollo socioeconómico de sus comunidades locales o regionales, y su propio desarrollo como sujetos de derechos.

Hay que señalar que, siendo un problema de dimensiones alarmantes, todavía se conoce poco sobre él debido a que no todas las mujeres denuncian o sólo denuncian lesiones graves, tendiendo a enfatizar de manera preferente los daños físicos. Se deja de lado las esferas psicológicas y sexuales. Tal es el caso de la violación en el matrimonio, que es considerada un delito.

EN LA TERCERA EDAD²⁴

El mantenimiento de un buen estado de salud en las personas de 60 años y más, según la definición de las Naciones Unidas, representa un desafío para los propios interesados y para los líderes y lideresas políticos, sociales y de salud, encargados/as de diseñar políticas que los/as afecten.

El concepto de salud para ancianos y ancianas tiene que ver con el derecho a una vida libre de violencia y se considera un mito el hecho de pensar que en la tercera edad no hay violencia intrafamiliar y de género.

Estas consideraciones son especialmente importantes si se tiene en cuenta que el estado de salud, el bienestar y la calidad de vida de cualquier grupo de edad en una población, están determinados tanto por las políticas de salud como por las políticas sociales y educativas que se pongan en práctica.

En este contexto se reconocen dos tipos de envejecimiento:

- 1.- Envejecimiento Biológico: Que se refiere a los cambios que tienen lugar en el organismo y que son característicos de las personas de edad avanzada, tales como la disminución de la agudeza visual, de la capacidad auditiva o del vigor físico.
- 2.- Envejecimiento Sociogénico: Que se refiere al papel que impone la sociedad a las personas que envejecen. En éste están involucrados todos los prejuicios y la violencia intrafamiliar y de género que la sociedad manifiesta, en relación con los/as ancianos/as.

Estos dos tipos de envejecimiento son responsables, en variadas proporciones y de acuerdo con las circunstancias, de los problemas que aquejan a las personas de edad avanzada.

La distinción entre los dos tipos de envejecimiento es útil porque, mientras que es relativamente poco lo que se puede hacer contra el envejecimiento biológico, mucho es posible realizar contra el envejecimiento sociogénico.

20 CEPAR - ENDEMAIN 99. 2000, Pág. 11.

21 CEPAM. Propuesta Conceptual y Operativa del Eje de Violencia. Proyecto RIAS-GTZ.1999.

22 TENORIO, 1995, Pág. 73.

23 CEPAM. Propuesta Conceptual y Operativa del Eje de Violencia. Proyecto RIAS-GTZ Dic.1999.

24 OPS. "La Salud de los Ancianos: una preocupación de todos" Pág. 1 y 2, 1992.

Como parte del envejecimiento sociogénico se comprende a la violencia intrafamiliar y de género, como un factor de riesgo que incide en el deterioro más rápido de la salud de los/as ancianos/as.

En los grupos de esta edad tenemos que distinguir lo siguiente:

1. La violencia intrafamiliar en la pareja.
2. La violencia intrafamiliar hacia los/las ancianos/as por parte de otros miembros de la familia.

Las causas más frecuentes que se presentan como detonantes de la violencia en este grupo son ²⁵:

- Presión por entrega de herencias.
- Presión para que los abuelos se hagan cargo del cuidado de nietos/as.
- Abandono y soledad que muchas veces se acompaña de pobreza.
- Indiferencia dentro del hogar, desvalorización, falta de afecto.
- Despojo de sus propiedades.
- Administración de sus ingresos sin consulta.
- Abandono en sus problemas de salud.

Todo esto constituye violencia psicológica que, al parecer, es la más frecuente y se traduce, en términos jurídicos, en: intimidación, persecución, hostigamiento.

El abuso sexual y la violencia física también se presentan en personas de esta edad, aunque en menor proporción.

La violencia intrafamiliar y de género, en las mujeres ancianas, generalmente es aquella que se venía produciendo durante toda la vida. En muchos casos, la anciana no tiene acceso a una pensión jubilar ni posibilidades de independencia económica. Los gritos y los regaños en esta edad son muy frecuentes, incluso en aquellas familias que se precian de preocuparse de sus padres/madres viejos y/o abuelitos/as.

La pobreza familiar genera una situación cada vez más difícil porque son los/as ancianos/as quienes siguen haciendo el papel de proveedores/as de una familia cada vez más numerosa. El proceso de migración, en nuestro país, está determinando que los hijos de parejas jóvenes se queden a cargo de los/las abuelos/as, lo que constituye un factor de riesgo adicional para los/las hijos/as, y para quienes quedan con la responsabilidad de criarlos.

Desde la óptica de la salud, es importante que los equipos de salud visibilicen a la tercera edad como un grupo en riesgo, planifiquen sus cronogramas anuales de trabajo incorporando actividades de promoción de la salud entre hombres y mujeres ancianos/as, en los que se incluya el tratamiento de la violencia.

²⁵ Entrevista Dra. Azucena Soledispa. Comisaria Sexta de la Mujer y la Familia. Quito. Enero 2001.





SISTEMA DE SALUD Y LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y DE GÉNERO

Desde el Ministerio de Salud Pública se hacen esfuerzos para mejorar la atención, sin embargo, hay cuestiones fundamentales que le impiden avanzar.

En la actualidad, el modelo biomédico imperante no se centra en la persona sino en el motivo de consulta. Este modelo promueve una relación paternalista entre proveedores/as y usuarias/os. Los/as primeros/as mantienen la subordinación de la relación porque "supuestamente" poseen el monopolio del conocimiento.

Los/as proveedores/as de servicios de salud en su mayoría son mujeres que tienen un exceso de trabajo porque, luego de prestar atención médica durante ocho horas, deben realizar las tareas del hogar. Esto hace que no existan las mejores condiciones para el ejercicio profesional ya que experimentan cansancio físico, problemas de salud, etc., por lo que la atención que ofrecen no tiene los niveles de calidad que necesitan las/os pacientes.

Los hombres no están ajenos a esta problemática. El rol de proveedores de sus familias que les asigna una sociedad en crisis económica, genera en ellos frustración y ansiedad. Al compartir las mismas condiciones de trabajo que las mujeres en el sistema de salud y, afectados por esta realidad, el resultado es que la calidad de la atención en los servicios de salud se deteriora.

En los/as usuarios/as, el criterio sobre la calidad de los servicios de salud se forma a través de la experiencia como usuarios/as regulares. Pesan mucho la subjetividad, las creencias, el conocimiento o no de los derechos que los/as asisten.

En varios análisis sobre la calidad de los servicios de salud, se señala que la mayoría de las/os usuarias/os, tienen bajas expectativas acerca de los mismos; sólo esperan ser atendidas y bien tratadas, y no tienen una clara conciencia de sus derechos.

En este contexto, para los/las proveedores/as de salud, diagnosticar y enfrentar la violencia intrafamiliar y de género de los/as usuarios/as significaría:

- Reconocer que, antes que proveedores/as de salud, son seres humanos con problemas similares a los de los/as usuarios/as.
- Promover la información, la participación y el respeto a los derechos de hombres y mujeres proveedores/as y usuarios/as de servicios de salud.

EL PERSONAL DE SALUD ATENDIENDO LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y DE GÉNERO DESDE LOS SERVICIOS

El Acuerdo Ministerial 01009 del Ministerio de Salud Pública, del 20 de noviembre de 1998, declaró a la Violencia Intrafamiliar como Problema de Salud Pública y resolvió que ese Ministerio, a través de sus Direcciones Provinciales, "apoyará y coordinará con los Movimientos de Mujeres, Organismos Gubernamentales y No Gubernamentales Nacionales e Internacionales afines a la problemática, los programas dirigidos a la no violencia en contra de la mujer y la familia, así como promoverá la incorporación de estos instrumentos en los planes y propuestas del Ministerio de Salud Pública, con especial énfasis en el programa Nacional de Salud Mental". (VER ANEXO)

Por otro lado, la Ley en Contra de la Violencia a la Mujer y la Familia, en su Artículo 10.- LOS QUE DEBEN DENUNCIAR – dice: "...Los profesionales de la Salud, pertenecientes a instituciones hospitalarias o casas de salud públicas o privadas, que tuvieran conocimientos de los casos de agresión... estarán obligados a denunciar los hechos punibles de violencia intrafamiliar, en un plazo máximo de cuarenta y ocho horas de haber llegado a su conocimiento, bajo pena de encubrimiento".

Así mismo, en el año 1999, el Ministerio de Salud Pública elaboró las Normas de Salud Reproductiva, en las cuales uno de los capítulos trata el tema de la atención de los casos de violencia intrafamiliar, desde los servicios de salud.

Con el conocimiento de estos instrumentos legales, lo que se quiere lograr es que el personal de salud reconozca la violencia como un problema de salud pública y que, al contar con el respaldo tanto de la ley como de la norma, promuevan acciones tendientes a enfrentar esta problemática.

Todo esto coadyuva a visibilizar la violencia intrafamiliar a través de un registro en un sistema de información adecuado, que sirva para demostrar a las autoridades gubernamentales la magnitud del problema y para que se tomen acciones al respecto. Por último, consideramos que el verdadero valor de la asistencia médica reside en el impacto que debe tener en la calidad de vida de las víctimas.

