

**Detección y manejo de mujeres
víctimas de violencia doméstica:
desarrollo y evaluación de un programa
dirigido al personal de salud**

Gillian Fawcett¹

Tere Venguer¹

Ricardo Vernon²

Susan Pick¹

1. Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población, A.C. (IMIFAP).
2. Population Council.

LA VIOLENCIA DOMÉSTICA



LO QUE
EL PERSONAL
DE SALUD
DEBE SABER

El Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población A.C. (IMIFAP) cuenta con un taller diseñado especialmente para el manejo de casos de violencia, y con materiales informativos y didácticos (folletos, carpetas de presentación para directivos de instituciones de salud, manuales para instructores). También ofrece un taller a los profesionales de la salud para facilitar la comunicación en temas de sexualidad y salud reproductiva. Si desea mayores informes, comuníquese a los teléfonos: (525) 598-5673 / 611-5876; fax: (525) 563-6239, escriba al apartado postal 41-595, 11001 México, D.F., o consulte la página en Internet: www.imifap.org.mx.

Resumen

Entre marzo y agosto de 1998, el Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población, A.C. (IMIFAP) desarrolló y evaluó un programa para la capacitación del personal de salud en la detección y manejo adecuado de las pacientes víctimas de violencia.

Durante la primera etapa del proyecto se llevó a cabo una revisión bibliográfica de investigaciones y modelos de programas sobre el tema. Asimismo, se visitaron instituciones en el Distrito Federal que trabajan en el área de violencia contra la mujer, con el fin de recopilar información actualizada de los servicios disponibles. Simultáneamente, se escogieron dos instituciones donde realizar el proyecto: un hospital general, originalmente a cargo de la Secretaría de Salud, y una institución dependiente del Gobierno del Distrito Federal (GDF) que trabaja a través de consultorios médicos en centros comunitarios. Ambas instituciones cuentan con programas de salud reproductiva.

El diagnóstico inicial se llevó a cabo con profesionales de ambas instituciones, mediante una encuesta y entrevistas estructuradas. En el hospital general se hicieron encuestas a 62 individuos y 6 entrevistas, mientras que en los consultorios médicos comunitarios fueron 51 encuestas y 7 entrevistas. Los resultados confirmaron la necesidad de capacitación en el área de violencia doméstica y sirvieron para desarrollar el programa.

Durante la segunda etapa se desarrolló el programa y se realizó el pilotaje en dos grupos de profesionales del hospital general (un total de 37 individuos) y en tres grupos de los consultorios médicos del GDF (un total de 63 personas).

Paralelamente, se generó un instrumento para evaluar conocimientos sobre el fenómeno de la violencia doméstica, aplicado a los(as) profesionales que tomaron el taller, antes y después de éste. Un análisis comparativo de los resultados de los cuestionarios completos pre y post-taller indica una mejoría significativa en todos los grupos en relación con los conocimientos sobre la intención del agresor, tipos de violencia, ciclo de la violencia, ruta a seguir después de la detección de un caso y cómo ayudar a la víctima a tener un plan de emergencia. En esta segunda fase, también se llevaron a cabo entrevistas de seguimiento con los(as) profesionales de la salud entrevistados(as) en la fase inicial, las cuales confirmaron los resultados de los cuestionarios pre/post y demostraron el impacto sobre las prácticas médicas.

Por otro lado, el proyecto se difundió a través del diseño y envío de 25,000 folletos informativos a profesionales de instituciones de salud, consultorios médicos y facultades de medicina de toda la República mexi-

cana, y 600 paquetes informativos a directivos con poder de decisión de estas instituciones. Al mismo tiempo se imprimieron 300 ejemplares de la versión final del taller que serán utilizados como manuales de capacitación para instructores del curso. Actualmente, se está organizando un taller de capacitación para instructores/multiplicadores de diferentes organizaciones de estados cercanos al Distrito Federal.

Antecedentes

A pesar de que en México todavía no se tienen datos estadísticos nacionales, en los últimos años se han llevado a cabo investigaciones regionales que indican que la violencia doméstica¹ representa una amenaza importante contra la salud y el bienestar de las mujeres mexicanas. Los resultados de algunos estudios sugieren que en nuestro país entre 30 y 60% de las mujeres sufren algún tipo de abuso por parte de sus parejas (Shrader y Valdez, 1992; Ramírez y Uribe, 1993; Granados, 1995; Romero y Tolbert, 1995; Ramírez y Vargas, 1997).

En 1994, en un esfuerzo por hacer conciencia de la extensión e implicaciones de la violencia contra la mujer, el Banco Mundial documentó las consecuencias sobre la salud física y mental de las víctimas (Heise, Pitanguy y Germain, 1994). Por otro lado, dos estudios, uno que abarca a 390 mujeres norteamericanas, y otro que incluye a 2,000 neozelandesas, todas seleccionadas al azar, señalan que hay una diferencia significativa entre la salud física y mental de mujeres víctimas de violencia y la de las que no tienen una historia de abuso, teniendo las primeras peor salud física y mental que las últimas (Koss, Koss y Woodruff, 1991; Mullen *et al.*, 1988 en Heise *et al.*, 1994).

El abuso durante el embarazo también representa un riesgo significativo para la salud tanto de la madre como del producto y, según estudios, existe una estrecha relación entre violencia y bajo peso del producto al nacer, poco aumento de peso de la madre, infecciones y anemia (Parker, McFarlane y Soeken, 1994; Valdez y Sanin, 1996). Por otra parte, la violencia contra la mujer lleva a embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual y VIH, ya sea por violaciones o porque la capacidad de la mujer para negociar el uso de anticonceptivos se ve afectada (Heise, More y Toubia, 1995; y Organización Mundial de la Salud, 1997). En México hay información que indica que el número de diagnósticos de VIH entre mujeres de edad reproductiva se ha duplicado en los últimos 10 años: en 1985 la proporción era de catorce hombres por una mujer, y en 1995, de seis por una (CONASIDA-Epidemiología, 1996).

