

DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO

Diagnosis and handling of gender based violence

Tula Zegarra Samamé 1

INTRODUCCIÓN

La violencia familiar constituye un problema de salud pública, que está siendo abordado por diferentes instituciones, en particular por el sector salud. A pesar de que se han dado leyes contra la violencia y que las mismas establecen el rol que deben jugar las instituciones y los profesionales de salud, el porcentaje de detección de casos de violencia familiar es reducido en comparación con la magnitud del problema. Este subregistro posiblemente está relacionado con la ausencia de detección en los diferentes servicios de los establecimientos de salud. Sin embargo, a pesar de esta problemática, los pocos datos señalan una tendencia creciente.

La violencia familiar es un problema social generalizado que ocurre diariamente. Sin embargo, es encubierto y muchas veces las víctimas no buscan la atención necesaria. Sólo una de cada diez hace esto último y es identificada oficialmente como tal y, en el caso de los niños, acuden a los servicios por motivos de salud. Los servicios de salud son espacios estratégicos para detectar a personas que están en situación de violencia familiar; por ejemplo, las mujeres permanentemente están solicitando atención por salud reproductiva. En el caso de los niños, estos usan los servicios por control de crecimiento y desarrollo, por vacunas, etc.. Por esta razón, la detección de las personas en situación de violencia familiar debe considerarse en la rutina de todos los servicios que atienden en las diferentes fases del ciclo de la vida.

Se conoce la frecuencia de VBG en el país y sus consecuencias sobre la salud. Ha sido demostrado que las mujeres que son violentadas acuden con mayor frecuencia a los servicios de salud, aun sin acusar directamente la agresión. Además, sabemos que ocasionan costos altos debidos a la presencia de lesiones graves y el manejo de los problemas psicológicos.

Hace falta entonces que los profesionales de la salud tomemos con preocupación este problema y adquiramos destreza en la detección y manejo de estos casos.

OBSTÁCULOS PARA EL MANEJO DE LA VBG

Para abordar el problema, los profesionales deben reflexionar sobre su compromiso y prepararse para contar con los conocimientos que les harán tomar conciencia de la magnitud del problema y les permitirán entender las consecuencias de la VBG en la salud de las mujeres y en el ámbito familiar y social. Estos nuevos conocimientos les ayudarán, asimismo, a comprender la dificultad que tienen las mujeres para abandonar una relación violenta y les facilitarán la comprensión de sus propios sentimientos y prejuicios hacia la violencia. En consecuencia, desarrollarán las habilidades que les permitirán llevar a cabo la detección, el apoyo, la referencia del caso, y presentar alternativas.

Según un estudio de Sugg & Inui, algunas de las barreras que impiden esta intervención provienen del personal de la salud, así como de las usuarias.

Barreras del Personal de Salud

1. Incomodidad por identificación: esto se da cuando los médicos u otros profesionales perciben a las usuarias como "iguales", de tal forma que niegan la posibilidad de violencia.
2. Miedo a ofender: se relaciona con la incomodidad del profesional por trabajar áreas que culturalmente se consideran privadas, y se expresan como temor a ofender a la usuaria y arriesgar la relación médico-paciente.
3. Incredulidad: en estudios se ha encontrado que aun en usuarias que respondieron afirmativamente a las preguntas en relación con violencia, los profesionales no registraron el caso, aduciendo que no pueden "sesgar" la atención debiendo conseguir mayor información.
4. Sentimientos de impotencia: Los profesionales declaran que el problema es demasiado complejo y que no tienen "herramientas" para lidiar con él, lo que les frustra y hace sentir incapaces.
5. Pérdida de control: ante la dificultad de dar seguimiento a una usuaria que se refiere por

1 Mg. Obst. Docente de la Facultad de Obstetricia y Enfermería de la USMP.

violencia, y ante la realidad de que los resultados dependen en gran parte de la misma. A esto se suma la insuficiente ayuda en el sistema de salud, judicial, delegaciones, etc..

6. Horario: la falta de tiempo y el exceso de trabajo no les permite atender estos aspectos de la consulta.
7. Desconocimiento de la magnitud e implicancias del problema.

