

FEDERACIÓN LATINOAMERICANA
DE SOCIEDADES DE OBSTETRICIA Y
GINECOLOGIA (FLASOG)



FLASOG

COMITÉ DE DERECHOS SEXUALES
Y REPRODUCTIVOS

*PROPUESTA DE ESTÁNDARES
REGIONALES PARA LA
ELABORACIÓN DE PROTOCOLOS
DE ATENCIÓN INTEGRAL
TEMPRANA A VÍCTIMAS DE
VIOLENCIA SEXUAL*



FLASOG

COMITÉ DE DERECHOS SEXUALES
Y REPRODUCTIVOS

PROPUESTA DE ESTÁNDARES REGIONALES PARA LA ELABORACIÓN DE PROTOCOLOS DE ATENCIÓN INTEGRAL TEMPRANA A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Autor:

Dr. José David Ortiz Mariscal

El autor agradece al Dr. Cristiao Fernando Rosas su asistencia
en el planeamiento y diseño de la presente publicación.

Editor responsable:

Dr. Luis Távara Orozco

Coordinador del Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos, FLASOG

Lima, Perú, enero 2011

Propuesta de estándares regionales para la elaboración de protocolos de atención integral temprana a víctimas de violencia sexual

Edición enero 2011

Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos
PROMSEX

Av. José Pardo 601, Oficina 604, Miraflores, Lima 18, Perú.

Teléfono: (511) 447-8668 / Fax: (511) 243-0460.

www.promsex.org

Federación Latino Americana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología

Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos

Calle Los Almendros 265-103. Residencial Monterrico, La Molina, Lima, Perú

Autor:

Dr. José David Ortiz Mariscal

Editor responsable:

Dr. Luis Távara Orozco

Corrección de estilo

Rosa Cisneros

Diseño y diagramación

Julissa Soriano / Susana Perrottet

Fotografía

©iStockphoto.com

Impresión

erre&erre artes gráficas. Calle Mama Oclo 1916, Lima 14 - Perú.

Hecho depósito legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2010-16698

ISBN: 978-612-45897-5-1

Primera edición, enero 2011.

Lima, Perú.

Las opiniones expresadas en este documento son de estricta responsabilidad de sus autores y no del Fondo de Población de Naciones Unidas/LACRO

COMITÉ EJECUTIVO DE FLASOG 2008-2011

Presidente: Dr. Nilson Roberto De Melo

Secretario: Dr. Fernando Eduardo Protta

Tesorero: Dr. Luciano De Melo Pompei

Past Presidente: Dr. Angel Terrero

Vice Presidente Grupo Bolivariano: Dr. Pedro Faneite

Vice Presidente Países del Cono Sur: Dr. Jorge Sarrouf

Vice Presidenta para Centro América: Dra. Mercedes Abrego de Aguilar

Vice Presidente para México y Caribe: Dr. Javier Santos

Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos 2008-2011

Coordinador: Dr. Luis Távora Orozco

Coordinador para México y Caribe: Dr. José Figueroa

Coordinadora para Centro América: Dra. Marina Padilla de Gil

Coordinador para los países Bolivarianos: Dr. Pio Iván Gómez

Coordinador para los países del Cono Sur: Dr. José-Enrique Pons

Representante de las organizaciones de la Sociedad Civil:

Mag. Susana Chávez

Presentación

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) definió la violencia contra las mujeres como “cualquier acto de violencia basado en género que resulta en daño físico, sexual o psicológico o sufrimiento de las mujeres, incluyendo las amenazas de tales actos, coerción o deprivación arbitraria de la libertad, sea que ocurra en la vida pública o privada”.

La violencia contra las mujeres incluye abuso sexual contra las niñas, violencia relacionada a la dote, la violación –que comprende la violación marital y las prácticas tradicionales de abuso contra las mujeres, como la mutilación genital femenina–. También incluye el acoso sexual e intimidación en el trabajo y en la escuela, tráfico de mujeres, prostitución forzada y violencia perpetrada o condonada por el Estado, tal como la violación durante la guerra.

Vivir una vida sexual sin violencia es un derecho humano básico. Sin embargo, en todos los países la violencia expresada en diversas formas

afecta a las mujeres de los diferentes grupos. Las mujeres que se encuentran más desamparadas y las que viven en escenarios de disturbios civiles, conflictos o guerra corren aún mayor riesgo de padecer la violencia.

La edad no es una barrera que evita la violencia, puesto que las niñas, las adolescentes y las mujeres adultas pueden sufrir lesiones físicas y psicológicas y, en casos extremos, la muerte. Sin embargo, son las mujeres en edad reproductiva las que quizás afrontan las mayores consecuencias. Si la mujer es víctima de violencia puede sufrir repercusiones que duran toda la vida, y las que padecen abuso durante la niñez corren aún mayores riesgos de convertirse en víctimas durante su edad adulta.

La tolerancia social de la violencia hace difícil que la mujer denuncie el abuso físico y sexual, por tanto la información estadística resulta cuestionable. Los profesionales de la salud, debido a su orientación eminentemente biomédica, no indagan en las mujeres que atienden, no le dan la debida importancia, porque consideran que es un asunto privado. A su vez, las mujeres que han sido violentadas sexualmente evitan hacer una denuncia por cuanto no confían en los proveedores de salud, ni en los que imparten justicia.

Alrededor del mundo, al menos una mujer de cada tres ha sido agredida o coaccionada sexualmente, o ha sido víctima de alguna otra forma de abuso sexual alguna vez en su vida; el abusador con frecuencia es un miembro de su propia familia. Una de las formas más comunes de violencia contra las mujeres es el abuso por parte de sus maridos o parejas íntimas, quienes la ejercen como una forma de control sobre ellas. La coerción sexual existe como un continuo, desde la violación forzada hasta otras formas de presión que empujan a las niñas y mujeres a tener sexo en contra de su voluntad. Para muchas mujeres la iniciación sexual fue un hecho traumático acompañado de fuerza y miedo.

La violencia existe desde siempre, pero recién en las últimas tres décadas del siglo XX se le empieza a tratar en forma abierta, lo que originó la elaboración de políticas públicas en algunos países luego de las Conferencias de El Cairo y Beijing.

Dado que la violencia sexual es un problema de salud pública y de derechos humanos y que esta agresión contra la mujer provoca graves consecuencias físicas, mentales y sociales, así como graves secuelas en la vida sexual y reproductiva, el Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de FLASOG ofrece a los lectores de este reporte de consultoría una propuesta de los estándares regionales para la atención de la violencia sexual. El autor de la misma, que cuenta con su amplia experiencia, hizo una extensa consulta bibliográfica y una revisión de los protocolos y guías de manejo a víctimas que se han editado en diferentes países de América Latina y El Caribe –que permite realizar una comparación entre los mismos–, con el propósito de contribuir a unificar criterios en el manejo de este importante problema de salud.

El editor de este reporte quiere agradecer en nombre del Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de FLASOG a los doctores José David Ortiz Mariscal, de México, y Cristiao Rosas, de Brasil, por sus excelentes aportes a esta publicación.

Lima, diciembre 2010

Luis Távara Orozco

Coordinador del Comité de Derechos Sexuales
y Reproductivos, FLASOG

Introducción

La Organización Mundial de la Salud define la violencia sexual como “todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo”. (Jewkes and cols. *World Report on Violence and Health*. WHO, 2002).

La violación sexual es una forma de violencia sexual. Constituye uno de los mayores daños que puede sufrir una persona. Tiene consecuencias inmediatas, mediatas y a largo plazo. Las personas son sometidas por la fuerza, por chantaje, por coerción u otro tipo de presión emocional para realizar actividad sexual en contra de su voluntad. Este hecho atenta contra la libertad y la dignidad personales, y genera trastornos en la integridad de la persona violada y en su entorno. La persona sufre la pérdida de su autonomía, confianza, seguridad, control y autoestima.

Para fines de esta propuesta de estándares para elaborar un protocolo se entiende como violación sexual a “la penetración vaginal, anal u oral con el pene y/o cualquier otro tipo de órgano u objeto usando la fuerza o la coerción o cualquier otro tipo de presión emocional. (*Atención Médica a Personas Violadas*. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva Secretaría de Salud de México, Diciembre de 2004).

Las relaciones sexuales forzadas son, casi siempre, violentas, en ocasiones tumultuosas (ocasionadas por varias personas), a veces repetitivas, lo cual

incrementa el riesgo de adquirir Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), incluyendo el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), ya que al desgarrarse las paredes vaginales, o anales, o las mucosas orales durante la penetración forzada, se facilita su transmisión.

Después de un ataque sexual, las posibilidades y riesgos de un embarazo forzado y de contraer una ITS son muy altas. Diferentes estudios revelan una probabilidad de 10 a 30% de presentar un embarazo forzado (De la Garza-Aguilar J, Díaz ME. “Elementos para el estudio de la violación sexual”. *Salud Pública Mex.*1997; 39:539-545) y de 10 a 20% de adquirir una ITS (Martin SL, Matza IS, Kupper L, Thomas JC, Daly M, Cloutier S. “Domestic violence and sexually transmitted diseases: The experience of prenatal care patients”. *Public Health Report* 1999; 114(3): 262-268).

Es importante reconocer que la atención oportuna y de calidad, tiene un impacto positivo y significativo en la atención de las consecuencias y en la prevención de complicaciones de la violación, que afectan la calidad de vida al perpetuar los daños emocionales, biológicos y sociales, entre los que se encuentran el embarazo forzado y las infecciones de transmisión sexual.

Es muy recomendable que el personal proveedor de servicios de salud conozca y aplique estos lineamientos básicos de atención propuestos, pues ello tendrá un efecto determinante en el logro de mejores alternativas de atención y resolución para las personas sobrevivientes de violación. El primer contacto puede ser la única oportunidad para ayudar a la persona violada a enfrentar este difícil proceso.

*Premisas Básicas
Para La Atención*

Premisas Básicas Para La Atención

- Debe centrarse en las necesidades de la mujer.
- El personal de salud debe mostrar una actitud comprensiva y solidaria.
- Escuchar activamente a la persona.
- Brindar un trato digno, respetuoso, sensible, neutral, empático.
- Expresar su comprensión por la magnitud y trascendencia del daño sufrido por la mujer.
- No ser inquisitivo.
- Evitar comentarios, actitudes, juicios de valor o acciones que la re-victimicen.
- No limitar la atención a la situación de emergencia estrictamente médica.
- Actuar siempre bajo los principios bioéticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia, justicia y equidad durante la atención.

*Elementos y acciones
necesarias para garantizar
el proceso integral de
atención a víctimas de
violencia sexual desde el
sector salud*

Elementos y acciones necesarias para garantizar el proceso integral de atención a víctimas de violencia sexual desde el sector salud

Las víctimas de violencia sexual y sus familias requieren acompañamiento, además de un trato respetuoso, digno, oportuno y eficaz, con el fin de lograr el restablecimiento de los derechos vulnerados y atender sus necesidades de salud física y mental, seguridad, protección y justicia. La violencia sexual es un problema de salud con implicancias no solo jurídicas, puesto que se trata de una vulneración de derechos fundamentales y de un delito. La violencia sexual, especialmente la violación reciente, *es una urgencia médica*.

Para garantizar la calidad de la atención a las víctimas y a sus familias, los servicios de salud deben tomar las medidas pertinentes de formación y capacitación de las personas responsables de la atención y orientación de los mismos. La atención integral es un compromiso del conjunto de la institución.

Competencias institucionales

Cuando se detecta un posible caso de violencia sexual en alguno de los servicios de salud (urgencias, consulta externa de medicina general, servicios de pediatría, servicios de salud sexual y reproductiva, psiquiatría, ginecología o cualquier otro servicio, incluidos los de atención a comunidades) o cuando el caso es remitido por otra institución, se requiere la atención de un equipo interdisciplinario de salud en esta área, con sensibilidad y entrenamiento para abordar de manera integral esta problemática.

La institución de salud receptora de casos de violencia sexual debe responder con las siguientes acciones:

Conformar Equipos Multidisciplinarios Especializados de Respuesta Inmediata (EMERI)

Cada hospital con servicio de Gineco-Obstetricia debe integrar un equipo multidisciplinario especializado para la atención a víctimas de violencia sexual y sus familias, y definir las funciones y competencias de los profesionales de acuerdo a esta propuesta, para no duplicarlas.

Se sugiere que el equipo multidisciplinario de atención en salud a víctimas de violencia sexual esté conformado por profesionales de las siguientes áreas:

- Área de atención médica.
- Salud mental (psicología o si es posible psiquiatría).
- Enfermería.
- Área de trabajo social.
- Área administrativa.

El líder del equipo interdisciplinario debe ser el médico. Es conveniente que la Institución hospitalaria designe en cada turno una persona como *facilitador/a o coordinador/a* de este equipo, que puede pertenecer al área administrativa.

El equipo multidisciplinario *previamente capacitado* debe poner en marcha un programa de intervención a sobrevivientes de violencia sexual, siguiendo los lineamientos y orientaciones sugeridas en el presente documento. En el equipo se deben construir formas de comunicación efectivas y tener claro que la protagonista principal es la persona víctima de violencia sexual, por lo que el manejo deberá estar centrado en sus necesidades. También deben existir acuerdos en la forma de trabajo; por ejemplo, si existe un cambio de alguno de los integrantes, su reemplazante debe ser capacitado antes del inicio a la atención. Es importante considerar el perfil de los profesionales, la identificación con este tipo de servicios y la voluntariedad.

Definir el perfil de los integrantes del Equipo Multidisciplinario Especializado de Respuesta Inmediata (EMERI)

Aunque se reconoce la dificultad para conformar varios equipos de esta naturaleza en los hospitales, debe hacerse un esfuerzo para seleccionar adecuadamente a sus integrantes. Se sugiere que esté integrado por médicos capacitados pertenecientes al personal del hospital, por residentes de la especialidad de Ginecología y Obstetricia del más alto rango posible, de preferencia del sexo femenino, y por personal de enfermería, trabajo social y del área de salud mental.

Requisitos para integrarse a un Equipo Multidisciplinario Especializado de Respuesta Inmediata

- Estar familiarizada/o con el problema de la Violencia Basada en Género (VBG).
- Poseer firmes convicciones de respeto por los derechos humanos, particularmente los de las mujeres, las niñas y los niños.