BARRERAS DEL PERSONAL DE SALUD QUE IMPIDEN EL DIAGNÓSTICO DE CASOS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y DE GÉNERO²⁶

Algunas de las barreras que impiden una adecuada intervención, desde los/las profesionales de la salud, frente a los casos de violencia intrafamiliar y de género son:

- Miedo a ofender a la mujer por considerar que este es un problema privado.
- Incredulidad frente al testimonio de la mujer, producto de prejuicios y posiciones que justifican la violencia.
- Sensación de incapacidad e impotencia frente a un problema para el cual no están sensibilizados/as y/o preparados/as.
- Horarios rígidos que no permiten y/o facilitan el acceso a las mujeres a los servicios de salud.
- Hipervaloración de la atención clínica frente al desconocimiento de que la violencia intrafamiliar y de género es un problema de gran dimensión y graves repercusiones en la salud.
- Reducción del problema de violencia a una patología médica susceptible de curación, a través de fármacos.

FACTORES QUE FACILITAN LA COMUNICACIÓN ENTRE LOS/AS USUARIOS/AS Y LOS/AS PRESTADORES/AS DE SALUD²⁷

- **La atención:** El/la profesional de la salud debe ser paciente y brindar todo el tiempo necesario; debe estar atento a las emociones de la mujer, y demostrarlo.
- **La empatía:** Significa ponerse en el lugar de la mujer. Demostrarle solidaridad y comprensión.
- **Claridad del lenguaje:** Es importante hablar en términos que sean comprensibles para la mujer; pues en momentos en que la ansiedad y la angustia son sentimientos que están "a flor de piel", las palabras difíciles dificultan la comprensión.
- **La eficacia de las preguntas:** Son herramientas que permitirán conocer, apropiadamente, la situación de la paciente.
- **El uso del silencio:** El uso apropiado del silencio facilita la reflexión de la mujer, permitiéndole apropiarse de la información que se le está proporcionando.
- **La retroalimentación:** Es una herramienta que permite al/la profesional estar seguro/a de que la mujer se apropió del conocimiento y, a la vez, refuerza la información que se requiere transmitir.
- **El respeto:** A los valores religiosos, culturales y a los sentimientos, son actitudes indispensables para una buena comunicación. Es de vital importancia separar y/o tener claro los valores del/la profesional, y diferenciarlos de los de la mujer.

²⁶ "Violencia Doméstica: un marco conceptual para la capacitación del personal de salud, de Tere Ven-
guer. Et. Al, de Population Council. Documento de trabajo No. 24, 1998.

²⁷ *Ibid.*, Pág. 42, 43.

Es importante que el personal sepa que, aunque la mujer exprese haber comprendido la información proporcionada, puede ser que no tome ninguna decisión y continúe en la relación de violencia. Obligarla o insistir es seguir el mismo patrón de comportamiento del agresor; es controlarla en lugar de ayudarla a tomar sus propias decisiones.

¿CÓMO PREGUNTAR CON EFICACIA?²⁸

De la manera como se aborde las preguntas con la/el usuaria/o dependerá que el/a profesional de la salud diagnostique los casos de violencia intrafamiliar y de género que se presenten en su consulta.

A continuación se presentan algunas ideas de cómo preguntar:

- Su pareja/esposo, ¿le ha pegado o la ha lastimado alguna vez?
- La violencia contra la mujer es un problema común en este barrio. ¿Le pasa o le ha pasado esto alguna vez? ¿Tiene usted algún problema de violencia?
- ¿Alguna vez su esposo la ha amenazado o ha maltratado a sus hijos?
- ¿Su pareja usa drogas/alcohol? ¿Cómo se comporta cuando lo hace? ¿La agrede verbal o físicamente?
- ¿Alguna vez su esposo ha destruido cosas que para usted eran importantes?
- ¿La ha forzado a tener relaciones sexuales cuando usted no quería?
- ¿Le prohíbe que salga, que vea a sus amigas/familiares, que trabaje o que continúe sus estudios?

Recuerde que una regla de oro es no culpabilizar, juzgar, o insinuar que la mujer no está diciendo la verdad, o que está exagerando. Su deber es creer el testimonio y facilitar un proceso de enfrentamiento del problema.

²⁸ *Ibid.*, Pág. 45, 46.



ROL DE LOS/AS PROFESIONALES DE LA SALUD EN LA ATENCIÓN DE LOS CASOS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y DE GÉNERO

En el capítulo correspondiente a Violencia Intrafamiliar, de las Normas de Salud Reproductiva del Ministerio de Salud Pública, se encuentran descritos los algoritmos para atender las diferentes clases de violencia. Es necesario remitirse a ellos para actuar de acuerdo a lo establecido por el organismo rector.

No cabe duda que la víctima de violencia que llega ante el/la profesional de salud, necesita que le pregunten, la escuchen sin enjuiciarla y le enseñen a dónde acudir para recibir apoyo y asesoría. La toma de decisiones y/o resolución de los conflictos derivados serán siempre de carácter personal, sujetos al criterio de cada individuo.

Las responsabilidades del personal de salud, después de haber hecho el diagnóstico de Violencia Intrafamiliar y de Género y antes de que la paciente salga de la consulta, son las siguientes:

1.- ATENCIÓN CLÍNICA - MÉDICA DE LA PERSONA AGREDIDA.

El espacio de la consulta médica es de singular importancia para proveer apoyo inicial y propiciar un ambiente cálido y de respeto a la persona violentada. A este primer momento se le denomina **ACOGIDA**, y consiste en:

- Escuchar el relato de la mujer y/o persona agredida.
- No juzgar.
- Desarrollar un ambiente empático.
- Atender el problema físico.
- Ofertar PAE, en caso de riesgo de embarazo no deseado por violencia sexual (ver contenido técnico de PAE en Manual de Normas de Salud Reproductiva del MSP y dosis requeridas en INSTRUMENTOS).

Generalmente, una persona agredida ha descuidado su salud física, por lo cual es aconsejable "aprovechar la oportunidad" para insertarla en la red de servicios que ofrece la unidad y, de esta manera, mejorar su capacidad vital para enfrentar el problema.

APRENDIENDO A DETECTAR CASOS DE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER²⁸

SIGNOS Y SÍNTOMAS DIRECTOS	SIGNOS Y SÍNTOMAS INDIRECTOS
<ul style="list-style-type: none"> • Hematomas, fracturas, quemaduras, luxaciones, laceraciones, heridas, traumatismo craneoencefálico, trauma ocular, equimosis, esguinces, lesión muscular, raspaduras, etc. • Dolores psicogénicos, dolores crónicos, desórdenes del sueño y del apetito, fatiga, disminución en la concentración y problemas gastrointestinales, dermatitis, palpitaciones, mareos, parestesias o falta de aire, y dolores atípicos. • Problemas ginecológicos como infecciones vaginales y del tracto urinario, muy frecuentes; dispareunia y dolores pélvicos. 	<ul style="list-style-type: none"> • La paciente describe muy vagamente la causa de la lesión. • Está nerviosa, llora, muestra ansiedad, está a la defensiva o enojada, le cuesta mirar a los ojos, le resta importancia a sus lesiones. • Habla del problema de violencia en tercera persona. • Tiene acceso limitado a las instituciones. • No sigue los tratamientos médicos, no compra medicinas. • Falta a sus citas, no tiene manera de transportarse por sí misma. • No tiene acceso al dinero. • No puede comunicarse por teléfono. • No usa condón ni otros métodos anticonceptivos. • Su pareja nunca le comunicó que tenía alguna infección de transmisión sexual, incluyendo VIH.

Las manifestaciones visibles ocurren con más frecuencia en la parte central del cuerpo, en la cabeza y el cuello. Es conveniente explorar las condiciones del cabello y del cuero cabelludo, y revisar cara, cuello, pecho, abdomen, pelvis, nalgas y muslos.

En la Historia clínica puede observarse propensión a accidentes, hipocondría, visitas frecuentes a consulta, quejas vagas o síntomas sin evidencia de anomalías fisiológicas, uso frecuente de tranquilizantes menores o analgésicos, tratamientos inconclusos, negación a recibir ayuda.

Con alguna frecuencia puede suceder que una persona, generalmente una mujer, exprese su sufrimiento y sea necesario apoyarla en un momento crítico. Este caso se define como **CRISIS**.

²⁸ American Medical Association, 1994; ACOG, 1995 y obra citada de Tere Venger, Pág. 40, 41.

MANEJO DE LA PACIENTE EN CRISIS 29

La violencia intrafamiliar genera procesos particulares en la vida de una persona, expresados a través de signos y síntomas psicológicos y psiquiátricos.

La tensión que ocasiona esta serie de vivencias, como el miedo y el pánico, que surgen al ver que la integridad personal está en riesgo, origina brotes de angustia, depresión, dolor, inestabilidad emocional y/o intentos de suicidio, que son la expresión más profunda del dolor humano.

