

**“NORMAS Y GUIA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN
EN SERVICIOS DE URGENCIA
DE PERSONAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL”**

CONTENIDO

INTRODUCCION

II ASPECTOS CONCEPTUALES, CLÍNICOS, EPIDEMIOLÓGICOS Y LEGALES DE LA VIOLENCIA SEXUAL

1. ASPECTOS CONCEPTUALES

- 1.1. La violencia
- 1.2. La violencia sexual
- 1.3. El contexto social

2. ASPECTOS CLÍNICOS

- 2.1. Daños físicos
- 2.2. Alteraciones y trastornos psicológicos y psiquiátricos
- 2.3. Embarazos no deseados
- 2.4. Enfermedades de Transmisión Sexual.

3. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

4. ASPECTOS LEGALES

- 4.1. Normas Internacionales vigentes en Chile
- 4.2. Ley N° 19.617 sobre Delitos Sexuales
- 4.3. Rol de la Víctima en el Nuevo Proceso Penal

III. NORMAS GENERALES PARA LA ATENCIÓN A PERSONAS QUE HAN SUFRIDO VIOLENCIA SEXUAL

IV. GUIA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN A PERSONAS QUE HAN SUFRIDO VIOLENCIA SEXUAL

1. Acogida

2. Exploración clínica

- 2.1. Anamnesis
- 2.2. Examen
 - 2.2.1. Examen clínico general
 - 2.2.2. Examen segmentario: a) Cara y Cráneo: b) Tórax: c) Abdomen: c) Examen Ginecológico d) Examen Genitourrológico, e) Examen Proctológico ambos sexos
 - 2.2.3.. Exámenes de laboratorio o pruebas biológicas: a) indicios para análisis: contenido vaginal, mancha de semen, b) Muestra del sospechoso

3. Tratamiento

- 3.1. Prevención de embarazo después de una violación
- 3.2. Prevención de enfermedades de transmisión sexual
 - 3.2.1. Enfermedades de transmisión sexual no virales: Gonorrea, Clamidia, Tricomoniasis y Vaginositis Bacteriana
 - 3.2.2. Enfermedades de transmisión sexual virales

4. Informe Médico Legal

5. Derivación y Vinculación a recursos de ayuda

V. ASPECTOS A CONSIDERAR EN LA ATENCIÓN DE NIÑAS/OS Y ADOLESCENTES

1. ¿Cuándo pensar en abuso sexual?
2. ¿Cómo entrevistar y examinar a un niño o niña y a sus acompañantes cuando existen indicadores de un posible abuso sexual?
3. Medidas de Protección

VI. ORGANIZACIÓN DE LA ATENCION

1. El equipo de atención,
 - 1.1. Sensibilización y Capacitación
 - 1.2. Asesoría / Consultoría
- 2. Organización de la atención,**
 - 2.1. Coordinación y divulgación de la red Integrada local de atención y apoyo,
 - 2.2. Registro

VII. BIBLIOGRAFÍA SUGERIDA

VIII. ANEXOS

1. El personal de salud puede, sin quererlo, lastimar a las personas que han sido víctimas de violencia sexual
2. El personal de salud puede ayudar a las personas que han sido víctimas de violencia sexual

INTRODUCCION

El Estado Chileno ha asumido el imperativo ético de enfrentar la violencia sexual y atenuar los daños y secuelas que produce en las personas más vulnerables, haciendo realidad el respeto irrestricto de los múltiples compromisos internacionales¹ que ha ratificado y por implementar efectivamente de la nueva legislación² promulgada al respecto. Para lograrlo, esta realizando esfuerzos por adecuar, mediante un proceso de Reforma, el Sistema de Salud a las necesidades de la población y avanza decididamente en el proceso de instalar la Reforma Procesal Penal

Para el sector salud, eso significa aumentar la capacidad de los establecimientos y profesionales de los sub sistemas público y privado de salud para prevenir la violencia sexual y para detectar, tratar y rehabilitar oportunamente y con intervenciones de la calidad necesaria, a sus víctimas.

Se ha focalizado en la atención de urgencia, como una de las instancias de la red de servicios y de apoyo social que interactúa con el resto, dado que es puerta de entrada frecuente para las personas afectadas, a menudo la única capaz de detectar la situación de violencia. El objetivo es integrar los aspectos propiamente asistenciales de la atención con los judiciales y psicosociales que permitan evitar que la agresión o abuso se repitan y reparar los daños hasta donde ello es posible.

¹ La "Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer" fue aprobada por Naciones Unidas en 1979 y fue seguido por un "Protocolo Facultativo" cuya ratificación fue aprobada por la Cámara de Diputados y se encuentra en primer trámite en el Senado del Parlamento Chileno. El Consejo Económico y Social de Naciones Unidas creó, en mayo de 1986, la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer. Desde 1994 existe también una Relatoría Especial sobre la Violencia Contra la Mujer, creada por la Comisión de Derechos humanos de la ONU. En 1996, el Estado de Chile ratificó la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (OEA, Belem do Pará - Brasil, 1994, publicada en el Diario Oficial de Chile en 1998). Desde 1998 existe una "Relatoría sobre la Situación de la Mujer" que analiza casos que puedan afectar el ejercicio de las mujeres de los derechos y libertades reconocidos por la "Convención Americana Sobre Derechos Humanos" y la "Declaración Americana de Deberes y Derechos del Hombre" (Comisión Andina de Juristas, año 2000)

² El 27 de agosto de 1994 fue promulgada la Ley N° 19.325, de Violencia Intra familiar y la ley N° 19.324, de Maltrato Infantil. Con ella, el Estado daba una potente señal acerca la necesidad de intervenir en una cuestión que hasta entonces pertenecía a la vida privada. El 12 de Julio de 1999 se publica la Ley N° 19.617, sobre delitos sexuales que modifico el Código Penal, el Código de Procedimiento Penal, la Ley sobre Medidas Alternativas a las Penas Privativas (N°18.216), y el Decreto sobre Libertad Condicional (N°321)..

I. ASPECTOS CONCEPTUALES, CLÍNICOS, EPIDEMIOLÓGICOS Y LEGALES DE LA VIOLENCIA SEXUAL

1. ASPECTOS CONCEPTUALES

1.1. La violencia

La violencia ha sido definida como³ “el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo contra uno mismo otra persona o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar muerte, lesiones, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”.

El complejo problema psicosocial que subyace en los comportamientos violentos es responsable de muchas muertes, de lesiones físicas externas o internas que producen discapacidad transitoria o permanentes, de alteraciones psicológicas que pueden llevar a un trastorno psiquiátrico o del desarrollo, de embarazos no deseados como productos de violación y de enfermedades de transmisión sexual, incluyendo VIH / SIDA y Hepatitis B. Además, crecer viviendo o presenciando conductas violentas, aumenta la probabilidad de llegar a ejercerlas (transmisión transgeneracional).

Los factores asociados a la conducta violenta son múltiples y existen complejos y diversos modelos para explicarla⁴. Se reconoce que, como fenómeno mediado por el comportamiento humano, en su ocurrencia influyen factores propios de los individuos; del sistema de creencias, valores, normas implícitas y explícitas que determinan las relaciones entre las personas y grupos y de las circunstancias concretas en que se da esta interrelación.

Uno de los modelos mas aceptados para explicar la violencia es el modelo ecológico⁵ que supone la interacción entre cuatro tipos de factores que aumentan la probabilidad de que las personas sean víctimas o ejecutoras de actos violentos. En un primer nivel, existen factores biológicos y de la historia personal asociados a la conducta violenta, como son el sexo masculino, la edad entre 20 y 40 años, el menor nivel de instrucción y de ingresos, trastornos psicológicos y patologías que favorecen el descontrol de impulsos, abuso de alcohol y drogas, así como antecedentes de haber sufrido maltrato. También existen factores que aumentan la vulnerabilidad para sufrirla, como son el sexo femenino, la hiperactividad y conducta difícil en las/os niñas/os y ser anciana/o o discapacitada/o.

En un segundo nivel está el tipo de relaciones más cercanas, con la familia, pareja, amigos, compañeros. El tercer nivel se refiere a los contextos comunitarios en que se desarrollan las relaciones sociales, como las escuelas, trabajo, vecindario, en los que influye la densidad poblacional, nivel de desempleo o el trafico de drogas.

En el cuarto nivel están los factores relativos a la estructura de la sociedad, prioridad de los derechos de los padres sobre los de los hijos, dominación masculina sobre mujeres y

³ OMS, 1996

⁴ “Las raíces de la Violencia”, Luis Rojas Marcos, 1998

⁵ Borfenbrenner, 1987; Corsi, 1993

niños, uso excesivo de violencia policial, el suicidio entendido como opción personal mas que como violencia evitable, la valoración social de los comportamientos agresivos.

De acuerdo a la naturaleza de los actos violentos, esta puede ser violencia física, sexual, psicológica o por privación o abandono.

1.2. La violencia sexual

Desde que la sociedad reconoce que todas las personas tienen derechos humanos y, específicamente, el derecho de decidir acerca de la propia sexualidad, la violencia sexual es un delito, independientemente de si ocasiona o no daño físico a la víctima.

Los actos de violencia física o psicológica o por abandono, en general, pueden ser reactivos o proactivos; criminales o no criminales. La violencia sexual es siempre pro activa y constituye delito.

La violencia sexual es “toda actividad sexual no voluntaria, forzada mediante la violencia física, o por cualquier forma de coerción, agresión o abuso. Su práctica implica una relación de sometimiento en la cual la víctima ha rechazado el acto sexual o en que no ha tenido capacidad de consentir, esto último especialmente en el caso de niños pequeños. En el caso de los niños, es toda aproximación sexual, porque éste no se encuentra en condiciones de comprender y son inapropiadas para su desarrollo psicosexual”. Por ejemplo tocación en zona genital, anal, senos.

Se considera como abuso también “la actividad sexual inducida prevaliéndose de una situación de superioridad dada la particular condición de la víctima, por trastorno o deficiencia mental, o por dependencia económica, laboral, desamparo, inexperiencia o ignorancia”. Por ejemplo que un adulto obligue a un niño o niña a practicarle sexo oral a otro niño o niña.

Los principales factores que han demostrado estar asociados a una mayor frecuencia de violencia sexual⁶ en la población son:

- Sociedades en las que impera el convencimiento social de los derechos sexuales del varón, con roles de hombre y mujer muy rígidos, alta tolerancia de la violencia sexual la que es castigada con sanciones blandas, con altas tasas de violencia de otra naturaleza y de pobreza.
- Hombres con historia de haber presenciado violencia familiar o haber tenido padres emocionalmente distantes y desatentos.
- Hombres con fantasías sexuales de tipo coactivo, preferencia de relaciones sexuales impersonales y hostilidad hacia las mujeres.

⁶ World Report on Violence and Health, World Health Organization, Geneva, 2002

Cabe connotar que a pesar de que las estadísticas son menores en este caso, las mujeres también son agresoras sexuales, contándose con menor caso de denuncias por estos hechos.

No se puede abordar la violencia sexual ni comprender las necesidades de las víctimas sin considerar que los valores, actitudes, identidades y comportamientos de hombres y mujeres dependen del contexto social, de los roles de género predominantes y de lo que es socialmente permitido, prohibido, valorado y negado en la búsqueda del placer sexual.

La violencia sexual - que afecta con muchísima mayor frecuencia a mujeres y niñas/os - expresa, la mayor de las inequidades de género. No sólo porque las víctimas son más débiles físicamente, tienen menor capacidad para poder hacer valer sus derechos, sino las niñas, adolescentes y mujeres la violencia sexual puede tener como consecuencia un embarazo no deseado, cuyo impacto se proyecta a lo largo de toda su vida y la de ese hijo.

Según la Organización Panamericana de la Salud, “la violencia es una pandemia social que impacta a la sociedad como un todo. Dentro de ésta, la violencia contra la mujer es considerada por sí sola como un crimen contra la humanidad y una forma de tortura. Es necesario desarrollar acciones para su prevención y para la reparación de los daños que produce en la salud física y mental⁷.

Esto es aplicable también cuando las víctimas son hombres adultos. También se trata de una imposición basada en relaciones de poder asimétricas entre el rol “masculino” y “femenino” en el ámbito de la sexualidad. La violencia sexual ejercida contra hombres puede ocurrir en el hogar o en la calle, pero es mas frecuente en instituciones militares y prisiones. En estas ultimas también se ejerce como “castigo” a hombres que tienen sexo con hombres.

1.3. El contexto social

A partir del impulso que lleva a buscar satisfacción sexual, las sociedades humanas han elaborado sistemas para definir las formas “permitidas” de obtenerla y cuáles serán los “objetos de deseo” en los que se “encontrará” placer sexual. Tradicionalmente, la sexualidad y el género se han entrecruzado en políticas y leyes, y estas han sido aplicadas de manera diferencial y jerárquica. Aún hoy, se posibilita y estimula en los hombres una mayor frecuencia de relaciones sexuales y diversidad de parejas, mientras que para las mujeres, la práctica sexual está vinculada a la conyugalidad y la maternidad y son censuradas socialmente cuando no limitan sus experiencias sexuales.