Es evidente que las instituciones de salud son punto clave para la detección y prevención de la violencia doméstica, ya que son las únicas instituciones públicas que tienen contacto prácticamente con todas las mujeres en uno u otro momento de sus vidas. Como lo indica la Asociación Médica Norteamericana en su Manual para el Diagnóstico y Tratamiento de la Violencia Doméstica (1994): *“El(la) médico(a) puede ser la única persona fuera de la familia a la que una mujer le pida ayuda; estos(as) profesionales tienen una oportunidad única y la responsabilidad de intervenir. Las mujeres violentadas frecuentemente presentan lesiones*

repétitivas, quejas médicas y problemas de salud mental, todo lo cual es consecuencia de vivir en una relación de abuso". Los(as) profesionales de la salud tienen la oportunidad de atender a víctimas de abuso en diferentes etapas de la relación, a diferencia de otros(as) profesionales, como los que laboran en las instituciones de justicia. Sin embargo, a pesar de ser testigos(as) rutinarios(as) de las consecuencias de la violencia y el abuso, frecuentemente desconocen su etiología. De hecho, y según declaraciones del director general de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1997): *"El personal de salud debe ser capacitado para reconocer tanto los signos más obvios de la violencia como los más sutiles, y satisfacer las necesidades de las mujeres al respecto"*.

La prevalencia de la violencia doméstica y sus secuelas médicas y psicológicas justifican plenamente el tamizaje de rutina; sin embargo, el personal de salud carece de las habilidades para valorar, identificar, tratar y referir a las víctimas de abuso. No identificar el abuso como tal interfiere con un diagnóstico real, encareciendo el servicio en términos de tiempo y dinero que se invierte en consultas subsecuentes y en el tratamiento de las secuelas (Titus, 1996). Así, la identificación temprana no sólo previene o reduce el sufrimiento y la violencia de las víctimas, sino también disminuye los costos para el sistema de salud (Hadley, 1995). Sin embargo, los programas de tamizaje y los protocolos no son efectivos por sí solos, requieren programas institucionalizados de capacitación del personal para que no queden en el abandono y las intervenciones en casos de violencia doméstica ocurran constantemente.

Los mitos y la falta de conocimientos sobre la incidencia, prevalencia y dinámicas del abuso también propician que el personal de salud no realice un tamizaje de rutina (King y Ryan, 1996). Además, en México, la violencia contra la mujer es considerada asunto privado, y si llega a reconocerse, es frecuente que se culpe a la víctima (Fawcett, Isita-Espejel, Heise y Pick, 1997).

Es importante el reconocimiento y la validación que puede hacer el personal de salud de la situación de la paciente víctima de abuso, ya que el silencio o el desinterés aparente proyectan una aceptación tácita de esa violencia. En contraste, reconocer el problema y mostrar preocupación confirman la gravedad de la situación y la necesidad de resolución. Además, las investigaciones señalan que las mujeres maltratadas esperan que los(as) profesionales de la salud aborden la situación de abuso (Jackson, 1994; Rodríguez, Szkupinski y Bauer, 1996).

Solución del problema

Desde 1995, IMIFAP ha capacitado a estudiantes de medicina, médicos(as) y otros(as) profesionales de la salud con el fin de incrementar sus conocimientos sobre los factores psicosociales de la salud, fomentar la reflexión sobre sus actitudes en la relación proveedor-paciente y fortalecer sus habilidades de comunicación, específicamente en temas difíciles, como la sexualidad. El programa también hace énfasis en el papel preventivo que los(as) profesionales de la salud pueden ejercer en la sociedad y lleva a cabo una revisión de algunos aspectos éticos de la práctica médica. Nuestras observaciones durante los talleres de capacitación nos han llevado a concluir que el personal de salud carece de los conocimientos y las habilidades que les permitirían detectar y manejar de manera apropiada casos de mujeres violentadas. Asimismo, hemos encontrado que, en general, tienen creencias y actitudes afines con el resto de la población en temas de sexualidad, lo que nos lleva a inferir que comparten las posturas en torno a la violencia doméstica. Esto los hace cómplices del silencio social respecto a esta problemática.

Los estudios demuestran que con la debida capacitación y los protocolos adecuados, el personal de salud se puede sensibilizar en relación con el problema de la violencia contra la mujer. Un ejemplo es el departamento de urgencias del Colegio Médico de Pensilvania, en los Estados Unidos, donde después de dar capacitación e introducir un protocolo sobre violencia, la proporción de mujeres con trauma detectadas como víctimas de violencia doméstica, aumentó cinco veces, de 6 a 30% (Mcleer y Anwar, 1989). Por ello, como parte del programa de IMIFAP mencionado, el propósito fue desarrollar y evaluar un módulo de capacitación para que el personal de salud detecte y responda de manera adecuada a las pacientes víctimas de violencia doméstica.

El proyecto se llevó a cabo en la Ciudad de México, en un hospital general administrado por la Secretaría de Salud y en consultorios médicos que trabajan dentro de comunidades marginadas, dependientes del Gobierno del Distrito Federal. Ambas instituciones cuentan con programas de salud reproductiva que incluyen planificación familiar, cuidados prenatales, clínicas para madres adolescentes y programas de lactancia.

Objetivo

El objetivo general del proyecto fue el desarrollo y evaluación de un programa de capacitación de personal de salud para la detección y el manejo adecuado de mujeres víctimas de violencia doméstica.

Desarrollo del proyecto

1. Revisión bibliográfica de investigaciones y modelos de programas

Se buscó y revisó información tanto de estudios sobre violencia doméstica como de protocolos para el manejo de estos casos en EUA y América Latina, con el propósito de detectar los aspectos más relevantes que debían incluirse en el programa de IMIFAP. También se visitaron diversas instituciones del D.F. que dan apoyo a víctimas de violencia intrafamiliar, para crear un directorio actualizado de servicios disponibles. Éste incluye una descripción de la ruta de las mujeres por cada institución, para que el personal de salud anticipe las preguntas que sus pacientes le harán al ser referidas a alguna de las instituciones.

2. Selección de lugares para la intervención y diagnóstico inicial

2.1 Selección de lugares para la intervención

La selección se dio a partir de dos condiciones: 1) que fueran instituciones de salud pública que atendieran a población de bajos recursos económicos, y 2) que tuvieran las características para posibilitar futuras capacitaciones en el ámbito nacional. El primer punto se debe a que las estadísticas del Centro de Atención de Violencia Intrafamiliar en la Ciudad de México (PGJDF, 1997) señalan que 76.3% de las víctimas que acuden a dicho centro vienen de zonas marginadas de niveles socioeconómicos bajos o medio-bajos, por lo que serán las posibles usuarias de instituciones de salud pública. El segundo punto es un reflejo de los objetivos de IMIFAP. La selección final determinó como lugares de intervención un hospital general de atención secundaria, que cuenta con un total de 25 médicos(as), 57 enfermeras(os) y 12 trabajadores(as) sociales; y un grupo de consultorios médicos que dan atención primaria en centros comunitarios de la Ciudad de México y cuentan con 51 médicos(as).