- Conocer la existencia de la normativa internacional y nacional sobre los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.
- Ser sensibles a la opresión, discriminación y violencia hacia las mujeres.
- Revisar de manera periódica las propias actitudes y creencias para detectar y cambiar aquellas que podrían minimizar, justificar y/o disculpar los delitos de VBG, particularmente los que ocurren en el seno familiar en contra de las mujeres, niñas y niños. También, aquellas actitudes que culpan a las víctimas de la violencia recibida.
- No exhibir comportamientos violentos, especialmente hacia mujeres, personas mayores o con discapacidad, niñas, niños y adolescentes.
- Tener la capacidad de comprender y trabajar con mujeres de diferentes culturas, valores, posición socioeconómica y orientación sexual.
- Tener suficientes conocimientos relativos a su profesión.
- Tener conocimientos básicos de ginecología forense.

Principios éticos que deben guiar el trabajo del equipo (o del personal, si no es posible formar el equipo)

- *Estar libres de violencia.* Esto significa: No exhibir conductas violentas hacia otras personas, especialmente en los problemas relacionados con el tema de VBG. En este sentido, debe estar fuera de toda discusión la exclusión de ofensores/as físicos y sexuales contra mujeres adultas, adolescentes, niñas y niños. Bajo ninguna circunstancia se favorecerá o permitirá que perpetradores documentados o conocidos de abuso físico o sexual proporcionen servicios a las víctimas. Asimismo, los/as proveedores/as deben examinar atentamente y trabajar con sus propias experiencias pasadas o presentes de victimización.
- *Ajustarse a un modelo de respeto y aprecio* por experiencias de vida diferentes a las propias, incluyendo posición socioeconómica,

religión, orientación sexual, edad y nacionalidad, entre otras. Los/as integrantes del equipo se preocuparán permanentemente por fomentar en el ambiente de trabajo y en sus familias, relaciones solidarias e igualitarias.

- *No emplear lenguaje sexista o discriminatorio* en razón del género, en todas sus actividades.
- *Trabajar activamente por el respeto de los derechos humanos* de mujeres adultas, adolescentes, niñas y niños, expresado fundamentalmente en acciones a favor de controlar el riesgo de la re-victimización.
- *Tener conciencia de que las diferentes teorías, tanto sociales como médicas, psicológicas y legales*, entre otras, se aplican tradicionalmente a los hombres de manera diferente que a las mujeres. Esto limita en ellas el desarrollo de su potencial humano completo. Por esta razón, se buscarán alternativas de interpretación de la realidad que sean útiles y aplicables a las mujeres.
- *No tener limitaciones preconcebidas* acerca de la naturaleza de los cambios potenciales de las mujeres, independientemente de su edad, su nivel educativo, la naturaleza de sus relaciones o el tiempo de las mismas.
- Todos los servicios profesionales que brinden estarán *orientados al respeto* y aplicación de los derechos de la mujer.
- La atención otorgada deberá estar orientada desde una *perspectiva de género*, esto significa disminuir la discriminación, la inequidad y la opresión.
- Aceptar que las *necesidades de las usuarias se ubican en un orden superior* a las de los integrantes del equipo.
- *Nunca anteponer los deseos, preferencias, valores y creencias propios* cuando no son semejantes a los de las pacientes.
- Capacitación a los integrantes de los Equipos Multidisciplinarios
- Los integrantes de los equipos especiales deben conocer:
 - El marco jurídico legal y normativo de la violencia sexual.
 - El marco conceptual de la atención a la mujer con agresión sexual reciente.

Como se respetan y aplican los derechos humanos, sexuales y reproductivos durante el proceso de atención.

- Los principios de la bioética como marco de abordaje de las decisiones médicas y de las pacientes.
- La importancia de los conceptos justicia social y equidad de género en la práctica médica.
- Conocer a profundidad el protocolo de atención clínica y forense del hospital y dominar los aspectos específicos que les corresponden como miembros del equipo.
- El manejo interdisciplinario de los casos de violación sexual reciente en los servicios de emergencia.
- El abordaje inicial de la mujer con agresión sexual.
- Los principios básicos de la entrevista médica en casos de violación sexual reciente.
- La evaluación psicológica en emergencia en casos de agresión sexual reciente
- El interrogatorio y exploración física con enfoque forense. Descripción forense de lesiones.
- El diagnóstico de sospecha y de certeza de una agresión sexual reciente.
- La evaluación de laboratorio, de gabinete y toxicológico.
- Los esquemas de tratamiento y profilaxis.
- Toma de evidencias forenses y su almacenamiento con técnica forense.
- La importancia de la correcta obtención de las muestras biológicas y la identificación del ADN.
- El correcto llenado de la historia clínica en casos de violencia sexual reciente. Su correcto llenado para fines forenses.
- La consejería en violencia sexual.
- Como elaborar el dictamen final, después de la atención.
- La atención de casos especiales.
- Como elaborar el plan de seguimiento.
- Como elaborar el plan de seguridad.
- Las redes de apoyo.

Supervisión

La supervisión es un trabajo indispensable en todo programa de atención a mujeres que han sufrido una violación sexual. Es fundamental que se evite:

- a. Que el personal incurra en faltas éticas, básicamente en lo relacionado con la privacidad, la confidencialidad y el respeto y aplicación de los derechos de las mujeres que acuden a los servicios de salud.
- b. Dejar de lado el protocolo de atención a sobrevivientes de violencia sexual del establecimiento de salud
- c. No cumplir adecuadamente con el papel que le corresponde a cada uno/a dentro del equipo.

La supervisión debe llevarse a cabo en función de las necesidades de las mujeres y no de las/os integrantes del equipo que otorgan servicios directos.

Es recomendable que se ubique la supervisión no como un hecho aislado, sino como parte del proceso de formación continua del personal.

Objetivos de la atención a sobrevivientes de violación

- a. Restaurar su salud y bienestar físico, mental y social.
- b. Evaluar y tratar las lesiones.
- c. Prevenir infecciones de transmisión sexual y embarazo.
- d. Prevenir secuelas físicas y psicológicas.
- e. Proporcionar consejería y seguimiento.
- f. Recabar evidencias médico legales (donde esto sea posible).

Tipos de casos que se reciben

Existen dos tipos de casos, según el momento en que las víctimas deciden buscar atención:

Casos inmediatos

Aquellas personas que acuden en busca de atención en servicios médicos dentro de las primeras 72 horas de ocurrido el ataque sexual. En esta situación se cuenta con el tiempo suficiente para recurrir a la anticoncepción de emergencia y a la profilaxis de ITS y del VIH, así como para recabar evidencias médico-legales.

Casos tardíos

Sobrevivientes que acuden a su atención por consecuencias de violación después de 72 horas. Pueden transcurrir largos períodos (semanas, meses, años). En muchos casos se pierde la evidencia médico-legal, aunque algunas pueden perdurar por años (por ejemplo lesiones, cicatrices y rastros en la ropa siempre que no se haya lavado, además de las secuelas emocionales). Dependiendo del tiempo transcurrido, podrá recurrirse a profilaxis o tratamiento contra ITS y VIH.

*Intervenciones para la
atención: evaluación de
salud y forense. Estándares*

Intervenciones para la atención: evaluación de salud y forense. Estándares

Estos estándares están dirigidos a orientar el manejo de los casos de *violación reciente y su seguimiento* y deberán ajustarse al marco legal de cada entidad local, regional y/o nacional.

ESTÁNDAR 1.

PRINCIPIOS GENERALES

PARA EL MANEJO INTEGRAL DE ESTOS CASOS

- Ofrecer un adecuado acogimiento: La acogida es una *actitud* de recibimiento cálido, abierto a escuchar, sanar, facilitar y responder a la demanda de ayuda de una persona que acude al servicio de salud. Una buena acogida demuestra respeto, trato digno, no discriminatorio y sin prejuicios.
- Ofrecer un recibimiento cálido, en un espacio privado y seguro. Poner a la persona en estado de comodidad física.
- Mostrar gentileza para escuchar, preguntar, hablar y tratar.
- Promover un ambiente de confianza, de seguridad, y de respeto a su situación.
- Facilitar la expresión de los sentimientos y emociones de la víctima (silencios, llanto, ira).
- Ofrecer una comprensión humana y sincera a la persona que llega y promover una perspectiva de esperanza realista frente a los dilemas que atraviesa.

- Respetar y tratar dignamente, sin discriminación ni prejuicios.
- Garantizar la confidencialidad en el manejo de la información, advirtiendo sobre los límites de la misma (leyes que requieren que los/as proveedores/as de salud reporten los casos de violencia).
- Expresar claramente a la víctima que nunca está justificada la violencia en las relaciones humanas.
- Demostrar a la víctima que se le cree, no poniendo en duda los hechos o comentarios vertidos.
- No interrumpir mientras la persona está hablando ó mientras está contando su historia.
- Mantener en todo momento una actitud empática y de escuchar activamente, de forma tal que se facilite la comunicación (dejar que hable libremente).
- Informar detalladamente qué se le va a hacer, dónde y por quién: preguntas, exámenes, procedimientos para la toma de muestras, etc.
- Realizar contención emocional, en caso de necesidad.
- Hacer sentir a la víctima que ella no es culpable de la violencia que sufrió, que no sienta vergüenza.
- Evitar dar consejos descontextualizados y no emitir juicios de valor.
- Ayudar a la víctima a ordenar sus ideas y a tomar decisiones asertivas que favorezcan cambios a su situación actual.
- Evitar la imposición de criterios o decisiones. Respetar las decisiones de la usuaria.
- No confrontarla con el agresor.
- Saber remitir adecuadamente a la red de apoyo pertinente; no subestimar las situaciones de peligro para la persona.

Durante todo el proceso de ayuda, el/la profesional de salud debe desplegar tres destrezas básicas: empatía, respeto sin prejuicios y autenticidad en la comunicación.

En buena medida, estos principios garantizan mantener parámetros mínimos de efectividad en la intervención. El proceso de ayuda se terminará cuando se hayan atendido las necesidades de la persona sobreviviente que surgieron a raíz de la violación. Toda vez que la persona sobreviviente sea capaz de manejar los problemas que cada necesidad representa hacia una solución adecuada, estará en disposición de reintegrarse a la rutina de vida que llevaba previa a la violación.

ESTÁNDAR 2.

MANEJO EN ADMISIÓN HOSPITALARIA

La persona sobreviviente de una agresión sexual merece un trato humano y de respeto, iniciado por la persona de primer contacto de un hospital. Se debe prestar especial atención a sus necesidades, antes, durante y después del proceso de atención.

Todo/a profesional y el personal en general, debe estar consciente de que, para una persona sobreviviente, la evaluación médico-forense puede ser una experiencia amenazante, traumatizante y tan impactante como la agresión sufrida. Incluso, la literatura nos dice que es uno de los eventos en que más re-victimización sufre una sobreviviente. Un personal sensible y respetuoso de la condición y de las necesidades de la persona sobreviviente puede proveer un apoyo extraordinario a la salud física y emocional de ésta, contribuyendo al proceso de recuperación y a la prevención de condiciones de salud crónicas como resultado de la agresión.

ESTÁNDAR 3.

INSTALACIONES O FACILIDADES FÍSICAS

Las instalaciones que otorgan los servicios deben garantizar la *privacidad*, *confidencialidad* y *seguridad* a las personas sobrevivientes de violencia sexual. Para cumplir con esta obligación, cada hospital proveerá un lugar privado –sin que se señale el tipo de personas que allí son atendidas– en la sala de emergencia donde la persona sobreviviente pueda esperar a ser evaluada.

En este lugar se le tomará el historial social, médico y forense, las muestras de laboratorio establecidas en el protocolo, se realizará la recolección de otras evidencias médico-forenses (si el espacio lo permite), se le ofrecerá el tratamiento preventivo y curativo, el plan de seguimiento y seguridad y se tramitará su internamiento al hospital, de ser necesario.

La sobreviviente de agresión sexual debe ser admitida directamente a esta área en sala de emergencia tan pronto es conocida la naturaleza de su situación. Es vital la provisión del servicio sin dilaciones ni burocracia con objeto de que se sienta en la confianza y certeza de que está siendo atendida con oportunidad y en un tiempo razonable.

Debe evitarse toda acción, proceso o vocabulario estigmatizante y prejuicioso. La *privacidad* es fundamental porque provee el espacio para hablar sobre lo sucedido sin temor a que otros/as le escuchen o le observen y sin la interrupción de la atención de los profesionales.

El espacio físico debe ofrecer *seguridad*, lo que le permitirá sentirse protegida y en control de lo que acontece. Esto es de gran importancia como parte del proceso de recuperación por ser de lo primero que pierde la persona sobreviviente.

Los contactos físicos y la entrada y salida del personal, debe limitarse al mínimo y con autorización de la persona sobreviviente y del médico o personal responsable del equipo de atención.

La confidencialidad debe mantenerse con todas las pacientes, especialmente en estos casos, ya que puede afectar no sólo la salud de la persona, sino también su seguridad y el proceso legal.

ESTÁNDAR 4.

PROCESO DE RECEPCIÓN

La recepción de las víctimas en el Servicio de Emergencias del hospital debe brindarse, como se ha mencionado antes, en un ámbito de privacidad, respeto, gentileza y eficiencia. *Este primer contacto es esencial para ganarse la confianza de la sobreviviente.*

Generalmente lo inicia el personal de enfermería. La/el enfermera/o que reciba a la persona sobreviviente tiene un papel crucial, su labor principalmente es escuchar, identificar la necesidad o preocupación central de la víctima, orientarla sobre los procedimientos y ofrecerle apoyo. Debe presentarse por su nombre completo y cargo, preguntar y anotar el nombre de la sobreviviente y corroborar el motivo que la trae al hospital.

Es esencial informarle a la persona sobreviviente lo siguiente:

1. Nombre y cargo de las/los profesionales que participarán en la intervención y explicación sobre su rol en la evaluación.
2. Los servicios que necesita y/o requiere y a los cuales tiene derecho.
3. El proceso e implicancia del consentimiento.
4. Los procedimientos a realizarse durante la evaluación médica y forense, así como la importancia de los mismos.

Deberá brindarle algunas palabras que le inspiren confianza de que el personal que la atenderá está bien preparado y tiene experiencia en el manejo de este tipo de casos. Tomará los datos necesarios para el completo registro del caso y sus signos vitales.

Corroborado el caso de una probable violación sexual, se desencadena la aplicación del Protocolo de Atención.

Es responsabilidad de la institución (hospital) determinar e identificar el personal que realizará la evaluación médica y forense en los casos de agresión sexual. La institución también es responsable de tener el personal adiestrado y/o facilitar el adiestramiento forense –médicos/as, enfermeras/os, psicólogos/os, trabajadoras sociales, personal de salud mental, etc. Lo ideal es que cuente con un *Equipo Multidisciplinario Especializado*.