La fecundidad no deseada - en alguna proporción, producto de violencia sexual o abuso y de la menor capacidad de las mujeres de decidir en el ámbito de las relaciones de pareja - es un poderoso indicador de inequidades sociales y de género. Los embarazos no

⁷ Comisión Interamericana de Derechos Humanos, 1995

deseados son mucho más frecuentes en mujeres de baja escolaridad y nivel socioeconómico y las mujeres deben “siempre” asumir el embarazo, no así los hombres⁸.

En el modelo tradicional, – propio de una época en que las mujeres eran legalmente menores de edad y la Iglesia ejercía un rígido control sobre las costumbres - que aun perdura, principalmente en sectores con baja escolaridad y nivel socioeconómico y en población rural, se reconoce que “los hombres son seres sexuales cuyos placeres, no pueden, dada su naturaleza, evitar”⁹. Esto apunta a la “comprensión”, “sub-valoración” y “desinterés” social, incluso de la iglesia católica, frente al abuso y violencia sexual.

Los significativos avances que se están produciendo en el reconocimiento y protección de los derechos de las personas también en el ámbito de la sexualidad y la creciente movilización de las y los ciudadanos, particularmente de las mujeres, está favoreciendo un incipiente cambio cultural y generando nuevos programas sociales. Aún existe una gran desinformación respecto a la sexualidad¹⁰

Algunos estudios recientes demuestran que el modelo tradicional ya no interpreta a los jóvenes y que comienzan a aparecer roles de género complementarios, más equitativos y menos rígidos, aunque, aparentemente, los hombres están teniendo mayores dificultades que las mujeres para asumir estos cambios¹¹.

Reforzar las respuestas a las víctimas de la violencia es una de las recomendaciones del Informe Mundial Sobre la Violencia y la Salud del año 2002¹² para hacer frente a las raíces de la violencia y garantizar así a nuestros hijos e hijas - los ciudadanos más vulnerables de la sociedad - la vida sin violencia que les debemos¹³.

⁸ “Pobreza e Inequidad de Género” PNUD, 2000

⁹ “Hablemos de Salud Sexual”, OPS, Asociación Mexicana de Sexualidad, 2000

¹⁰ Encuesta de opinión pública. La vida sexual de los chilenos. Fundación Futuro. Santiago, mayo 2000.

¹¹ Grupo Iniciativa, “Encuesta nacional: Opinión y actitudes de las mujeres chilenas sobre las condiciones de género”, Santiago, 1999.

¹² OMS / OPS cita

¹³ Nelson Mandela

2. ASPECTOS CLÍNICOS

La violencia ejercida por otros/as es una de las principales causas de muerte y discapacidad en las personas jóvenes y afecta de modo distinto a hombres y mujeres. La violencia delictual afecta más a los hombres y ocurre en espacios públicos y la violencia sexual e intrafamiliar o de pareja afecta principalmente a las mujeres y ocurre en espacios privados.

Las agresiones sexuales pueden diferenciarse según el vínculo, es decir, si es cometido por conocido, desconocido o es intrafamiliar, presentando sintomatología y diagnóstico diversos según el tipo.

2.1. La violencia sexual puede producir daños físicos de consecuencias tan severas que significan riesgo vital para las personas e incluso la muerte. En otros casos pueden dejar secuelas o cicatrices permanentes que significan pérdida de funcionalidad general o sexual. El tratamiento de estas lesiones externas o internas es un ámbito específico de acción de la atención de urgencia.

De acuerdo a la información internacional disponible, las lesiones físicas que las víctimas puede presentar, no se relacionan directamente con la magnitud del impacto de la violencia o el abuso. Por ejemplo, los registros de Servicios de Urgencia de Brasil¹⁴, permiten estimar que el 10% de las víctimas de violencia sexual presenta lesiones físicas, y que son muchas más las presentan secuelas psicológicas y en el ámbito del desarrollo de su sexualidad.

2.2. La violencia sexual puede generar alteraciones psicológicas y psiquiátricas inmediatas con presencia de temor, angustia, hostilidad, rabia culpa y vergüenza, pudiendo llegar a presentarse, en forma transitoria, un estado disociativo o un compromiso de conciencia de tipo “crepuscular”.

Sin embargo, no es infrecuente que las personas agredidas aparezcan como pasivas, asustadas llorosas o sorprendentemente serenas en el momento de ser atendidas, producto de sentir que ha pasado lo peor de la agresión y saber que están a salvo o de la perplejidad frente a la situación

Numerosos estudios demuestran que las personas que son víctimas de violencia sexual pueden desarrollar trastornos que se prolongan en el tiempo y cuya sintomatología aparece horas, días e incluso meses después de la agresión, tales como ansiedad, síntomas obsesivo compulsivos y/o depresivos y somatizaciones. La prevalencia de síntomas sugerentes de un trastorno psiquiátrico es de más de un 30% en mujeres que han sufrido violencia sexual siendo adultas y solo de un 6% en mujeres sin esta experiencia¹⁵.

¹⁴ Norma Técnica Prevencao e Tratamento dos Agravos resultantes da Violencia Sexual contra Mulheres e adolescentes. Ministerio Da Saude, Brasília , 2002

¹⁵ Mullen, P.E. et al. “Impact of sexual and physical abuse on woman mental health” Lancet, 1988

Esta sintomatología puede configurar trastornos psiquiátricos severos como el Síndrome de Estrés Post Traumático, Depresión, Crisis de Pánico. También se asocia a Abuso de Alcohol y Tabaco, Insomnio, Cefaleas y Trastornos de la alimentación¹⁶. Aún con acceso a tratamiento post – trauma, la mitad de las mujeres víctimas de violencia sexual continúan presentando síntomas después de un año¹⁷.

Las secuelas posteriores dependen en gran parte de la primera atención que se brinde, así como del tratamiento posterior, disminuyendo de ésta manera la posibilidad de sufrir trastornos psiquiátricos producto de la experiencia vivida.

En el caso de niñas y niños, además de la relación con el la agresor/a, la intensidad, tipo y recurrencia de la violencia o abuso, sus consecuencias dependen también de la etapa del desarrollo en que se encuentra y del grado de comprensión de la naturaleza del abuso¹⁸.

Algunos estudios muestran que alrededor del 40% de las mujeres violadas refieren anorgasmia prolongada posterior, vaginismo, dispareunia, dolores pélvicos recurrentes y un 12% refiere pensar insistentemente en la auto eliminación¹⁹. Las mujeres que han sufrido violencia sexual tienen significativamente mayores probabilidades de cometer suicidio (e intentos de suicidio) que las mujeres que no la han sufrido, aún controlando variables como edad, educación y presencia de trastornos psiquiátricos²⁰. En el caso de agresiones intrafamiliares de carácter recurrente, las secuelas pueden afectar de manera más sustancial hacia el desarrollo de patologías como trastornos de la personalidad.

La cifra negra de estos delitos varía en función del tipo de vínculo, encontrándose mayor déficit de denuncia en los casos de violencia sexual intrafamiliar.

2.3. Un embarazo no deseado, ni por la víctima ni por el agresor, puede ser una de las consecuencias de una violación. Estudios realizados revelan que entre un 15 y un 18% de las violaciones denunciadas tienen como consecuencia un embarazo²¹, lo que significa alrededor de 32.000 embarazos anuales en USA. En Chile no existen registros sistemáticos ni estudios.

Las mujeres que son violadas tienen una probabilidad de 5/28 de estar en un día fértil de su ciclo. Se estima que la probabilidad poblacional de un embarazo en las mujeres que son violadas es de un 5% en cada violación²², pero si se analizan las denuncias, la frecuencia de embarazos alcanza a mas del doble, probablemente porque se denuncian mas las violaciones cuando hay un embarazo, o por que se trata de violaciones recurrentes sobre la misma persona.

¹⁶ Dickinson et al. 1999; Ayala y Cols. 2001

¹⁷ Foa EB et al. "A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing post traumatic stress disorder in female assault victims" Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1999.

¹⁸ Barudi

¹⁹ World Report on Violence and Health, OMS, 2002

²⁰ Statham DJ et al. "Suicidal Behaviour: a Epidemiological and Genetic Study" Psychological Medicine, 1998 / Davidson JR et al. "The Association of sexual assault and attempted Suicide within Community" Archives of General Psychiatry, 1996

²¹ Mulugeta E. Ethiopian Medical Journal, 1998 / Mexico City, "Centro de Apoyo a Mujeres Violadas" 1985

²² Holmes, M. et al. "Rape - related pregnancy: estimate and descriptive characteristics from a national sample of woman", American Journal of Obstetrics and Gynecology. 1996

2.4. Como consecuencia de una agresión sexual, existe la probabilidad de presentar una enfermedad de transmisión sexual. La exposición al agente patógeno puede producir infecciones de distinta severidad, tales como Gonorrea, Clamidia, Tricomoniasis, Vaginosis Bacteriana y Sífilis, que pueden expresarse en diferentes cuadros clínicos: vulvitis, vaginitis, cervicitis, uretritis, vaginosis bacteriana, verrugas genitales, proceso inflamatorio pelviano, infertilidad, embarazo ectópico. También existe la probabilidad de contraer VIH / SIDA y Hepatitis B.

Estudios internacionales han determinado que una de cada diez víctimas de violación había contraído una Enfermedad de Transmisión Sexual como resultado de la agresión²³.

3. ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS

La O.M.S. ha estimado que, en el año 2000, un millón y medio de personas murió a causa de la violencia. Esto significó un fallecimiento por cada 3.500 personas, jóvenes, la mayoría de ellas. En muchos de los países del mundo, una de cada cuatro mujeres ha sido víctima de violencia sexual y hasta una tercera parte de los adolescentes sufre iniciación sexual forzada²⁴. Estudios consistentes demuestran que en caso de abuso sexual infantil, la gran mayoría de los agresores son hombres, ya se trate de un niño o una niña²⁵.

En Chile, un estudio realizado en el año 2001²⁶ muestra que un 50,3 % de las mujeres, actual o anteriormente casadas o en convivencia, residentes en la Región Metropolitana, han experimentado alguna forma de violencia por parte de su pareja. Un 16,3% sólo ha sufrido violencia psicológica. Un 34% ha sufrido violencia física y/o sexual. De ellas, un 14,9% experimenta violencia sexual.

En promedio, un 79% de las víctimas de violencia sexual son mujeres, y de ellas, un 81% fue agredida por una persona conocida o familiar²⁷. Alrededor de un tercio de las víctimas son mujeres de 15 años o menos²⁸.

La información disponible sólo da cuenta de una fracción de la realidad. Se estima que uno de cada cuatro delitos sexuales no se denuncia. Las principales razones para no hacerlo continúa siendo la vergüenza de la víctima y/o su familia; el que el agresor sea un pariente o conocido, el temor a una venganza y el rechazo o escasa confianza en la utilidad de los trámites que deben realizarse.

²³ (Archavanitkul K, Pramualratana A. Factors affecting women's health in Thailand. Paper presented at the Workshop on Women's Health in Southeast Asia, Population Council, Jakarta, October 29-31, 1990).

²⁴ World Report on Violence and Health, OMS, 2002

²⁵ American Medical Association. Sexual Assault in America, Noviembre, 1995.

²⁶ Sernam: "Estudio de Prevalencia de la VIF en la Región Metropolitana y en la IX región", Santiago, 2001.

²⁷ Datos del Registro de Pericias Clínicas de Sexología del Servicio Médico Legal, 2001.

²⁸ Heise, L: y col. Violence Against Women: the Hidden Health burden. Discussion Paper N°255, World Bank, 1994

“Mas de 7 de cada 100 mujeres entrevistadas declara haber sufrido una violación. En la mitad de los casos ha constituido su iniciación sexual”: El agresor es un conocido, familiar o pareja en el 78% de los casos²⁹

En el año 2001, la sección de peritajes del Instituto Médico Legal, atendió a 2.217 personas que denunciaron ser víctimas de agresión sexual en la Región Metropolitana. Del total de víctimas atendidas por esta institución, el 79% fueron mujeres y el 65,5% correspondieron a menores de 14 años de ambos sexos. De los peritajes médicos realizados por el Instituto Médico Legal en el mismo año en la Región Metropolitana, en el 80,4% de los casos existía una relación previa entre víctima y agresor. En el 11,1%, el agresor era uno de los padres, en el 25,6 %, otro familiar ,en el 6.4% vecinos y otros conocidos en el 37,6%.

En el Centro de Atención a Víctimas de Atentados Sexuales (CAVAS), entre 1987 y 1997, fueron atendidas 5.439 víctimas, de las cuales el 80% eran menores de 18 años y el 78% eran mujeres. Solo en el año 1998 se registraron 1,015 atenciones, de las cuales 90.1% fue a menores de 19 años y un 30% de ésta a menores de 7 años. En el 33,3% de los primeros 3.000 casos de violencia en la pareja atendidos en el Centro de Violencia Intrafamiliar de Santiago³⁰ existía abuso sexual, además de otras manifestaciones de violencia.