Barreras de las Usuarias

1. Relacionadas con el agresor: Por temor a las represalias, o porque "hablar" puede ocasionar el agravamiento de su situación. En otros casos, la víctima se culpabiliza.
2. Relacionadas con la familia y la sociedad, que perpetúan la creencia que la violencia es asunto privado (que la pareja ha desarrollado un sistema a través del cual se sobrentiende que lo que está ocurriendo se debe ocultar). Hablar del tema abre la puerta a la intromisión.
3. Relacionadas con la propia víctima: la víctima, que sufre por mucho tiempo la violencia, exhibe un detrimento en su autoestima y, en consecuencia, en su capacidad de acción.

DETECCIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Detección es la práctica de preguntar rutinariamente a las usuarias que acuden a los diferentes servicios. Es necesario poner especial interés en los grupos de mayor riesgo: las mujeres, niños y adolescentes. Los trabajadores que realizan la detección de violencia deben tener sumo cuidado, no sólo preguntar por los signos evidentes, sino por aquellos que permanecen ocultos. No deben tener temor de preguntar al usuario si es o no víctima de violencia familiar; previamente, deben conocer el instrumento que se utiliza para la detección, los indicadores, y deben permitir contar o narrar los hechos sin emitir juicio de valor, no preguntar por curiosidad, ni exigir conocer el problema a profundidad.

Las personas que se sienten muy incómodas al introducir el tema de la violencia, sobre todo en casos donde no existe una evidencia directa de abuso, pueden apoyarse en algunas de las siguientes frases: "Los profesionales de la salud sabemos que la violencia contra la mujer es un problema común y que un porcentaje muy alto, son maltratadas por sus parejas ¿Le pasa o le ha pasado esto alguna vez?". "No sé si usted también tenga este problema, pero muchas de las usuarias que acuden a consulta son víctimas de

violencia por parte de su pareja, y como algunas se sienten incómodas no hablan del tema espontáneamente, por ello yo pregunto a todas las usuarias ¿Tiene usted algún problema de violencia?"

Otra forma de preguntar es iniciando de forma indirecta y luego pasar a la directa, por ejemplo: "¿Últimamente ha estado bajo mucha presión? ¿Tiene problemas con su pareja? ¿Discute y pelea mucho con su esposo? ¿Alguna vez usted resultó lastimada?"

Independientemente de cómo inició el tema, es importante que después se hagan preguntas directas y específicas. Aun cuando la usuaria lo niegue, es importante que el profesional demuestre que le preocupa una posible situación de violencia y que se debe proporcionar información.

INSTRUMENTO

Un instrumento válido para la detección de VBG, es el que se utilizó en la investigación que se llevó a cabo en el año 2003 en tres servicios de salud reproductiva en Lima, el cual nos permitió detectar que más de la mitad de mujeres que participaron en el estudio (61%), manifestaron haber sido víctimas de algún tipo de violencia, debido a que el marido actual o la ex pareja y los familiares más cercanos fueron los que protagonizaron la mayoría de las agresiones.

Los resultados obtenidos revelan que el 54% acusó violencia psicológica, 32% violencia física, 21% violencia sexual y 19% había sido víctima de violencia sexual en la niñez.

INDICADORES DE VIOLENCIA FAMILIAR

Estos pueden ser signos y síntomas directos o indirectos:

Indicadores Físicos: hematomas, contusiones, cicatrices, marcas de mordeduras, lesiones en vulva, perineo, recto, laceraciones en boca, mejilla, ojos, quejas crónicas sin causa física, cefaleas, enuresis, mutilación de genitales, enfermedades de la piel, etc..

Las manifestaciones visibles ocurren con más frecuencia en la parte central del cuerpo, en la cabeza y en el cuello.

Indicadores psicológicos: conducta temerosa, desconfiada, problemas en su rendimiento académico o laboral, problemas de lenguaje, conducta agresiva, destructiva o pasiva, problemas del sueño, etc..

Indicadores de abuso sexual: embarazo no deseado, abortos, rechazo a métodos anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual, disuria, etc..