También es responsable de tener accesible una copia del Protocolo para el Manejo Integral de casos de Violencia Sexual en los Servicios de Emergencia, el kit para la recolección de evidencias forenses, los reactivos y pruebas de laboratorio y los medicamentos necesarios.

La persona sobreviviente nunca deberá estar sola y menos con una persona extraña del sexo masculino, aunque se trate del médico. Podrá estar acompañada por un familiar o quien ella solicite, de preferencia del sexo femenino; pero durante el interrogatorio y relato de los hechos, quien le acompañe deberá guardar silencio y se ubicará detrás de la sobreviviente, con objeto de evitar interferencias o sesgos. Lo recomendable es que siempre esté acompañada por una enfermera, que además puede asistir al personal médico durante todo el proceso.

Si el estado mental y emocional de la sobreviviente lo permite se le pedirá, antes de iniciar la historia clínica, la firma del *Consentimiento*, leyendo paso a paso su contenido y preguntando si acepta cada una de

las intervenciones que se deben realizar. Si sus condiciones clínicas o emocionales no lo permiten, se puede diferir la explicación y firma para otro momento, pero siempre *antes de iniciar la exploración física y la toma de evidencias forenses*, que incluye muestras de sangre y orina.

Durante el proceso de atención la persona podrá negarse a que se le practique o se le realice alguna intervención y el personal deberá tomarlo en cuenta. Si no está en condiciones emocionales, se esperará a que lo esté. No se podrá realizar la exploración física ni la toma de muestras para laboratorio o recoger indicios o evidencias de valor forense, si no está firmado el documento de consentimiento diseñado especialmente para los casos de violencia sexual.

Es responsabilidad del médico informar y explicar cada una de las acciones o intervenciones que se pretende llevar a cabo y cerciorarse que las ha entendido completamente. Se sugiere no utilizar tecnicismos ni lenguaje médico que dificulte la comprensión.

Las acciones o intervenciones que se llevarán a cabo y que debe autorizar la sobreviviente son:

- Interrogatorio general y sobre el evento.
- Exploración física general.
- Exploración física ginecológica.
- Examen genital/ano rectal.
- Recolección de evidencias forenses.
- Tomar fotos de las lesiones y elaborar diagramas.
- Exámenes de laboratorio clínico y gabinete.
- Exámenes toxicológicos y alcoholemia.
- Recibir tratamiento médico y/o quirúrgico para las lesiones.
- Recibir los medicamentos necesarios para prevenir y/o tratar infecciones de transmisión sexual y embarazo.

ESTÁNDAR 5.

EVALUACIÓN INICIAL

Al recibir en el departamento de emergencias a una paciente que ha sufrido recientemente una agresión sexual (dentro de las primeras 72 horas), se debe determinar si su condición de salud es *estable o crítica*. En este último caso la atención médica para salvaguardar la vida es prioritaria, el examen forense queda diferido hasta que se establezca la condición clínica. Si la condición clínica de la paciente es estable o ya fue estabilizada, es importante ahora *determinar sus condiciones mentales y emocionales* derivadas del evento violento, pues su manejo posterior dependerá de ello.

EVALUACIÓN DE LAS CONDICIONES MENTALES Y EMOCIONALES

Consideraciones generales

Las personas afectadas por violencia sexual han sufrido una experiencia muy traumática y llegan en estado muy vulnerable, sobrepasadas por las emociones (angustia, rabia, hostilidad, vergüenza, culpa, miedo), atemorizadas por la posibilidad de ser nuevamente agredidas. Las víctimas pueden estar confundidas, sin dignidad, con dudas (por desconocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos), sin control de sus emociones, sin saber cómo reaccionar, indecisas por temor a las consecuencias de la agresión para ellas, sus familias (el agresor puede ser familiar o conocido), con sentimientos de venganza o rechazo, con poca confianza en los servicios de salud, la policía y las leyes.

Una atención de casos de violencia sexual inadecuada, debida a trámites excesivos, por no reconocer el estado emocional de la víctima, por discriminación, por culpabilización de la víctima, por desconocimiento o temor del personal de salud y de la víctima de las implicancias legales

por ser un delito, puede hacer inaccesible la posibilidad de atención física y psicológica de las víctimas y propiciar que la violencia continúe. Es muy importante hacerle sentir a la víctima que no está sola, que hay instancias de apoyo y ayuda en salud, legal, policial y social a las cuales tiene derecho y que están disponibles para ella.

Es importante validar los sentimientos y emociones de la paciente, nunca restarles importancia, más bien permitir su expresión con frases como: “Es normal que se sienta así”, “Cualquier persona en su lugar se sentiría así”. Explicar a la persona que es beneficioso para ella expresar sus sentimientos y dolor por la situación vivida.

Fortalecer la autoestima de la paciente reconociendo, resaltando y valorando sus capacidades personales (habilidades y recursos) para enfrentar la situación de violencia. Valorar que la persona haya buscado ayuda en el servicio de salud.

Utilizar este contacto inicial con la paciente para evaluar el riesgo y la magnitud del problema, especialmente si se trata de violencia familiar o por un conocido.

Informar a la persona que la violencia sexual es un factor de riesgo para un daño severo o muerte, especialmente en casos de violencia familiar, si no se atiende a tiempo.

Factores relacionados con el impacto de la agresión y las reacciones de sobrevivientes de agresiones sexuales

Existen varios factores que influyen en el impacto de la agresión y en la reacción de la víctima / sobreviviente ante el evento de una agresión sexual. Algunos de ellos son:

1. Tipo de agresión: por uno o varios perpetradores.

2. Relación con el agresor: extraño, conocido, familiar, pareja.
3. Intensidad del riesgo en la agresión: miedo a perder la vida, agresiones múltiples.
4. Duración de la agresión: horas, días, años.
5. Patrón de la agresión: repentino, repetitivo.
6. Auto percepción de la persona sobreviviente de la agresión: culpable, impotente, confundida, aislada, vulnerable.

Las preocupaciones principales de la persona víctima/sobreviviente adulta de una agresión sexual pueden ser:

1. Temor a que el agresor regrese.
2. Temor ante la reacción de la familia o redes de apoyo.
3. Temor a la soledad.
4. Infecciones de transmisión sexual: VIH, herpes, VPH, hepatitis y otras.
5. La evaluación forense.
6. Embarazo.
7. Dificultad de relacionarse con otras personas y confiar en ellas.
8. Necesidades de procesar y ventilar sus sentimientos de coraje, terror y/o vergüenza.
9. Sexualidad.
10. Procesar la experiencia.
11. Si el agresor es un familiar o su pareja: ambivalencia a presentar cargos
12. Inseguridad sobre su capacidad de supervivencia, necesidad de albergue, seguridad física de ella /el y de sus hijos.
13. Confidencialidad.
14. Conflicto de lealtades, pérdida de relación afectiva con el agresor o familiar.
15. Aspecto de los pares o presión de pares.
16. Proceso legal judicial.
17. Interponer la denuncia o querrela en la policía; el proceso judicial.
18. Sistema de apoyo significativo o familiar.
19. Credibilidad.
20. Crisis familiar.

Particularidades de la crisis en la agresión sexual

La agresión sexual es una experiencia de crisis para la víctima. Se diferencia de otras crisis (por ejemplo: el divorcio, la muerte de un familiar o de una persona significativa, el desempleo, etc.) por los siguientes factores:

- Es precipitada por un asalto violento en donde se ha utilizado la fuerza o la coerción, que impacta adversamente los componentes físico, emocional y social de la persona sobreviviente.
- Si la víctima decide tomar acción legal contra el/la agresor/a, se le solicita revivir, bajo circunstancias desagradables, los detalles del ataque. A diferencia de otras crisis, en ésta, la vida privada de la víctima se somete a un escrutinio intenso y público. En consecuencia, la integración y resolución de la crisis puede prolongarse más allá del tiempo que usualmente toman otras situaciones traumáticas.
- No siempre la persona sobreviviente puede contar con la empatía y apoyo de la comunidad, sino que en muchas ocasiones la respuesta social es de hostilidad y duda.
- El miedo a que la persona agresora ataque otra vez perpetúa el sentido de alerta, temor y desconfianza.
- Si la agresión ocurrió en el hogar, la víctima puede tener la necesidad de cambiar de residencia.
- Posible ruptura de sus relaciones afectivas con sus padres, cónyuge, novio, amistades, etc. Estas personas pueden reaccionar de forma tan alterada como la propia sobreviviente y son víctimas secundarias de la agresión sexual.
- De haber historial de compromiso de la salud mental previo puede exacerbarse esa condición.

Características de las sobrevivientes

Cuando una persona se acerca a una institución de salud o de justicia, posiblemente sea la primera vez que se decide a informar y enfrentar su problema después de haber estado sometida a situaciones de abuso sexual,

o bien después de un ataque sexual o probable violación). Por lo tanto, puede presentar las siguientes particularidades:

- Confusión en sus relatos.
- Temor de hablar. Pánico.
- Lentitud de razonamiento.
- Inseguridad y/o dificultad para tomar decisiones.
- Sentimiento de culpa.
- Contradicción en sus sentimientos.
- Desesperación.
- Justifica a su agresor culpándose a sí misma.
- Baja autoestima.
- Paralización y estado de indefensión.
- Necesidad de contención, comprensión y ayuda. Protocolo policial.

ESTÁNDAR 6.

INTERVENCIÓN EN CRISIS EN PRIMERA INSTANCIA

La meta principal de la *Intervención en Crisis en Primera Instancia o Primeros Auxilios Psicológicos* es ayudar a la persona a dar los pasos concretos hacia el proceso de enfrentar su crítica situación; para ello, es importante una preparación básica del personal de salud y, preferentemente, de profesionales psicólogos que acompañen el abordaje del incidente violento, de modo que la afectada se integre de manera funcional y pueda encarar adecuadamente su futuro próximo.

Para esto es importante considerar la necesidad de establecer una atmósfera de confianza que permita a la persona afectada expresar los hechos y sentimientos relativos al acontecimiento traumático, y recibir información acerca de los agentes terapéuticos que se van a implementar. De esa manera podrá percibir el apoyo que se le brinda para atravesar el proceso. Para

este contacto psicológico resulta importante considerar que en víctimas de violencia sexual es mejor emplear técnicas de comunicación verbal y no de contacto físico, en tanto estas pueden entorpecer la interacción terapéutica.

El objetivo es reconocer las circunstancias anímicas más comunes de las mujeres en situación de violencia para realizar una intervención acorde y sensible a estas circunstancias.

Para otorgar el apoyo inicial a una mujer (intervención en crisis de primera instancia o primeros auxilios psicológicos) no siempre se requiere de un especialista o un profesional específico de la salud mental, psicólogo o psiquiatra, sino de personal profesional o no, sensibilizado y entrenado adecuadamente en lo que respecta a la teoría de la crisis, sus fases y las intervenciones sugeridas para apoyar a las mujeres en los primeros momentos.

LA CRISIS

La crisis es un período de alto riesgo físico y/o psicológico, caracterizado por una situación temporal de desequilibrio emocional, cognitivo y conductual, que se manifiesta por una sintomatología variada en donde predominan niveles altos de ansiedad, que impiden a la persona manejar determinadas situaciones con sus mecanismos psicológicos habituales.

Manifestaciones de la crisis

- Llanto fácil.
- Nerviosismo.
- Baja autoestima.
- Dificultad para tomar decisiones.

Contención y manejo de la crisis

La contención es un procedimiento terapéutico que tiene la finalidad de tranquilizar y estimular la confianza de la persona afectada por una crisis emocional. La deberá realizar el miembro del equipo multidisciplinario que mejor preparado esté para el manejo de estos casos.

Lo que hay que hacer y cómo hacerlo

- Manténgase sereno/a, demuestre seguridad y una actitud cálida para atender a la persona afectada.
- Escuche a la persona, proporcione un ambiente cómodo y con privacidad auditiva y visual.
- Ponga a la persona en estado de comodidad física.
- No prejuzgue ni juzgue, escúchela y acompáñela.
- Permítale llorar y/o desahogarse.
- Evite que se lastime a sí misma o a otros.
- Dialogue de forma calmada, positiva y fortalecedora.
- Genere un ambiente de confianza, seguridad y protección.
- Pídale que realice respiraciones profundas y cíclicas.
- Inicie un diálogo calmado en el cual usted escuchará más, y hablará menos.
- Comuníquese inmediatamente con su red de apoyo, en la cual debe haber un psicólogo, terapeuta o profesional de la salud que pueda ayudarlo.
- En el caso de presentar una severa crisis emocional, acompañada de potenciales riesgos relacionados con conductas autodestructivas, como es el caso de ideas suicidas e intentos de suicidio, hay que manejar el caso de acuerdo a una *urgencia psiquiátrica* (hospitalización o traslado de la usuaria).

Luego de que la persona haya superado la crisis y esté estabilizada emocionalmente, puede iniciar el proceso de información que sea necesario, que conozca y acepte (*Consentimiento*).

Es importante que el personal de salud tenga en cuenta que su actuación será distinta si la persona reconoce o no la violencia sexual a la que ha sido sometida y la situación de peligro en la que se encuentra.

El manejo oportuno y sensible de la crisis emocional es lo que marca la diferencia de la calidad de atención que se brinda. Es la parte humanística que muchas veces se olvida en las instancias de la Medicina Legal, de las instancias policiales o de los servicios de salud que no cuentan con personal seleccionado y capacitado para la atención de estos casos.

Si la sobreviviente ha recuperado el control después de la intervención en crisis, es posible proseguir con la evaluación médica y forense, siguiendo el orden sugerido en la historia clínica.

En este punto es conveniente investigar si la sobreviviente prefiere que el resto de la atención la realice un médico o una médica. De ser posible, cumplir con su preferencia.

ESTÁNDAR 7.

HISTORIA CLÍNICA

Es recomendable diseñar una historia clínica para estos casos, pues este documento pasa a formar parte de las *evidencias forenses*, por lo tanto debe seguir un orden específico, ser escrita con letra legible, sin abreviaturas. De preferencia debe ser llenada por una sola persona, utilizando el mismo bolígrafo.

Es conveniente que la historia clínica tenga un *número de folio progresivo* y que se le hagan dos autocopias para que el original pase a formar parte de las evidencias entregadas a la autoridad judicial, una copia quede en el

hospital junto con el expediente tradicional, anotando en la contraportada del mismo el número de folio de la historia específica para casos de violencia sexual, y la tercera puede ser guardada por el médico y el equipo que prestó la atención. El acceso a estos documentos debe ser restringido.