Desde la aprobación, en 1994, de la Ley que lo sanciona, las denuncias de mujeres que sufren maltrato de parte de sus parejas o cónyuges prácticamente se ha duplicado. Lo mismo ocurrió con respecto a las tasas de denuncia por violación y agresiones sexuales. En una encuesta del año 2001, el 96% de las mujeres y el 92% de los hombres en el país opinó que la violencia en la pareja es un problema muy importante en Chile³¹.

4. ASPECTOS LEGALES

El Estado de Chile se ha comprometido a respetar, proteger y garantizar los derechos de las personas, mediante leyes y por la ratificación de todas las convenciones, conferencias y acuerdos internacionales al respecto. Algunos de ellos son los derechos a una vida sexual libre de violencia, de enfermedades y de embarazos no deseados, al control de la propia fertilidad (decidir si tener o no hijos, cuantos y cuando) y a acceder a servicios de salud que les permita beneficiarse de los avances científicos.

Existen tres aspectos que definen las responsabilidades del Estado respecto a la violencia y abuso sexual: las Normas Internacionales vigentes en Chile sobre prevención y sanción de la violencia doméstica, la Ley n° 19.617 sobre Delitos Sexuales de Julio de 1999 y el Código procesal Penal, que establece deberes hacia las víctimas de delito.

²⁹ Estudio Nacional de Comportamiento Sexual, MINSAL, 2000.

³⁰ Martínez, V. y colaboradores, et. al. "Una Reconstrucción Posible", Sistematización del Modelo de Intervención. SERNAM y Municipalidad de Santiago, 1996.

³¹ Grupo Iniciativa Mujeres: "Encuesta de Opinión sobre Temas de Género", Santiago, 2001.

4.1. Normas Internacionales vigentes en Chile sobre prevención y sanción de la violencia doméstica

Los principales instrumentos internacionales vigentes en Chile³² son la Declaración Universal de Derechos Humanos, Convención Americana de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, la Convención Interamericana para Prevenir, Erradicar y Sancionar la Violencia contra la Mujer (Belem Do Para) y la Convención de los Derechos del Niño. La Convención de Belem Do Para, introduce un cambio radical en el abordaje de este problema, pues explicita que los derechos de las mujeres forman parte de los derechos fundamentales³³

Específicamente, la **Convención Interamericana Para Prevenir, Sancionar y Erradicar La Violencia Contra La Mujer**, adoptada por la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos, del día 9 de junio de 1994, y ratificada por Chile en el año 1998, en su Artículo 1º establece:

“... debe entenderse por violencia contra la mujer cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado.”

En su Artículo 2º, define lo que se entenderá por violencia física, sexual y psicológica contra la mujer:

“....que tenga lugar dentro de la familia o unidad doméstica o en cualquier otra relación interpersonal, ya sea que el agresor comparta o haya compartido el mismo domicilio que la mujer, y que comprende, entre otros, violación, maltrato y abuso sexual”

“....que tenga lugar en la comunidad y sea perpetrada por cualquier persona y que comprende, entre otros, violación, abuso sexual, tortura, trata de personas, prostitución forzada, secuestro y acoso sexual en el lugar de trabajo, así como en instituciones educativas, establecimientos de salud o cualquier otro lugar”, y

”....que sea perpetrada o tolerada por el Estado o sus agentes, dondequiera que ocurra”

Existen, además, otros instrumentos de las Naciones Unidas vinculados al problema de la violencia y abuso sexual, como son la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, la Convención sobre los Derechos del Niño y la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial.

4.2. Ley N° 19.617 sobre Delitos Sexuales

³² De acuerdo a las normas constitucionales, un tratado internacional tendrá vigencia en Chile, desde que ha sido ratificado, para lo cual se requiere de la aprobación del Congreso, la promulgación del Ejecutivo y la publicación en le Diario Oficial.

A partir de julio de 1999, la legislación chilena cuenta con una Ley específica sobre Delitos Sexuales, que modificó el Código Penal, el Código de Procedimiento Penal, la Ley sobre Medidas Alternativas a las Privativas de Libertad y el Decreto de Ley sobre Libertad Condicional.

Esta ley se enmarca en los propósitos de la Reforma Procesal Penal y significó un importante avance en el reconocimiento y de protección de los derechos de las personas, otorgando un tratamiento moderno, integral y coherente a la protección del bien jurídico de la “libertad sexual de las personas”, superando el que se basaba en el “orden de las familias y moralidad pública”. Este mismo fundamento es el que la reforma procesal penal amplía y sistematiza.

Esto se expresa en la ampliación del sujeto pasivo del delito de violación a hombres y mujeres, (en la legislación anterior estaba restringido a las mujeres); la derogación de tipos penales, como el rapto y la sodomía consentida con un mayor de edad; la readecuación de tipos penales como el estupro y el abuso sexual; la incorporación del delito de violación y abuso sexual marital; la actualización del lenguaje utilizado para la descripción de los tipos y la eliminación de ciertos criterios de orden moral y sexista contenidos en la legislación anterior, eliminando conceptos patriarcales y discriminatorios hacia la mujer, tales como “pudor, doncellez, buena fama”.

En todo caso, más allá de todas estas modificaciones, la idea fuerza que promueve este cambio legislativo es destacar que el bien jurídico protegido en esta clase de delitos es la indemnidad sexual de la persona ofendida, poniendo énfasis en el carácter lesivo de estos hechos delictivos.

Los delitos sexuales que, con mayor frecuencia pueden tener lugar al interior de la familia son la violación, el estupro, los abusos sexuales, el favorecimiento de la prostitución y el incesto.

El delito de violación consiste en acceder carnalmente, por vía vaginal, anal o bucal, a una persona usando de fuerza o intimidación, hallándose la víctima privada de sentido, aprovechándose de su incapacidad para oponer resistencia o abusando de su enajenación o trastorno mental. Tratándose de víctimas menores de 12 años el solo acceso carnal por cualquiera de las vías señaladas es constitutivo de violación, aún cuando no concorra ninguna de las circunstancias mencionadas.

Es necesario considerar que es probable que para muchas personas resulte aún difícil conceptualizar el acto sexual no consentido por la pareja como un delito. Por ello es necesario enfatizar, en la capacitación del personal de salud, que constituye un delito de violación cometido en contra del cónyuge o conviviente, con quien se hace vida en común y que la atención de la víctima debe cumplir rigurosamente las normas y realizarse de acuerdo a la presente guía clínica.

El delito de estupro, consiste en acceder carnalmente por vía vaginal, anal o bucal a una persona menor de 18 años de edad, pero mayor de doce años, concurriendo alguna de las circunstancias señaladas por la ley, todas las cuales suponen relaciones abusivas o

un engaño a la víctima y en las cuales, por lo tanto, la voluntad de ésta última se encuentra viciada. Los supuestos a los que se refiere la ley son el abuso de una anomalía o perturbación mental; de una relación de dependencia (por ejemplo, cuando el agresor está encargado de la custodia, educación o cuidado de la víctima, o tiene con ella una relación laboral); el grave desamparo en que se encuentra la víctima; o cuando se la engaña, abusando de su inexperiencia o ignorancia sexual.

Otra figura delictiva es el abuso sexual, definido legalmente como la realización de un acto de significación sexual, distinto del acceso carnal, y de relevancia, que se ejecuta mediante contacto corporal con la víctima, o que haya afectado sus genitales, el ano o la boca de la misma, aun cuando no hubiere contacto corporal con ella. También merece especial atención el delito de abuso sexual cometido en contra del cónyuge o conviviente con quien se hace vida en común.

La conducta punible en el favorecimiento de la prostitución, consiste en promover o facilitar, habitualmente o con abuso de autoridad o confianza, la prostitución de menores de edad para satisfacer los deseos de otro.

Existen, además, algunas reglas generales que son aplicables a los delitos sexuales. Por ejemplo, es una circunstancia agravante específica el hecho de que estos delitos sean cometidos por religiosos, autoridades, guardadores, maestros, empleados o encargados a cualquier título de la educación, cuidado, guarda o curación del/la ofendido/a, salvo si tales circunstancias forman parte del tipo penal. Además, son castigados como autores los ascendientes guardadores, maestros u otro cualquiera, que con abuso de autoridad o encargo coopera como cómplice en la perpetración de estos delitos.

Cabe señalar que estos delitos son de acción pública previa instancia de particular, por lo tanto es necesaria la denuncia de la víctima o de sus padres, abuelos o guardadores, aunque en el caso de menores de edad se concede acción penal pública.

La ley contempla medidas de protección especiales para las víctimas de estos delitos. Estas pueden consistir en la sujeción a la vigilancia de una persona o institución, la prohibición de acercarse al domicilio del ofendido, su trabajo o colegio, la prohibición de aproximarse o la obligación de abandonar el hogar común, medidas tendientes a cautelar la integridad emocional y física de la víctima. Al igual que en el caso de las medidas cautelares personales contempladas en el Código Procesal Penal, estas medidas deberán ser pedidas y decretadas una vez formalizada la investigación en contra de la persona imputada.

Es muy importante destacar que, a partir de la promulgación de esta ley y de la Resolución Exenta N° 710 del Servicio Médico Legal (1999), no sólo este servicio sino todos los profesionales de salud de los hospitales, clínicas o establecimientos semejantes, públicos y privados están habilitados para practicar reconocimiento, exámenes médicos y pruebas biológicas conducentes a acreditar el hecho y a la identificación de las personas que han protagonizado el hecho³⁴.

³⁴ Instructivo de Servicio Médico Legal

El rol de los servicios de salud es realizar atención de salud y labor pericial, sin cuestionar la denuncia ni desacreditarla y, en ningún caso, están autorizados para investigar por su propia cuenta los delitos.

Finalmente, se reconoce a las víctimas de estos delitos que son mayores de edad, la capacidad de decidir si quieren o no poner los hechos en conocimiento del sistema judicial, dado que se trata de un delito de acción penal pública previa instancia particular. En el caso de víctimas menores de 18 años, existe “acción penal pública por cualquier delito que se cometa en contra de los mismos”, según lo dispone el Código de Procedimiento Penal³⁵. Por ello, el o la profesional responsable de la Dirección del Servicio de Urgencia o del Establecimiento de Salud, tiene la obligación de poner los hechos en conocimiento del sistema judicial, denunciando los delitos sexuales que se cometan en contra de personas menores de edad de los que tenga conocimiento.

4.3. Rol de la Víctima en el Nuevo Proceso Penal

La creación del Ministerio Público, con sus atribuciones y responsabilidades expresa un cambio de paradigma respecto al rol de la víctima en el antiguo sistema procesal penal. El nuevo sistema otorga protagonismo a la víctima en la solución del conflicto que la afecta, y le otorga carácter de interviniente, sin necesidad de constituirse en querellante y, a fin de cautelar sus derechos en el proceso, establece una serie de obligaciones y deberes en su favor.

Existen dos disposiciones en el Código Procesal Penal destinadas a señalar los derechos que asisten a las víctimas, por cuyo ejercicio debe velar el Ministerio Público. El artículo N° 109 del Código Procesal Penal contiene una enumeración, no taxativa, de los distintos derechos que se le reconocen a la víctima y el artículo N° 78 del mismo se refiere a los deberes de los fiscales en relación a las víctimas. La conjunción de ambas disposiciones reconoce a la víctima de un delito el derecho a ser atendida; a recibir un trato digno; a denunciar el delito; ser informada; solicitar protección; obtener reparación; ser escuchada; interponer querella, participar en el proceso y derecho a reclamar.

Con el objeto de cumplir con esta función protectora de víctimas y testigos, el Ministerio Público cuenta con una División Nacional y con Unidades Regionales de Atención a las Víctimas y Testigos, encargadas estas últimas de asesorar y acompañar a las víctimas durante el proceso penal, de evaluar el riesgo y facilitar la adopción de las medidas de protección decretadas por los fiscales y efectuar derivaciones a las distintas instituciones de la red estatal encargadas de la reparación a las víctimas.

³⁵ Artículo 53 y artículo 11 (vigente en la Región Metropolitana, también es válido cuando se ha cometido un delito de los sancionados en los artículos 361 a 366 quáter del Código Penal en contra de un menor de edad, Según Modificación de la Ley N° 19.874 de 13 de mayo de 2003.