*La sensación de peligro físico o psicológico real o inminente ocasiona malestar psicológico intenso, estado al que denominamos "crisis" y se define como: "un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares, utilizando métodos acostumbrados para la resolución de problemas y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo".*³⁰

Algunas de las características de la mujer en este estado son:

- Dificultad en la toma de decisiones.
- Llanto fácil.
- Baja autoestima.
- Nerviosismo.

La intervención en crisis permite a la persona que vive violencia intrafamiliar, romper el aislamiento social, en el cual el agresor no deja que la mujer tenga contacto con otras personas, lo que pone en peligro a la víctima.

Las mujeres que viven en violencia, cuando la situación amenazante es muy intensa, pueden entrar en la fase denominada de **AGOTAMIENTO** manifestada por la disminución de la capacidad física, mental, social, con actitudes derrotistas, pesimistas, intentos de suicidio o cuadro psicótico. En el momento de la intervención es importante valorarlas para definir si es que la situación encierra un peligro inminente y conducir a la persona a las/os profesionales adecuados.

A más de la preocupación por las manifestaciones psicológicas, esta intervención, como también la terapia individual o grupal, puede ser generadora de cambios personales importantes.

²⁹ Elaborado en base a documento institucional. Dra. Susana Flores. Área de Psicología. CEPAM. Quito. 2000.
³⁰ GÓMEZ Rosario, Ana Ruiz, et-al. "Un lugar para pensar en mí, en ti y en nosotras": Sistematización de la Experiencia de la Casa de Refugio para Mujeres y Menores. CEPAM-Quito. 1997. Pág. 132.

La intervención puede subdividirse en dos fases:

- 1.- Intervención de primer orden, o la primera ayuda psicológica; y
- 2.- La intervención de segundo orden, que tiene como principio primordial la terapia que toma más tiempo -semanas o meses-, y que es proporcionada por los/las terapeutas

Los objetivos de la intervención de primer orden son:

- Proporcionar ayuda intensiva, a corto plazo, a una paciente para que resuelva una crisis inmediata de la vida.
- Dar apoyo / reducir la posibilidad de suicidio o muerte.
- Enlazar recursos de ayuda.

Cuando la persona llega, puede haber sido derivada por alguno de los servicios institucionales o por libre demanda de la mujer. El acceso a esta modalidad tiene que ser fácil. No hace falta tener una cita previa, por las condiciones en las que la persona se encuentra. Además, es importante brindar esta atención en un espacio adecuado y confidencial.

La primera ayuda psicológica, para las víctimas de violencia intrafamiliar y/o sexual, debe darse de inmediato.

En caso de violencia sexual, la crisis que presenta una mujer tiene dos connotaciones que se traducen en:

1. Trauma físico, que incluye la posibilidad de un embarazo no deseado y contagio de infección de transmisión sexual, (para su manejo consultar Normas de Salud Reproductiva del Ministerio de Salud Pública).
2. Trauma psicológico, que es necesario enfrentar con una terapia adecuada. Si es necesario, realizar un peritaje psicológico.

EL PERITAJE PSICOLÓGICO 31

El informe pericial psicológico³² es un testimonio escrito en el que se podrá establecer el daño psicosocial y/o psíquico ocasionado por eventos resultantes de la violencia intrafamiliar y de género, que han sido tradicionalmente invisibilizados o minimizados ignorando que "...No hay lugar del organismo cuyo estado no influya en lo psíquico",³³

³¹ Elaborado en base a documento de Ponencia de la Dra. Susana Flores, presentado en el Segundo Seminario de Medicina Legal. CEPAM. Quito. Noviembre 2000.

³² Desde el 12 de julio del 2001, se encuentra vigente el nuevo Código de Procedimiento Penal, en el cual se estipula que los peritos médicos y psicólogos deben acreditarse ante el Ministerio Fiscal.

³³ Mesías Fabián. Psicología Jurídica. Artes Gráficas Quito-Ecuador 1995. Pág. 27.

Los equipos de salud, en ocasiones, cuentan con un psicólogo/a, el/la mismo/a que debe estar capacitado/a para realizar un peritaje psicológico en casos de violencia intrafamiliar y sexual. A continuación se describen los pasos que deben seguirse para la realización de este examen:

1. Leer el expediente, historia clínica, ficha de referencia, etc.
2. Se brinda una orientación general y rápida sobre el procedimiento que se va a realizar: costos, horarios, objetivo del reconocimiento, etc. Se inicia la elaboración de la historia clínica psicológica (primera entrevista).
3. Recopilación de los datos generales y el historial de la violencia.
4. Se realiza una evaluación de la salud mental pasada (personal y familiar)
5. Se realiza una evaluación de la salud mental presente (personal y familiar)
6. Se realiza el análisis de funciones.
7. Recopilación de sintomatología psicológica relacionada con violencia intrafamiliar y/o sexual.
8. Se aplican reactivos psicológicos que varían según el caso (proyectivos, depresión, ansiedad, etc.).
9. Se hace un análisis de los factores predisponentes, determinantes y desencadenantes.
10. Diagnóstico de personalidad (mayores de edad).
11. Concepciones diagnósticas. Es una síntesis teórica del diagnóstico que permite un mayor conocimiento del informe por parte del administrador de justicia.
12. Diagnóstico clínico, en base al Manual de Diagnósticos Clínicos Psiquiátricos o signos psicomórficos, relacionados con alguna situación específica como el abuso sexual, o descripción diagnóstica.
13. Conclusiones del perito, después de haber realizado el reconocimiento.
14. Recomendaciones.

2.- EVALUACIÓN DE LOS RIESGOS

En los siguientes casos:

- Ideación o intentos de suicidio.
- Cuadros psicóticos.
- Riesgos de que la pareja atente contra la vida de la mujer, hijos o algún familiar cercano.
- Cuando la persona agredida/o no tenga capacidad de decidir parar la situación; es decir, cuando visiblemente se ve que le está afectando a ella y a su familia.
- Riesgo de embarazo o ITS que afecte su estado emocional.

3.- BRINDAR INFORMACIÓN

- Explicar la situación y los ciclos de la violencia.
- Hablar de la persona que ejerce violencia sobre ella.
- Respetar las decisiones de la mujer y/o persona agredida/o.
- Mostrar a la mujer todas las acciones que ella ha realizado para cambiar la situación de violencia, para visibilizar que:
 - Es falso que ella no ha hecho nada.
 - Es una persona fuerte.
 - Ella no es cobarde por haberse quedado callada.
 - Ella puede cambiar la situación.

4.- PLAN DE EMERGENCIA

En los casos en los que existe la posibilidad de que la mujer tenga que salir de la casa, por estar en peligro su vida o la de sus hijos, es importante ponerla en conocimiento de la realización de un **PLAN DE EMERGENCIA**. El personal de salud puede examinar estos puntos y ayudar a cada persona a elaborar su propio plan. Entre las recomendaciones que el/la profesional debe indicar a la persona que demanda ayuda están las siguientes:

- Piense a cuál o cuáles de sus vecinos y/o familiares puede hacerles saber la violencia a que está expuesta, y pídale que busquen ayuda si oyen alboroto en su casa.
- Si parece inevitable tener una pelea, trate de que sea en una habitación o lugar de donde pueda salir fácilmente. Manténgase fuera de cualquier habitación en la que haya objetos que se pueden convertir en armas.
- Practique como dejar su casa sin peligros. Fijese qué puertas, ventanas, ascensor o escaleras, serían más convenientes.
- Tenga preparado un bolso con un juego de llaves, dinero, documentos importantes y ropa. Déjelo en la casa de un pariente o vecino, por si tiene que irse de prisa de su casa.
- Invente una palabra en clave, para comunicarse con sus hijos, familia, amigos y vecinos, cuando necesite ayuda de urgencia o quiera que llamen a la Policía.
- Decida previamente a dónde ir, si tiene que dejar su casa, y tenga un plan preparado para dirigirse allá.
- Siga sus instintos y apreciación de la situación. Si la situación es peligrosa considere dar al agresor lo que demanda para calmarlo. Usted tiene el derecho de protegerse y de proteger a sus hijos ³⁴.

En algunas ciudades, como en Quito, existen **CENTROS DE ACOGIDA O CASAS DE REFUGIO** en las cuales las mujeres agredidas y sus hijos pueden tener alojamiento temporal y recibir apoyo psicológico, legal y social. Si no existiesen estos lugares, se debe averiguar sobre albergues alternativos como: casas de familiares cercanos o lejanos, casas de vecinas/os, casas de amigos/as, que estuvieran dispuestos/as a alojar a la familia o mujer en riesgo.

5.- EL REGISTRO DE LOS CASOS (Sistema de Información)

Es importante visibilizar los casos atendidos de violencia intrafamiliar y de género, en el sistema de información que se maneje en las respectivas instituciones. Sólo de esta manera se podrá conocer la dimensión del problema y plantear alternativas.

6.- SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRA-REFERENCIA EN VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y DE GÉNERO

De acuerdo a las necesidades de la persona, informar sobre los diferentes espacios a los que ella puede acudir, lo que puede solicitar: servicio legal, comisaría, psicología, albergues, etc. Es necesario, de acuerdo a la situación, que el personal de salud evalúe la capacidad de la persona agredida para llegar a determinados sitios de referencia; sin embargo, en todos los casos se debería ofrecer:

- Acompañamiento.
- Llamar por teléfono a la institución a la que se envía el caso, para poner en antecedentes.
- Elaborar un resumen en una hoja de referencia y contrareferencia.
- Llamar a la institución para saber si la mujer o persona agredida se ha acercado, y saber del caso.