La historia debe tener varios apartados:

Apartado para la Identificación de la sobreviviente

Nombre y datos generales de la sobreviviente o de la persona que proporciona la historia clínica y su relación con ella (si no se encuentra en condiciones de proporcionar la información directamente). Documentar si se requirió de intérprete, registrar el nombre y lenguaje o dialecto utilizado.

Colocar en este apartado todos los datos necesarios para la localización de la víctima y de las personas claves que pueden ofrecer información complementaria. Registrar la fecha y hora exacta de admisión al servicio de emergencias, del inicio de la evaluación y de su alta.

Apartado para el interrogatorio

Realizar cada pregunta en forma directa, con lenguaje sencillo, sin tecnicismos.

Descripción del estado mental al momento de iniciar el interrogatorio

Registrar si la sobreviviente se encuentra consciente, somnolienta, inconsciente, comatosa, si está orientada en tiempo, lugar y persona.

Descripción del estado emocional

Antes de iniciar el interrogatorio y la exploración de la persona es necesario describir y registrar el estado emocional en que se encuentra.

Observar su apariencia general, sus actitudes, su expresión no verbal. Mencionar por ejemplo: “la paciente no establece contacto visual”, “cuando se le habla, se voltea para el otro lado”, “no levanta la cabeza cuando se le habla”, etc.

Registrar cómo se encuentra: temerosa, ansiosa, triste, deprimida, indiferente, disociada, enojada, confusa, sin capacidad para decidir, con alteración no valorable, otras.

Si las condiciones lo permiten, pasar a los siguientes registros.

Apartado de antecedentes médicos generales

Registrar si existen antecedentes de enfermedades mentales y/o discapacidades físicas importantes: problemas de desarrollo mental o de aprendizaje, alergias, problemas inmunológicos, enfermedades crónicas, cirugías, lesiones mayores, historia de enfermedad o vacuna de hepatitis B y de vacuna contra el tétanos.

Es importante registrar la medicación actual, su tipo, dosis, momento de la última toma. Si recientemente tomó otros medicamentos, incluyendo los de automedicación o sustancias ilegales/legales. Si ingirió recientemente bebidas alcohólicas. Si fuma y si lo hizo recientemente. Anotar si existe antecedente reciente de lesión ano genital, no derivada del evento agresivo, operaciones, procedimientos diagnósticos o tratamientos médicos que puedan modificar los hallazgos físicos actuales.

Apartado de antecedentes gineco-obstétricos

- Registrar la fecha de la menarquia, el inicio de vida sexual activa, número de embarazos, abortos, partos, cesáreas.
- Fecha y tipo del último evento obstétrico.
- Si usa *método anticonceptivo y cuál*. Fecha de última toma o aplicación de su anticonceptivo.
- Fecha del último Papanicolaou.
- Fecha de la última relación sexual consensuada.
- Fecha de la última menstruación.
- Verificar si actualmente está embarazada.

Apartado para el relato del evento sexual violento

Es de suma importancia para el proceso legal que el personal de salud a cargo registre en forma *completa y textual* todos los datos referidos por la mujer, relativos al ataque sexual, teniendo especial cuidado en *no* prejuizar, juzgar, interpretar o cambiar la forma en que relata los hechos. Si es necesario elabore preguntas directas y abiertas (para recabar la mayor información posible).

Anote la fuente de la información (sobreviviente, agente de la policía, otra persona).

Hora aproximada del hecho violento, lugar del ataque (ubicación exacta si se conoce), horas transcurridas desde la probable violación sexual, número de presuntos agresores sexuales, si fue agredida en una ocasión o varias veces, si ha sido agredida sexualmente con anterioridad, si ha presentado denuncias previas, si conoce la identidad del o de los presuntos agresores y su relación con la sobreviviente.

Preguntar si recuerda lo que sucedió antes, durante y después de la violación, si perdió el conocimiento, si hubo uso de drogas, si el consumo

fue voluntario, si fue drogada clandestinamente, si refiere dolor y en que sitio, si está sangrando y por donde.

Si hubo: amenazas verbales, gritos, coerción y de que tipo, si el agresor usó fuerza física (sujeción: ¿de brazos?, ¿de manos?, ¿de piernas?, ataduras, pellizcos, mordidas, quemaduras, etc.). Si hubo intento de estrangulación, uso de arma(s) y de qué tipo.

Datos físicos acerca de la agresión sexual

- Orificios involucrados: ¿Con qué?: pene, dedo(s), boca, otros objetos. ¿Sabe si la penetración fue completa?
- El agresor ¿utilizó condón, gel, espumas u otro tipo de espermaticidas? ¿Utilizó algún lubricante? ¿Eyaculó? ¿En qué parte de su cuerpo o en qué lugar eyaculó?
- ¿La sobreviviente fue mordida, amarrada, esposada, lamida o besada? ¿Reporta sangrado? ¿Reporta heridas? ¿En qué parte de su cuerpo? ¿Reporta dolor? ¿En qué parte de su cuerpo?

Actividades de la sobreviviente posteriores al hecho sexual violento

Es muy importante conocer qué realizó la sobreviviente después del ataque sexual y antes de acudir al hospital:

- ¿Se duchó? ¿Se bañó en regadera o se dio baño en tina?
- ¿Se lavó el área genital? ¿Se hizo ducha vaginal? ¿Orinó? ¿Defecó?
- ¿Comió, bebió? ¿Vomitó? ¿Masticó goma de mascar o disolvió dulce?
- ¿Removió o insertó algo en su vagina? ¿Se cepilló los dientes o hizo gargarismos?
- ¿Fumó? ¿Tomó medicamentos legales o ilegales?
- ¿Se cambió de ropa? ¿Le dio la ropa a la policía en el lugar de la agresión sexual? ¿Trajo al Departamento de Emergencia la misma ropa que traía puesta al momento de la agresión?

Registrar si cambió el estado emocional de la sobreviviente después del interrogatorio

Considerar que su respuesta emocional puede cambiar ante la descripción narrativa del evento y ante la evaluación médica. Se puede encontrar más de una respuesta emocional y así deberá consignarse.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Antes de realizarla:

- El médico debe asegurarse que la sobreviviente ha firmado el *Consentimiento* para la exploración física y la recolección de evidencias de interés forense, y debe revisar qué es lo que ha permitido que se realice y que no.
- Es conveniente que esta etapa de la atención la realicen al menos tres personas: el médico que realiza la exploración, un asistente (puede ser un residente o una enfermera capacitada) y otra persona (médico o enfermera) que realice las anotaciones de los hallazgos y acciones que se van realizando en un formato borrador de la historia clínica y que se encargue de la *cadena de custodia* en todo momento. Al final del proceso, el médico documentará la historia clínica definitiva.
- Asegurarse que el equipo o kit para la recolección de evidencias forenses está accesible y preparado antes de iniciar la revisión.
- Debe observarse siempre a la sobreviviente antes de tocarla, evaluando su apariencia física y mental.
- Explicar a la víctima cualquier procedimiento a realizarse y corroborar su autorización antes de hacerlo.
- Asegurarle que puede preguntar lo que desee y detener la revisión en el momento en que así lo decida.
- La enfermera debe continuar con el monitoreo de signos vitales: pulso, presión, temperatura, frecuencias cardíaca y respiratoria.

- Es necesario considerar que el estado inicial puede revelar complicaciones médicas que tengan que ser tratadas con urgencia y que requieran el ingreso a un hospital, tales como: trauma extenso en región genital, cabeza, tórax o abdomen; edema asimétrico de articulaciones (artritis séptica); déficit neurológico; dolor al respirar.

La exploración física debe ser lo más completa y minuciosa que sea posible

Se sugiere hacer una clasificación de las posibles lesiones que se encuentren y asignarles un número que será colocado en el diagrama del sitio del cuerpo en donde se halle cada tipo de lesión.

Se sugiere la utilización de un diagrama o dibujo del cuerpo entero de frente y de espalda y luego diagramas o dibujos por secciones.

Inspección general: Se sugiere iniciar con la *inspección general*, documentando su hábitus externo.

Examen general de la piel y las uñas (*especialmente de las manos*), pues se pueden encontrar múltiples indicios forenses, y luego con el resto de las regiones del cuerpo.

Cráneo, cara en general, boca, cuello: realizar diagramas de frente, lateral derecha e izquierda.

Tórax: de frente, cara posterior y lateral para clasificar el estadio Tanner en que se encuentran las mamas, de ser necesario.

Abdomen: realizar diagrama de frente y atrás. Si hay crecimiento abdominal por probable embarazo, anotar la altura uterina, si hay latido cardíaco y movimientos fetales, dolor y cualquier otro hallazgo.

Región pélvica: los diagramas de esta región deben contener el estadio Tanner del vello púbico, una vista panorámica de la vulva y cara interna de los muslos para señalar si se examinó el monte de Venus, las regiones inguinales, las caras internas de los muslos, el ano y región perianal y los labios mayores y menores. Este diagrama permite visualizar la zona de la horquilla y el registro de las lesiones que con mayor frecuencia ocurren cuando existe brusquedad y/o fuerza en la penetración. La ausencia de lesiones en esta área no significa que no existió una violación.

Himen: incluir dibujos de los tipos de himen que con más frecuencia se observan (anular, semilunar y labiado) para señalar el o los desgarros o lesiones encontradas y su localización exacta siguiendo la carátula del reloj y describir si está intacto, si existió ruptura parcial o total y si tiene signos de ser reciente o no. La ausencia de lesiones en esta área no significa que no existió una violación

Cavidad vaginal: también debe agregarse un dibujo de la cavidad vaginal lo suficientemente claro que permita anotar las lesiones y describir el contenido encontrado. La exploración con espéculo debe ser muy bien valorada antes de realizarla, por razones obvias, lo mismo que el tacto bimanual. Se debe corroborar el permiso de la sobreviviente antes de realizarlo y de hacerlo, el o la médica deberá ser sumamente gentil y siempre observando la expresión facial de la persona. Utilizar agua estéril tibia o solución salina como facilitador para la introducción del espéculo vaginal. Mencionar si se utilizó algún colorante como el lugol o el azul de toluidina y si se evidenciaron lesiones.

Ano: examinar el aspecto externo, el tono del esfínter, presencia de lesiones y si fuera necesario hacer uso del anoscopio.

Extremidades superiores e Inferiores: los diagramas de las extremidades inferiores y superiores (incluyendo manos) deben mostrar la cara anterior, la posterior y las laterales derecha e izquierda, que permitan registrar el número correspondiente a la o las lesiones encontradas.

Descripción de las lesiones: debe hacerse una descripción metódica y precisa de cada una de ellas:

- Tipo de lesión, tamaño.
- Coloración.
- Forma.
- Tipo de bordes.
- Profundidad.
- Orientación.
- Si tiene características de ser reciente o antigua.

ESTÁNDAR 8.

DIAGNÓSTICO(S)

Al finalizar el interrogatorio y la exploración física, se pueden solicitar exámenes de laboratorio y de gabinete según se requiera para corroborar los diagnósticos clínicos.

Este paso es muy importante, pues es necesario recordar que la historia clínica es un documento legal que puede ser utilizado en un juicio si la sobreviviente hace la *denuncia* del caso y la ratifica ante la autoridad competente.

Los diagnósticos deben enunciarse siguiendo la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10). Siempre serán de tipo clínico. Nunca utilizar palabras con significado legal o emitir diagnósticos de tipo legal como: “abuso sexual”, “lesiones por ataque sexual”, “violación sexual”.

Pronóstico de las lesiones

Es importante establecer un *pronóstico* relativo al tiempo en que las lesiones sanarán y clasificarlas como: leves, moderadas o severas según el número de días contemplados en los códigos penales de cada país, pues de ello depende la penalidad para el agresor.

ESTÁNDAR 9.

RECOMENDACIONES MÉDICAS Y SEGUIMIENTO

La historia clínica termina con las recomendaciones médicas y el seguimiento.

Anotar: Lugar, fecha y hora en que finalizó su elaboración.

- Nombre del hospital o institución en donde se realizó la atención.
- Nombre y firma del/a médico(a) responsable del equipo interdisciplinario, con sus datos de identificación correspondientes.
- Nombre, firma y datos de identificación de dos testigos.
- Fecha para una cita de control.

ESTÁNDAR 10.

RECOLECCIÓN DE EVIDENCIAS FORENSES

Los países tienen el compromiso moral de asegurar que las víctimas / sobrevivientes de violencia sexual, tengan acceso oportuno a servicios médicos, legales y de justicia, independientemente de sus antecedentes, origen o circunstancias. El abordaje interdisciplinario en la conducción del examen físico y la colección de evidencias garantiza a las sobrevivientes el acceso a un manejo inmediato, integral y respetuoso y con ello se disminuye el trauma mental y emocional que han experimentado.

Este abordaje interdisciplinario permite también facilitar la investigación y el enjuiciamiento de los perpetradores, responsabilizándolos por el delito cometido, previniéndose así ataques sexuales a otras personas. Cuando las mujeres observan que los sistemas de salud y de justicia funcionan, se animan a buscar ayuda oportuna y a realizar la denuncia y ratificarla.

La obtención de evidencias forenses tiene un doble propósito

Uno es *satisfacer las necesidades de las personas que han sufrido un ataque sexual* (probable violación o “estupro” en Brasil), esto se logra por medio de:

- La evaluación de las lesiones.
- Examinando minuciosa y rápidamente a la sobreviviente.
- Proporcionando apoyo, intervención psicológica en crisis y abogacía.
- Proporcionando profilaxis contra ITS.
- Previniendo un embarazo forzado y comentando diferentes opciones de tratamiento incluyendo servicios de salud sexual y reproductiva.
- Proveyendo seguimiento para las necesidades médicas y emocionales.

El otro propósito es *cumplir con las necesidades de justicia para la persona afectada*. Esto se logra a través de:

- Obtener una adecuada historia de los hechos y una correcta documentación de las lesiones y hallazgos encontrados durante el examen físico.
- La adecuada colección, manejo y preservación de las evidencias.
- Posteriormente, presentando todos los hallazgos, ofreciendo una opinión puntual y experta en relación al examen de la paciente y las evidencias colectadas.

Como puede verse, la colección de evidencias, incluye:

- La historia clínica: el testimonio de la víctima, la evaluación del estado mental y emocional.

- Las lesiones encontradas.
- El resultado de los análisis clínicos y de gabinete.
- La recolección de evidencias físicas y biológicas.

Todo ello forma un conjunto de evidencias que permitirá a la sobreviviente cubrir sus necesidades de justicia.

Trabajo interdisciplinario

Es recomendable el trabajo en equipo interdisciplinario en el que intervienen, como se ha mencionado, el personal médico, especialmente el/la gineco-obstetra, el personal de enfermería, de trabajo social, de salud mental y el médico de Medicina Forense, todos ellos debidamente capacitados, con conocimientos, actitudes y habilidades para el manejo integral de estos casos.