2.2 Diagnóstico inicial

Con el fin de diseñar un programa de capacitación adecuado a las características institucionales y a la cultura mexicana, en cada uno de los

lugares de intervención se buscó información referente a tamizaje de rutina, número de casos detectados en cada lugar, infraestructura y estructura organizacional. Además, se indagó sobre la percepción de la función del personal de salud, conocimientos y actitudes en relación con la violencia doméstica en México y respuestas a los casos de violencia que habían tenido. Esta información también sirvió como línea base para la evaluación post intervención.

Encuestas autoaplicables

Al personal de salud de cada lugar se le distribuyó una encuesta autoaplicable, habiendo recibido 62 encuestas completas del hospital general y 51 de los consultorios comunitarios. Pese a que cada encuesta tenía básicamente los mismos objetivos, se incorporaron algunas preguntas específicas para cada institución.

El objetivo de las encuestas fue explorar los siguientes puntos:

1. La existencia de protocolos o procedimientos para el tamizaje de rutina, el registro y el manejo de mujeres víctimas de violencia.
2. El número de casos detectados durante el último mes.
3. Los conocimientos sobre signos y síntomas relacionados con la violencia doméstica.
4. Información institucional (estructura organizacional e infraestructura).

Resultados de la encuesta en el hospital general

Pese a que 88.1% de los(as) participantes de la encuesta afirmó que no existía un protocolo para el tamizaje de rutina de la violencia doméstica, 11.1% declaró que sí lo había. Sólo 25.4% de los encuestados reportó que hacía preguntas directas específicas a sus pacientes sobre abuso. A pesar de que 70.2% estimó que había detectado entre uno y cinco casos de violencia doméstica durante el mes anterior, sólo 14.8% de la muestra registra alguna vez estos casos. Mientras 49.2% de la muestra reportó que sabía de instituciones que ayudan a mujeres víctimas de violencia doméstica, 55.6% fue incapaz de nombrar alguna. Ante la detección de un caso, 43.9% reporta haber referido a la víctima con el/la psicólogo(a) del hospital, mientras que 36.6% señala haberla referido al departamento de trabajo social.

Después de haber investigado más a fondo, descubrimos que el hospital cuenta efectivamente con un programa de manejo de casos de violencia familiar y sexual, lo que explicaría la confusión en relación con un protocolo para tamizaje de rutina. Sin embargo, este programa no es muy conocido o seguido por el personal del hospital, ya que los resultados señalan que sólo 7.3% de los(as) encuestados(as) refirió los casos de abuso al departamento responsable del programa. La mayoría de los casos referidos a este departamento corresponden a víctimas de violación y a niños víctimas de abuso.

El conocimiento de los síntomas de las mujeres víctimas de violencia fue relativamente bajo; hay confusión entre signos y síntomas. Respecto a signos y síntomas físicos, sólo nueve fueron mencionados correctamente, siendo los más comunes los hematomas (37.7%), seguidos por lesiones (27.9%). Otros signos menos mencionados incluyeron moretones, contusiones, fracturas, cicatrices y dolor. En relación con los doce síntomas psicológicos mencionados correctamente, la depresión fue el más frecuente (24.7%), mientras que otros, menos citados, incluyen miedo, angustia, nervios e ideas suicidas.

La mayoría de los(as) encuestados(as) (63.5%), reportaron atender a más de 10 pacientes durante su turno de trabajo, y 76.7% dijeron destinar 15 minutos o menos por paciente. Sólo 38% de los(as) pacientes son atendidos(as) en un lugar privado, mientras que el 62% restante (hospitalizados(as) o atendidos(as) en urgencias), son vistos(as) en lugares donde hay más gente. Aproximadamente la mitad (53.2%) entra al consultorio médico solos(as), aunque 86.5% del tiempo otro(a) profesional de la salud —generalmente una enfermera— se encuentra presente. Este alto porcentaje evidencia la importancia de que no sólo los(as) médicos(as) sean capacitados(as), sino también los(as) otros(as) profesionales de salud que laboran en las instituciones.

Resultados de la encuesta en los consultorios médicos comunitarios

Respecto al tamizaje de rutina, 77.6% de los(as) encuestados(as) indicaron que no existía un protocolo para la detección rutinaria de los casos de violencia, mientras 22.4% afirmó que sí lo había. Es interesante que 63.3% de la muestra reportó que hacía preguntas específicas para detectar abuso entre sus pacientes, y sólo 36.7% señaló que no lo hacía. Esto indica que un número elevado de profesionales pregunta por iniciativa propia. Al inquirir sobre el tipo de preguntas utilizadas, se encontró que la mayoría tenía que ver con relaciones familiares, como una manera

indirecta de abordar el tema. A pesar de que 64.7% reportó haber detectado entre uno y cinco casos de violencia doméstica el mes anterior, sólo 9.8% señaló haberlos registrado.

A diferencia de los(as) profesionales de la salud del hospital general que forman parte de un equipo multidisciplinario, la mayoría de los(as) médicos(as) de los consultorios del GDF trabajan en sus centros comunitarios de manera aislada. Por ello, cuando identifican a una víctima de violencia, generalmente no tienen a quién recurrir dentro del centro comunitario, y tal vez ésta sea la razón por la que 78.4% de los(as) encuestados(as) reportó haber referido a las pacientes a otras instituciones, y sólo 21.56% señaló haberlas apoyado por sí mismos(as). Desafortunadamente, sólo 64% de la muestra sabía de instituciones donde referir a víctimas de violencia doméstica.

Los conocimientos sobre signos y síntomas fueron más amplios entre este grupo, comparado con el del hospital general. Reportaron correctamente un total de 23 signos y síntomas diferentes, siendo los más comunes: moretones (27.45%); hematomas (23.53%); dolor (17.65%); heridas (25.69%), y dolores de cabeza (13.73%). El repertorio de síntomas psicológicos también fue más amplio que el del hospital general, con un total de 31 síntomas correctos. Los más mencionados fueron: depresión (64.7%); autoestima baja (25.49%); miedo (19.61%); angustia (17.65%); y ansiedad (11.76 por ciento).

La mayoría de los(as) encuestados(as) (80.4%) reportó atender a más de 10 pacientes por turno, y la mayoría (90.2%) declaró dedicar entre 15 y 30 minutos, como promedio, a cada paciente. Aproximadamente la mitad de los(as) pacientes (51%), son vistos en un lugar privado, y sólo 37.3% llega a consulta solo(a).