7.- SEGUIMIENTO DE LOS CASOS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y DE GÉNERO

El seguimiento es una actividad muy importante que debe ser asumida por el equipo en su conjunto, lo que indica que el caso es enfrentado por todos/as, sin que recaiga la responsabilidad en una sola persona. Las reuniones de equipo, en las cuales cada miembro informa qué es lo que ha realizado en relación al caso, ayudan para que todos/as sigan coordinados/as de una u otra manera.

SUGERENCIAS PARA UNA CONSULTA POSITIVA³⁵

Si su paciente presenta síntomas y/o heridas que indican abuso:

Exámínela solo/a o en compañía de una persona en quien ella confíe.

Si el esposo o compañero está presente, y si existe abuso, lo más probable es que la mujer no se atreva a contar la verdadera causa de sus síntomas y/o heridas.

Si usted no entiende otras lenguas, (personas indígenas o extranjeras) y hay necesidad de un intérprete, no use al esposo o compañero como tal sino a una tercera persona.

Hablar del abuso, en presencia del esposo o compañero (posible agresor), puede incrementar el problema de la mujer, ya que este puede tomar represalias contra ella una vez que la visita haya terminado. La seguridad de la mujer es lo más importante.

Pídale a su paciente que le describa cómo le sucedieron las heridas.

Es común que la mujer trate de ocultar los incidentes de violencia, ya sea minimizando las heridas y los síntomas que ella presenta, o atribuyéndolos a accidentes caseros, de trabajo, etc.

Si la descripción que ella le da no concuerda con la naturaleza de las heridas y/o síntomas, dígaselo. Pregúntele directamente si el esposo o compañero la ha golpeado. Sea lo más directo posible; pero, a la vez sensible del estado vulnerable en que ella se encuentra.

Si usted sospecha que la persona ha sido abusada, trate de dedicarle tiempo suficiente para entrevistarla.

Si la mujer percibe que hay apuro por terminar la entrevista, lo más probable es que no se atreva a contar su problema. Puede que sea necesario bastante tiempo para que ella logre sentirse en confianza y le cuente su caso.

Si a usted le es imposible dedicarle suficiente tiempo durante la consulta, asegúrese de darle otra cita lo antes posible. Sin embargo, si la mujer está en peligro, refiérala inmediatamente a una institución en donde ella pueda encontrar ayuda adicional.

Dígale a su paciente que la información que usted recibe será mantenida de manera confidencial.

Esto es necesario para que la mujer se sienta segura y logre contarle su situación. A menudo, las mujeres temen que el médico haga algún comentario al esposo o compañero, si éste es también cliente suyo. Algunas mujeres no están enteradas de que existe un código de confidencialidad entre un profesional y su paciente.

Ayude a su paciente para que afronte su problema y comprenda que necesita buscar ayuda, por su propio bienestar y el de sus niños.

Es importante que la mujer se dé cuenta del daño potencial que tiene una relación de abuso para ella y sus hijos, y que para prevenir daños mayores es necesario que ella reciba ayuda profesional lo antes posible. La mujer que es víctima de violencia necesita reconocer la gravedad de su situación. Si ella no recibe ayuda a tiempo, las consecuencias de la violencia pueden llegar a ser fatales.

ANTES DE FINALIZAR LA ENTREVISTA

Determine si los niños/as también se encuentran en peligro.

Asegúrese que usted ha documentado completamente las heridas y los síntomas que su paciente ha presentado, así como la causa de estos.

Asegúrese de proporcionar a su paciente folletos informativos sobre la dinámica del abuso contra la mujer, y los recursos disponibles. Si es posible, refiérala directamente a una consejera o a uno de los servicios sociales que usted conoce.

Importante:

Averigüe a su paciente si fue forzada a tener relaciones sexuales, luego de la agresión. Esta información es vital para prevenir un embarazo no deseado, con la administración de Anticoncepción de Emergencia (ver Normas de Salud Reproductiva MSP e instrumentos de esta guía).

CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO DEL PERSONAL DE SALUD

El personal y los servicios de salud son espacios privilegiados para diagnosticar e iniciar un proceso de recuperación de un problema de violencia intrafamiliar y de género. Es por esta razón que su sensibilización y capacitación constante son indispensables para enfrentar esta problemática; desafortunadamente, con frecuencia violan la confidencialidad, trivializan el abuso o culpabilizan a la víctima. Las demoras burocráticas y la indiferencia se agregan a la situación. A menudo, las mujeres se sienten revictimizadas por el mismo sistema que, supuestamente, las debe ayudar.

Una propuesta para el cambio, que incluya al personal de salud, debe empoderar a mujeres y niñas/os; informar el costo social y económico que tiene la violencia intrafamiliar y de género; coordinar las respuestas institucionales, individuales; motivar a la juventud e incorporar a los hombres.

Una propuesta de capacitación para el personal de salud debería, incluir como objetivos generales:

1. Reconocimiento de su calidad de seres humanos inmersos en una sociedad y un sistema que alimenta la inequidad y, por tanto, la violencia intrafamiliar y de género.
2. Introducir al conocimiento, estimular la reflexión, y sensibilizar al personal de salud sobre el problema de violencia intrafamiliar y de género, al mismo tiempo que habilitarlo para el manejo adecuado de la misma.

Objetivos Específicos:

- Reconocerse como un sector privilegiado para incidir en la visibilización y disminución de la violencia intrafamiliar y de género.
- Ubicar y analizar, a la violencia intrafamiliar y de género, como un problema de salud pública.
- Reconocer la utilidad de la perspectiva de género para la comprensión del problema y su tratamiento.
- Identificar las graves repercusiones que el maltrato doméstico tiene en la salud de las mujeres, particularmente en los grupos vulnerables.

El proceso debe incluir cuatro componentes o fases:

1. Información. Vale decir, introducir a los/as participantes en el tema.
2. Sensibilización. Implica estimular el afloramiento de actitudes, mitos y valores.
3. Manejo de herramientas, instrumentos y materiales de apoyo.
4. Acuerdos, compromisos, planificaciones y evaluación de la capacitación.

MEDIDAS DE PROTECCIÓN DEL PERSONAL DE SALUD FRENTE AL MANEJO DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y SEXUAL

La violencia intrafamiliar y de género visibiliza lo más doloroso de las relaciones entre hombres y mujeres, así como de la familia. Cuando se escucha o se ve las huellas del maltrato; cuando se constatan las consecuencias en la mujer, en los hijos/as y otros familiares, se pueden desencadenar en la persona que atiende el caso, emociones propias de una reacción frente a una situación injusta y violenta.

Las sensaciones son diversas y van desde el asombro hasta la indignación y la ira, pasando por la impotencia y la irritación. Es importante, para el personal que atiende violencia, reconocer estos sentimientos como normales.

Sin embargo, también es vital para el/la profesional entender que ellos no deben interferir en las decisiones de la mujer afectada, y tampoco ser tan manifiestos que la mujer sienta que su caso afectó a quien la está atendiendo. Se debe canalizar estas sensaciones en reuniones de equipo, de manera que se pueda sentir una responsabilidad compartida y nunca pensar que sólo con la intervención de un/a profesional se puede resolver el caso.

Un equipo de salud que reciba un volumen pequeño de casos, es importante que de rutina estos sean compartidos, enfrentados colectivamente, y se organicen sesiones de información de los mismos, para que se evacuen aquellas sensaciones de impotencia y/o de ira.

Si el volumen de casos fuera mayor, y existieran varios responsables para enfrentarlo, se aconseja apoyo psicológico, que tiene como objetivo preservar la salud mental de quienes atienden casos de violencia y pudieran verse afectados por la intensidad de los mismos.



PROMOCIÓN DE LA SALUD PARA ENFRENTAR LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y DE GÉNERO

La promoción de salud implica actuaciones coordinadas en los diferentes escenarios en los que nos desenvolvemos; de ahí que la familia, el sistema educativo, sanitario y la comunidad en general, ejercen un papel fundamental. Esto incluye educación e información, desarrollo y organización comunitarias así como acciones legales y de defensa de la salud.

Muchos de los problemas actuales de salud tienen un origen más social que individual, como es el caso de la violencia intrafamiliar y de género. Por esta razón las acciones de promoción de salud se orientan a promover la participación de la comunidad, desde un trabajo conjunto con los/as profesionales implicados/as: educadores/as, promotores/as sanitarios, que apoyen cambios de actitud dirigidos hacia estilos de vida más favorables.

La educación para la salud es un importante instrumento de promoción, en el que se desarrollan procesos educativos dirigidos a responsabilizar a las personas de su propia salud individual y colectiva.

EL TRABAJO EN RED COMO ESTRATEGIA PARA ENFRENTAR LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y DE GÉNERO

¿QUÉ ES UNA RED?³⁶

La red es, simplemente, un proceso a través del cual se inician y mantienen contactos con individuos y organizaciones que comparten y apoyan metas comunes, y están de acuerdo en trabajar juntos/as para alcanzarlas.