Es importante que en cuanto sea admitida una mujer víctima de un ataque sexual (probable violación), se le informe que el personal administrativo del hospital o institución de salud deberá dar aviso al Ministerio Público por tratarse de un delito y para que sea enviado/a un/a médico(a) forense o de Medicina Legal, para que se integre al equipo multidisciplinario y se responsabilice de la colección de evidencias físicas. Si no es posible que el/la médico(a) forense llegue a tiempo al hospital, entonces *ella médica responsable* de la atención es quien conducirá al equipo en la adecuada recolección, identificación, embalaje y preservación de las evidencias, por tratarse de *una emergencia médica* y para evitar que la sobreviviente sea trasladada a otra instalación física y tenga que repetirse lo que ya se ha realizado en el hospital y que ocasionará una *re-victimización*.

Lo ideal es que tanto la parte clínica como la forense trabajen conjuntamente, se apoyen una a la otra, en beneficio de la sobreviviente y ambas atiendan a la paciente *una sola vez y en un solo lugar*.

En Puerto Rico y en USA existen las enfermeras entrenadas para realizar estas actividades: SANE (Sexual Assault Nurse Examiners). Es deseable la capacitación de un grupo de enfermeras de cada país, interesadas en el manejo de estos casos, lo que haría posible brindar una atención de alta calidad y humanismo.

Consentimiento Informado

Recuérdese que la recolección de evidencias físicas se realiza durante la exploración física. Como ya se ha mencionado, es indispensable contar con el *Consentimiento*, hay que explicar verbalmente, punto por punto, lo que se pretende realizar, y anotar si es aceptado o rechazado por la persona agredida. Obtener su firma y la de dos testigos antes de proseguir.

Kit mínimo de recolección de evidencias forenses

Es indispensable que cada hospital cuente con un kit para la recolección de evidencias forenses, que ha sido diseñado con el propósito de asistir al personal evaluador en la recolección y preservación de evidencias biológicas y físicas de víctimas/sobrevivientes de agresión sexual. Cada kit debe incluir una hoja con instrucciones. De no llevar a cabo alguna de las indicaciones debe documentarse la razón para no hacerlo.

Todos los elementos del kit estarán colocados dentro de una caja de cartón lo suficientemente grande para que se almacenen las prendas de vestir y el resto de evidencias. Su costo es bajo, está compuesto por artículos fácilmente accesibles, por lo tanto no se justifica que no esté disponible al menos uno en cada hospital.

Contenido básico del kit

- Copia del último *Protocolo para el Manejo Integral de Casos de Violación Sexual* del hospital.
- Dos formatos de *Consentimiento*.
- Formatos para aviso al Ministerio Público ó a quien corresponda.
- Otros formatos.
- Dos copias de *Historia Clínica* diseñada para estos casos.
- Marcador de tinta indeleble para etiquetar.
- Lápiz con punta de diamante.
- Sábanas desechables.
- Frascos de recolección de orina estériles.
- Tubos de ensayo estériles con anticoagulante.
- Un frasco esterilizado y rotulado para la búsqueda de espermatozoides y para determinación de ADN.
- Jeringas desechables.
- Papel filtro.
- Tarjetas FTA.
- Espejos vaginales grandes, medianos e infantiles.
- Porta objetos. Laminillas para frotis.
- Hisopos de algodón estériles.
- Fijador en aerosol (Cito Spray).
- Guantes desechables sin talco, varios pares.
- Bata desechable de papel para paciente.
- Lámpara de luz fría.
- Sobres de papel de diferentes tamaños para recolección de ropa en forma individual y para otras evidencias físicas pequeñas.
- Bolsas de papel.
- Hojas de papel tipo bond (para escribir).
- Hojas de papel grande (para que la paciente de pie se quite su ropa).
- Otros artículos: cortaúñas, cinta adhesiva de papel, pinzas, laminillas, agua bidestilada o solución salina, seda dental, toallas desechables, bolígrafos, lápices, marcadores, fijador en aerosol, peine, cepillo quirúrgico de cerdas suaves.

Complementos del kit

- Cámara fotográfica digital y sus implementos.
- Computadora portátil para copiar CDs.
- CDs vacíos.
- Anoscopio.
- Luz de Woods.
- Tinción de azul de toluidina.

También puede ser útil tener acceso a un microscopio, un abanico o algún artefacto para secar evidencias como la ropa.

Utilizar en todo momento durante la exploración y obtención de evidencias forenses guantes desechables sin talco. Hay que cambiarse los guantes cuantas veces sea necesario.

Materiales que pueden recolectarse antes y durante la exploración física

- Ropa exterior que traía puesta al momento del ataque (colocar cada prenda por separado en un sobre grande). Es importante colocar una sábana desechable de tela sobre el suelo y encima de ella una hoja grande de papel, de preferencia blanco, colocar de pie a la persona y solicitarle que se vaya quitando con lentitud cada prenda exterior, cuidando que lo que esté suelto caiga sobre el papel blanco. Colocar cada prenda en sobres individuales, sellar con cinta adhesiva de papel, etiquetar y guardar en la caja del kit de evidencias forenses. Cuidar el pudor de la paciente, colocando alguna barrera visual para que solo la enfermera o la médica o médico la puedan observar.
- Ropa interior (colocar cada prenda en un sobre de papel por separado). Seguir la misma rutina anterior.

Si la persona se cambió de ropa, coleccionar la que está en contacto con su área genital (*anotar y notificar este hecho*). Ofrecerle a la sobreviviente ropa limpia o una bata en tanto algún familiar le trae su ropa.

Secar la ropa obtenida, de preferencia al aire si está mojada, antes de ubicarla en su embalaje (sobres o bolsas de papel). No cortar la ropa; si esto es indispensable, hacerlo por las costuras o por donde no se sospeche la presencia de evidencias. No sacudirla.

- Material que tenga la ropa o que caiga de ella deberá quedar en el papel blanco en donde está parada la sobreviviente. El papel se dobla por las esquinas de tal forma que no queden espacios abiertos para evitar que se pierda el material. Se guarda en un sobre de papel grande.
- Materiales extraños al cuerpo de la sobreviviente: colocarlos con pinzas en una hoja de papel, doblarla y guardar en sobres de papel, nunca en material plástico.
- Obtención de material sobre la piel, que no es de ella, como fibras, pelos sueltos, material vegetal, detritus/tierra etc. Coloque en una superficie plana una hoja de papel y en su centro coloque todo el material recolectado, dóblela con la técnica descrita y guárdela en el sobre de papel.
- Obtener material por raspado debajo de las uñas (usando una tijera de puntas romas) o por corte de las mismas. La persona puede cortarse sola las uñas, pero con supervisión. En una hoja blanca sobre una superficie plana, coloque cada mano, haga el dibujo de la misma siguiendo el contorno de los dedos e identifique la hoja como “mano derecha” y “mano izquierda”, Coloque en cada una de ellas el material obtenido, doble la hoja por las esquinas sin dejar bordes o esquinas libres y guárdela en un sobre de papel.
- Buscar en la piel la existencia de semen, saliva, manchas de sangre, manchas de pintura en la piel, o de cualquier otro material

sospechoso. Si están secas, utilice hisopos humedecidos en agua bidestilada. Realice los frotis correspondientes haciendo un círculo en el centro de la laminilla seguido de un extendido lineal, moviendo sobre sí mismo el hisopo. Deje secar al aire o fije con spray en aerosol. Guarde el material en su sobre correspondiente, junto con los hisopos, identificando la zona de donde fue recogida la muestra.

- Utilizar la luz de Woods fluorescente para visualizar manchas difíciles de distinguir en la piel o en la ropa de la persona. Tomar muestras como ya se ha indicado.
- Cabello enmarañado en la cabeza: se toma con unas pinzas, se coloca en una hoja de papel, se dobla por las esquinas y se guarda en un sobre de papel.
- Pelos de la cabeza halados. Obtener el largo total de las siguientes regiones: frontal, parte posterior, lado derecho, lado izquierdo y coronilla (total 25 pelos mínimo). Coloque los pelos de cada área en el sobre correspondiente previamente etiquetado. Este paso puede posponerse hasta que se encuentre al agresor.
- Material interdental: se obtiene por seda dental; se coloca la seda y el material en el centro de una hoja doblada con la técnica ya descrita y se guarda en un sobre.
- También puede recogerse una muestra de la saliva de la sobreviviente para control. Para ello la persona no debe haber ingerido ningún alimento, bebida, fumado un mínimo de 25 a 30 minutos previos a la toma de saliva.
- Se utiliza el papel filtro, se le coloca el papel doblado en la lengua para que ella sature el círculo interior con saliva. Se deja secar al aire y se coloca en el sobre correspondiente. No tocar la muestra.
- Boca: Si existió o se sospecha contacto oro-genital. Obtener material de mucosas orales, borde de las encías, laringe y faringe con dos hisopos secos, pasándolos en forma circular por cada área, dándole

vueltas al hisopo sobre sí mismo; se hace un frotis o extendido en las laminillas de cristal. Se deja secar al aire y se guarda en un sobre junto con los hisopos, identificando cada sobre con la región de donde se obtuvo el material. Es conveniente repetir la toma con otros dos hisopos y hacer el extendido en otra laminilla. Dejar secar y guardar en sobres de papel identificando en cada uno el lugar de la toma.

- Enjuagatorios con agua estéril. Colocar lo obtenido en un frasco estéril.
- También se puede obtener cabellos de la cabeza y del pubis si se sospecha que no corresponden a la persona agredida. Para esto último, colocar una hoja de papel toalla bajo los glúteos de la víctima/ sobreviviente, utilizando el peine provisto peinar el área del vello púbico con movimientos hacia abajo para permitir que el material caiga en esta hoja. Remueva la hoja, dóblela con la técnica descrita y coloque el material y el peine en el sobre etiquetado como “vello púbico”.
- También puede obtener vello púbico halado. Obtenga 5 a 10 pelos con su folículo o raíz. Se puede permitir que esta maniobra molesta la realice la víctima/ sobreviviente, colocándole guantes desechables. Señale en el sobre los sitios de donde fue obtenido (central, parte baja, lateral derecha e izquierda) y colóquelos en cada sobre etiquetado con la zona correspondiente.
- Obtener muestras de sangre para: control, tipificación, análisis de ADN y de toxicología (si aplica y es posible). Utilizar la tarjeta FTA. Llenar los cuatro círculos de la tarjeta FTA con sangre de la víctima/sobreviviente. Esta muestra es para recoger el ADN. Si se requieren pruebas de toxicología, por uso o sospecha de uso de drogas para cometer la agresión sexual, se obtendrá muestra de sangre de la víctima colocándola en dos tubos de tapa lila con anticoagulante EDTA.

- Raspado de manchas secas de semen, para determinación de fosfatasa ácida. Debe tomarla con dos hisopos humedecidos con agua destilada y guardarse, después de secarse, en tubos sellados con la debida identificación y referencia al área de donde se tomó. Esta muestra servirá para identificar semen, espermatozoides, fosfatasa ácida, antígenos de grupo sanguíneo y otras determinaciones.
- Obtener muestras para determinación y comparación de ADN (saliva, sudor, sangre, de secreciones vaginales, semen). Se utiliza la técnica de los cuatro hisopos secos y estériles, pasando dos en cada área, en forma circular y moviendo el hisopo sobre sí mismo, realizar el frotis, secar y guardar.
- Para obtener muestras de áreas secas: piel, dedos, mucosa rectal, ano, región perianal y áreas que fluorescan, utilizar hisopos húmedos. En la toma de muestra anal, también se puede irrigar el área a evaluar con 5 cc. de solución salina y aspirar su contenido.
- Se puede tomar una muestra obtenida por hisopo vaginal y extendido si hubo, o se sospecha penetración y agresión vaginal. No tiña o fije químicamente el extendido. No humedezca el hisopo antes de tomar la muestra. Frotar cuidadosamente la entrada vaginal usando dos hisopos a la vez. Deje secar al aire los hisopos utilizados. Repita el procedimiento de frotar con los dos hisopos adicionales provistos. Prepare dos extendidos en las laminillas. Deje que los cuatro hisopos y las laminillas se sequen al aire. Coloque los hisopos secos en sobre de papel identificándolos como “vaginal” y coloque los extendidos en el porta laminillas.
- Para la obtención del contenido de vagina, debe colocarse un espéculo vaginal y utilizar agua como lubricante. Debe evitarse tomar muestra del cérvix. El/la médico/a debe examinar de inmediato bajo el microscopio el material obtenido de la vagina

para determinar la presencia de espermatozoides móviles. Debe preparar una muestra tomando una gota del fondo y haciendo una “preparación húmeda” del mismo.

- *Fluido seminal.* Dado que muchos agresores son sexualmente disfuncionales y que otros utilizan condones al momento de la agresión, el no encontrar fluido seminal o espermatozoides no descarta que haya ocurrido un ataque sexual. Otras razones pueden ser que el agresor se haya hecho una vasectomía o que al momento de la evaluación hayan transcurrido 5 o más días desde la agresión.

Fotografías

Es muy importante que la sobreviviente autorice se le tomen fotos a sus lesiones porque son de enorme utilidad. Se pueden tomar con cámara digital que tenga fechador para que conste el día y la hora en que se tomaron. Cuidar la iluminación y el foco. Es conveniente tomar acercamientos de las lesiones, sobre todo las localizadas en los genitales.

Una imagen dice más que mil palabras y esto se cumple a cabalidad cuando son vistas por quien va a juzgar el caso, pues difícilmente las palabras que describen las lesiones serán tan impactantes como la imagen de un desgarrado de horquilla sangrante o un esfínter anal que ha sido violentado recientemente.

Cuando las fotografías son tomadas por el personal de salud y no por el médico forense representante del Ministerio Público, es conveniente que cuando éste se presente se haga la transferencia de las fotografías que se encuentran en la memoria de la cámara a un disco compacto (DC), utilizando una computadora que lo pueda hacer. El disco compacto con las fotos se rotula de la siguiente manera:

- Nombre y apellidos completos de la persona agredida.
- Fecha de la toma de las fotografías.
- Número de identificación.
- Nombre y datos de identificación de quien las tomó.
- Si se le ha asignado a la sobreviviente algún número de identificación (por ejemplo el folio de la historia clínica), se puede agregar en el rótulo del disco compacto.

El DC se guarda en presencia del médico forense en la caja del kit junto con el resto de evidencias colectadas. En la caja se puede anotar: “X número de fotografías”.