A modo de conclusión, los resultados señalan la falta de un protocolo para el tamizaje de rutina en los dos sitios de intervención, aunque los(as) médicos(as) de los consultorios comunitarios tienden más a preguntar a sus pacientes sobre violencia. Pese a que un gran porcentaje de profesionales de ambas instituciones declara detectar entre uno y cinco casos de violencia por mes, muy pocos(as) los registran. En los consultorios comunitarios, la mayoría de los(as) médicos(as) reporta referir a las víctimas de abuso, sin embargo no todos tienen conocimiento de las instituciones de ayuda a víctimas de violencia. En el hospital general, la mayoría de los(as) profesionales de la salud refiere los casos de violencia al(a) psicólogo(a) o trabajador(a) social, y son pocos los(as) que los refieren al departamento a cargo del programa de violencia intrafamiliar. El personal de salud del hospital general tiene menos tiempo para cada paciente y menos probabilidades de atenderlas en un lugar privado, en comparación con el personal médico de los consultorios. Los conocien-

tos de los signos y síntomas, tanto físicos como psicológicos, necesitan mejorar en ambas instituciones.

Entrevistas estructuradas

Se seleccionó una pequeña muestra y se llevaron a cabo seis entrevistas estructuradas en el hospital general y siete en los consultorios médicos, con profesionales que tomarían el taller. En el hospital seleccionamos a dos personas de cada profesión —dos médicos(as), dos enfermeras(os) y dos trabajadoras sociales— y para los consultorios médicos, a los siete médicos(as) de acuerdo con su zona geográfica de trabajo, con el propósito de abarcar diversas zonas del Distrito Federal. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas y, posteriormente, codificadas y analizadas. En este trabajo se sintetizan sus resultados.

Los objetivos específicos de las entrevistas fueron:

1. Averiguar más sobre los conocimientos del personal de salud respecto a la violencia doméstica.
2. Explorar sus actitudes sobre el tema.
3. Explorar su percepción de rol como personal de salud en el contexto de la violencia doméstica.
4. Obtener información sobre su experiencia de casos específicos.

Información obtenida de las entrevistas estructuradas: (ambas instituciones)

Conocimientos sobre violencia doméstica

El personal de salud de ambas instituciones considera que la prevalencia de la violencia intrafamiliar en México es alta, siendo las mujeres y los(as) niños(as) las víctimas más comunes. Una entrevistada mencionó que las personas de la tercera edad y los hombres también son víctimas de violencia dentro de la familia. Los hombres y mujeres adultos fueron considerados los(as) principales perpetradores de violencia: los hombres hacia las mujeres y los(as) niños(as), y las mujeres hacia los(as) niños(as). Hubo cierta resistencia en cuanto a considerar a las mujeres adultas como las víctimas primordiales de la violencia intrafamiliar en el discurso de algunos(as) profesionales:

Generalmente son las mujeres ¿no?, esto es entre comillas, porque los más afectados son los hijos. (Trabajadora social del hospital general.)

Esto se explica con el siguiente comentario:

Evidentemente, pues, la mujer es la base de la familia. Desde el punto de vista educativo, ella es la que se hace cargo de la educación de los niños, y cualquier cosa que le afecte, tendrá que afectar a los hijos. (Médico de consultorios comunitarios)

De hecho, al preguntárseles sobre las consecuencias sociales de la violencia perpetrada por la pareja, los(as) entrevistados(as), también se concentraron básicamente en las consecuencias sobre los(as) hijos(as) de las mujeres víctimas de abuso. Los(as) niños(as) fueron señalados(as) como las víctimas principales, aun cuando era su madre la que sufría el abuso a manos de la pareja. Este hecho resalta la necesidad de revisar el concepto de que los(as) niños(as) son las víctimas *indirectas* del abuso.

Todos(as) los(as) profesionales de la salud se dan cuenta de la etiología social de la violencia. Entre los factores mencionados se encuentran: educación, problemas económicos, factores culturales, abuso de sustancias adictivas, como alcohol y drogas, y el machismo. En relación con los tipos de violencia, la sexual y la económica casi no se mencionaron, y sólo se describió un caso. Respecto a la violencia sexual, y basándonos en nuestra experiencia con personal de salud, pareciera que no es un tema del que el personal o las pacientes quieran hablar por tratarse de un doble tabú: violencia y sexualidad. Por otro lado, la violencia económica no es reconocida como violencia ya que no parece una amenaza para la vida, y porque se oculta tras la fachada de "no hay dinero". Ninguna de las entrevistadas conocía el ciclo de la violencia, ni tenía conocimiento de los cambios recientes en la legislación, orientados a apoyar a las víctimas.

En general, los(as) prestadores(as) de servicios querían aprender sobre la etiología de la violencia, sus tipos, cómo identificar víctimas de abuso, cómo preguntar sobre el abuso, cómo responder y dar opciones a las víctimas, la información legal que debía proporcionarse y las agencias especializadas que prestan servicios a víctimas de violencia a las cuales podían referir sus pacientes.

Actitudes y percepción del rol

El personal de salud entrevistado parecía entender las razones por las que las mujeres no delatan o abandonan al agresor: barreras personales, como miedo a las represalias, dependencia emocional y económica, inseguridad, baja autoestima; barreras sociales, como la creencia cultural de que la violencia es normal, ignorancia, falta de apoyo, críticas y falta de alternativas viables. Sin embargo, los(as) entrevistados(as) tendían a alentar a las víctimas a demandar, o aún abandonar a la pareja abusiva, y expresaron ciertos prejuicios contra las mujeres que continúan en relaciones de abuso.

Una vez, tan feo la golpeó que empezó ella a clavarse el cuchillo así, delante de sus hijos. Entonces, me enseñó las cicatrices, y dices, ¿cómo es posible que ni a ti misma te quieras? (Trabajadora social del hospital general)

Bueno, más que nada, yo le digo, ¿sabe qué?, eso hay que denunciarlo, no puede usted seguir viviendo así, en ese estado. (Médica, consultorios comunitarios)

Mi papel, pues, educar a la agredida para que tenga un panorama más amplio y no permita que la agredan. (Médico, hospital general)

También se sugirió que las mujeres maltratadas son débiles y masoquistas; que, de alguna manera, son responsables por permitir el abuso y que han establecido una relación patológica con la pareja. Como resultado de estas actitudes, los(as) entrevistados(as) generalmente consideraban a la víctima el obstáculo principal para la intervención; aunque se debe enfatizar que la intervención es frecuentemente sinónimo de convencer a la víctima de que emprenda acciones contra la pareja.