Las redes poseen un valor incalculable en la defensa y promoción de políticas nacionales, ya que crean estructuras para que las organizaciones y los individuos compartan la autoría de metas comunes. En el campo de la violencia intrafamiliar y de género, los/as miembros/as de una red, por lo general, incluirán a representantes de ONGs, grupos de mujeres, organizaciones comunitarias y asociaciones de profesionales compuestas por personal de

salud y educación; administradores y operadores de justicia. Los/as líderes/lideresas, religiosos/as locales son miembros/as potenciales ya que su perspectiva e influencia podrían ser invaluable en el logro de los objetivos de la red.

Una red puede ayudar a cambiar el conocimiento, actitudes y prácticas de los/las principales tomadores/as de decisiones, mediante la búsqueda de apoyo político en temas de violencia intrafamiliar y de género.

Para ser defensores/as y promotores/as de éxito, las redes necesitan estar bien organizadas y operar eficientemente. Los/as miembros/as fundadores/as tienen que reunir los recursos, tiempo y energía de diferentes personas y de organizaciones para luego, hábilmente, sacar ventaja de las oportunidades e influir en el proceso político en respaldo de sus metas y objetivos. Con su éxito las redes ayudarán a crear un ambiente autosostenible que apoye la disminución de la violencia intrafamiliar y de género.

BENEFICIOS DE LAS REDES

- Mantienen a sus integrantes al corriente de lo que sucede.
- Ofrecen una audiencia lista para sus ideas.
- Proporcionan apoyo para sus acciones.
- Dan acceso a múltiples y variados recursos/destrezas.
- Comparten recursos en favor de una meta común.
- Alcanzan conquistas que las organizaciones o individuos, por sí solos/as, no pueden.
- Al formar un núcleo de acción, atraen a otras redes.
- Expanden la base de apoyo.

ELEMENTOS NECESARIOS PARA FORMAR UNA RED	ELEMENTOS NECESARIOS PARA MANTENER UNA RED
<ul style="list-style-type: none"> ● Propósito claro. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Normas claras.
<ul style="list-style-type: none"> ● Miembros comprometidos. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Organización fluida.
<ul style="list-style-type: none"> ● Declaración de la misión. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Sistema de comunicación.
<ul style="list-style-type: none"> ● Visión compartida. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Liderazgo compartido.
	<ul style="list-style-type: none"> ● Credibilidad.
	<ul style="list-style-type: none"> ● Amplia participación de todos / as.

³⁶ Manual de Capacitación en Difusión y Promoción. Formando Redes para el Cambio de Política. Proyecto POLCY. Washington D.A. 1999.

COMPORTAMIENTOS QUE FACILITAN EL ÉXITO DENTRO DE LA RED

Las personas como miembros/as de una red de éxito:

- Aclaran los roles, relaciones, tareas y responsabilidades.
- Comparten las funciones de liderazgo dentro del grupo y utilizan los recursos de todos/as los/as miembros/as.
- Muestran tolerancia ante la ambigüedad, incertidumbre y falta de estructura.
- Muestran interés en los logros de cada miembro/a, así como en los del grupo.
- Se mantienen abiertas al cambio/innovación y a la solución creativa de problemas.
- Están comprometidas a mantener la comunicación del grupo hacia el rumbo previsto y de acuerdo al plan, a la vez que admiten la existencia de opiniones diversas.
- Promueven la crítica constructiva y la retroalimentación de ayuda.
- Fomentan la confianza, credibilidad y compromiso dentro del grupo.
- Fomentan la norma que llama a los/as miembros/as a apoyarse y respetarse entre sí y a mantenerse en la realidad sobre las expectativas que tienen de sí mismos/as.

CREANDO UNA RED DE REFERENCIA³⁷

Se puede establecer una red de referencia con un mínimo de recursos, y puede ser tan sencillo como crear un directorio de instituciones locales que los/as proveedores/as pueden utilizar para hacer las referencias y contrareferencias.

Pasos a seguir:

- 1.- Decida el área geográfica que será incluida en la red de referencia: ¿Dónde vive la mayoría de sus pacientes? ¿Cuánto podrían viajar para buscar servicios?
- 2.- Identifique una lista de instituciones locales, claves en el área, que proveen servicios a las víctimas de violencia. Esta lista puede incluir: servicios médicos, psicológicos, sociales y legales, y también contactos con la Policía local. Cada una de estas instituciones, probablemente, puede identificar a otras instituciones locales que podrían ser incluidas en el **DIRECTORIO**. Se puede considerar la inclusión de instituciones que atienden aspectos relacionados con la violencia, como el abuso de alcohol y drogas y, las que ofrecen servicios a niños/as que han sido expuestos a la violencia.

³⁷ Bolefin IPPF/RHO. Basta. 2000. Pag. 3

- 3.- Recopile información sobre cada una de estas instituciones: Después de identificar a la institución y el proyecto en el que puede trabajar para enfrentar la violencia intrafamiliar y de género, hay varias preguntas básicas que se deben hacer a fin de conocer si la institución puede ser utilizada para referencias, y cómo clasificar los servicios que ofrece. Estas preguntas incluyen:

- ¿Actualmente, provee servicios a las víctimas de violencia intrafamiliar y de género?
- ¿Que tipos de violencia intrafamiliar y de género trata?
- ¿Provee servicios directos o hace referencias?
- ¿Qué clase de servicios directos provee: legales, médicos, psicológicos, sociales, educativos?
- En el caso que deba hacer una referencia, ¿a cuáles instituciones refiere?; ¿qué criterios usa para hacer estas referencias?; ¿tiene un formato de registro o referencia?
- ¿Conoce otras instituciones que proveen servicios para víctimas de violencia intrafamiliar y de género?

Asegúrese de conseguir la información práctica que sus clientes necesitarán saber, como:

- El nombre y las siglas de la institución.
- Información de contacto: teléfonos, dirección, fax, correo electrónico, etc.
- Horario de servicio.
- Cómo hacer una cita.
- Los tipos de servicios disponibles.
- El costo de los servicios.

- 4.- Clasifique los datos en un directorio: La información sobre las instituciones de referencia se puede organizar de muchas maneras, por área geográfica, tipos de servicios que ofrecen nivel de intervención primaria, secundaria, etc. Un índice de todas las instituciones, por nombre y por tipo de servicios que ofrece, puede hacer al directorio más accesible.

- 5.- Formalice las relaciones con las instituciones de referencia: Dar seguimiento a cada referencia es una buena idea, aunque puede utilizar muchos recursos. Por lo menos, usted puede distribuir el directorio entre las instituciones participantes y mantener una línea de comunicación abierta con ellas, para compartir experiencias y materiales.

VISITAS DOMICILIARIAS EN CASOS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y DE GÉNERO³⁸

La visita domiciliaria, en los casos de violencia intrafamiliar, puede definirse como la provisión de servicios al/la paciente en el hogar, con el propósito de restaurar y mantener su máximo nivel de bienestar y salud. Para cumplir sus objetivos, la visita domiciliaria, en estos casos, debe ofrecer apoyo emocional, integrar la presencia del servicio de salud en la comunidad, ser un recurso educativo y de investigación, a más de facilitar la referencia de un paciente que necesite a la red de instituciones que trabajan en el tema.

INDICACIONES PARA REALIZAR UNA VISITA DOMICILIARIA

- Las visitas domiciliarias están dirigidas a personas que han sido diagnosticadas de sufrir violencia intrafamiliar y de género y que necesitan un apoyo más sostenido en su proceso de toma de decisiones y de enfrentamiento a un procedimiento que confrontará sus afectos, sus desafectos y los sentimientos más diversos; así como un proceso legal y/o de recuperación personal o familiar.
- La visita domiciliaria es imprescindible en el momento que el equipo de salud diagnosticó alto riesgo en la seguridad de la persona o familia involucrada: amenazas de muerte o de daño físico, mental y sexual inminente.
- La visita domiciliaria ubica, al equipo de salud, en el conocimiento del entorno sociocultural y económico de la persona agredida/o, y de los posibles apoyos familiares y/o comunitarios que la persona afectada y su familia pueden tener en un momento determinado.
- La visita domiciliaria, en violencia intrafamiliar, puede detectar otro tipo de problemas que se relacionen con la salud física (heridas, golpes, problemas nutricionales, etc.) en los cuales, la unidad de salud, debe intervenir con soluciones integrales.

PROBLEMAS QUE GENERALMENTE SE PRESENTAN EN UNA VISITA DOMICILIARIA

- Puede existir el inconveniente de que sólo un/a profesional esté involucrado/a y/o concientizado/a de trabajar el tema y se sientan solos/as. Generalmente son: la trabajadora social, la psicóloga y la enfermera, quienes se encargan de enfrentar estos casos, cuando debería ser un trabajo en equipo.
- Existe desinformación y/o desvalorización de esta actividad cuando es un elemento fundamental en la atención primaria de salud y, específicamente, en el trabajo de violencia intrafamiliar y de género.
- La visita domiciliaria puede tener dificultades, como actitudes negativas de la familia, en especial, del agresor/a.
- La visita domiciliaria puede ser ineficaz, si necesita mucho tiempo de desplazamiento, o si tiene poco apoyo de otros servicios: red de servicios que atienden violencia intrafamiliar y de género, problemas de transporte, etc.