II. NORMAS GENERALES PARA LA ATENCIÓN DE PERSONAS QUE HAN SUFRIDO VIOLENCIA O ABUSO SEXUAL

1. Cuando una persona que ha sido víctima de violencia o abuso sexual recurre o es llevada a un servicio de urgencia, está ejerciendo su derecho a ser atendida por un profesional o técnico de salud. El objetivo de la atención es siempre, en primer lugar, reconocer, diagnosticar y tratar adecuadamente los síntomas y los daños, contribuyendo a disminuir el sufrimiento, a la recuperación del bienestar y a evitar o minimizar las consecuencias y secuelas de la violencia sufrida.
2. También ejerce su derecho a que se registren los antecedentes, los hallazgos de la exploración y a que se recolecten las muestras biológicas y otras para ser utilizadas en el caso en que decida (o alguien en su representación cuando se trata de un niño o una niña o la persona esté incapacitada de decidir por si misma) hacer una denuncia. La exploración sistemática y su registro evita que la persona sea interrogado/a y examinado/a mas de una vez, lo que constituye un maltrato por parte del sistema.
3. Asimismo, la persona que ha sido víctima de violencia o abuso sexual está ejerciendo su derecho a ser protegida por el Estado como Víctima de un delito. El Ministerio Público³⁶ reconoce a las víctimas algunos derechos específicos. La atención en los servicios de urgencia debe asegurar y/o facilitar el ejercicio de dichos derechos:
 - ➔ A ser atendida
 - ➔ A recibir un trato digno
 - ➔ A denunciar el delito
 - ➔ A ser informada de sus derechos y de la forma de ejercerlos
 - ➔ A solicitar protección
 - ➔ A obtener reparación
 - ➔ A ser escuchada
 - ➔ A interponer querrela
 - ➔ A participar en el proceso
 - ➔ A reclamar
4. Por lo tanto, la persona que ha sido víctima de violencia o abuso sexual y que consulta en un Servicio de Urgencia, debe recibir una atención que le permita acceder a actividades de acogida, de exploración clínica, de tratamiento de sus lesiones, de tratamiento preventivo, de orientación y derivación, de toma y conservación de muestras y de elaboración del informe pericial correspondiente.
5. Para ello, es necesaria la coordinación y trabajo conjunto entre los Servicios de Urgencia y Maternidades, Carabineros, Servicio Médico Legal y Ministerio Público, en este último caso tanto con fiscales como con las unidades de atención a las víctimas y

³⁶ Reforma Procesal Penal en régimen en la I y IX regiones, 2002

testigos³⁷, con el objetivo de asegurar la atención expedita, privada y respetuosa de la dolorosa situación de la víctima, evitar la repetición de procedimientos y trámites, entregar la mejor información y orientación que le permita hacer valer su derecho a que se juzgue al o la agresor/a, la proteja de nueva violencia, reciba el o los tratamiento que necesita para recuperar su salud física sexual y mental y prevenir las consecuencias que para la persona pueda tener la violencia sexual sufrida.

En consecuencia, los Servicios de Urgencia y Maternidades deben:

6. Disponer de la Guía Clínica y los Protocolos de Atención de Personas que han Sufrido Violencia o Abuso Sexual vigentes y de los insumos para prevenir enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados producto de una violación.
7. La dirección del establecimiento o Servicio debe recomendar la lectura de las Normas, Guía Clínica y Protocolos de Atención de Personas que han Sufrido Violencia o Abuso Sexual a todo el personal y organizar reuniones periódicas para su conocimiento y para diseñar, implementar y evaluar un sistema de atención a víctimas de violencia sexual de acuerdo éstas normativas.
8. La dirección del establecimiento o Servicio debe establecer mecanismos para evitar que las víctimas de violencia o abuso sexual sean atendidas por un profesional que tenga objeción de conciencia para informar, prescribir o realizar cualquiera de los procedimientos contenidos en las Normas, Guía Clínica o Protocolos de Atención. Es la propia persona afectada la que debe tomar las decisiones (o sus padres o representantes legales en caso de niñas/os y de personas que no están capacitadas para hacerlo), con la información suficiente, sin presiones y de acuerdo a su situación y sus propios valores o principios y no de los de quien la atiende. En caso de niños le asisten derechos de víctima de la misma manera que persona adulta, pudiendo denunciar autónomamente. En tal sentido, la convención de los derechos del niño establece que el ejercicio de los derechos por parte del niño o niña debe hacerse de acuerdo a su nivel de desarrollo y capacidades, no debiendo suponerse que el tutor deberá disponer por él en todos los casos. Máxime si se trata de tutores que pueden ser agresores.
9. La dirección del establecimiento o Servicio debe asegurar que se mantenga un catastro actualizado y personalizado y establecer contacto periódico con todos los establecimientos, servicios, organizaciones locales y personas que pueden ofrecer apoyo y seguimiento en aspectos legales, de salud mental y de autoayuda. Debe recordarse que en caso de denuncia o querrela, la víctima será atendida por la unidad regional de atención a las víctimas y testigos del ministerio público, quien hará las derivaciones correspondientes a favor de las necesidades de reparación de la víctima. Dado ello es que debe haber coordinación especial con este organismo del Ministerio Público.

³⁷ En las regiones donde esta implementada la Reforma Procesal Penal

10. La dirección debe asegurar que el establecimiento o servicio participe en todas las iniciativas que las organizaciones sociales, ONGs y otros servicios locales realicen para promover el respeto de los derechos, la protección y la atención integral de las personas en el ámbito de su sexualidad y relaciones interpersonales
11. La dirección del establecimiento o Servicio debe realizar, periódicamente, actividades de reflexión y capacitación acerca de la situación, necesidades y respuesta que el servicio ofrece a las víctimas, analizando las dificultades y formas de mejorar la atención. En particular, debe considerar si tiene espacios privados para espera y atención, si cuenta con personal capacitado, y si cuenta con recursos materiales que permitan recoger muestras de manera no victimizante.
12. La dirección del establecimiento o Servicio debe asegurar que se establezca una forma de trabajo conjunto con profesionales de los Equipos de Salud Mental y Psiquiatría de los Servicios de Psiquiatría del Hospital o Ambulatorios, mediante actividades regulares y programadas de Consultoría en Salud Mental
13. La dirección debe asegurar que el establecimiento o servicio disponga de un sistema propio para el registro de personas atendidas por violencia o abuso sexual.
14. El establecimiento o servicio debe disponer de un sistema para que las personas que han sufrido violencia o abuso sexual o sus familiares registren sus apreciaciones o críticas por la atención recibida. Asimismo, deberá adoptar una coordinación con la Unidad Regional de Atención a las Víctimas y Testigos, quien le podrá sugerir procedimientos no victimizantes respecto de las labores periciales, en orden a su función de promover el respeto a los derechos de las víctimas de delito.
15. El establecimiento o servicio debe disponer de material informativo y de apoyo para entregar a las personas y sus familias, adaptado o elaborado localmente.
16. Los profesionales de recepción y atención de las personas que han sido víctimas de delito sexual deben abstenerse de decidir sobre la denuncia, dado que se encuentran obligados los directores de los servicios de urgencia a informar a la fiscalía sobre la existencia de un delito.
17. Los profesionales de atención a la persona víctima de delito sexual no son los llamados a investigar el delito, siendo siempre, al inicio de una investigación penal, un delito presunto. La fiscalía será la encargada de determinar la existencia o no del delito, los responsables y su participación.
18. Los profesionales de atención deben procurar mantener comunicación fluida con el fiscal a cargo del caso que se investiga, de tal manera de preservar una investigación expedita y desformalizada.

III. GUIA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN A PERSONAS QUE HAN SUFRIDO VIOLENCIA SEXUAL: acogida, exploración, tratamiento, informe médico legal y derivación

Las estrategias más importantes para reducir y eliminar la violencia y abuso sexual son el reconocimiento y protección de los derechos de todas las personas, la promoción de relaciones interpersonales desprovistas de inequidad y de violencia y la promoción de la salud sexual a lo largo de toda la vida.

Mientras se avanza en ese sentido, todas las personas que realizan atención en salud y los establecimientos en los que esta atención se entrega tienen el imperativo ético y sanitario de ofrecer servicios de la mejor calidad posible para reparar los daños, evitar las secuelas y contribuir a poner fin al abuso y evitar la recurrencia de la violencia sexual.

Los Servicios de Urgencia y las Maternidades que atienden urgencias son dispositivos muy importantes de la red de servicios que se requiere para enfrentar el problema de la violencia sexual. La atención de urgencia debe formar parte de un conjunto de atenciones en todos los dispositivos a los que las personas víctimas de violencia y abuso puedan acudir o ser llevadas.

La mayoría de las mujeres, niñas/os y adolescentes que sufren maltrato y abuso sexual acuden o son llevados - en algún momento - a un servicio de urgencia para recibir atención. Un 12 % de las mujeres que sufren violencia sexual de parte de su pareja debieron consultar a un servicio de urgencia³⁸.

Un equipo de Maltrato Infantil³⁹ - que atiende casos de abuso sexual - registra que el 40% de los niños son detectados en el Servicio de Urgencia y el 60% son derivados principalmente desde establecimientos de atención primaria.

En general, las personas que sufren violencia sexual recurren o son llevadas a un servicio de urgencia porque han vivido un episodio agudo de violencia con daños físicos o psicológicos que requieren ser atendidos de inmediato o porque, sin presentar mayores daños detectables, necesitan la certificación de la agresión. Por ello, es más probable que lleguen las víctimas de agresión sexual por desconocidos y los casos más severos de violencia y abuso sexual de pareja o intra familiar. El abuso intrafamiliar crónico o recurrente de mujeres, niños, niñas y adolescentes generalmente se ejerce sin violencia física por lo que es menos probable que requiera atención de urgencia. La atención en los Servicios de Urgencia se realiza, generalmente, habiendo transcurrido breve tiempo tras la agresión sexual.

Los cambios sociales, demográficos y epidemiológicos ocurridos en las últimas décadas exigen que los Servicios de Urgencia y las Maternidades estén preparados, no solo para resolver situaciones que requieren de una intervención inmediata para evitar la muerte o

³⁸ Calvin y Toro 2001, EPES

³⁹ Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, 1991

minimizar las secuelas, sino también para hacerse cargo de problemas psicosociales. Y para ello, deben desarrollar formas de atención diferentes a las habituales. La atención de urgencia es una oportunidad, con mucha frecuencia, la única, que tienen las personas víctimas violencia y de abuso sexual, de que su situación sea conocida y de tener acceso a intervenciones para impedir que continúen siendo violentados o abusados.

Esto en el caso de la violencia o abuso sexual, una atención de urgencia no apropiada - por la tramitación, por no reconocer el estado emocional de la persona afectada, por discriminación, por culpabilización involuntaria de la víctima, por desconocimiento o temor de las implicancias de reconocer un delito - puede significar que se pierda la posibilidad de acceder a intervenciones que podrían disminuir las consecuencias físicas o psicológicas y prevenir que la violencia continúe. En muchos casos la calidad de la atención de urgencia puede determinar el futuro de la víctima.

Las acciones que pueden realizar los equipos de urgencia son muy importantes. El éxito de este contacto con un servicio de salud es esencial para la protección inmediata de un niño, niña o adolescente, para que una persona adulta tome decisiones y para registrar la información y disponer las pruebas necesarias para la justicia, cuando se realiza una denuncia inmediata o diferida.

Aunque el motivo de consulta no esté directamente relacionado con violencia o abuso sexual, la atención de urgencia debe permitir su detección. Existen indicadores que se asocian a violencia y abuso sexual en niñas, niños, adolescentes y personas adultas.

En el caso de niñas/os, es muy importante que esta atención no sea percibida sólo como una amenaza por los responsables o cuidadores – frecuentemente son los mismos agresores/as - lo que podría llevarlos / as_a rechazar el tratamiento o desincentivarlos a llevar a la niña o niño nuevamente en caso de otro episodio de violencia.

Siempre es necesario considerar que la persona que requiere atención por violencia sexual puede pertenecer a una de los pueblos originarios del país o a una cultura distinta a la predominante, con el objeto de ser respetuosos con sus valores y creencias respecto a la sexualidad y a la violencia y entregar la información de la forma mas adecuada: Esto no significa entregar menos o distinta información para la toma de decisiones. En servicios de urgencia responsables de la atención de una población en que esto es frecuente, la atención debe considerar estos aspectos particulares en la capacitación del equipo, la organización de la atención y en el material de apoyo utilizado. Es particularmente importante considerar el trabajo conjunto con las organizaciones propias de estas comunidades y la intermediación cultural.

Si bien el objetivo principal de la atención es siempre, y en primer lugar, reconocer, diagnosticar y tratar adecuadamente los síntomas, las lesiones, daños o patologías que presenta, esta acción debe ser realizada considerando la integridad de la persona, abordando también los aspectos de su salud mental y/o psicosocial.

En este sentido, los objetivos de la atención clínica también son establecer contacto psicológico con la víctima para apoyarla y fortalecerla, evaluar las dimensiones del

problema y del riesgo de nuevos episodios de abuso sexual y vincularla a recursos de ayuda.

Un establecimiento de salud que presta atención de urgencia que cumple con los requisitos y formas de atención de la presente Guía Clínica podrá aumentar la efectividad de sus intervenciones dirigidas a personas que han sufrido Violencia y Abuso Sexual y además, ser reconocido o por las organizaciones sociales, Ministerio Público y ONGs por su contribución a la respuesta social frente a un problema psicosocial tan relevante

1. La Acogida

Todo el personal del servicio de urgencia, profesionales, técnicos, auxiliares y administrativos, deben tener un trato digno, respetuoso y sensible, una actitud neutral, sin expresión de juicios de valor o comentarios acerca de lo sucedido. Deben expresar comprensión por la magnitud y trascendencia del daño para la persona ha sufrido.

En el caso de adultos, es frecuente que la persona llegue a solicitar ayuda sobrepasada por las emociones y asustada por la posibilidad de ser nuevamente agredida (“estado de shock”). Llegar al Servicio de Urgencia, movilizándolo para ello todas sus energías, ha sido un paso crucial. Se trata, habitualmente, de una situación de crisis, en que la persona está especialmente vulnerable, lo que refuerza aun más el impacto de la intervención.