Indicadores de negligencia: falta de ganancia de peso, pobre crecimiento, falta de inmunizaciones o de atención prenatal, accidentes o enfermedades muy frecuentes, descuido en higiene y arreglo personal, etc.. Estos signos y síntomas directos e indirectos deben ser buscados en un examen clínico general.

EVALUACIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA

Se debe realizar una completa anamnesis, lo que permitirá evaluar los cambios físicos y/o psicológicos ocasionados en las víctimas y determinar un diagnóstico inicial que evidencie que ha ocurrido maltrato.

La evaluación física implica el reconocimiento completo y el registro de los hallazgos claramente y con exactitud.

- Se inicia con una evaluación del aspecto general, considerando peso, higiene y presentación personal.
- Se revisa la historia clínica en búsqueda de síntomas recurrentes como cefalea, alteraciones del sueño, palpitaciones, etc..
- Revise todo el cuerpo durante el examen. Investigue por hematomas, cicatrices, ausencia de cabello, etc.. En caso de encontrar evidencias en el mapa corporal, coloque el número de la lesión, su extensión y características. Y consigne la explicación de la lesión que da la usuaria.
- Evalúe el estado de salud emocional. Identifique el perfil de la agredida y del agresor. Observe en detalle la conducta, autoestima, retraimiento y temor, así como la limitación en la capacidad para tomar decisiones.
- Realice la descripción o la historia del relato considerando los siguientes aspectos: tipo de maltrato, persona agresora, tiempo de la situación de violencia, medios utilizados en el acto violento, motivos, frecuencia, testigos de los hechos violentos, actitud de la usuaria ante la situación de violencia, nivel de información, riesgo para la integridad personal y para la vida, explorar con qué soporte psicosocial cuenta la usuaria.

MANEJO DEL CASO

En el caso de que la pesquisa sea negativa y no haya síntomas ni señales sospechosos, proceda a dar el tratamiento de rutina según el motivo de la consulta.

En el caso de que la pesquisa sea negativa, pero haya síntomas o señales de sospecha de VBG, ofrezca a la

usuaria la disponibilidad de discutir el asunto en otra ocasión.

En el caso de un diagnóstico positivo de VBG, siga la siguiente ruta crítica:

- Propicie un diálogo que permita hacer saber a la usuaria que cualquier decisión que tome será apoyada por el proveedor y que se respetará su autonomía.
- Demuéstrele su preocupación, dando mensajes positivos.
- Bríndele apoyo emocional y levante su autoestima.
- Desarrolle con ella un plan de intervención. Pregunte lo que ella quiere hacer y mencione la necesidad de tener un plan de emergencia.
- Considere con ella la necesidad de consejería, intervención en crisis, psicoterapia.
- Deje que ella tome sus propias decisiones.
- Proporcione información sobre centros o instituciones de apoyo.
- De ser necesario, refiera a la usuaria a otros servicios (psicología, servicio social, otra especialidad médica) o a otra institución (comisaría de mujeres, médico legista, DEMUNA, etc.).
- Aliéntela a que regrese al servicio y póngala en relación con otros servicios de salud reproductiva.

CONSEJERÍA PARA VÍCTIMAS DE VIOLENCIA

El principio básico de una consejería a personas en situación de violencia es reconocer en el personal la capacidad para resolver sus problemas, cuando se establece una relación de ayuda y se les brinda la oportunidad y el apoyo para hacerlo.

Esta relación de ayuda brinda soporte emocional y aliento, fortalece a la persona; de ninguna manera significa asumir las responsabilidades y problemas como si fueran propios.

Objetivos:

- Disminuir la angustia y el miedo estableciendo una relación de confianza y apoyo en la persona para propiciar un cambio en su interacción social.
- Lograr la expresión de sentimientos.
- Ayudar a definir con objetividad sus problemas.
- Ayudar a identificar y hacer uso de su red de soporte social o institucional.
- Evaluar el logro de sus metas a través de los resultados obtenidos.