³⁸ Elaborado en base a documento "Visitas Domiciliares en Pacientes Geriátricos". Reyes Carlos. MD. Trabajo presentado en el Congreso Anual de la Sociedad Americana de Geriátria; Mayo 1997, Atlanta, EEUU.

¿CÓMO ENFRENTAR LOS PROBLEMAS?

- Estudie los posibles riesgos de realizar la visita domiciliaria solo/a, a una familia o persona que vive situaciones de violencia.
- De ser posible, para realizar este tipo de visitas, vaya acompañado/a.

- Asegúrese de que la persona a la que va a visitar esté dispuesto/a a recibirla/o.

- Esté dispuesto/a a experimentar una visita fallida, lo que no debe desanimarlo/a.

¿QUÉ HACER CON LA INFORMACIÓN RECOPIADA?

- La información es confidencial.
- Debe ser registrada en un formato que se anexe a la historia clínica personal o familiar (ver INSTRUMENTOS).
- La información relevante debe servir para tomar decisiones en el equipo de salud que se relacione con el seguimiento del caso y su posible solución.

RECUERDE QUE:

Las visitas domiciliarias son esenciales para evaluar las necesidades complejas de las personas que sufren violencia intrafamiliar. Hay que tomar en cuenta que estas personas tienen:

- Baja autoestima.
- Limitada autonomía en la toma de decisiones.
- Dificultad de relacionarse con el entorno y de hablar de su problema.
- Muchas de ellas tienen muy pocos recursos económicos.
- Tienen importantes riesgos socioeconómicos, disfunciones familiares y otras.

GRUPOS DE AUTOAYUDA EN VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y DE GÉNERO³⁹

Un grupo de autoayuda es un grupo de autogestión que se organiza en función de necesidades comunes. No hay discriminación de ninguna índole, las únicas condiciones son:

- Sufrir el mismo problema o carencia, ya sea físico, emocional, moral o espiritual.
- Sentir el deseo y/o la necesidad de compartir sus experiencias.

Frente a situaciones de angustia, temor o peligro, existe una tendencia humana a buscar el apoyo y la compañía de otras personas. La mutua ayuda que en un grupo organizado de personas, favorece la satisfacción de necesidades que tienen que ver con la autoestima, la autonomía y seguridad.

Ser miembro de un grupo de autoayuda contra la violencia intrafamiliar y de género posibilita compartir experiencias comunes, propias de la misma situación y, también, crear las condiciones para que cada persona pueda, a su ritmo, y de acuerdo a sus propias necesidades y posibilidades:

- Evitar el aislamiento social.
- Aceptar la realidad de su condición de sufrir violencia intrafamiliar y de género.
- Aceptar las limitaciones y los efectos que la misma, causa en su vida.
- Aumentar la autoestima y la autonomía.
- Desarrollar paulatinamente un mayor sentido de autocontrol.
- Desarrollar nuevas conductas y cambiar actitudes que favorezcan un mayor autocontacto con el propio cuerpo y sus necesidades.
- Trascender el problema mismo y ser persona, no víctima de...

El grupo debería contar con:

- Integrantes que pasen por el mismo problema y que hayan sido debidamente diagnosticados.
- Un modelo de presentación e inclusión para los/as integrantes nuevos.
- Un modelo de iniciación para cada encuentro en el que se privilegie el contacto con el cuerpo.

³⁹ Elaborado en base a documento "Síndrome de Fatiga Crónica" de la Asociación Argentina Síndrome de Fatiga Crónica. E- mail: aasfc@usa.net

- Un programa de actividades que brinde distintos servicios a sus miembros/as.
- Predisposición para contemplar las necesidades de la mayoría de sus miembros/as.
- Líderes/líderesas que demuestren tener empatía y capacidad para ayudar a los miembros/as del grupo, a crear un buen clima de encuentro en el que se pueda transformar una discusión en un intercambio de información para todos/as.

El grupo debe estar atento a:

1. No confundir la identidad de las personas con el problema mismo: En este sentido, es importante que el grupo pueda ayudar a discriminar qué es atribuible a la violencia intrafamiliar y de género, como problema, y qué corresponde a la identidad de cada uno de sus miembros.
2. Contemplar los distintos tipos de personalidades: Los grupos de autoayuda no son para todo tipo de personalidad; si bien, convocan a todos aquellos que tienen un mismo problema, sería un error no tener en cuenta las diferencias individuales. Estos encuentros pueden ser contraproducentes para aquellas personas, especialmente sensibles, que pueden quedar emocionalmente afectadas con los problemas de otras personas, o para aquellos/as que, siendo extremadamente tímidos/as y solitarios/as, pueden vivir la situación grupal como una exigencia más. Para todos ellos/as asistir a estas reuniones, en lugar de ayudarlos/as a sobrellevar el problema de violencia intrafamiliar y de género, puede angustiarlos/as más.
3. No anteponer intereses personales a los comunes: Evitar caer en actitudes o modalidades extremistas como por ejemplo:
 - Asegurar una solución.
 - Proponer rápidas soluciones que no contemplen las diferencias individuales.
 - Transformar la dinámica de un grupo de autoayuda en una terapia de grupo.
 - Presionar a los/as integrantes del grupo a abandonar tratamientos que les han sido prescritos y a optar por una única solución posible.
 - Insistir o presionar, a sus miembros, a revelar información personal y/o privada.
 - Imponer el respeto o sometimiento a un único/a líder/líderesa carismático/a.
 - Cobrar honorarios. Los grupos de autoayuda son gratuitos; colectan donaciones voluntarias o cargan cuotas sociales bajas para cubrir gastos. Por ejemplo: refrescos, papelería, etc.

Los grupos de autoayuda, además de dar apoyo a sus integrantes, pueden brindar información y educación para la prevención llevando a cabo una verdadera acción social.

LAS CAMPAÑAS COMO ESTRATEGIA DE SENSIBILIZACIÓN Y DENUNCIA MASIVA EN VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y DE GÉNERO

Una campaña debe ser el altavoz de la denuncia y/o reivindicación de mujeres y hombres de nuestra comunidad que expresen las deficiencias de un sistema cultural, patriarcal, que genera, entre otros, violencia social, discriminación de la mujer y violencia intrafamiliar y de género.

OBJETIVOS

1. Sensibilizar e informar del problema de Violencia Intrafamiliar y de Género de mujeres adolescentes, niños/as, ancianos/as que se vive en esa comunidad.
2. Promover relaciones más justas, equitativas y no violentas entre hombres y mujeres en cada comunidad.
3. Denunciar y presionar a las instituciones públicas, privadas y a la comunidad, en general, para que cambien prácticas culturales violentas que perjudican a los grupos más vulnerables: mujeres, niños/as y ancianos/as.
4. Plantear alternativas y llevar a cabo acciones concretas para enfrentar la Violencia Intrafamiliar y de Género.

¿CÓMO HACER UNA CAMPAÑA EN VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y DE GÉNERO?

1. Ubicarse en el problema que se quiere denunciar y lograr que todos estén de acuerdo y claros.
2. Construir un objetivo a lograr con la campaña, en términos de incidencia en políticas públicas, cambio de actitudes en determinado grupo poblacional, o cumplimiento de leyes o normas, entre otros.
3. Elaborar una propuesta que contenga claramente lo descrito anteriormente, con sus respectivas actividades ligadas al o los objetivos planteados.
4. Elaborar el presupuesto.

Ejecutar una campaña en Violencia Intrafamiliar y de Género es una actividad pertinente al trabajo de una red.

COMUNICACIÓN EN LA DEFENSA Y PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SIN VIOLENCIA Y/O DENUNCIA DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y DE GÉNERO⁴⁰

En la sociedad de hoy, todos los días, somos bombardeados/as con mensajes. Muchos de ellos son violentos y estimulan a las personas a la resolución de los problemas con agresión. La comunicación, como parte de una estrategia de apoyo para lograr cambios de actitudes y enfrentar a la violencia intrafamiliar y de género, debe ser parte de la planificación del trabajo en salud.

La intención del mensaje puede ser vender un producto, informarnos o educarnos de alguna manera; o, cambiar nuestra opinión acerca de un tema. Una estrategia de comunicación de defensa y promoción se dirige por los principios de una campaña de publicidad o mercadeo social. Lo esencial es conocer la audiencia por completo y entregar un mensaje conciso y consistente, que se adecue a los intereses de la audiencia y al problema que nos compete: Violencia Intrafamiliar y de Género.

Esto implica que:

1. De manera ideal, cada mensaje deberá comunicar sólo un punto principal y, si no fuese posible, dos o tres. Por ejemplo: **¡LA VIOLENCIA NO ES SALUD!**⁴¹.
2. Los mensajes deberán ser probados previamente con representantes de la audiencia objetivo.
3. El mensaje no deberá sólo persuadir a través de datos válidos y una lógica de impacto, sino también describir la acción que la audiencia está siendo motivada a realizar. Ejemplo: **¡MUJER DENUNCIA LA VIOLENCIA!**

Comunicación, en la defensa y promoción, es una actividad planeada que busca alcanzar una de las siguientes metas de comunicación:

- Informar.
- Persuadir-sensibilizar.
- Movilizar hacia la acción.