Una persona que ha sufrido violencia sexual está afectada por una experiencia traumática. Ha sentido impotencia, temor y angustia como en cualquier tipo de agresión. Pero, dado que la sexualidad es un ámbito de la vida en que se desarrollan relaciones afectivas y se obtiene gratificación y placer, se acompaña, adicionalmente, de un sentimiento de especial vulnerabilidad e injusticia. Los efectos inmediatos de una agresión sexual incluyen angustia, rabia, hostilidad, vergüenza y culpa⁴⁰. Es necesario recordar que la persona agresora puede ser cercana, incluyendo el propio cónyuge o conviviente.

La mayoría de las personas vive este tipo de violencia y abuso como una situación en la que han perdido la dignidad, aunque, en algunos casos, el significado real de lo sucedido les surge con posterioridad. Pasado el riesgo de una violencia mayor, las mujeres tienden - por los estereotipos de género tradicionales - a cuestionarse si son responsables de exponerse a riesgos evitables o se preguntan si pusieron toda su energía en resistir la agresión.

- ❖ están confundidas
- ❖ se sienten avergonzadas
- ❖ tienen dudas, especialmente si no conocen ni han asumido que existen derechos sexuales y reproductivos
- ❖ no son capaces de controlar sus emociones
- ❖ no saben como reaccionar ni lo que se espera de ellas

⁴⁰ Ayala, 2002 :30

- ❖ No les es fácil tomar decisiones por temor a las consecuencias de éstas, por vergüenza para ella misma o para su familia, porque el agresor es un pariente o conocido, por temor a una venganza, por temor al rechazo y/o por escasa confianza en la utilidad de los trámites que deben realizarse.

Es muy importante que la persona se sienta acogida desde que ingresa al servicio de urgencia y que la atención clínica sea lo más inmediata posible. Es necesario crear una atmósfera de confianza y respeto en que la persona se sienta escuchada, comprendida y respetada, sabiendo que lograrlo requiere un tiempo mayor que en el caso de otros motivos de consulta. Los profesionales y técnicos a cargo deben mostrar actitudes verbales y corporales acogedoras, animar de manera cuidadosa a la o el consultante a hablar sobre el incidente.

La persona debe sentir que es aceptada en su realidad y en su estado emocional. Sus palabras no pueden ser puestas en duda. Es importante creer su relato y escuchar sin enjuiciar, haciéndole saber que no está sola frente al problema, que no es la única persona que le ha tocado pasar por esta situación y que existen instancias que brindan atención especializada.

Durante la entrevista, es relevante permitir que la persona exprese sus sentimientos y emociones. Hay que estar atentos y demostrar capacidad de escuchar y aceptar que tenga sentimientos contradictorios y variados (impotencia, vergüenza, miedo, rabia, culpa). Estos sentimientos y emociones, cualquiera sean, no deben ser minimizados por el entrevistador, es importante valorarlos y permitir su expresión (“es comprensible que se sienta...”, “cualquier persona a la que le hubiese sucedido lo que a usted se sentiría...” Esto es particularmente importante si es la primera atención que la persona recibe después de la agresión sexual (“contención emocional”).

Para facilitar este proceso el lenguaje debe ser sencillo y claro, alentando a la persona a hablar, no sólo de lo que le ha pasado sino también de lo que siente. Pueden mencionarse algunos sentimientos, señalando que son frecuentes cuando se ha sufrido violencia sexual. Sin sentirse presionada, la persona debe saber que es beneficioso para ella expresar sus sentimientos y el dolor que le produce haber vivido la situación de violencia.

Una vez lograda la comunicación y expresión emocional, es importante favorecer en la persona un proceso de fortalecimiento de sus propias capacidades personales. Identificando, respetando y valorando las habilidades y recursos que puso en acción para enfrentar la situación de violencia, aunque la agresión haya terminado ocurriendo. También hay que valorar explícitamente la búsqueda de ayuda, preguntar y reconocer los recursos que la persona tiene pudiera mejorar en el futuro, ayudándole a ordenar la información para que tome decisiones.

Este contacto inicial debe permitir evaluar las dimensiones del problema y, especialmente, el riesgo de nuevos episodios, especialmente cuando la situación de abuso sexual se ha dado en un contexto de violencia en la pareja o abuso sexual intrafamiliar o por un conocido. Se debe informar a la persona del riesgo que corre, analizar con ella las

posibilidades concretas de que el/a agresor/a se le acerque y de las medidas de protección posibles a su alcance: lugar alternativo, medidas de seguridad, acompañantes, denuncia, etc.

La violencia y abuso sexual es, en sí mismo, un factor de riesgo de daño severo o muerte en casos de violencia familiar.

Para evitar que los y las profesionales que tienen valores, creencias o principios que les impiden (objeción de conciencia) indicar un tipo de tratamiento preventivo como es la anticoncepción de emergencia, se debe crear y establecer mecanismos para que, en lo posible, éstos no se hagan cargo de la atención de personas víctimas de violación. Esto tiene por objeto no vulnerar el derecho de la víctima a ser informada adecuadamente y a decidir libremente su utilización para prevenir un embarazo no deseado, deben delegar la atención a otro profesional.

2. La Exploración Clínica

Los pasos a considerar al realizar la exploración son:

- ❖ Identificarse y explicar que será la persona que la atenderá o acompañará hasta que llegue quien lo hará.
- ❖ Preguntar que necesita y ofrecer ayuda, transmitir la convicción de que nadie va a juzgar la conducta de nadie y de que está entre personas que quieren lo mejor para ella.
- ❖ Asegurar que en todo momento se respetaran todos sus derechos así como sus valores y principios religiosos o éticos.
- ❖ Asegurar que será protegida de la revictimización: que nadie le exigirá que relate lo sucedido mas de una vez y que será examinada solo una vez, salvo por necesidad de la atención clínica.
- ❖ Asegurar que nadie decidirá por ella ni la presionará o apurará o presionara para que tome decisiones, que hay tiempo para que se tranquilice.
- ❖ Si ha llegado sola/o, ofrecerle llamar a un familiar o conocido.
- ❖ Informarle detalladamente que se le va a hacer, donde y por quien: preguntas, exámenes, procedimientos para la toma de muestras, etc.
- ❖ Informarle que si el profesional que la atiende tiene objeción de conciencia con alguna de las intervenciones descritas en la guía de atención, será atendida por otro profesional que no tenga esta objeción.

- ❖ Se le informará que, que una vez finalizado el procedimiento se entregará la copia de un acta de registro de la exploración realizada y la descripción de las muestras recogidas.

2.1. Anamnesis

Debe registrarse claramente:

- ❖ Nombre del Paciente
- ❖ Cédula de Identidad o huellas deca-dactilares (los diez dedos de la mano)
- ❖ Edad
- ❖ Sexo
- ❖ Estado Civil
- ❖ Nivel educacional
- ❖ Actividad
- ❖ Domicilio
- ❖ Fecha y hora del examen
- ❖ Nombre del profesional que realiza el examen clínico
- ❖ Relato abreviado de las características de la agresión o abuso, sin entrar a calificarla jurídicamente; día y hora en que ocurrió, consignando circunstancias relevantes.
- ❖ Relación con el o los agresores (familiar, tipo de parentesco, etc.).
- ❖ Anamnesis clínica, complementada con antecedentes médico-quirúrgicos y ginecológicos importantes (inicio de la menarquia, métodos anticonceptivos, paridad, embarazo actual, abuso o violencia sexual anterior).
- ❖ Si se trata de una persona menor de edad, el nombre del acompañante

La víctima puede ser una mujer que cursa un embarazo. Existe evidencia de que la violencia sexual no cesa necesariamente cuando la mujer está embarazada. A nivel mundial, una de cada cuatro mujeres es abusada física y sexual mente durante el embarazo, generalmente por su pareja⁴¹. Si el embarazo es imprevisto o no deseado, la mujer tiene cuatro veces más probabilidades de sufrir violencia domestica, incluyendo la sexual. Por otro lado, el propio embarazo puede ser resultado de abuso sexual, violación marital o negación al uso de anticonceptivos⁴²

Si bien, en la mayor parte de la violencia física los golpes van dirigidos a la cabeza de la víctima, durante el embarazo, estos van dirigidos al abdomen, los senos y los genitales⁴³

Esta situación debe ser considerada, en forma específica, por el posible daño fetal, por las contraindicaciones para algunos fármacos y por los aspectos psicológicos y emocionales involucrados.

Es importante recordar que algunas personas no refieren directamente la violencia o abuso sexual. En casos de maltrato físico o psicológico, siempre debe preguntarse por

⁴¹ Heise, L: y col, Ending Violence Against Women, Population Reports Serie L, N° 11, december 1999.

⁴² Heise, L. The Journal of Law, Medicine and Ethics, 27:1993

⁴³ Bewley,C. Coping with domestic violence during pregnancy. Nursing Standard,8:1994

violencia sexual. También debe preguntarse a toda persona que refiere o presenta lesiones genitales o enfermedad de transmisión sexual.

2. 2. Examen⁴⁴

El examen clínico es voluntario – debe solicitarse explícitamente la autorización a la persona - y no traumático. El objetivo principal del examen es realizar un diagnóstico clínico para indicar el tratamiento mas adecuado

Es necesario respetar el pudor de la persona, realizándolo en condiciones de privacidad suficiente y siempre con la presencia de otra persona del servicio de urgencia, profesional o técnico.

A continuación se describen los aspectos específicos a considerar en el examen para cumplir el otro objetivo de la exploración: registrar información útil para defender los derechos de las víctimas y la identificación de el/la agresores/as. Debe seguirse rigurosamente en la atención de toda persona cuyo motivo de consulta es una agresión o abuso sexual reciente, en cuyo caso es muy importante guardar la ropa con las que acude la víctima. También debe hacerse cuando, a pesar de no ser ese el motivo de consulta, se ha detectado, en la entrevista o en un primer examen, que se trata de una agresión o abuso sexual ocurrido recientemente.

En los casos en que la consulta es tardía (ocurre días o semanas después de la agresión), se trata de un abuso crónico, o se trata de una sospecha fundada en un/a niño/a, lo mas probable es que el examen sea negativo, lo que no invalida la posibilidad de una denuncia en ese momento ni la necesidad de derivar a la persona para una estudio social acucioso.

2.2.1. Examen clínico general

Se debe describir en forma pormenorizada, todas las lesiones, desde la región cefálica hacia caudal (erosiones, escoriaciones, contusiones equimóticas, hematomas, heridas contusas o cortantes, quemaduras, fracturas, suturas, cicatrices, etc.). Además, deberán consignarse signos clínicos de patologías médicas pesquisadas, como asimismo la apreciación clínica acerca del estado de salud mental de la persona afectada desde la perspectiva del médico general, tales como estado de angustia, bloqueo emocional, pánico, etc.

En caso que la persona presentase un trastorno emocional que no le permita ser examinado, debiera solicitarse apoyo, y si aún así no es posible la exploración, debe suspenderse el examen – a menos que exista urgencia de una intervención clínica – y el peritaje, registrando la situación para informar al magistrado de esta dificultad.

2.2.2. Examen segmentario y toma de muestras

⁴⁴ Todo lo referente al examen esta elaborado en base al Instructivo del Instituto Médico Legal

a) Cara y Cráneo: Describir la presencia de hematomas, escoriaciones, quemaduras y lesiones cortantes a nivel de piel y/o mucosas. Especial atención requiere la observación de lesiones a nivel bucal (cara posterior de incisivos).

b) Tórax: Se realizará examen de mamas, consignándose las lesiones pesquisadas, éstas deberán describirse en forma anatómica (cuadrantes).

c) Abdomen:

Inspección: Descripción de lesiones traumáticas indicando la región anatómica. Se describirán patologías médicas o quirúrgicas, tumores, cicatrices, etc.

Palpación: Para búsqueda y descripción de órganos y lesiones (estómago, vesícula, útero, etc.).

En caso de sospecha de embarazo, por palpación de útero por vía abdominal, éste debe ser descartado en lo posible a través de ultrasonografía.

c) Examen Ginecológico:

Genitales Externos:

Inspección de la región vulvar: características del vello pubiano, labios mayores y menores, descripción de eventuales lesiones traumáticas en periné: clítoris, horquilla vulvar.

Determinar la presencia de erosiones, escoriaciones, equimosis, hematomas, heridas cortantes, desgarros.

Descripción del himen o sus restos, consignar su forma, las características de sus bordes, eventuales lesiones traumáticas recientes (erosiones, desgarros, etc.) y ubicarlos según los punteros del reloj.

Es importante considerar que el himen es un órgano relevante en el examen ginecológico Médico Legal, debiendo describir si se encuentra intacto o bien presenta lesiones recientes o antiguas ya cicatrizadas. En los desgarros himeneales sus bordes no cicatrizan juntándose, sino en forma separada. En aquellas pacientes que presentan himen complaciente, sus bordes se distienden ampliamente y permiten el acto sexual sin dañarse, lo que es de relativa frecuencia. Deberán consignarse las características genitales en pacientes multíparas (carúnculas mirtiformes o restos de himen).