Sellado, rotulado y embalaje de los sobres o bolsas de papel que contienen las evidencias

Cada sobre debe tener escrito con plumón (marcador) en alguna de sus caras lo que contiene y el lugar de donde se obtuvo la muestra. Los sobres y/o bolsas de papel que contienen las evidencias deben sellarse con cintas de papel adhesivo tipo *masking tape*. No utilizar saliva.

El rotulado debe hacerse en forma oblicua, de tal manera que abarque el papel del sobre y la cinta de sellado, lo cual no permitirá su apertura y modificación de las evidencias que contiene. Se anotarán los siguientes datos:

- Nombre y apellidos completos de la persona agredida.
- Fecha de la toma de las evidencias.
- Número de identificación.
- Nombre y datos de identificación de quien tomó la muestra.
- Si se le ha asignado a la sobreviviente algún número de identificación (por ejemplo el folio de la historia clínica), se puede agregar en el rótulo.

Es *muy importante* contar el número de sobres y otros objetos como porta laminillas, el DC con las fotos que contenga la caja de cartón y anotar el

número en la parte externa de la misma. Se sella la caja con la cinta de tal manera que no exista posibilidad de que sea abierta y se anotan en forma oblicua, abarcando parte de la caja y de la cinta, los siguientes datos:

- Nombre y apellidos completos de la persona agredida.
- Fecha de la toma de las evidencias.
- Número de identificación.
- Nombre y datos de identificación de quien tomó las muestras.
- Número de muestras tomadas (debe ser igual al que se anotó previamente).
- Nombre y datos de la persona responsable de la cadena de custodia.
- Número de folio (si existe).

Cadena de Custodia

Es un sistema documentado, formado por una serie de instrucciones y registros, que se aplica por parte de las personas responsables del manejo de las probables evidencias forenses, desde el momento en que se encuentran o aportan a la investigación hasta su disposición final. Eso permite no solo garantizar su autenticidad, sino demostrar que se han aplicado procedimientos estandarizados para asegurar las condiciones de identidad, integridad, preservación, seguridad, continuidad y registro de los mismos.

De allí la importancia de designar a una persona específica del equipo para que realice el cuidado de no romper la cadena de custodia al distraerse, ausentarse del lugar ó permitir la injerencia de otra persona. Si la persona responsable debe salir por algún motivo o ha cambiado el turno, debe asentarse en el expediente este hecho y anotar el nombre y cargo de quien la substituye. La persona que se va debe recabar la firma de entrega de todo el material recibido en el kit de evidencias.

Otro detalle de interés es el siguiente: la sobreviviente es en sí misma “el cuerpo del delito” pues es en ella en quien se ha cometido un delito y es en ella en donde podemos encontrar las evidencias del mismo; por esta

razón, quien es responsable de la cadena de custodia no debe perder de vista en todo momento a la persona agredida, hasta completar el proceso de atención médico-legal.

Embalaje

Es el procedimiento técnico, utilizado para preservar y proteger en forma adecuada los elementos materia de prueba y evidencia física hallados y recolectados en el lugar de los hechos, lugares relacionados y en las diferentes actuaciones de policía judicial (o de la persona que realiza la atención médico legal del caso), con el fin de ser enviadas a los respectivos laboratorios o bodegas de evidencia.

Comentario: De aquí la importancia de realizar un cuidadoso embalaje de todas las evidencias recolectadas, de tal manera que sea prácticamente imposible que sean sustraídas o modificadas, con lo cual perderían su valor legal.

Medio de prueba

Son instrumentos o elementos de los que se vale el juez y las partes para aportar la verdad al proceso. Comprende la confesión, el testimonio de terceros, el dictamen pericial, los documentos, la inspección judicial, los indicios.

Elemento físico de la prueba

Es todo dato objetivo jurídicamente relevante que se incorpora legalmente al proceso, capaz de producir un conocimiento cierto o probable, acerca de los extremos objetivo y subjetivo de la imputación delictiva. *Objetivo*, existencia del hecho. *Subjetivo*, participación del imputado. Forma parte del lugar de los hechos el material de prueba, que se refiere a todos los elementos u objetos (sólidos, líquidos, gaseosos), que pueden servir para la determinación de la verdad durante la investigación.

El concepto de “elemento” hace referencia a que lo hallado hace parte de un todo. Es decir, que se trata de la parte constitutiva de un todo, que para el caso de la investigación criminal es la conducta que, se supone, constituye delito.

Se dice de este elemento que es “material”, en la medida que debe ser percibido a través de los sentidos; debe poderse ver, palpar, oler, oír o degustar, para que pueda ser conocido y genere certeza sobre la verdad real de lo sucedido.

Se denomina “probatorio” porque posee capacidad de probar algún aspecto relacionado con la conducta que se investiga. Esta capacidad de probar o capacidad demostrativa, se descubre en el elemento cuando el investigador encuentra que existe una relación entre éste y la conducta. Esa relación fundamenta la capacidad demostrativa

Conforme a lo anterior, podemos decir, que se denomina *elemento material probatorio*, a todo objeto, huella o rastro de origen físico, químico, biológico o electrónico perceptible a través de los sentidos, que permite llegar a la certeza sobre la verdad de una conducta que se presume violatoria de la normatividad penal, o de sus partícipes, o de la responsabilidad de cada uno de ellos en la realización de la misma.

Es un medio probatorio “real y tangible”, que para obtener valor probatorio debe ser debidamente *recolectado, protegido, embalado, rotulado, transportado*.

Comentario: Con la aplicación de esta propuesta, que incorpora la parte forense a la parte clínica, se aportan muchos medios de prueba a un juez, lo que le permite emitir un juicio certero con mayor facilidad, sobre todo si se incluye el análisis y resultados del ADN. En casos en donde la víctima refiere que han sido varios agresores, el resultado de ADN puede demostrarlo o bien descartarlo en beneficio de quien es inocente.

Traslado

Es el movimiento que se hace de los elementos materia de prueba y evidencia física, de un sitio a otro.

Comentario: Este es otro paso importante que debe cuidarse. La institución hospitalaria debe tener cuidado de este paso. Es frecuente que el *kit de evidencias* quede a resguardo de la institución (la persona responsable de la cadena de custodia debe recabar la firma de entregado y recibido) para su posterior traspaso a la autoridad competente cuando así se requiera.

Almacén de evidencias

Lugar donde se almacenan los elementos físicos de prueba, en condiciones ambientales y de seguridad que permitan garantizar la preservación de las mismas.

Comentario: Si la paciente no presenta una denuncia y la autoridad no requiere el kit de evidencias, puede quedar almacenado en algún lugar con acceso restringido, en alto, para evitar roedores y otros bichos, a temperatura ambiente agradable y a la vista de quien es responsable de su permanencia en ese lugar.

Almacenamiento

Bodegaje de los elementos materia de prueba y evidencia física en los almacenes de evidencias generales y transitorios teniendo en cuenta las condiciones mínimas necesarias para su conservación.

Traspaso

Es el acto por el cual un custodio entrega la guarda y responsabilidad de la escena del crimen y los elementos materia de prueba y evidencia física a otro custodio.

Comentario: En el momento que se entrega oficialmente el *kit de evidencias* a la autoridad competente, por parte del personal de salud y/o de la institución, termina la responsabilidad legal del caso.

ESTÁNDAR 11.

EXÁMENES AUXILIARES

Las pruebas de laboratorio a tomar en la institución son:

1. Prueba de embarazo (HCG)

Debe realizarse en todos los casos en que haya existido un acercamiento del pene con los genitales femeninos de una mujer premenárquica pero con estadio Tanner 3 o 4, o que ya sean menárquicas. La prueba se puede hacer en orina o en sangre. Esta prueba es de suma importancia, pues dependiendo de sus resultados se hará el plan de manejo y tratamiento: anticoncepción de emergencia, interrupción médica o quirúrgica del embarazo –dependiendo de la edad del mismo, del marco legal existente y si la víctima así lo decide después de recibir amplia consejería– o bien seguir con el embarazo, que deberá de considerarse como de *alto riesgo social* debiendo proporcionarse cuidados prenatales especiales con posible apoyo psicológico.

2. Prueba citológica.

Para detección de VPH, presencia de espermatozoides.

3. Prueba para clamidia y gonorrea

Es importante comentar con la víctima/sobreviviente que estas pruebas tienen fundamentalmente un objetivo de salud más que de interés forense.

Las pruebas positivas para clamidia indican infección preexistente. El/la evaluador/a debe tomar cuidadosamente muestras del cérvix: el espécimen de elección es el moco endocervical, aunque también se puede tomar del ano.

La muestra para gonorrea se puede tomar también de la boca y del ano. Toda prueba positiva debe seguirse por una prueba confirmatoria. Debe cotejarse el historial.

La prueba solicitada es el Antígeno de Clamidia. Metodología: EIA (Inmunoensayo Enzimático). Actualmente existen pruebas de detección a través del ADN.

4. Preparación en fresco en secreción vaginal

Para evaluación de *Gardnerella vaginalis*, *Candida*, *Trichomonas*, espermatozoides, si son móviles o no, etc.

5. Pruebas de VDRL

Para sífilis. El resultado positivo indica una infección previa. Requiere notificación para control epidemiológico. La serología para sífilis tiene mayor significado si se realiza a los tres meses después del contacto sexual y es positiva.

6. Panel para hepatitis (B y C)

Está indicada si la víctima/sobreviviente no está segura si ya ha sido vacunada. Es recomendable realizarla a los tres meses después del contacto.

7. Prueba de grupo sanguíneo y factor Rh

8. VIH

Se recomienda realizarla en casos especiales y previa consejería a la persona agredida, pues un resultado positivo puede confundirla si no se le explica bien que se trata de una infección previa que no es consecuencia del ataque sexual reciente. Es mejor realizarla en la visita de seguimiento a los tres meses. Para realizar esta prueba debe recabarse autorización escrita.

9. Toxicología

Incluyendo detección de Rohypnol y otros.

Es bien sabido que algunas agresiones sexuales son realizadas después de la utilización de sustancias facilitadoras como el Rohypnol que produce amnesia. Estas sustancias se agregan a las bebidas que ingieren las víctimas. Los efectos son muy rápidos y permanecen en el cuerpo un corto tiempo por lo que las muestras de sangre y orina deben tomarse lo antes que sea posible para poder detectarlas.

Se debe obtener consentimiento de la persona antes de tomar las muestras de sangre y orina, para analizar la presencia de drogas utilizadas. La cantidad de sangre requerida es de 20 ml. y de orina de 30 a 100 ml. La orina permite una ventana de detección más amplia y se puede tomar muestra hasta 96 horas después de la agresión.

En la sangre la droga se detecta por menos tiempo por lo que la muestra debe tomarse dentro de las primeras 24 horas.

Se utilizan dos tubos de tapa lila con anticoagulante EDTA, que se deben incluir en el kit de evaluación forense. En ocasiones la víctima vomita por los efectos de la droga, por ello una muestra del vómito también puede ser útil.

Siempre debe recabarse el consentimiento escrito, previa consejería respecto a las pruebas que se harán. La persona sobreviviente debe ser orientada acerca del propósito, las implicancias y alcances de estas pruebas para detectar o no su presencia en su organismo.

Es importante tomar las muestras de sangre u orina si la víctima está o estuvo inconsciente, si manifiesta signos vitales anormales, informa haber ingerido drogas o alcohol, manifiesta pérdida de la memoria, mareo, confusión o juicios alterados, muestra perturbación en sus destrezas motoras o tiene náuseas.

En cada país deberá hacerse una investigación profunda para conocer el tipo de sustancias que se están utilizando en casos de violencia sexual.

La realización de los estudios de laboratorio clínico y los estudios de gabinete como rayos X, ecsonografía, tomografía axial computarizada, etc., dependerán de los signos y síntomas que presenta la persona agredida y por supuesto de las facilidades con que cuenta el hospital.

ESTÁNDAR 12.

MANEJO DE LOS TRAUMATISMOS

La localización más probable de los *traumatismos en los genitales* de la mujer es en los labios menores, el himen y la fosa navicular. Estos traumas se manifiestan como desgarros, hematomas, equimosis, abrasiones, enrojecimiento y edema y se encuentran hasta en un 77%. Los traumatismos genitales son más frecuentes en las niñas y adolescentes y en las mujeres de mayor edad. Los *traumas físicos extra genitales* se encuentran hasta en 67% en forma de magulladuras y contusiones, laceraciones, marcas en las piernas, cintura y cuello, marcas de pintura, de dedos o de correa en la superficie corporal, marcas de mordidas o traumas a nivel anal y rectal. Existe una proporción importante de mujeres en quienes no se encuentra traumatismos.

Ante la presencia de lesiones físicas será necesario aplicar suturas, antibióticos, analgésicos según amerite el caso. Será necesario agregar la aplicación de antitoxina tetánica cuando se han producido lesiones después de una agresión en un ambiente sospechoso de contener *Clostridium tetani*.

ESTÁNDAR 13.

PREVENCIÓN DEL EMBARAZO

Más de la mitad de los casos de violencia sexual ocurre durante el periodo fértil de la vida de una mujer, lo que da por resultado una tasa reportada de embarazo hasta de 10 a 30%. El embarazo derivado de violencia sexual representa para la mayoría de las mujeres una segunda forma de violencia. La complejidad de la situación, los daños por ella provocados pueden ser en la mayoría de los casos, evitados con la utilización de la **anticoncepción de emergencia (AE)**, acción de la mayor importancia en la atención de los casos de violación sexual. Es obligación de los profesionales de la salud que atienden a la víctima/sobreviviente evaluar cuidadosamente el riesgo de embarazo de cada mujer que sufre violencia sexual. Las instituciones de salud y los hospitales tienen la responsabilidad de garantizar la disponibilidad y el acceso adecuado a la AE.

La anticoncepción de emergencia debe ser prescrita para todas las mujeres que ya hayan tenido su primera menstruación y que estén antes de la menopausia, expuestas a la posibilidad de un embarazo por medio de contacto cierto o dudoso con semen, independientemente del periodo del ciclo menstrual en que se encuentren. La AE no es necesaria si la mujer está usando un método anticonceptivo de alta eficacia al momento del ataque sexual, por ejemplo: anticonceptivos orales, inyectables o dispositivo intrauterino. *La AE hormonal* constituye el método de elección por su bajo costo, tolerancia, eficacia y ausencia de contraindicaciones absolutas.