⁴⁰ Manual de Capacitación en Defensa y Promoción. Academy for Education Developmente, 1997. Washington D.C.

⁴¹ Mensaje de la Campaña "Mujeres que se autoestiman, Mujeres Sanas". Coordinadora de Salud y Género. OPS 1995.

Para esto, la elaboración del mensaje es esencial y sus características deben ser:

- Simple.
- Conciso.
- Concreto.
- Lenguaje apropiado (de acuerdo a la jerga y al idioma local).
- Contenido consistente con el formato.
- Mensajero/a confiable. (portavoz, vocero/a)
- Tono y lenguaje consistente con el mensaje. (Serio, humorístico etc.)

Elementos de un mensaje:

- Contenido, ideas.
- Lenguaje.
- Mensajero/a /fuente.
- Formato/medio.
- Tiempo/lugar.

Medios de transmisión del mensaje:

- Reuniones personales.
- Paquetes de resúmenes ejecutivos.
- Reuniones públicas.
- Hojas informativas.
- Foros políticos, públicos.
- Carteles, volantes.
- Debates públicos.
- Informativos de prensa. (boletines)
- Conferencia de prensa.
- Concursos para diseñar carteles, frases, etc.

EJEMPLO DE HOJA DE TRABAJO PARA DESARROLLO DE MENSAJES⁴²

Audiencia objetivo	Mujeres que acuden a la consulta para control de niño/a sano/a.
Acción que se desea realice la audiencia objetivo	Denunciar o expresar problemas de violencia en la familia
Contenido del mensaje	“La violencia en la familia no es salud” ¡Mujer cuéntanos tu problema!
Formato/s	Hoja volante. Charla en la sala de espera. Mensaje en la pizarra.

La comunicación en un programa o proyecto de prevención y enfrentamiento de la violencia intrafamiliar y de género es muy importante. Usualmente, se obvia o no se toma en cuenta este trabajo en salud.

⁴² Esta hoja de trabajo ha sido tomada del Manual de Capacitación en Defensa y Promoción. Ritu R.Sharma.Washington, D.C.: Academy for Educational Development, 1997

APLICACIÓN DE ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN PARA ABORDAR LA VIOLENCIA⁴³

Enfoque de la comunicación para los distintos auditorios.

ESTRATEGIAS PARA LOS CLIENTES/INTEGRANTES DE LA COMUNIDAD

ESTRATEGIAS PARA LOS DISPENSADORES DE ATENCIÓN SANITARIA

Si el auditorio está compuesto de adultos

- Llevar a cabo talleres y campañas para quitar legitimidad a la violencia, como manera de resolver conflictos o para "disciplinar" a las mujeres o a los niños.
 - Destacar la prevalencia del abuso y los costos que impone a las familias y a la sociedad.
 - Promover las respuestas de apoyo (no culpar) a las víctimas del abuso físico o sexual. Valerse del teatro callejero, medios de comunicación alternativos y campañas de educación pública.
 - Integrar guiones sobre el abuso físico y sexual en los programas televisivos y radiofónicos, especialmente en obras producidas para promover la salud reproductiva.
 - Llevar a cabo campañas para desalentar el uso del alcohol y las drogas.
 - Promover los derechos humanos, la educación y otras maneras de habilitar a la mujer.
- Insistir en el papel clave que los prestatarios de salud pueden desempeñar en la detección temprana, tratamiento y envío a centros apropiados a las víctimas de la violencia intrafamiliar y de género.
 - Educar a los prestatarios de salud sobre las consecuencias a largo plazo de la violencia intrafamiliar y de género.
 - Promover una ética de atención, de modo que el personal sanitario pueda sentirse responsable de la persona íntegra y no sólo de los síntomas.

Si el auditorio está compuesto de niños

- Promover la preparación para la vida activa en el ámbito escolar y extraescolar. Incluir asignaturas apropiadas sobre sexualidad, resolución de conflictos, desarrollo de relaciones sanas y seguridad personal.
 - Iniciar campañas especializadas para prevenir la violencia intrafamiliar y de género, por ejemplo "Manos para amar no para golpear"⁴⁴
- Advertir a los prestatarios de salud acerca de la prevalencia y epidemiología de violencia en la niñez, incluida la violencia sexual.
 - Educar a los prestatarios de salud sobre las consecuencias, a largo plazo, de la violencia intrafamiliar y de género en los niños, tanto sexual como no sexual.
 - Instar a los prestatarios de salud a promover formas no violentas de disciplina infantil.

Si el auditorio está compuesto de adolescentes

- Impartir educación sexual integral, incluidos ejercicios en los que se examinen las normas relativas al género, el criterio acomodaticio para el comportamiento sexual de hombres y de mujeres; dramatizaciones sobre la manera de resistir la presión para participar en tipos de comportamiento sexual no deseados.
 - Capacitar a los varones y a las niñas (primero por separado y luego en grupos mixtos) para hablar sobre las relaciones, el amor, la ira, los celos y el abuso. Educar a los jóvenes acerca de sus derechos.
- Advertir a los prestatarios de salud acerca de la gran posibilidad de abuso sexual en caso de ITS o embarazo en niñas menores de 14 años.
 - Ayudar a los prestatarios de salud a confrontar sus propias actitudes hacia la sexualidad de los/as adolescentes, los papeles apropiados de los géneros y las víctimas de violación o abuso.

43 Population Reports. Para acabar con la violencia contra la mujer. Volumen XXVII, número 4, Dic. 1999, Pág. 35.
44 Lema de una campaña realizada por la Casa de Refugio Matilde. Quito, 1997.

INSTRUMENTOS Y ANEXO

INSTRUMENTOS

- 1.- Ficha de registro de PAE.
- 2.- Formato de denuncia desde los servicios de Salud hacia los/as Jueces/as.
- 3.- Registro de Visita Domiciliaria

ANEXO

- 1.- Acuerdo Ministerial.

E A

GUAYASACU

FORMATO DE REGISTRO PARA ADMINISTRACION DE ANTICONCEPCION DE EMERGENCIA EN DELITOS SEXUALES Y RELACIONES SEXUALES NO PROTEGIDAS

No _____

Usted va a administrar un Método Anticonceptivo de Emergencia, para lo cual es muy importante que recuerde que la Consejería es parte fundamental de este procedimiento. En caso de **violencia sexual** enfatizar en el tratamiento psicológico y en todos los casos recomendar el uso de un método anticonceptivo regular. Recalcar que la Anticoncepción de emergencia no protege de ITS y SIDA y promover el uso del condón.)

SERVICIO MÉDICO LEGAL: _____ COMISARÍA: _____

ONG Contraparte de Comisarías: _____

SERVICIO DE SALUD: _____

FECHA: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____

E. CIVIL: _____ OCUPACIÓN: _____

1.- MOTIVO DE CONSULTA:

- Motivo por el cual solicita el método: sexo desprotegido () Falla de método () Violación () Otro ()
- Si es falla de método. ¿Cuál método le falló? _____

2.- ANTECEDENTES DE LA RELACIÓN SEXUAL NO PROTEGIDA:

- Fecha y hora de la relación sexual no protegida _____
- Fecha de la última menstruación _____
- Fecha de otras relaciones sexuales el último mes _____

3.- ADMINISTRACIÓN DEL MÉTODO:

- Ubicar el período de fertilidad y administrar PAE si hay riesgo de embarazo.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 45

45 Ubicar bajo el número 1 el primer día de la FUM (Fecha de última menstruación) y contar hasta el día 14 para ubicar la fecha probable de ovulación y determinar el diagnóstico de riesgo de embarazo para decidir la administración de PAE

Hasta 72 horas luego de la violación o relación sexual no protegida, administrar:

- ☐ Anticonceptivos orales
 - ☐ Fecha y Hora de Administración 1era dosis _____
 - ☐ Fecha y Hora de Administración 2da dosis _____

4.- OBSERVACIONES: _____

5.- REFERENCIA DEL CASO A: _____

6.- FIRMA DE QUIEN ADMINISTRA EL METODO: _____

FORMULACIONES Y DOSIS REQUERIDAS PARA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

FORMULACIÓN	NOMBRES COMERCIALES	No. DE TABLETAS		TIEMPO DE ADMINISTRACIÓN
		I DOSIS	II DOSIS	
50 mcg de EE + 0.25 mg de LNG	Neogynon, Nordiol	2	2	Primera dosis dentro de las 72 horas posteriores a la relación sexual sin protección. Segunda dosis 12 horas más tarde.
50 mcg de EE + 0.50 mg de NG	Eugynon 50, Ovral	2	2	
30 mcg de EE + 0.15 mg de LNG	Microgynon*, Nordette	4	4	Primera dosis dentro de las 72 horas posteriores a la relación sexual sin protección. Segunda dosis 12 horas más tarde.
30 mcg de EE + 0.30 mcg de NG	Lo Femenal*	4	4	
0.75 mg de LNG	Postinor**	1	1	Primera dosis dentro de las 72 horas posteriores a la relación sexual sin protección. Segunda dosis 12 horas más tarde.
0.03 mg de LNG	Exluton*	25	25	Primera dosis dentro de las 72 horas posteriores a la relación sexual sin protección. Segunda dosis 12 horas más tarde.