ÁREAS A TRABAJAR EN CONSEJERÍA

Las áreas para trabajar en una consejería o sesión de orientación y apoyo se determinan de acuerdo a las necesidades o problemas identificados en la entrevista. Algunas de estas áreas son:

1.- Autoestima

Es la valoración que uno tiene de sí mismo. Es importante porque permite el desarrollo integral de la persona. En el caso de las mujeres, por pertenencia a un género que todavía es desvalorizado culturalmente, algunas de ellas poseen baja autoestima, lo que tiene efectos directos sobre sus vidas, como, por ejemplo, que estén expuestas a situaciones de maltrato.

Los proveedores del servicio deben felicitar su decisión de buscar ayuda y trabajar con ellas el reconocimiento de sus habilidades, cualidades, logros, defectos y errores. Fomentar la autovaloración, recomendar a la persona la necesidad de ejercitar una salud preventiva, con ejercicios, recreación, alimentación balanceada y otros.

2.- Derechos Personales

En esta área es necesario que el proveedor conjuntamente con la usuaria conversen sobre los derechos de las personas, valoren e identifiquen las formas en que se respetan los mismos. Los profesionales deben fomentar el ejercicio de los derechos.

3.- Comunicación

El proveedor deberá indagar sobre la funcionalidad y disfuncionalidad de la comunicación de la persona víctima de violencia.

Es importante ejercitarla en la comunicación asertiva, para evitar la práctica de la comunicación pasiva o agresiva. Es necesario desarrollar en la persona atendida estas habilidades de comunicación al interior de su familia y con la pareja, que aprenda a identificar situaciones oportunas de comunicación así como las excepciones y evitar generalidades, enseñar a hacer especificaciones de la conducta que se quiere indicar o corregir.

4.- Toma de Decisiones

Tomar una decisión puede resultar difícil, si la persona no está acostumbrada a hacerlo.

La toma de decisiones es un método racional que permite elecciones responsables y acertadas, implica considerar las alternativas posibles, ventajas y desventajas, así como las consecuencias de una elección.

En este caso, el profesional podrá ayudar a la víctima de violencia, haciendo preguntas y guiándola en cada paso de la toma de decisiones.

5.- Red de Soporte Institucional.

Es importante que la persona víctima de violencia conozca sobre las actividades o competencias que tienen cada una de las instituciones para atender a las familias en situación de violencia. Es importante que esté informada sobre las funciones y procedimientos a seguir en: Policía Nacional del Perú, Ministerio Público, Poder Judicial, DEMUNAS, etc..

La situación de violencia es un problema que nos cuesta mucho enfrentar. Sus implicancias en la salud de las personas y de la sociedad son graves y complejas.

Como profesionales de salud, es nuestra obligación organizar servicios que respondan a las necesidades de estas víctimas a nivel personal y familiar.

No basta con nuestra comprensión del problema, sino que debemos desarrollar habilidades de detección y manejo, que nos comprometan en la recuperación de estas personas víctimas de violencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud. Atención a personas en situación de violencia familiar: Módulo de capacitación. Lima: MINSA; 2000.
2. Venguer T., Fawcett G., Vernon R., Pick S.. Violencia Doméstica: Un marco conceptual para la capacitación del personal de salud. México: Population Council/INOPAL III (Boletín Documentos de Trabajo N° 24); 1998.
3. Taller "Violencia de Género" para Perú y la Región Andina. Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología; 2003.
4. Ministerio de Salud. Guías Nacionales de Salud Reproductiva. Lima: MINSA; 2004.
5. JHPIEGO. Detección y atención de violencia doméstica. En: Atención de la salud reproductiva. Manual de participantes. Lima: JHPIEGO; 2001: 43-50.
6. JHPIEGO. Guías de Aprendizaje de habilidades en salud materno neonatal y salud reproductiva Lima; JHPIEGO; 2002.
7. Távara L, Zegarra T, Zelaya, C, Aria M, Ostolaza N. Detección de violencia basada en género en tres servicios de salud reproductiva. Ginecología y Obstetricia Perú 2003; 40 (1).
8. Hospital Santa Rosa. Protocolo de Manejo de Casos de Violencia de Género en los servicios de Salud Reproductiva. Lima: Hospital Santa Rosa; 2003.

Correspondencia:

Tula Zegarra Samamé: tmzegarra@yahoo.es