Mecanismo de acción

La AE altera el desarrollo de los folículos, impidiendo la ovulación o retardándola por varios días. Además, la AE actúa modificando el moco cervical, tornándolo espeso y hostil, impidiendo o dificultando la migración de los espermatozoides en el tracto genital femenino hasta las trompas, en su trayectoria hacia el óvulo. Por estos mecanismos la AE *impide la fecundación*. No existen evidencias científicas de que la AE ejerza efectos después de la fecundación, de que actúe impidiendo la implantación o que implique la eliminación precoz del embrión. Por tanto, *no existen efectos abortivos con el uso de la AE*.

Esquemas de administración

Hay dos formas de ofrecer la AE hormonal. La primera, conocida como *régimen de Yuzpe* utiliza anticonceptivos hormonales orales combinados (AHOOC) de uso rutinario en los programas de planificación familiar. El régimen de Yuzpe consiste en la administración combinada de un estrógeno y un progestágeno sintético dentro de las primeras 72 horas después del ataque sexual para alcanzar su máxima efectividad. Hay estudios que demuestran que la AE puede ser efectiva hasta un período no mayor de 120 horas (5 días) después del contacto sexual sin protección.

La primera elección es utilizar levonorgestrel 1,5 mg. repartido en dos dosis de 0,75 mg. con intervalo de 12 horas o en dosis única dentro de los 3 días de la agresión. Tiene la ventaja de tener una mayor eficacia y tolerabilidad y por no presentar interacción farmacocinética con algunos de los anti retrovirales utilizados para la profilaxis HIV.

De no disponer de levonorgestrel solo, se puede utilizar el régimen de Yuzpe, que es la combinación más estudiada y que contiene etinil/estradiol + levonorgestrel, utilizándose a una dosis total de 200 mcg. de etinil/estradiol y 1 mg. de levonorgestrel, divididas en 2 dosis iguales para cada 12 horas.

Informaciones importantes

La administración de la AE clásicamente descrita se realiza dividiendo la dosis total en dos dosis iguales en intervalos de 12 horas, iniciando la primera dosis dentro de un máximo de 72 horas. Sin embargo, estudios recientes de la OMS ofrecen claras evidencias de que una dosis única de 1.5 mg. de levonorgestrel es tan eficaz como dos dosis de 0.75 mg. separadas. También existe efecto protector hasta cinco días después de la violación sexual, aunque con mayores tasas de falla.

La absorción de la anticoncepción de emergencia por el epitelio de la vagina ofrece niveles semejantes de absorción que los observados por vía oral, tanto para el levonorgestrel como para el régimen de Yuzpe. La vía vaginal puede ser utilizada en situaciones especiales, como en casos de inconsciencia de la mujer debido a traumatismos severos.

Criterios de elegibilidad

Para las mujeres en situación de violencia sexual con retraso menstrual en que se sospecha un embarazo, pero no está confirmado, la AE no está totalmente contraindicada. En esos casos deben tenerse ciertos cuidados, evitándose el régimen de Yuzpe y optando por el levonorgestrel.

No se recomienda que la decisión de uso de la AE esté condicionada a pruebas de laboratorio para embarazo, excepto cuando estén disponibles y se ofrezcan los resultados en corto tiempo. En caso de falla de la AE no existe evidencia de aumento del riesgo de anomalías fetales.

Efectos secundarios

Los más frecuentes son náuseas con 40-50% de los casos y vómito 15-20% en caso de usar Yuzpe y en menor cuantía cuando se utiliza levonorgestrel solo. Estos efectos pueden ser minimizados con el uso de antieméticos cerca de una hora antes de tomar la AE.

Otros efectos menos frecuentes son la cefalea, dolor mamario y vértigo, que pueden ceder en las primeras 24 horas. Si el vómito ocurre en las primeras una o dos horas después de la administración de la AE se recomienda que la dosis sea repetida. Si el vómito persiste dentro del mismo plazo se recomienda la AE por vía vaginal.

Eficacia

La eficacia de la AE es elevada, con un índice de efectividad media de 75%, o sea que pueden evitar 3 de 4 gestaciones que ocurrirían después de la violencia sexual. Las tasas de falla del régimen de Yuzpe varían de 2% (0 a 24hrs) hasta 4.7% (49-72hrs). Las tasas de falla del levonorgestrel varían de 0.4% (0 a 24h) hasta 2.7% (42- 72hrs). Por lo tanto la AE, debe ser administrada tan rápido como sea posible dentro de los cinco días del ataque sexual.

Orientación para la mujer

La víctima/sobreviviente de violencia sexual debe ser orientada a regresar al servicio de salud si ocurre atraso menstrual que puede ser indicativo de embarazo. La AE no provoca sangrado inmediato después de su uso y cerca del 60% de las mujeres tendrán su menstruación en la fecha esperada. En el 15% de los casos la menstruación se podrá atrasar hasta siete días y en el 13% poco más de siete días.

Dispositivo Intra Uterino (DIU)

La inserción de DIU de cobre como anticoncepción de emergencia no está recomendada debido al riesgo potencial de infección genital agravado por la violencia sexual.

ESTÁNDAR 14.

PREVENCIÓN DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) adquiridas durante la violencia sexual pueden implicar graves consecuencias físicas y emocionales. Algunos estudios han mostrado que entre el 16% al 58% de las mujeres que sufren violencia sexual sufren por lo menos una ITS.

Entre las mujeres embarazadas que sufren violencia sexual la prevalencia de ITS es mayor cuando se compara con embarazadas no expuestas a este tipo de violencia. El riesgo de infección depende de diversas variables, entre ellas, se incluye el tipo de violencia sufrida (vaginal, oral o anal), el número de agresores, si ocurrió traumatismo genital, la edad y la susceptibilidad de la mujer; las condiciones del himen, la presencia de ITSs o úlcera genital previa y la forma de violencia utilizada por el agresor.

Gran parte de las infecciones genitales derivadas de la violencia sexual pueden ser evitadas. Infecciones como la gonorrea, sífilis, clamidiasis, trichomoniasis y chancro blando pueden ser prevenidas con el uso de medicamentos de reconocida eficacia. Esta medida es fundamental para proteger la salud sexual y reproductiva de las mujeres, de los posibles y terribles impactos de la violencia sexual. La profilaxis de ITSs no virales no está indicada cuando ocurra exposición crónica y repetida por el mismo agresor, situación común en violencia sexual, o cuando se utiliza el preservativo masculino o femenino durante todo el acto sexual no consentido.

Profilaxis para mujeres adolescentes y adultas

No existen evidencias contundentes de las bondades de la profilaxis para las ITS. Asimismo, no es posible establecer, con exactitud, el tiempo límite para la introducción de la profilaxis de las ITS no virales en situaciones de violencia sexual. A diferencia de lo que ocurre en la profilaxis de infecciones con

HIV, la prevención de ITS no virales puede ser eventualmente postergada, en función de las condiciones de adhesión al tratamiento de la mujer por la intolerancia gástrica más prevalente por situaciones de estrés. De todas formas se recomienda sea realizada precozmente siempre que sea posible.

Profilaxis para ITS no virales en mujeres adultas y adolescentes con más de 45 kg. no gestantes

PENICILINA G BENZATINA Profilaxis de sífilis	2.4 millones UI (1.2 millones UI en cada nalga)	IM	
OFLOXACINA Profilaxis de gonorrea	400 mg.	VO	Dosis única
AZITROMICINA Profilaxis de clamidiasis y chancro blando	1 g.	VO	Dosis única
METRONIDAZOL Profilaxis de trichomoniasis	2 g.	VO	Dosis única

El uso de ceftriaxona y azitromicina para la profilaxis de sífilis, está siendo investigada, pero las dosis adecuadas para este fin no se han establecido.

La administración profiláctica de metronidazol y sus alternativas puede ser postergada o evitada en casos de intolerancia gastrointestinal conocida. El uso profiláctico de otras quinolonas debe ser considerado como alternativa en situaciones en que la ofloxacina no esté disponible.

Profilaxis para embarazadas y niñas

El embarazo en cualquier edad gestacional no contraindica la profilaxis para ITS no virales. El metronidazol y sus alternativas (tinidazol y secnidazol) deben ser evitados durante el primer trimestre de gravidez y el tianfenicol está contraindicado en todo el periodo gestacional. El uso de quinolonas está contraindicado en niñas(os), adolescentes y embarazadas con peso menor de 45 kg.

Entre las ITS, es posible que durante la violación sexual se transmita el virus de la hepatitis B o C. Para prevenir hepatitis B, aplicar inmunoglobulina 0.25 ml. (2.5 mcg.) en menores de 10 años, 0.5 ml. (5 mcg.) en adolescentes y 1.0 ml. (10 mcg.) en adultas. La dosis debe ser intramuscular en el deltoides en las primeras 72 horas de ocurrida la violación. En mujeres no vacunadas se puede iniciar la vacunación contra la hepatitis B.

Profilaxis de ITSs no virales en niñas, adolescentes y embarazadas con menos de 45 kg.

PENICILINA G BENZATINA Profilaxis de sífilis Niñas, adolescentes Embarazadas	Dosis máxima 2.4 millones UI 50 mil UI/Kg. 2.4 millones UI (1.2 millones en c/nalga)	IM	Dosis única
CEFTRIAXONA Profilaxis de gonorrea Niñas, adolescentes Embarazadas	250 mg. 500 mg.	VO	Dosis única
AZITROMICINA Profilaxis de clamidiasis y de chancro blando Niñas, adolescentes Embarazadas	20 mg/kg. 1 g.	VO	Dosis única
METRONIDAZOL Profilaxis de tricomoniasis Niñas, adolescentes Embarazadas	15 mg/kg./día 2 g.	VO	7 días (máx. 2 g.) Dosis única

ESTÁNDAR 15.

PREVENCIÓN DE HIV

Aunque no ha sido precisada exactamente *la posibilidad de adquirir el VIH*, una relación forzada expone a la mujer al grave riesgo de contagiarse del virus. La OMS acepta que la posibilidad de transmitir el HIV durante una violación es una preocupación mayor, especialmente en países de alta prevalencia. Esta posibilidad sería de 5 a 30% cuando la relación sexual es anal, debido a que la membrana mucosa a este nivel se lesiona muy fácilmente.

En 1507 niños y adolescentes con HIV y 7629 con SIDA registrados en el sistema de vigilancia nacional de USA se encontró 26 casos con antecedente de abuso sexual, cuyas madres eran VIH negativo. En una serie de 243 víctimas de violación estudiadas en Sudáfrica, se encontró 219 VIH negativo al momento de la atención, de las cuales solo cinco regresaron para una segunda prueba serológica para VIH, encontrando seroconversión en una de ellas. Una publicación en Australia afirma que el riesgo de contraer HIV en una relación sexual no protegida es como sigue: coito anal receptivo 1-30 en 1000, coito vaginal receptivo 1-2 en 1000, coito vaginal introducido 1 en 1000 y coito anal introducido 3-9 en 1000.

Como en el caso de la profilaxis de las otras infecciones de transmisión sexual no existe evidencia de la certeza en cuanto a las ventajas costo/beneficio de ofertar la profilaxis para el HIV, sobre todo en los países pobres, porque no es fácil hacer el seguimiento de las víctimas. Tampoco se sabe el número exacto de víctimas de violencia sexual que llegan a infectarse con HIV. En un reporte de 1998 el CDC de Atlanta sostiene que estudios en animales sugieren que la profilaxis postexposición (PEP) es más beneficiosa cuando se administra dentro de 1 a 2 horas de exposición al HIV, lo que significa que aplicarla más tarde es menos efectiva. Sin embargo no hay una respuesta definitiva acerca del intervalo durante el cual es benéfica en seres humanos.

A pesar de las anteriores consideraciones, hoy en día se recomienda la PEP en diferentes países. Los que aconsejan el uso de PEP sugieren que la terapia antirretroviral debe ser instalada lo más rápido posible una vez ocurrido el asalto, tratando de administrarla en las primeras 72 horas. Se tiene como referencia que la terapia después de exposición ocupacional al HIV reduce en 81% el riesgo de seroconversión, cuando los medicamentos se aplicaron en promedio cuatro horas después de la exposición. Es necesario informar a la víctima sobre los riesgos de contraer el HIV y los riesgos de la PEP.

Los esquemas de profilaxis establecen que debe usarse dos inhibidores de la transcriptasa reversa nucleósido y un inhibidor de proteasa, o los dos primeros asociados con un inhibidor de la transcriptasa inversa no nucleósido y mantener la terapia por cuatro semanas, para lo cual se recomienda un programa de educación y consejería, según lo demuestra una revisión sistemática. De los diferentes esquemas de PEP transcribimos el propuesto por el Ministerio de Salud de Brasil que consiste en zidovudina 300 mg. oral cada 8 horas + lamivudina 150 mg. oral cada 12 horas + indinavir 400 mg. oral cada 8 horas. Estas dosis deben variar en las niñas y en las adolescentes muy jóvenes.

ESTÁNDAR 16.

SEGUIMIENTO

En todos los casos en que se ha hecho profilaxis contra las infecciones de transmisión sexual y HIV se recomienda el *seguimiento* para verificar el cumplimiento de la terapia a los siete días y a las cuatro semanas y hacer serología para sífilis a los 30 días, para hepatitis B a los 180 días y para VIH a los 40, 90 y 180 días. Hacer seguimiento también para detectar la posibilidad de un embarazo si es que hubiera retraso menstrual. De detectarse un embarazo producto de violación considerar, si la víctima lo solicita, la interrupción del mismo, de acuerdo a la legislación del país.

La atención de las víctimas no puede estar completa si no se ha hecho la referencia a los servicios de salud mental, servicio social y servicio legal.