En lo posible y sólo con el consentimiento de la persona examinada o de su representante, el cual constará por escrito, deberá tomarse fotografías o videos en los servicios médicos que posean colposcopio, vulvoscopía y examen de himen bajo visión colposcópica.

Genitales Internos:

En la mujer con vida sexual activa, deberá realizarse el examen mediante especuloscopia examinando todas sus paredes, describiendo eventuales lesiones traumáticas, erosiones, escoriaciones, hematomas, desgarros, etc.; o su indemnidad. En este momento, se deberá tomar muestra de contenido vaginal mediante tórula estéril previamente humedecida en suero fisiológico para ser enviado a la brevedad al Laboratorio de la institución o al Servicio Médico Legal. También puede tomarse muestra de moco cervical con una jeringa hipodérmica, ya que los espermios se conservan mejor en el moco que en el fluido vaginal.

Una región importante a considerar es el lago seminal que se forma en el fondo del saco posterior de la vagina, donde es posible pesquisar semen o espermios hasta 5 a 7 días después, debiendo tener presente que mediante especuloscopia y técnica endocervical de Papanicolaou es posible su pesquisa hasta 10 días después del acto sexual.

Deberán describirse las características del cérvix en lo posible mediante colposcopia y, si fuese posible, realizar grabación en video previo consentimiento escrito de la afectada y/o su representante, ya que puede constituir una prueba de gran importancia.

A través de la palpación por tacto vagino-abdominal es posible consignar las características de útero y anexos.

En caso de sospecha de embarazo, por presentar aumento de tamaño uterino, se realizará ultrasonografía abdominal o vía transvaginal. Si no se dispone del equipo, mediante palpación, se medirá la altura uterina, se buscarán latidos cardíofetales y se determinarán las características fetales (presentación, movilidad, vitalidad).

Es importante considerar que la especuloscopia vaginal en las niñas sólo está indicada en casos muy especiales y bajo anestesia, cuando existe sospecha de desgarros y deban ser suturados quirúrgicamente. En esta situación, es posible tomar exámenes para búsqueda de vulvovaginitis (hongos, tricomonas, cultivo de Thayer Martin y examen directo para búsqueda de gonococos).

d) Examen Genitourrológico:

Deberán describirse anatómicamente: pene, prepucio, escroto y testículos, consignando eventuales lesiones traumáticas (erosiones, excoriaciones, equimosis, hematomas.....)

En caso de visualizar lesiones papulares o ulcerativas se deberán sospecharse enfermedades de transmisión sexual, sífilis, condilomas acuminados, herpes genital. Si existiera flujo uretral se deberá sospechar gonorrea y tomar examen directo y cultivo en medio de Thayer Martin.

Si hubiese posibilidad de tomar fotografía, video y/o realizar peneoscopia con el colposcopio previo consentimiento escrito del afectado y/o de su representante.

e) Examen Proctológico en ambos sexos:

Se deberá realizar una inspección cuidadosa, en lo posible con uso de colposcopio buscando erosiones, excoriaciones, fisuras o desgarros, equimosis o hematomas o cicatrices antiguas. Se consignará la tonicidad del esfínter anal, que puede estar disminuida, con la salida de gases y materias fecales. En el caso de contar con servicio de Proctología y existiendo dudas sobre la tonicidad del esfínter anal, se recomienda realizar una manometría del esfínter o electromiografía, la que resulta de mayor facilidad en adultos.

En esta parte del examen, es posible tomar muestra del contenido ano-rectal, con tórula estéril humedecida con suero fisiológico para búsqueda de semen y espermios en caso de que la denuncia sea precoz, 24 a 48 horas.

Si existiera sospecha de lesión rectal, se debe realizar tacto rectal buscando posible rotura de recto o presencia de cuerpo extraño que requiera tratamiento quirúrgico de urgencia.

En presencia de lesiones papulares y ulcerativas solicitar examen de VDRL. Si hubiera tumoración papilomatosa pensar en condiloma acuminado.

2.2.3.. Exámenes de laboratorio o pruebas biológicas⁴⁵

Se podrán realizar los siguientes exámenes de laboratorio:

- ❖ Contenido vaginal, vulvar y perivulvar para búsqueda de semen y espermios, incluyendo moco cervical.
- ❖ Contenido rectal para búsqueda de semen y espermios.
- ❖ Contenido bucal (delante y detrás de incisivos superiores) para búsqueda de semen y espermios.
- ❖ Flujo vaginal para examen bacteriológico y parasitario (hongos, tricomonas, gardnerella, gonococo, etc.).
- ❖ Flujo uretral y/o anal sexo masculino o femenino, para examen bacteriológico, incluyendo gonococo y/o Chlamydia y parasitario.
- ❖ Examen de ADN en espermios o medios biológicos (pelos, sangre, etc.).
- ❖ Estudio de manchas en ropas (búsqueda de semen, espermios, sangre, estudio de ADN).
- ❖ BHCG para diagnóstico de embarazo.
- ❖ Ultrasonografía.
- ❖ Colposcopia.

Estos dos últimos exámenes (ultrasonografía, colposcopia) son de gran valor pericial ya que permiten la obtención de testimonios gráficos probatorios frente a una denuncia.

En caso de acción carnal oral, debe tomarse la muestra de semen aplicando la tórula, en el espacio interincisal superior, cara vestibular y palatina.

Sólo con el consentimiento de la víctima se pueden tomar los siguientes exámenes que no son concluyentes en la determinación del delito de agresión sexual, pero que pueden constituir pruebas en la presentación de las denuncias por lesiones graves:

- ❖ Muestras para búsqueda de VIH/SIDA.
- ❖ Alcoholemia.
- ❖ Muestra para búsqueda de drogas de abuso en orina y sangre (cocaína, marihuana, opiáceos, tranquilizantes, ansiolíticos, heroína, etc.).

⁴⁵ Todo lo referente a la toma de muestras está elaborado en base al Instructivo del Instituto Médico Legal

Todas las muestras encontradas en la víctima deben ser derivadas al Servicio Médico Legal deben ir claramente caratuladas, en cajas selladas (esto incluye prendas) adjuntando el informe médico legal y la orden judicial en tal sentido. Asimismo, se deben conservar prendas de vestir que tengan manchas susceptibles de corresponder a semen o sangre, las que deben ser secadas al aire, a fin de evitar la proliferación de hongos u otros microorganismos que interfieran en su análisis.

Se deberán recolectar muestras separadas de contenido vaginal y rectal para estudio de semen o DNA.

Las tómulas deben estar embebidas en suero fisiológico (no sumergidas) y colocadas en un tubo de ensayo seco y rotulado que debe conservarse refrigerado. Cuando sea posible, hacer un extendido sobre un portaobjeto y secarlo al aire. El portaobjeto debe posteriormente envolverse en papel seco y colocar en una bolsa plástica rotulada.

Debe tenerse presente que para interpretar correctamente un análisis, el perito debe contar como mínimo con la siguiente información:

- a) Indicio a analizar: contenido vaginal, mancha de semen, etc.
- b) Muestra del sospechoso: enviar, siempre que se pueda, sangre del sospechoso a comparar, ya que la preparación de ADN a partir de semen, es una técnica más cara y compleja.
- c) Muestra de sangre de la víctima: Permite determinar si un patrón de ADN encontrado en el indicio proviene de un tercero o corresponde a células de la propia víctima (sangre, flujo vaginal).

Toda solicitud de examen enviada sin sus antecedentes o incompleto por falta de alguna muestra necesaria para su estudio, con muestras mal tomadas, mal rotuladas o que de alguna manera no sigan las normas anteriormente descritas, no serán procesadas. No obstante ello, serán adecuadamente almacenadas por un período no inferior a un año en espera de nuevos antecedentes o de la orden del Juez o Fiscal.

3. Tratamiento

El tratamiento de las lesiones corresponde al ámbito propio de la atención de urgencia y debe realizarse de la manera menos traumática que sea posible, considerando siempre el estado emocional de la persona.

A continuación se describen los aspectos específicos de las intervenciones destinadas a prevenir o minimizar las consecuencias patológicas o no deseadas de la violencia o abuso.

3.1. Prevención de embarazo después de una violación

Si la víctima es una adolescente o una mujer adulta en etapa reproductiva tiene derecho a ser informada de una manera adecuada, que existe una forma efectiva e inocua de

prevenir un embarazo no deseado como producto de la agresión, para que decida libremente si utilizarla o no.

En el caso de estar utilizando usando anticoncepción (hormonal o dispositivo intrauterino) en forma regular al momento de sufrir la violación, debe igualmente, por lo que implica para una persona tener un embarazo producto de la violencia, ser informada de este tratamiento, aunque el riesgo de falla del método sea mínimo.

A pesar de la información científica disponible, existen profesionales que tienen valores, creencias o principios que les impiden (objeción de conciencia) indicar este tratamiento preventivo. Debe evitarse que atiendan víctimas de una violación. El/la profesional debe delegar la atención a otro u otra profesional ya que, incluso, la entrega de información y la consejería podrían inducir una determinada decisión en la víctima.

La Anticoncepción Hormonal de Emergencia (AE) es un método ampliamente estudiado que se usa después de una relación sexual sin protección para prevenir un embarazo no deseado. En el caso de una violación, solo están protegidas las mujeres que utilizan un método anticonceptivo hormonal regular o un DIU. Esta forma de anticoncepción, que se comercializa en muchos países, incluido Chile.

Los métodos hormonales utilizados son Píldoras de Progestina Pura que contienen Levonorgestrel, y Píldoras Combinadas que contienen Etinilestradiol (EE) y Levonorgestrel (método de Yuzpe).

- Píldoras de progestina pura: es el método de elección porque es más efectivo y tiene menos efectos secundarios. Se administran dos dosis de 750 ug de levonorgestrel (LNG), separadas por 12 horas, 1 pastilla cada vez (Fig. 1); en el país está aprobado por el Instituto de Salud Pública un producto con esta dosis - *Postinor-2* - que se vende en farmacias con receta retenida. Si no se dispone de este producto, puede usarse Levonorgestrel 30 microgramos, disponible en los servicios públicos de salud y se venden en farmacias sin receta. En este caso, se administran 25 pastillas cada vez (750 ug).
- Píldoras combinadas: se administran dos dosis de 100 ug de EE mas 500 ug de levonorgestrel, separadas por 12 horas; no existe en el país un producto registrado con esta formulación. En la práctica, se indican 4 pastillas de anticonceptivos orales con bajo contenido de EE y levonorgestrel, disponibles en los servicios públicos de salud y que se venden en farmacias sin receta, con distintos nombres comerciales (Anovulatorios Microdosis del Formulario Nacional, Nordette, Microgynon, Anulette, Norvetal, Microfemin), por cada dosis.

Mecanismo de acción: depende de la fase del ciclo en que se use la AE : inhibición de la ovulación, alteración del moco cervical, alteración del transporte de gametos, inhibición de la fecundación, y alteración de la función lútea. No hay evidencia científica de que se

inhiba la implantación; los preparados usados no son efectivos si ya ha ocurrido la implantación. Por lo tanto, no son abortivos⁴⁶.

Administración: la Anticoncepción de Emergencia debe usarse dentro de 72 horas de la relación sexual sin protección; ambos métodos son más efectivos - casi un 100% efectividad - si se administran dentro de las primeras 24 horas (Piaggio y cols., 1999). Por esta razón, es la primera medida preventiva a usar después de la violación.

Eficacia anticonceptiva: la tasa de embarazos es entre 1 - 3 de cada 100 mujeres expuestas. El LNG es más efectivo que el régimen de Yuzpe: con LNG se evitaría el 85% de los embarazos y cuando se usa el método de Yuzpe, se evitaría alrededor del 60% de los embarazos que se habrían producido al no usar AE (WHO, 1988b).

Efectos secundarios: las molestias más frecuentes asociadas al uso de AE son náuseas, vómitos, sangrado irregular, mastalgia; estas molestias ocurren con mayor frecuencia cuando se usa método de Yuzpe (WHO, 1988b). En caso de vómitos, se debe repetir la dosis; para prevenir los vómitos puede indicarse un antiemético antes de dar el anticonceptivo (después no es efectivo).

Contraindicaciones: la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha establecido que la anticoncepción hormonal de emergencia no tiene contraindicaciones (WHO, 2000).

3.2. Prevención de Infecciones de Transmisión Sexual

Las medidas efectivas⁴⁷ para prevenir una infección como consecuencia de la posible exposición durante la agresión sexual, tanto en hombres como mujeres, pueden ser

⁴⁶ Consortium for Emergency Contraception. Emergency contraceptive pills. A resource packet for health care providers and programme managers. Consortium Coordinator, Wellcome, MD, USA, 1996.

Croxatto, H.B., Devoto, L., Durand, M. et al. Mechanism of action of hormonal preparations used for emergency contraception: a review of the literature. *Contraception*, 2001, 63:111.

Durand, M., Cravioto, M.C., Raymond E.G. et al. On the mechanism of action of short-term levonorgestrel administration in emergency contraception. *Contraception*, en prensa.