A veces da un sentimiento de impotencia el hecho de que quise ayudar, pero esa gente está cerrada, no la acepta. (Enfermera, hospital general)

Las mismas agredidas que no lo manifiestan, y que no lo permiten, bueno, no se dejan aconsejar. (Médico, consultorios comunitarios)

Si ella no quiere hacer la denuncia, aunque nosotras detectemos que ha sido agredida, no la podemos obligar a que denuncie. (Trabajadora social, hospital general)

Respecto al hospital general, se mencionan otras barreras que son claramente institucionales e incluyen: exceso de trabajo, falta de tiempo,

ausencia de un programa específico o protocolo para la detección de los casos de violencia:

Quizá alguna de las limitaciones importantes sería el exceso de trabajo, porque por la carga de trabajo a veces nos es imposible tratar de resolver un problema en una consulta de 10 minutos, y sobre todo no podemos establecer una adecuada empatía. (Médico, hospital general)

Pues uno quisiera hacer algo, ¿no? Cualquier información estaría buena para apoyarlos [...] ahora, meterse mucho tiempo, tampoco, porque si la institución no te respalda para nada, ¿por qué lo vas a hacer?. (Trabajadora social, hospital general)

Resulta interesante que los(as) médicos(as) de los consultorios comunitarios también mencionan su profesión como un obstáculo, ya que han sido entrenados para aislar y curar los signos y síntomas físicos de los(as) pacientes y, generalmente, no toman en cuenta al(a) paciente y sus relaciones.

En las clínicas de atención están, por decirlo así, en su papel de dar consulta, de detectar algún padecimiento y de tratar [...] Lo que están viendo, principalmente, es la cuestión curativa nada más del cuadro, pero no se ahonda más en el aspecto psicológico o emocional. (Médico, consultorios comunitarios)

Esto nos lleva a la percepción que tiene el personal de salud de su papel en el contexto de la violencia doméstica, misma que puede dividirse en las siguientes áreas: el trabajo preventivo, que incluye dar pláticas, educar a niños y niñas y difundir el problema; y la atención de las víctimas, que incluye la detección y la canalización y, a menor escala, escuchar y orientar. Cabe señalar que en lo referente a la atención, algunos(as) profesionales de la salud consideraban que su papel era mínimo o sólo de intermediarios(as).

A partir de la investigación formativa, se consideró de particular importancia incluir los siguientes puntos en el programa de capacitación (más allá de los materiales de la revisión bibliográfica):

- sintomatología;
- la importancia de preguntar a las pacientes sobre el abuso;
- la importancia de registrar los casos;
- las consecuencias (personales, familiares, sociales) de la violencia contra la mujer en la relación de pareja;

- por qué las mujeres tienen problemas para dejar a un compañero abusivo;
- legislación reciente en México.

Se consideró que enfatizar el impacto de la violencia sobre la mujer permitiría despejar los mitos y prejuicios sobre las que no se separan inmediatamente de su victimario ni toman medidas contra él. Además, si bien no es posible tomar acción en contra de los obstáculos institucionales que enfrentan los prestadores de servicios, sí pueden empezar a tratar casos en su práctica individual.

3. Desarrollo e implementación del programa de capacitación

Desarrollar el programa de capacitación no fue una tarea fácil debido a la gran cantidad de material acumulado durante la primera etapa del proyecto, mismo que debió ser adaptado a América Latina en general, y a México en particular. Con base en los resultados de las encuestas y entrevistas, y apoyándonos en la revisión de talleres y protocolos de intervención, el curso se dividió en tres sesiones, cada una abarcando un área específica: 1) conocimientos sobre violencia doméstica; 2) actitudes y percepción de rol; y 3) desarrollo de habilidades y estrategias para el manejo de casos de violencia doméstica. Durante todas las sesiones se abordan las actitudes que perpetúan la violencia contra la mujer.

Debido a que el tema de la violencia contra la mujer es muy emotivo, el curso promueve que los(as) asistentes trabajen personalmente antes de manejar casos de manera profesional. Por ello, la participación es fundamental y fue la base para el diseño del taller, mismo que se desarrolla a través de ejercicios que promueven la reflexión, el análisis y la discusión de cada uno de los temas.

4. Evaluación

4.1 Instrumento de evaluación pre y post-taller (igual para ambas instituciones)

El impacto del taller se evaluó con un instrumento pre y post intervención, diseñado específicamente para medir cambios en los conocimientos acerca de la violencia doméstica, y en las estrategias para el manejo de

casos en las instituciones de salud. Diseñado como cuestionario autoaplicable, éste consiste de una sección con cinco preguntas cerradas de opción múltiple, y una sección de diez preguntas abiertas relativas a conocimientos sobre las dinámicas del abuso y las estrategias para manejar adecuadamente a las pacientes víctimas de violencia. El cuestionario fue contestado por cada asistente al taller, inmediatamente antes y después del curso.

Resultados de las preguntas de opción múltiple

Se llevó a cabo un análisis comparativo de los resultados de las cinco preguntas de opción múltiple sobre prevalencia, mismo que registró un cambio significativo sólo en los asistentes al último curso. Esto se debe a una combinación de factores: 1) las preguntas no son suficientemente sensibles, y 2) los(as) participantes tuvieron un elevado número de respuestas correctas en el pre test.

Resultados de las preguntas de opción múltiple sobre prevalencia
Mediana, prueba *t* y grado de significancia
(5 preguntas)

<i>Curso</i>	<i>N</i>	<i>Mediana antes</i>	<i>Mediana después</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Primer curso consultorios	17	3.588	4.000	-1.69	.110
Segundo curso consultorios	19	3.684	3.684	.00	1.000
Tercer curso consultorios	16	3.523	3.813	-1.17	.261
Primer curso hospital	19	3.333	3.800	-1.33	.204
Segundo curso hospital	18	3.177	3.824	-2.52	.023

$p < 0.05$.

Resultados de las preguntas abiertas

El número de respuestas requeridas por las preguntas abiertas variaba entre dos y cinco. Por lo tanto, se contó el total de respuestas correctas de cada participante por pregunta, y se determinó el promedio de respuestas correctas por pregunta para cada grupo en el pre y el post test. Posteriormente se realizó una prueba *t* para cada pregunta, con el fin de establecer el grado de significancia de los cambios reportados sobre conocimientos.