Bibliografía consultada

- Abma J, Driscoll A, Moore K. “Young women’s degree of control over first intercourse: An exploratory analysis”. *Fam Plan Perspect* 1998; 30: 12-18
- American College of Obstetricians and Gynecologists. “ACOG practice patterns: emergency oral contraception”. *Int J Gynecol Obstet* 1997; 56: 290-297
- Anteghini M. “Health risk behaviors and associated risk and protective factors among Brazilian adolescents in Santos, Brasil”. *J Adolesc Health* 2001; 28: 295-302
- Bagley C, Bolitho F, Bertrand I. “Sexual assault in school, mental health and suicidal behaviors in adolescent women in Canada”. *Adolescence* 1997; 32: 361-366
- Bamberger JD. “Postexposure prophylaxis for human immunodeficiency virus (HIV) infection following sexual assault”. *Am J Med* 1999; 106: 323-326
- Basile KC, Saltzman LE. *Sexual violence surveillance: uniform definitions and recommended data elements*, pp.1-94. Atlanta,GA: National Center for Injury Prevention and Control/ Centers for Disease Control and Prevention, 2002
- Berliner L, Conte JR. “The effects of disclosure and intervention on sexually abused children”. *Child Abuse and Neglect* 1995; 19: 371-384
- Boyer D, Fine D. “Sexual abuse as a factor in adolescent pregnancy and child maltreatment”. *Fam Plann Perspect* 1992; 24: 4-11
- Burgess AW, Holmstrom LL. “Rape trauma syndrome and posttraumatic stress response”. In: Burges AW, ed. *Rape and sexual assault: a research handbook*, pp. 46-60. New York, NY: Garland Publishing Inc., 1985

- Cáceres CF, Vanoss M, Sid-Hudes E. “Sexual coercion among youth and young adolescents in Lima-Peru”. *J Adolesc Health* 2000; 27: 361-367
- California Department of Health Services. “Offering HIV Post-Exposure Prophylaxis (PEP) Following Non-Occupational Exposures”. California Department of Health Services. *The California Task Force on Non-Occupational PEP and the California Department of Health Services, Office of AIDS*, pp. 1-47, 2004
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. *Modelo integrado para la prevención y atención de la violencia familiar y sexual. Manual Operativo*, 1ª ed., pp. 1-186. Guadalajara: Secretaría de Salud 2004
- Centers for Disease Control and Prevention. “Public Health Service Guidelines for Management of Health-Care Worker exposure to HIV and recommendations for postexposure prophylaxis”. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 1998; 47(RR-7: 1-28)
- Coid J, Petruckevitch A, Cheng WS et al. “Sexual violence against adult women primary care attenders in east London”. *Brit J Gen Pract* 2004; 54(499): 135-136
- Collet BJ. “A comparative study of women with chronic pelvic pain, chronic nonpelvic pain and those with no history of pain attending general practitioner”. *BJOG* 1998; 105: 87-92
- Champion JD, Piper JM, Holden AE et al. Relationship of abuse and pelvic inflammatory disease risk behaviour in minority adolescents. *J Am Acad Nurse Pract* 2005; 17: 234-241
- Cheng L, Gülmezoglu AM, Van Oel VJ et al. “Interventions for emergency contraception”. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, issue 3. art N°: CD001324.pub2.DOI: 10.1002/14651858.CD001324.pub2
- Christian CW, Lavelle JM, De Jong AR et al. “Forensic evidence findings in prepuberal victims of sexual assault”. *Pediatrics* 2000; 106: 100-104

- Da Silva DA, de Souza AC, de Carvalho JJ, de Carvalho E. “Tipagem da DNA extraído de lamina da esfregaco vaginal em casos suspeitos de estupro”. *Sao Paulo Med J* 2004; 122: 70-72
- Danielson CK, Colmes MM. “Adolescent sexual assault: an update of the literature”. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2004; 16: 383-388
- De Bruyn M. *La violencia, el embarazo y el aborto. Cuestiones de derechos de la mujer y de salud pública*. 2ª ed., pp. 1-78. Chapel Hill, NC:IPAS 2003
- De La Garza-Aguilar J, Díaz ME. “Elementos para el estudio de la violencia sexual”. *Salud Pública Mexicana* 1997; 39: 539-545
- Dickson N, Paul C, Herbison P, Silva P. “First sexual intercourse: Age, coercion and later regrets reported by a birth cohort”. *Brit J Med* 1998; 316(7124): 29-33
- Drobnic K. “Analysis of DNA evidence recovered from epithelial cells in penile swabs”. *Croat Med J* 2003; 44: 350-354
- Erulkar AS. “The experience of sexual coercion among young people in Kenya”. *Int Fam Plan Perspect* 2004; 30: 182-189
- Faundes A, Hardy E, Osis MJ, Duarte G. “O risco para queixas ginecologicas e disfuncoes sexuais segundo historia da violencia sexual”. *Rev Brasileira Gin Obstet* 2000; 22(3): 153-157
- Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D et al. “Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study”. *Am J Prev Med* 1998; 14: 245-258
- Frank MW. “Virginity examination in Turkey: role for forensic physician female sexuality”. *JAMA* 1999; 282: 485-490
- Frison G, Favreto D, Tedeschi L, Ferrara SD. “Detection of thiopental and pentobarbital in head and pubic hair in a case of drug-facilitated sexual assault”. *Forensic Sci Int* 2003; 133: 171-174
- Giba AM, McManus T, Forster GF. “Should we offer antibiotic prophylaxis postsexual assault?” *Int J STD AIDS* 2003; 14:99-102

- Granados M, Ortiz JD, Campos L eds. *Monterrey Declaration on Domestic and Sexual Violence Against Women*, pp.1-13. Monterrey: IPAS 2000
- Grossin C, Sibila I, de la Gradmaison GL, et al. Analysis of 418 cases of sexual assault. *Forensic Sci Int* 2003; 131:125-130
- Haddad M, Inch C, Glaeir RH et al. Patient support and education for promoting adherence to highly active antiretroviral therapy for HIV/AIDS (Cochrane Review). *The Cochrane Library, Issue 2*, 2005. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd
- Hegarty K, Jun J, Chondros P, Small R. Association between depression and abuse by partner of women attending general practice: descriptive, cross sectional survey. *BMJ* 2004; 328(7440): 621-624
- Heise L, Ellsberg M, Gotemoeller M. Ending violence against women. *Population Reports* 1999; Series L, N° 11
- Instituto Nacional de Salud Pública. *Encuesta Nacional sobre violencia contra las mujeres*, pp. 1-132. Cuernavaca: INSP, 2003
- Jewkes R, Levin J, Mbananga N, Bradshaw D. "Rape of girls in South Africa". *The Lancet* 2002; 359(9303): 274-275
- Jones JS, Wyn BN, Kroeze B et al. "Comparison of sexual assault by strangers versus known assailants in community-base population". *Am J Emerg Med* 2004; 22: 454-459
- Kawsar M, Anfield A, Walters E et al. "Prevalence of sexually transmitted infections and mental health needs of female child and adolescent survivors of rape and sexual assault attending a specialist clinic". *Sex Transm Infect* 2004; 80: 138-141
- Kerr E, Cottee C, Chowdhury R et al. "The Haven: a pilot referral centre in London for cases of serious sexual assault". *BJOG* 2003; 110: 267-271
- King G, Flisher AJ, Noubary F et al. "Substance abuse and behavioral correlates of sexual assault among South African adolescents". *Child Abuse Negl* 2004; 28(6): 283-296

- Krug EG, Dahler L, Mercy J et al. eds. *World Report on Violence and Health*. Geneva: WHO, 2003
- Lingren ML, Hanson IC, Hammett TA et al. "Sexual abuse of children: intersection with HIV epidemic". *Pediatrics* 1998; 102(4): E46
- Magid DJ, Houry D, Koepsell T et al. "The epidemiology of female rape victims who seek immediate medical care". *J Interpers Viol* 2004; 19(1): 3-12
- Malcoe LH, Duran BM, Montgomery JM. "Socioeconomic disparities in intimate partner violence against Native American women: a cross-sectional study". *BMC Med* 2004; 20-24
- Mancino P, Parlavacchio E, Melluso J et al. "Introducing colposcopy and vulvovaginoscopy as routine examinations for victims of sexual assault". *Clin Exp Obstet Gynecol* 2003; 30: 40-42
- Martin SL, Matza L, Kupper L et al. "Domestic and sexually transmitted diseases: The experience of prenatal care patients". *Pub Health Reports* 1999; 114: 262-268
- McFarlane J, Malecha A, Watson K et al. "Intimate partner sexual assault against women: frequency, health consequences and treatment outcomes". *Obstet Gynecol* 2005; 105: 99-108
- Meel BL. "A study on the prevalence of HIV-seropositivity among rape survivors in Transkeyi, South Africa". *J Clin Forensic Med* 2003; 10: 65-70
- Mein JK, Palmer CM, Shand MC et al. "Management of acute adult sexual assault". *Med J Aust* 2003; 178: 226-230
- Ministerio da Saude do Brasil. *Norma tecnica Prevencao e Tratamento dos agravos resultantes da violencia sexual contra mulheres e adolescentes*, 2ª ed., pp. 1-36. Brasilia: Ministerio da Saude 2002
- Mulugeta E, Kassaya M, Berhane Y. "Prevalence and outcome of sexual violence among high school students". *Ethiopian Med J* 1998; 36: 167-174
- MacDonald R. "Editorial: Time to talk about rape". *Br Med J* 2000; 321: 1034-1035

- Myles JE, Bamberger J. “Offering prophylaxis following sexual assault”. California. *San Francisco Department of Public Health and The California HIV PEP after Sexual Assault Task Force in conjunction with The California State Office of AIDS*, pp. 1-34, 2001
- Omorodion F, Olusanya L. “The social context of reported rape in Benin City, Nigeria”. *Afr J Reprod Health* 1998; 2: 37-43
- Ononge S, Wandabwa J, Kiondo P, Busingye R. “Clinical presentation and management of alleged sexually assaulted females at Mulago hospital, Kampala, Uganda”. *Afr Health Sci* 2005; 5(1): 50-54
- Pedersen W, Skrondal A. “Alcohol and sexual victimization: a longitudinal study of norwegian girls”. *Addiction* 1996; 91: 565-581
- Pedrosa L. *Atención médica de personas violadas*, 1ª ed., pp. 1-46. Guadalajara: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva/CENSIDA/IPAS 2000
- Ramos-Lira L, Saltijeral-Méndez MT, Romero-Mendoza M et al. “Violencia sexual y problemas asociados en una muestra de usuarias de un centro de salud”. *Salud Pública Mex* 2001; 43: 182-191
- Riggs N, Houry D, Long G et al. “Analysis of 1076 cases of sexual assault”. *Ann Emerg Med* 2000; 35: 358-362
- Rivera-Rivera L, Lazcano-Ponce E, Salmeón-Castro J et al. “Prevalencia y determinación de la violencia de la pareja contra las mujeres mexicanas: un estudio basado en población”. *Salud Pública Mex* 2004; 46: 113-122
- Rovi S, Simon N. “Prophylaxis provided to sexual assault victims seen at US emergency departments”. *J Am Med Women Assoc* 2002; 57: 204-207
- Russo N, Denious J. “Understanding the relationship of violence against women to unwanted pregnancy and its resolution”. In Beckman L & Harvey M eds. *The new civil war. The psychology, culture and politics of abortion*, pp.211-234. Washington DC: The American Psychological Association, 1999
- Shei B. “Psycho-social factors in pelvic pain. A controlled study of women living in physically abusive relationships”. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 1990; 69: 67-71

- Slaughter L. “Involvement of drugs in sexual assault”. *J Reprod Med* 2000; 45: 425-430
- Stacey P, Falik M. “Prevalence of violence and its implications for women’s health”. *Women’s Health Issues* 2001; 11(3): 244-258
- Steel-Duncan JC, Pierre R, Evans-Gilbert T et al. « HIV/AIDS following sexual assault in Jamaica children and adolescents: a case for HIV post-exposure prophylaxis”. *West Indian Med* 2004; 53: 352-355
- Sugar NF, Fine DN, Eckert LO. “Physical injury after sexual assault: findings of a large case series”. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 190: 71-76
- Stewart F, Trussell J. “Prevention of pregnancy resulting from rape. A neglected preventive health measure”. *Am J Preventive Med* 2000; 19: 228-229
- Stock JL, Bell MA, Boyer DK, Connel FA. “Adolescent pregnancy and sexual risk-taking among sexually abused girls”. *Fam Plann Perspect* 1997; 29: 200-203
- Swart I. “Rape surveillance through district surgeons’ offices in Johannesburg, 1996-1998: findings, evaluation and prevention implications”. *South Afric J Psychol* 2000; 30: 1-10
- Távora L. *Puesta al día sobre los mecanismos de acción de la anticoncepción de emergencia*. San José: CLAE, 2010, 16 p.
- Tjaden P, Thoense N. *Full report of the prevalence, incidence and consequences of violence against women: findings from the National Violence Against Women Survey*. Washington DC: National Institute of Justice, United States Department of Justice and Centers for Disease Control and Prevention, 2000 (NIJ 183781)
- UNFPA. *International Conference on Population and Development*. Cairo: UNFPA, 1994
- United Nations General Assembly. *Declaration on the elimination of violence against women*. Geneva, Dec. 20, 1993
- UNO. *Fourth World Conference on Women*. Declaration and action platform. Beijing: UNO, 1995

- Von Hertzen. “Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a multicentre randomized trial”. *The Lancet* 2002; 360: 1803-1810
- Walker E, Gelfand A, Katon W et al. “Adult health status of women HMO members with histories of childhood abuse and neglect”. *Am J Med* 1999; 107: 332-339
- Watts C. “Withholding sex and forced sex: dimensions of violence against Zimbabwean women”. *Reprod Health Matters* 1998; 6: 57-65
- Watts C, Zimmerman C. “Violence against women: global scope and magnitude”. *The Lancet* 2002; 359(9314): 1232-1237
- Weiss P, Zverina J. “Experiences with sexual aggression within the general population in the Czech Republic”. *Arch Sexual Behavior* 1999; 28: 265-269
- WHO. *Report of consultation on child abuse prevention*. Geneva: WHO, 1999 (document WHO/HSC/PVI/99.1)
- WHO. *Violence against women*. Geneva: WHO, June 2000
- WHO. *STD case management workbook 1*. Programme introduction the transmission and control of STD/HIV. Geneva: WHO (WHO/GPA/TCO/PMT/95.18A), 1995
- WHO. *Violence against women and HIV/AIDS: setting the search agenda*. Geneva: WHO, 2001 (document WHO/FCH/GWH/01.08)
- WHO. *Violence against women: a priority health*. Geneva: WHO, 1997
- WHO. *Guidelines for the management of sexually transmitted infections*. Geneva: WHO, 2003 (documents WHO/RHR/03.18, WHO/HIV/2003.09)
- WHO. *Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence*, pp.1-154. France: World Health Organization, 2003
- Wiebe ER. “Offering HIV prophylaxis to people who have been sexually assaulted: 16 months experience in a sexual assault service”. *Can Med As J* 2000; 162: 641-645

ISBN: 978-612-45897-5-1



9 786124 158975 1

FEDERACIÓN LATINOAMERICANA
DE SOCIEDADES DE OBSTETRICIA Y
GINECOLOGIA (FLASOG)



FLASOG

COMITÉ DE DERECHOS SEXUALES
Y REPRODUCTIVOS

www.flasog.org

PROM^{A R O S}**5EX**

Centro de Promoción y Defensa de los
Derechos Sexuales y Reproductivos

www.promsex.org



Fondo de Población
de las Naciones Unidas