International Planned Parenthood Federation (IPPF). Emergency contraception. In: Medical and Service Delivery Guidelines for Family Planning, 2nd ed. London, IPPF, 1997.

International Planned Parenthood Federation (IPPF). Declaración del Panel Médico Asesor (IMAP) sobre Anticoncepción de Emergencia. *Boletín Médico IPPF* 2000, 34 (3).

Marions, L., Danielsson, K.G., Hultenby, K. et al. Emergency contraception with levonorgestrel and mifepristone: mechanism of action. *Enviado a Am. J. Obstet. Gynecol.*

Piaggio, G., von Hertzen, H., Grimes, D.A. et al. On behalf of the Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Timing of emergency contraception with levonorgestrel or the Yuzpe regimen. *Lancet* 1999, 353:9154

Raymond, E.G., Lovely, L.P., Chen-Mok, M. et al. Effect of the Yuzpe regimen of emergency contraception on markers of endometrial activity. *Hum. Reprod.* 2000, 15:2355

World Health Organization (WHO, 1998a). Emergency Contraception: a guide for service delivery. WHO/FRH7FPP798.19, Geneva, 1998.

World Health Organization (WHO, 1998b). Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Randomized controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. *Lancet* 1998, 352:428-33.

World Health Organization (WHO). Improving access to quality care in family planning. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 2nd edition, WHO, Geneva, 2000.

⁴⁷ Rayburn, W.F. Treatment of sexually transmitted diseases. Recommendations by the Centers for Disease Control and Prevention. *J. Reprod. Med.* 1998, 43:471

Center for Disease Control and Prevention, USA: Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. *MMWR*, vol 47, January 23, 1998.

diferida – evitando así la sobrecarga de indicaciones a la víctima en un primer momento – solo si se tiene la seguridad de que la persona podrá acudir dentro de los dos 2 días siguientes a la atención de urgencia, a un Centro de Enfermedades de Transmisión Sexual (CETS). En general, se recomienda indicar el tratamiento y de todas maneras derivar a la persona al CETS del servicio de Salud correspondiente que cuente con profesionales capacitados, métodos de apoyo diagnóstico y oferta de consejería y control de seguimiento.

3.2.1. Infecciones no virales de transmisión sexual: la Gonorrea, Clamidia, Tricomoniasis, Sífilis y Vaginosis Bacteriana pueden prevenirse de acuerdo a al siguiente esquema decuatro pasos :

PASO 1:

CEFTRIAXONA O CIPROFLOXACINO

- ➔ **En adultos : Ceftriaxona**, 250 mg por inyección intramuscular, en dosis única .En caso de no contar con Ceftriaxona se debe utilizar **Ciprofloxacino** 500 mg vía oral (VO) por una vez.
- ➔ **En niñas/os** (hasta 12 años): **Ceftriaxona** 20 a 80 mg por kg de peso, no sobrepasando los 250 mg IM en dosis única. **EN NIÑAS/OS NO DEBE UTILIZARSE CIPROFLOXACINO.**

PASO 2:

CEFTRIAXONA O CIPROFLOXACINO + AZITROMICINA o DOXICILINA (EN ADULTOS) O ERITROMICINA (NIÑOS Y EMBARAZADAS)

- ➔ **En adultos : Azitromicina**, 1 g en dosis única, por vía oral (VO), o **Doxiciclina**, 100 mg VO, 2 veces al día durante 7 días.
- ➔ **En niñas/os** (hasta 12 años):: **Azitromicina** 20 mg / kg. VO, en dosis única, dosis máxima 1 gramo. Una alternativa es la **Eritromicina**, 50 mg / Kg. VO cada 6 Horas, durante 10 a 14 días (dosis maxima 2 gm.)
- ➔ **En embarazadas: Eritromicina**, 500 mg. VO cada 6 Horas, durante 7 días

PASO 3 :

CEFTRIAXONA O CIPROFLOXACINO + AZITROMICINA O ALTERNATIVAS + METRONIDAZOL

- ➔ **En adultos :**
Metronidazol (o Secnidazol o Tinidazol) 2 g VO, en dosis única.
- ➔ **En niñas/os** (hasta 12 años): **Metronidazol** 15 mg/ Kg7día Vo, cada 8 horas, durante 7 días, (dosis máxima 2 gm) .
- ➔ **En embarazadas, evitar el uso de Metronidazol, Secnidazol o Tinidazol en el primer trimestre**

PASO 4 :

CEFTRIAXONA O CIPROFLOXACINO + AZITROMICINA O ALTERNATIVAS + METRONIDAZOL + PENICILINA BENZATINICA

- ➔ En adultos :Penicilina G Benzatínica, 2.4 millones de unidades, Intramuscular.
- ➔ En niñas/os(hasta 12 años): Penicilina G Benzatínica 50.000 u/kg, en dosis única (dosis máxima de 2,4 millones UI)
 - Droga alternativa: en personas con historia de hipersensibilidad a la penicilina, se puede utilizar Eritromicina (estearato) 500 mg cada 6 horas durante 15 días

En síntesis, el tratamiento preventivo de infecciones no virales es el siguiente:

**CEFTRIAXONA O CIPROFLOXACINO +
AZITROMICINA O ALTERNATIVAS +
METRONIDAZOL +
P.BENZATINICA**

Dosis y alternativas de acuerdo a lo descrito en cada paso anterior

Es importante recordar que la OFLOXACINA y otras QUINOLONAS están contraindicadas en niñas/os y adolescentes con un peso menor de 45 Kilos.

Las QUINOLONAS y el TIANFENICOL están contraindicadas en las embarazadas

3.2.2.Enfermedades virales de transmision sexual

VIH / SIDA: El riesgo de contraer la infección depende del tipo de lesión traumática producida por la agresión. El uso de una terapia preventiva debe ser evaluada, en conjunto con la víctima o sus representantes, en base a las normas de la Comisión Nacional de Sida del Ministerio de Salud. (Anexo 1)

Hepatitis B: Para prevenir una posible infección, que la persona agredida debe ser enviada, con un orden de vacunación con vacuna antihepatitis B 20 mg. (resguardando la necesaria privacidad) al vacunatorio del consultorio en el que está inscrita o el más cercano al establecimiento, recomendándole acudir lo antes posible. Se le recomendará recibir la primera dosis durante los 6 días siguientes a la agresión, la segunda dosis a los 2 meses y la tercera a los 6 meses de la agresión.

3. Conclusión del examen e Informe Médico Legal

Terminado el examen clínico y toma de muestra para laboratorio (incluyendo ropas de la víctima o del agresor), se deberán describir las lesiones propias de la agresión y todas aquellas lesiones corporales que se encuentren.

Especial importancia adquiere la descripción de lesiones en el aparato urogenital destacando la desfloración del himen, cuya visualización se facilita mediante la técnica de colposcopia (el himen cicatriza en 7 días completamente).

En caso de lesión anal, deberá consignarse la presencia de fisuras o desgarros.

Es importante que se consignen los resultados de los exámenes físico-clínico realizados y que se efectúe una apreciación en referencia al tipo de agresión sexual. El médico no afirma el delito ni lo califica; pero su observación clínica será una indicación al respecto, realizando un pronóstico médico legal de ellas que incluya una estimación en término de días del tiempo de curación de las lesiones.

Dado que la ley describe aquellas conductas que han vulnerado la libertad sexual, es importante que la conclusión del peritaje esté dirigido a afirmar o negar la presencia de las conductas descritas en los delitos contemplados en la ley, en los términos siguientes:

En denuncia por violación: Determinar la presencia de acceso carnal: vaginal, anal o bucal y la ausencia de consentimiento de la víctima.

En denuncia por estupro: Tratándose en este caso de un menor de edad pero mayor de 12 años, deben existir vestigios de acceso carnal: vaginal, anal o bucal.

En denuncia por abusos sexuales: Acción de connotación sexual con o sin hallazgo físico detectable. Esto se determina especialmente a través de la anamnesis o reconocimiento a la víctima.

En denuncia por inducción a la prostitución infantil: Es importante consignar actividad sexual y actos referidos como inductivos.

Las Obligaciones del establecimiento hospitalario y del profesional que ejerce de perito son las siguientes:

Se levantará acta, en duplicado, del reconocimiento y de los exámenes realizados, la que será suscrita por el jefe del establecimiento o de la respectiva sección y por los profesionales que los hubieren practicado. Una copia se entregará a la víctima o a quien la tuviera bajo su cuidado y la otra, así como las muestras obtenidas y los resultados de análisis y exámenes practicados, se mantendrán en custodia y bajo estricta reserva en la dirección del hospital, clínica o establecimiento de salud por un período no inferior a un año, para ser remitidos al tribunal correspondiente.

El profesional que ejerce de perito debe tener presente que su examen debe ser fidedigno. El examen médico debe ajustarse en forma rigurosa a los signos clínicos observados y a los hallazgos objetivos. El profesional médico deberá indicar su conclusión clínica, pero no está autorizado a afirmar ni a calificar el delito.

Si el perito llamado a emitir su dictamen no es objetivo, falsea intencionalmente los resultados o comete irregularidades tendientes a inducir una torcida administración de justicia, es castigado por la ley como reo del delito de prevaricación contenido en el artículo 227 N° 3 del Código Penal.

Por último, puede ser necesario asistir y respaldar su peritaje ante los Tribunales o ante el Fiscal del Ministerio Público.

4. Derivación y Vinculación a recursos de ayuda

La persona que ha sido atendida por violencia o abuso sexual debe ser informada de sus derechos y de los procedimientos para hacerlos valer a partir de entonces. Debe recibir una explicación clara y completa de los riesgos y de las posibilidades de asistencia, apoyo y atención si no cumpliera el tratamiento completo o decidiera no utilizar los métodos para evitar un embarazo. Así mismo debe conocer la posibilidad de presentar un estrés post traumático y de otras repercusiones a mediano o largo plazo en su salud mental.

La derivación debe ser personalizada, informando y explicando las características, dirección, horarios - sugiriendo cuando puede acudir - del servicio, centro, organización social, o institución. Es deseable conocer e informar el nombre de la persona que la recibirá.

Además de las consultas adicionales que pudieran requerir los daños físicos o psicológicos, se recomienda que, en el caso de las mujeres, acudan a control ginecológico con la próxima menstruación, o una semana después de la fecha para ésta, para evaluar si se produjo un embarazo a pesar del uso de AE. Si no es posible hacer la prevención de ETS en forma temprana, por lo menos debe recomendarse el control posterior para evaluar si hay infección en un centro especializado de Enfermedades de Transmisión Sexual.

Es muy importante asegurarse que la persona tiene la información y disposición de ponerse en contacto con alguna persona concreta de la red social de apoyo que existe en la zona, dejando abierta la posibilidad de recurrir, en última instancia a el/la profesional que la ha atendido.

IV: ASPECTOS A CONSIDERAR EN LA ATENCIÓN DE NIÑAS/OS Y ADOLESCENTES: ¿Cuándo pensar en abuso sexual?, ¿Cómo entrevistar y examinar a un niño o niña y sus acompañantes cuando existen indicadores de un posible abuso sexual?, Medidas de Protección

La violencia y el abuso sexual de niñas/os y adolescentes es una condición mucho más frecuente de lo que realmente se diagnostica. En los servicios de ginecología Infantil, mas de la mitad de las pacientes son llevadas a consulta directamente por abuso y el otro 50% se diagnostica por la actitud de los/las acompañantes y de la propia paciente. Las alteraciones al examen ginecológico, como las vulvovaginitis, generalmente son sutiles y se requiere mucha experiencia para reconocerlos. La única ETS que se presenta síntomas propios es la gonorrea, las demás requieren ser detectadas con técnicas específicas para la toma de muestra, para el transporte, conservación y para la observación rápida (trichomonas).

La existencia de escasos signos físicos hace todavía más importante que la toma de muestras sea de la mayor calidad técnica y de laboratorio, y una evaluación psicológica y social cuidadosa.

El abuso sexual ejercido por familiares o personas cercanas a la familia nunca es comprensible y menos “justificable” por situaciones de estrés, crisis familiar o personal, o las propias conductas del niño/a.

Los niños y niñas abusados/as sexualmente suelen creer que comparten un “secreto” y expresar, incluso, sentimientos positivos hacia el/la agresor/a. Lo más frecuente es que sientan temor, rabia e impotencia. Pueden llegar a sentirse “responsables” del abuso y/o de las consecuencias que su revelación tiene para el adulto/a abusador/a y para la familia. No es raro que se retracten después de haber revelado el abuso.

A pesar del impacto emocional que produce en el/la profesional o técnico/a la sospecha fundada o el conocimiento de situaciones de abuso sexual intra familiar, no les corresponde juzgar a los o las responsables. En beneficio del/la niño/a se debe acoger a los familiares, prestándoles atención y creando un clima de confianza recíproca.

La mayoría de los niños/as abusados no están seguros de ser creídos por sus familiares, temen ser acusados de desleales y en muchos casos, deberán asumir las consecuencias de una denuncia, incluyendo la detención del agresor.

1. ¿Cuándo pensar en abuso sexual?