Primer curso en consultorios médicos
Mediana, prueba *t* y grado de significancia para cada pregunta
(n = 17)

<i>Pregunta</i>	<i>Máx. núm. resps. correctas</i>	<i>Mediana antes</i>	<i>Mediana después</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Consecuencias socioecon.	2	.588	.941	- 2.07	.055
Intención del abusador	2	1.059	1.765	- 2.78	.013
Tipos de violencia	4	1.529	3.941	- 6.44	.000
Ciclo de violencia	3	.000	.824	- 4.67	.000
Síntomas fisiológicos	5	1.765	3.118	- 2.56	.021
Síntomas psicológicos	4	1.000	2.059	- 4.24	.001
Indics. indirectos de abuso	4	.059	1.176	- 5.90	.000
Pasos post detección	4	1.294	2.353	- 2.66	.017
Plan de emergencia	4	.235	3.235	-13.22	.000

p < 0.05.

Segundo curso en consultorios médicos
Mediana, prueba *t* y grado de significancia para cada pregunta
(n = 19)

<i>Pregunta</i>	<i>Máx. núm. resps. correctas</i>	<i>Mediana antes</i>	<i>Mediana después</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Consecuencias socioecon.	2	.526	1.316	-5.46	.000
Intenciones del abusador	2	1.000	1.895	-5.93	.000
Tipos de violencia	4	1.737	3.579	-7.52	.000
Ciclo de violencia	3	.000	.579	-4.16	.001
Síntomas fisiológicos	5	2.000	3.789	-4.92	.000
Síntomas psicológicos	4	1.368	1.421	- .27	.790
Indics. indirectos de abuso	4	.105	1.053	-2.61	.018
Pasos post detección	4	1.421	2.316	-3.54	.002
Plan de emergencia	4	.632	3.474	-8.26	.000

p < 0.05.

Tercer curso en consultorios médicos
Mediana, prueba *t* y grado de significancia para cada pregunta
(n = 16)

<i>Pregunta</i>	<i>Máx. núm. resps. correctas</i>	<i>Mediana antes</i>	<i>Mediana después</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Consecuencias socioecon.	2	.563	.750	- .82	.423
Intención del abusador	2	1.063	1.813	- 5.20	.000
Tipos de violencia	4	2.188	4.000	- 7.96	.000
Ciclo de violencia	3	.000	.813	- 8.06	.000
Síntomas fisiológicos	5	2.688	3.875	- 2.76	.015
Síntomas psicológicos	4	1.563	2.688	- 3.74	.002
Indics. indirectos de abuso	4	.125	1.500	- 4.20	.001
Pasos post detección	4	.938	1.875	- 2.80	.014
Plan de emergencia	4	.500	3.313	-11.47	.000

p < 0.05.

Primer curso en hospital general
Mediana, prueba *t* y grado de significancia para cada pregunta
(n = 15)

<i>Pregunta</i>	<i>Máx. núm. resps. correctas</i>	<i>Mediana antes</i>	<i>Mediana después</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Consecuencias socioecon.	2	.467	.667	- 1.15	.271
Intención del abusador	2	.800	1.467	- 3.16	.007
Tipos de violencia	4	1.600	3.800	- 6.20	.000
Ciclo de violencia	3	.000	.800	- 7.48	.000
Síntomas fisiológicos	5	1.000	1.267	- .84	.413
Síntomas psicológicos	4	1.000	1.533	- 2.26	.041
Indics. indirectos de abuso	4	.200	.733	- 2.48	.027
Pasos post detección	4	.667	1.933	- 4.46	.001
Plan de emergencia	4	.267	3.800	-21.38	.000

p < 0.05.

Segundo curso en hospital general
Mediana, prueba t y grado de significancia para cada pregunta
(n = 17)

Pregunta	Máx. núm. resps. correctas	Mediana antes	Mediana después	t	p
Consecuencias socioecon.	2	.118	.353	-1.46	.163
Intención del abusador	2	.647	1.235	-2.58	.020
Tipos de violencia	4	1.706	3.882	-8.84	.000
Ciclo de violencia	3	.118	.824	-4.95	.000
Síntomas fisiológicos	5	.412	2.412	-5.22	.000
Síntomas psicológicos	4	.353	1.235	-4.66	.000
Indics. indirectos de abuso	4	.059	.294	-1.46	.163
Pasos post detección	4	.588	2.235	-6.82	.000
Plan de emergencia	4	.000	3.000	-9.35	.000

$p < 0.05$.

El análisis comparativo de los cuestionarios pre y post mostró en todos los grupos una mejoría, la cual fue significativa en términos de conocimientos sobre intención del agresor, tipos de violencia, ciclo de la violencia, ruta a seguir después de la detección y en cómo ayudar a las víctimas a desarrollar un plan de emergencia.

4.2 Entrevistas cualitativas de seguimiento

Al término del proyecto, ninguna de las dos instituciones se había comprometido a revisar ni adoptar una política para el tratamiento integral de las víctimas de abuso, por lo que se consideró que aún no había un cambio estadísticamente significativo en el manejo de casos de violencia doméstica. Por esta razón, en vez de realizar encuestas de seguimiento, se decidió entrevistar nuevamente a los(as) profesionales de la salud ya interrogados al principio del proyecto. Al momento de escribir este documento, se había entrevistado a seis médicos(as) del GDF y cinco prestadores de servicio del hospital general, pero sólo se habían transcrito y analizado las primeras.

La guía de entrevistas se basó en la guía original, aunque se hicieron cambios para explorar con mayor detalle los cambios en el conocimiento y las prácticas después del curso.

Cambios en el conocimiento y las actitudes

Las entrevistas cualitativas confirmaron el cambio en el conocimiento que se había encontrado en los cuestionarios pre y post. Según los(as) médicos(as) del GDF, el taller les había proporcionado información sobre violencia doméstica que les era desconocida, a pesar de su experiencia con pacientes víctimas de abuso. Los siguientes puntos se consideraron nuevos: tipos de violencia, ciclo de la violencia, elementos que permiten su detección, manejo de víctimas de abuso y lugares a donde se puede referirlas.

Ya con el curso que nos dieron, la capacitación que nos dieron, ya sabemos enfocarnos bien en el problema de nuestras pacientitas y sobre todo canalizarlas...

Eso, por ejemplo, lo del ciclo de violencia, nosotros no lo sabíamos, no lo manejábamos... qué más, bueno, los tipos de violencia sí lo sabíamos, pero cómo podríamos conocerlos más o adentrarnos más...