EE: etinil estradiol

LNG: levonorgestrel

NG: Norgestrel

* Disponibles en Ecuador

** No disponible en Ecuador

**REGISTRO DE VISITA DOMICILIARIA
EN VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y DE GÉNERO**

Nombre:

Edad:

Estado Civil:

Fecha:

Barrio/comunidad (dirección exacta):

Teléfono:

Institución y/o Servicio de Salud:

Motivo de la visita:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Riesgos detectados:

1.
2.
3.

Plan Tentativo: (medidas inmediatas, referencias, tratamientos, etc).

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Observaciones relevantes:

.....
.....
.....
.....

Firma/s:

FORMATO DE DENUNCIA DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR DESDE UN SERVICIO DE SALUD⁴⁶

SEÑOR/A FISCAL/COMISARIO/A DEL CANTON

Dr./a en calidad de médico/a, sicólogo/a del

..... (Institución de Salud),.....

..... plenamente facultado en el numeral 3 del Art 10 de la Ley
Contra la Violencia a la Mujer y la Familia, encontrándome dentro del plazo legal estipulado en
el citado artículo, presento ante usted la siguiente denuncia.

El día de del año 2001, a eso de las horas, ingresó
al Servicio de Urgencia : Consulta Externa: del/a (Institución de Salud):

El/la señor/a de
..... edad, de estado civil de Nacionalidad

..... manifestando haber sido objeto de violencia intrafami-
liar, por parte de su cónyuge: excónyuge: conviviente: exconviviente: ..

Padre:

hermano: abuelo: hijo: hija: Hermana:

hermano: primo: prima: novio: novia:

Exnovio: exnovia: enamorado/a: ex/enamorada/o: que responde a
los nombres de

circunstancias que se encontraba en
..... del cantón o en

Del examen médico psicológico efectuado por el/la suscrito/a, se establece
que el/la paciente
presenta (detalle de las lesiones)

.....
.....
.....
.....
.....

que determina un tiempo de reposo de días.

Pronóstico psicológico y médico

Particular que pongo a su conocimiento, a fin de que se sirva actuar de conformidad a la Ley
inicialmente mencionada, disponiendo las medidas que el caso amerite.

Dr./a

Registro No.

46 Propuesta elaborada por la Dirección Nacional de Comisarias - Ministerio de Gobierno
y Policía - 2001.



Ministerio de Salud Pública

EL MINISTRO DE SALUD PÚBLICA

CONSIDERANDO:

- QUE** el Estado, tal como lo prevé la Constitución Política de la República del Ecuador, en el Título Tercero: DE LOS DERECHOS, GARANTÍAS Y DEBERES, reconoce a la violencia en contra de la mujer y la familia como un problema social y adoptará las medidas necesarias que garanticen la integridad personal;
- QUE** en 1994 se crearon las Comisarias de la Mujer y la Familia, para el conocimiento, el juzgamiento y sanción de los casos de violencia física, psicológica o sexual a fin de proteger la integridad de la mujer y los miembros de la familia;
- QUE** a través de la ley 108, publicada en el registro Oficial N° 839, de fecha 11 de diciembre de 1998, se expide la ley contra la Violencia a la Mujer y a la Familia, cuyas normas deben orientar las políticas del Estado y la comunidad sobre la materia;
- QUE** el Ministerio de Salud Pública ya incorporó a la violencia intrafamiliar y sexual en el capítulo correspondiente a las Normas Nacionales de Salud Reproductiva;
- QUE** los Agentes de la Policía Nacional, el Ministerio Público y los Profesionales de la Salud, pertenecientes a instituciones hospitalarias o casas de salud pública o privadas, que tuvieren conocimiento de los casos de agresión, están obligados a denunciar los hechos punibles de violencia intrafamiliar, en un plazo máximo de 48 horas de haber llegado a su conocimiento, bajo pena de encubrimiento, conforme lo establece la ley antes citada;
- QUE** organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana para la Salud y Naciones Unidas, han suscrito diversos instrumentos internacionales en materia de violencia intrafamiliar, los mismos que han sido ratificados por la mayoría de países del mundo, siendo uno de ellos el Ecuador;

EN EJERCICIO DE SUS ATRIBUCIONES LEGALES

ACUERDA:

- Art.1.-** Declarar la violencia intrafamiliar como un problema de salud pública, mas aun cuando el Estado es el encargado de formular y ejecutar políticas para alcanzar la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres, mediante la prevención y sanción de la violencia intrafamiliar, lo que garantizará los derechos de los ciudadanos/as.
- Art.2.-** El Ministerio de Salud Pública, a través de sus Direcciones Provinciales apoyará y coordinará con los movimientos de mujeres, ONGS, Organismos Gubernamentales y no Gubernamentales Nacionales e Internacionales afines a la problemática, los programas dirigidos a la no violencia en contra de la mujer y familia así como promoverá la incorporación de estos instrumentos en los planes y propuestas del Ministerio de Salud Pública; con especial énfasis en el Programa Nacional de Salud Mental.
- Art.3.-** Designar el 25 de noviembre de cada año día de la no violencia en contra de la mujer y la familia.
- Art.4.-** De la ejecución del presente Acuerdo encargarse el Subsecretario General de Salud, Director General de Salud y Directores Provinciales de Salud del país.
- Art.5.-** El presente Acuerdo Ministerial entrará en vigencia a partir de la fecha de su suscripción, sin perjuicio de la publicación en el Registro Oficial.

Comuníquese en Quito, a 20 de noviembre de 1998.

Dr. Edgar Rodas Andrade
MINISTRO DE SALUD PÚBLICA



BIBLIOGRAFÍA

1. Constitución Política de la República del Ecuador. 1998.
2. Ley Contra la Violencia a la Mujer y la Familia. 1995.
3. Acuerdo Ministerial 01009 del Ministerio de Salud Pública. 1998.
4. Ordenanza Municipal, MDMQ No XXX. 2000
5. Tere Venguer, Et Al. Violencia Doméstica: un Marco Conceptual para la Capacitación del Personal de Salud. Población Council. Documentos de trabajo, No. 24. 1998.
6. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Estado de la Población 2000. Vivir Juntos en Mundos Separados. Hombres y Mujeres en Tiempos de Cambio.
7. Población Reports. Para Acabar con la Violencia Contra la Mujer. 1999.
8. IPPF. Basta. Cómo Integrar la Violencia Basada en Género en la Salud Sexual y Reproductiva. 2000.
9. IPPF. Basta. Cómo Integrar la Violencia Basada en Género en la Salud Sexual y Reproductiva. 2001.
10. CEPAM. Propuesta Conceptual y Operativa del Eje de Violencia. Proyecto RIAS. 1999.
11. Centro para Gente de Habla Hispana. Programa de Mujeres. Guía para Médicos y otros Profesionales de la Salud. Respondiendo a las Mujeres Latinoamericanas que Sufren Violencia. 1994.
12. Population Reference Bureau. Inquietudes Femeninas: Informe de las Mujeres Sobre la Violencia Contra su Sexo. 1998
13. Jácome Nelly. Ministerio de Gobierno. Dirección Nacional de Comisarias de la Mujer y la Familia. Directora de Política Interna.
14. Elu, María del Carmen; Pruneda Elsa. Carpeta de Apoyo para la Atención en los Servicios de Salud de Mujeres Embarazadas Víctimas de Violencia. México. 2000.
15. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Compromisos del Ecuador en las Conferencias Mundiales de Naciones Unidas. UNICEF 2000.
16. Municipio del Distrito Metropolitano de Quito. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Proyecto Mujer Salud Integral y Educación. Publicación No. 3: "Género, Violencia y Salud". Quito. 1998.
17. Normas de Salud Reproductiva. Ministerio de Salud Pública. 1998.
18. Heise Lori. Violencia Contra la Mujer: La Carga Oculta Sobre la Salud. OPS. Washington D.C. 1994.
19. Larrain, Soledad; Rodríguez, Teresa. "Origen y Control de la Violencia Contra la Mujer": en Género, Mujer y Salud de las Américas. OPS. Washington D. C. 1993.
20. Matamala, María Isabel; Salazar, Gloria; Berlagosky, Fanny; Núñez, Lorena. "Calidad de la Atención, Género, ¿Salud Reproductiva de las Mujeres? Santiago de Chile. 1995.
21. Foro Abierto de Salud y Derechos Reproductivos. Fondo de Población de las Naciones Unidas. "Calidad de la Atención de los Servicios de Salud Reproductiva". Chile.
22. CEPAR, ENDEMAIN-99. 2000
23. OPS. Violencia contra las Mujeres. La Ruta Crítica en Ecuador. Quito. 1999.
24. Kaufman Michael. Hombres: Poder, Placer y Cambio. Santo Domingo. CIPAF



Proyecto Municipios Salud Sexual, Reproductiva y
Desarrollo Local