Cuando se preguntó a la médica que hizo esta última declaración, a qué atribuía que pocos prestadores de servicios hubieran mencionado la violencia sexual en las entrevistas anteriores, dijo que era por sentirse incómodos, intrusos en la vida privada de sus pacientes, lo que otro entrevistado también confirmó.

Algunos(as) médicos(as) mostraron mayor conocimiento de los orígenes de la violencia y su uso como mecanismo para ejercer poder y controlar a la mujer:

Uno es porque viene de una familia en la que ve que el padre es agresor, y luego, como mencionaban en el curso, sabe con quien ser agresivo, ¿no?

También a través de lo que es el control del presupuesto familiar puede haber un tipo de violencia, ¿verdad? Porque si hay cierto control a través de eso.

Pues es como un impulso para... para... cómo te diré... pues sacar su inferioridad, ¿no? O sea, para no sentirse inferior, para sentirse que tiene el poder.

Los(as) médicos(as) también mostraron mayor comprensión de la variedad de consecuencias que tiene la violencia del compañero íntimo sobre la mujer. Antes del curso, sólo se identificaban las consecuencias sobre los(as) hijos(as) de las víctimas:

Son muchas, ¿no? Va a haber un daño psicológico lógicamente, va a haber probablemente ausentismo en el trabajo, enfermedades más frecuentes, este... puede haber alcoholismo, drogadicción, tendencia al suicidio.

Los(as) médicos(as) también comprendían porqué una mujer no abandona al abusador cuando empiezan los episodios violentos y la complejidad de la separación. Así, los médicos habían descartado las ideas de que las mujeres son débiles y, de alguna manera, responsables de la violencia en su contra.

En algunas era, pues, el Síndrome de Estocolmo que nos comentaban, en otras era porque ellas quieren separarse pero piensan que va a cambiar el esposo [...] otra de las causas es que aunque a lo mejor no se separan, ellas están buscando la manera de salirse pero no lo hacen inmediatamente, ¿no?

Lo que nos decían, ¿no? No tiene los elementos suficientes, porque a veces se va y vuelve a regresar, ¿no? Pero vuelve a regresar para unir más cosas para poder prepararse y volverse a ir.

La médica que hizo esta última declaración, también entendía los riesgos para la paciente si el(la) prestador(a) o el(la) abogado(a) insistían en que se tomaran acciones contra el marido:

Es que una paciente cuando pone su demanda, es cuando más casos de homicidio se dan, digo. ¿A cuántas ya las mandamos indirectamente al otro lado?

Percepción del rol y experiencia de casos

De los(as) seis médicos(as) del GDF entrevistados(as), cuatro ya habían detectado casos de abuso entre sus pacientes en el momento de las entrevistas. Estos(as) médicos(as) habían asumido activamente el compromiso de detectar y atender a las víctimas de abuso y dijeron indagar ya, rutinariamente, entre sus pacientes sobre la violencia doméstica. Los(as) otros(as) dos informaron que sólo habían visto pacientes con síntomas y quejas que no consideraban relacionados con la violencia doméstica. Ningún médico(a) había empezado a dar pláticas o a diseminar información en la comunidad sobre prevención de la violencia.

De los(as) cuatro médicos(as) que habían detectado víctimas de abuso, tres dijeron estar trabajando con sus enfermeras(os) y siguiendo los pasos aprendidos en el curso: preguntar sobre el abuso; escuchar a la pa-

ciente, evaluar el nivel de abuso, ayudarla a planear para una emergencia, referirla a una agencia especializada y dar seguimiento.

Bueno, primero le hice el interrogatorio. Una vez que hice el interrogatorio, pues ya la evaluación de riesgo es que está en el primer grado de abuso, entonces, lo que hice fue hacerle ver que ella está en una relación donde la violencia está empezando [...] como este tipo de violencia puede seguir aumentando, yo lo que le hice saber es lo que tenemos nosotros para prevenir este tipo de violencia para si es posible mejorar la relación.

Le dijimos que estábamos para ayudarla, que cómo había sucedido esta situación, que si quería contarnos, y ella empezó a decirnos todo. Entonces le dijimos que si estaba dispuesta a ver qué tipo de violencia y qué riesgo tenía, y que esto iba a quedar en la consulta médica, entonces ella dijo que sí y aquí está. La mandamos al CAVI y le dijimos que regresara para ver cómo le había ido.

Aunque no se había implantado una política de detección y manejo de víctimas de abuso en los consultorios médicos del GDF, esta institución permitió que se distribuyera un formato para registrar mensualmente los casos que detectaran los(as) médicos(as). El formato se empezó a llenar en septiembre de 1998 y, por lo tanto, todavía no se tienen resultados disponibles. Sin embargo, esto puede haber influido a los(as) médicos(as) que reportaron estar detectando casos de abuso, ya que todos(as) ellos(as) estaban usando el formato.

5. Difusión de resultados y materiales

Esta etapa incluyó la elaboración de 25,000 folletos informativos para ser repartidos en clínicas, hospitales y consultorios médicos, tanto públicos como privados de la República mexicana. Cabe mencionar que durante el proyecto se creó una base de datos a fin de realizar una distribución efectiva y registrar la magnitud de la misma. Asimismo, se diseñaron 600 carpetas de presentación con paquetes informativos que se enviarán a personas con capacidad para tomar decisiones respecto a políticas a seguir en relación con la violencia contra la mujer. Además, se encuentran en imprenta 300 manuales para instructores/multiplicadores del taller.

Conclusiones y recomendaciones

- Tanto en el hospital general como en los consultorios médicos había gran necesidad e interés en recibir más información sobre violencia contra la mujer.
- En ambas instituciones se detectaban casos de violencia, aun cuando no existía un protocolo específico para el manejo de dichos casos.
- El programa de capacitación tuvo un impacto cuantitativo significativo sobre los conocimientos del tema, y un impacto cualitativo en la práctica médica.
- No obstante, para que en la práctica haya un cambio significativo, es imperativo que el tema de la violencia doméstica se adopte formalmente y se institucionalicen protocolos para su manejo integral.
- Por lo mismo, la difusión de información sobre este tema, incluyendo la promoción del programa de capacitación, es de vital importancia.

Notas

¹ Aunque sabemos que muchos(as) niños(as) también son víctimas de violencia doméstica, para el propósito de este proyecto utilizaremos dicho término para describir la violencia ejercida contra la mujer por una pareja íntima.

Referencias

American Medical Association, 1994, Diagnostic and treatment guidelines on domestic violence. [Guía para el diagnóstico y tratamiento de la violencia doméstica] Chicago: American Medical Association.

CONASIDA-Epidemiología, 1996, Ene/Mar., *SIDA/ETS 2(1)*. (Publicación cuatrimestral).

Fawcett, G., Isita-Espejel, L., Pick, S., & Heise, L., 1997. Changing Community Norms Toward Wife Abuse: A Research and demonstration project in Iztacalco, Mexico [Cambiando las normas comunitarias respecto al abuso de las esposas: Investigación y proyecto demostrativo en Iztacalco, México]. (Tech. Rep. No. 2) Washington D.C.: International Center for Research on Women, and Mexico City: IMIFAP.

Granados, M., 1995, Salud reproductiva y violencia contra la mujer, una aproximación desde la perspectiva de género. El caso de la zona metropolitana de Monterrey. Resumen no publicado, Consejo Estatal de Población, Monterrey, México.

Heise, L. L., Pitanguy, J. & Germain, A., 1994, Violence against women. The hidden health burden. [Violencia contra las mujeres. La carga oculta sobre la salud]. Washington, D.C.: The World Bank.

Heise, L., Moore, K., & Toubia, N., 1995, Sexual Coercion and Reproductive Health: A Focus on Research. [Coerción sexual y salud reproductiva: un enfoque en la investigación]. New York: Population Council.

Hadley, S. M., Short L. M., Lezin, N. Zook, E., 1995, Womankind: An innovative model of health care response to domestic abuse. [Ser mujer: un modelo innovador de respuesta de los sistemas de salud al abuso doméstico]. *Women's Health Issues*, 5(4), 189-198.

Jackson, J. K., 1994, Understanding survival responses of battered women. [Comprendiendo las respuestas de supervivencia de las mujeres maltratadas]. *MD Medical Journal*, 43(100), 871-875.

King, C. & Ryan, J., 1996, Woman abuse: The role of nurse-midwives in assessment. [El abuso de las mujeres: el rol de las parteras en la valoración]. *Journal of Nurse-Midwifery*, 41(6), 436-441

McLeer, S. V., Anwar, R., 1989, A study of women presenting in an Emergency Department. [Un estudio de mujeres que se presentan en un departamento de Urgencias]. *American Journal of Public Health* 79, 65-67

Parker, B., McFarlene, J., & Soeken, K., 1994, Abuse during pregnancy: effects on maternal complications and birth weight in adult and teenage women. [Abuso durante el embarazo: efectos sobre el peso del producto al nacer y complicaciones maternas]. *Obstetrics and Gynaecology*, 1994, 94(3), 323-328.

Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal (PGJDF), 1997, Violencia sexual e intrafamiliar: Modelos de atención. Ciudad de México: PGJDF.

Ramírez Rodríguez, J.C. & Uribe Vásquez, G., 1993, Mujer y violencia un hecho cotidiano. *Salud Pública de México* 1993, 35, 148-160.

Ramírez, J.C. & Vargas, P.N., 1997, marzo, ¿Qué tan serio es el problema de la violencia contra la mujer? Algunas datos para la discusión. Ponencia presentada en el VII Congreso Nacional de Investigación en Salud Pública. Cuernavaca, México.

Rodríguez, M. A., Szkupinski, S. & Bauer, H. M., 1996, Breaking the silence: Battered women's perspectives on medical care. [Rompiendo el silencio: perspectivas de las mujeres maltratadas en relación al cuidado médico]. *Archives of Family Medicine*, 5, 153-159.

Romero, M. & Tolbert, K., 1995, June, La consulta externa como oportunidad de detección de la violencia doméstica. Trabajo presentado en National Council of International Health Conference, Crystal City, VA.

Shrader Cox, E. & Valdez Santiago, R., 1992, La violencia hacia la mujer mexicana como problema de salud pública: La incidencia de la violencia doméstica en una microregion de Ciudad Nezahualcoyotl. Ciudad de México, Centro de Investigación y Lucha contra la Violencia Doméstica (CECOVID).

Titus, K., 1996, June, When physicians ask, women tell about domestic abuse and violence. [Cuando los médicos preguntan, las mujeres hablan del abuso doméstico y la violencia]. *Online Journal of the American Medical Association*

ciation. Disponible en: http://www.ama-assn.org/sci-pubs/journals/archive/jama/vol_275/no-24/mn6108.htm.

Valdez, R. & Sanín, L., 1996. La violencia doméstica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer. *Salud Pública de México*. 38, 352-362.

World Health Organization (WHO), 1997, *Violence against women*. [Violencia contra las mujeres]. (Folleto). Geneva, WHO.

Otros títulos de la serie

Documento de trabajo núm. 1. *La anticoncepción de emergencia como elemento de la atención a víctimas de violación*

Ricardo Vernon, Raffaella Schiavon, Silvia E. Llaguno

Documento de trabajo núm. 2. *Educación sobre salud sexual y reproductiva en áreas indígenas de Guatemala a través de maestros bilingües*

Gloria Cospín, Ricardo Vernon

Documento de trabajo núm. 3. *Oferta sistemática de servicios de planificación familiar y salud reproductiva en Guatemala*

Ricardo Vernon, Emma Ottolenghi, Federico León, Jorge Solórzano

Documento de trabajo núm. 4. *Incrementando la utilización de servicios de salud reproductiva en una clínica de Lima*

Aníbal Velásquez, Lissette Jiménez, Adolfo Rechkemer, María E. Planas, Federico R. León, Rubén Durand, Alicia Calderón

Documento de trabajo núm. 5. *Estrategias de información sobre anticoncepción de emergencia*

Martha Givaudan, Ricardo Vernon, Carmen Fuertes, Susan Pick

Documento de trabajo núm. 6. *Encuesta de necesidades de información, educación y comunicación (IEC) sobre salud reproductiva en seis etnias en México*

Javier Cabral, Ángel Flores, Francisco Huerta, Carmen Baltazar, Fabiola García, Concepción Orozco, Carlos Brambila

Documento de trabajo núm. 7. *Costos de las consultas de atención integral en salud reproductiva en Guatemala*

Carlos Brambila, Jorge Solórzano

Documento de trabajo núm. 8. *Uso de listados para detectar y referir mujeres a los servicios de salud reproductiva*

Luis Améndola, Delmy Euceda, Rebecka Lundgren, Irma Mendoza, Norma Ali