El abuso sexual en los niños/as y adolescentes puede presentarse como un episodio de agresión, ejercida por extraños y con figuras familiares protectoras que acompañan al niño/a. En estos casos el motivo de consulta suele ser la agresión sexual y los daños producidos por esta.

Pero existe también el abuso sexual ejercido por familiares o personas cercanas a la familia, frecuentemente reiterado y no necesariamente ejercido con violencia física. Los niños/as generalmente son obligados a guardar silencio por los adultos implicados en el abuso, por lo cual es necesario tener presente esta posibilidad y buscar activamente signos o indicadores que confirmen o refuercen la sospecha.

Los profesionales y técnicos de los Servicios de Urgencia y Maternidades deben desarrollar la capacidad de reconocer y decodificar la demanda de ayuda detrás de los síntomas banales. Asumir que una atención médica puede ser la única oportunidad para iniciar el proceso que distancie al niño/a de la agresión recurrente. Aunque el motivo de consulta sea anodino en apariencia, las y los profesionales médicos pueden evaluar el daño potencial o los factores de riesgo presentes en el caso y decidir una acción preventiva.

Es la conjunción de varios signos lo que debe hacer pensar en este tipo de abuso sexual, especialmente en niños/as pequeños, tales como lesiones o infecciones genitales, referencia de síntomas psicosomáticos y observación o relato de trastornos del comportamiento o de conducta sexual no acorde a la edad.

Síntomas psicosomáticos:

- ❖ dolores abdominales o pelvianos
- ❖ encopresis secundaria

- ❖ enuresis secundaria
- ❖ anorexia, bulimia

Trastornos de comportamiento:

- ❖ fuga
- ❖ tentativa de suicidio
- ❖ problemas escolares
- ❖ trastornos de sueño
- ❖ aislamiento
- ❖ conducta seductora

Conducta sexual no acorde a la edad:

- ❖ masturbación compulsiva
- ❖ miedo "inexplicable" al embarazo
- ❖ verbalizaciones o juegos sexuales inapropiados para la edad
- ❖ inhibición o pudor excesivo
- ❖ agresión sexual a otros niños/as

2. ¿Cómo entrevistar y examinar a un niño o niña y a su/s acompañante/s cuando existen indicadores de un posible abuso sexual?

La atención debe realizarse respetando siempre el pudor del niño/a y con la presencia de otra persona del Servicio de Urgencia. Puede ser acompañado por uno de sus padres o su representante legal, sin embargo, en caso de abuso intra familiar, debe considerarse que su presencia podría inhibirla/o a relatar lo que le ha sucedido. Por ello, en el caso de niños/as mayores y adolescentes que están emocionalmente tranquilos, podrían ser entrevistados y examinados sin ellos.

2.1. ¿Cómo entrevistar a el, la o los adultos que han llevado al niño, niña o adolescente al servicio de urgencia?

- Con privacidad y el menor número de personas posible participando de la entrevista
- Escuchando atentamente
- Evitando críticas, juicios de valor o acusaciones.
- No tratando de lograr "confesiones"
- Preguntando por situaciones de riesgo del niño/a y de su entorno familiar y social, tales como Aislamiento social, Institucionalización, Separaciones prolongadas de la familia, Abuso drogas, alcoholismo, enfermedad mental en miembro/s de la familia
- Observando si los familiares manifiestan frialdad de emocional o indiferencia hacia el estado del niño/a
- Observando si los familiares se muestran demasiado atentos, vigilantes y se resisten a separarse del niño/a

Es importante saber que, en muchos casos, los familiares aparecen como personas corrientes, seductoras, relajadas, seguras, sin problemas socioeconómicos y a los cuales el niño/a demuestra mucho afecto.

2.2. ¿Cómo entrevistar y examinar al niño, niña o adolescente?

- Demostrando que se confía incondicionalmente en el/ella
- Preguntando directamente sobre el origen de las lesiones encontradas
- Asegurándole que no se tomarán decisiones sin explicárselas claramente
- No haciendo juicios o acusando a los adultos involucrados
- Explicando la necesidad y el por qué de todo lo que se hace
- Respetando su silencio, sin insistir ni exigir

Un niño/a mayor de 3 años, con un desarrollo normal, esta en condiciones de contar lo que le sucede, pero es probable que no lo haga en el servicio de urgencia, porque está asustado/a, porque se da cuenta de que es algo “malo” y no quiere “acusar”. Si es mayor de esa edad, también porque se siente o le han dicho que es “responsable”.

Si el examen es completo y se registra adecuadamente, evita que el niño/a sea interrogado/a y examinado/a varias veces, lo que constituye un maltrato por parte del sistema.

En el caso de niñas/os y adolescentes, es importante registrar, además de los datos ya descritos, los siguientes:

- ❖ Nombre del medico y de la enfermera o auxiliar presente
- ❖ Precisar si es la primera constatación, la fecha y lugar de constatación anterior
- ❖ Quien o quienes acompañan al niño/a (padres, amigos, policía)
- ❖ Si es posible, el relato de la agresión con las palabras del propio niño/a
- ❖ Si hubo baño, ducha o cambio de ropa después de la agresión
- ❖ La apreciación clínica del nivel de desarrollo cognitivo (curso escolar, guardería o jardín infantil...) y social del niño/a de acuerdo a su edad.
- ❖ En adolescentes, determinar desarrollo puberal (Tanner)
- ❖ Observar y anotar si la ropa del niño/a esta rota o manchada, detallar
- ❖ Estado psicológico del niño/a (agitación, inhibición, vergüenza, rabia)

En niñas, los hallazgos más característicos de abuso sexual son:

- ❖ Excoriaciones, erosiones y hematomas en la cara interna del muslo y genitales
- ❖ Cicatrices, desgarros del himen
- ❖ Lesiones o cicatrices en la horquilla posterior
- ❖ Lesiones en labios mayores y menores

La confirmación del diagnóstico de gonorrea o sífilis en el niño/a permite afirmar que se trata de abuso y, la de herpes, clamidia, y condilomas permiten fundamentar una sospecha.

3. Medidas de Protección

Pensar en la inmediata protección del niño/a o adolescente es una responsabilidad ineludible cuando se atiende un caso de violencia o abuso sexual

La hospitalización esta indicada aunque los daños físicos no sean severos. Cuando las lesiones físicas o psicológicas son severas (necesidad de reparación quirúrgica, embarazo de alto riesgo, signos severos de infección, impacto emocional incontrolable en el niño/a o el entorno) y/o cuando existe riesgo inmediato de que el niño continúe siendo abusado porque vive con o depende del abusador/a. La indicación de hospitalización debe consignar claramente el abuso y este debe ser informado a la brevedad a la asistente social o equipo de salud mental, el que puede hacerse cargo de hacer la denuncia con mayor información.

En estos casos, si el familiar o acompañante rechaza la hospitalización, puede hacerse una denuncia en el propio servicio de urgencia, con el propósito de retener al niño/a en el hospital, para lo cual es necesario que haya o acuda un carabinero al establecimiento para recibirla.

En situaciones de abuso intra familiar crónico en que el niño/a solicita que no se revele el abuso o se siente incapaz de enfrentar la situación, la denuncia puede ser postergada y reservada a un equipo profesional con mayores competencias en salud mental.

En estos casos, debe insistirse en que el niño/a sea llevado para ser atendido por un equipo de salud mental o asistente social. Debe entregarse una citación urgente y comunicarse a la asistente social para que realice una visita domiciliaria.

VI. ORGANIZACIÓN DE LA ATENCION

Las condiciones que se necesitan para la atención adecuada de una persona víctima de violencia sexual son distintas a las requeridas para responder a otros problemas que habitualmente son motivo de consulta en los servicios de urgencia.

Por eso, cuando se sabe o se supone que la persona es víctima de violencia o abuso sexual, es necesario asumir que se está ante un caso que requiere un procedimiento distinto al habitual.

Para ello, el servicio debe contar con personal sensible, informado y con capacidades y habilidades específicas; con guías o protocolos, con algún espacio físico adecuado y una organización del trabajo que permita que la atención sea mas privada, con mas tiempo, menos amenazante, facilitando, incluso, la “retención voluntaria” del/la niño/a, adolescente o adulto.

1. El equipo de atención

Todas las personas, profesionales, técnicos, auxiliares y administrativos, incluyendo carabineros/as que se desempeñan en el propio servicio de urgencia, de un equipo de atención deben:

- estar informados de los derechos de las personas que atienden

- conocer protocolos de atención clínica y dominar los aspectos específicos que les corresponden de acuerdo a sus propias responsabilidades en el equipo
- comprender el estado emocional y necesidades de las personas agredidas
- ser capaces de actuar de acuerdo a los derechos y protocolos aun si sus creencias, valores u opiniones respecto a la violencia y abusos sexual no fuesen acordes a ellos.

Algunas de las formas efectivas de sensibilización y capacitación son:

- ❖ entrega sistemática y periódica de información escrita y expositiva
- ❖ talleres de reflexión colectiva que incluyan técnicas experienciales
- ❖ entrenamiento de habilidades de comunicación interpersonal
- ❖ reuniones de análisis de casos al finalizar el turno
- ❖ acompañamiento del equipo por un profesional con competencias para la atención de víctimas de violencia sexual, durante las horas de turno, de modo que todos los equipos tengan acceso.

Algunos aspectos básicos a considerar en estas actividades son:

- El problema de la violencia y abuso sexual en el marco de los derechos de las personas
- Las dificultades reales de las víctimas para relatar la agresión, para denunciar, para continuar con el procedimiento judicial – legal
- Las responsabilidades y el papel de del sector salud.
- Análisis de los aspectos médicos, jurídicos e éticos.
- Guía de Atención y entrenamiento para aplicarla
- Actitudes y formas de acogida y de entrega de información acerca de derechos, procedimientos, tratamientos preventivos y referencia.

Aunque han sido elaboradas específicamente para la violencia de género⁴⁸ hacia la mujer, analizar como el propio personal del servicio de urgencias puede lastimar o ayudar a las personas que les consultan por haber sufrido violencia sexual es una metodología muy útil para comprender que es lo que no hay que hacer y que es lo necesario de hacer para en el contexto de la atención⁴⁹.

1.1. Asesoría / Consultoría

Las personas - profesionales y técnicos y administrativos – que forman los equipos de atención en los Servicios de Urgencia deben tener acceso a una asesoría regular y periódica de parte de un profesional o servicio de salud mental y psiquiatría: equipo de psiquiatría y salud mental ambulatoria, Centro Comunitario de Salud Mental Familiar (COSAM), Servicio de Psiquiatría del Hospital, o cualquier otro de la red local⁵⁰.

⁴⁸ Programa Mujer, Salud y Desarrollo, OPS,

⁴⁹ Anexo 1

⁵⁰ El “Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría” en proceso de implementación desde al año 2000, define como una de las actividades de los profesionales del equipo especializado, el apoyo, en forma de reuniones clínicas y teóricas periódicas, atención conjunta de casos, consultas telefónicas, por correo electrónico, etc. a los profesionales de Atención Primaria y Servicios de Urgencia

Esta asesoría que debe permitir los profesionales y técnicos y administrativos

- resolver dudas,
- ampliar conocimientos,
- mejorar destrezas,
- compartir las repercusiones emocionales, personales y grupales, además de propiamente laborales de realizar este tipo de atención,
- recuperar o reforzar la motivación,
- evaluar los avances en la mejoría de la calidad de la atención
- analizar las fortalezas y debilidades del equipo
- comprender las dificultades y conflictos que se generan en el proceso de atención y sean ayudados en la búsqueda de soluciones.

Pueden realizarse reuniones periódicas, pero además, el equipo debe tener la posibilidad de consultar por teléfono o correo electrónico, durante el turno, con un profesional del equipo asesor.

2. Organización de la atención

Es necesario habilitar un espacio físico con la mayor privacidad y confort posibles para la atención de las víctimas, lo que, dependiendo de la demanda, no significa que sean exclusivas. Para evitar la estigmatización estos espacios no deben ser identificados en forma específica.

Debe hacerse una estimación, en base a los casos que son atendidos, de los insumos específicos necesarios y asegurarse de que estén disponibles los fármacos para la prevención de un embarazo, los antibióticos, el material para la toma, conservación y envío de las muestras.

La dirección del establecimiento debe definir – idealmente con la participación de todas las personas que trabajan en él – un procedimiento para que en cada turno, un/a profesional (más interesada/o, más sensible, con mayor información y capacidades), disponga de mas tiempo para la atención de una persona que ha sido víctima de violencia o abuso sexual. Para que esto sea posible, el resto del equipo puede asumir mayores responsabilidades en la atención de otras personas.

En conjunto con la Dirección del Hospital y del Servicio de Salud Correspondiente, deberá establecer formas de reemplazo y desplazamiento para facilitar a los profesionales su participación en juicios orales.

Es muy importante considerar que las/los médicos pueden tener legítimas “objeciones de conciencia” para prescribir una medicación destinada a prevenir un embarazo después de una violación. Es imprescindible que exista el compromiso ético de todo el equipo de dar a conocer esta situación y un procedimiento definido para asegurar que sea otro/a profesional el/la que realice la atención de la víctima. Esto debe ser explicitado al inicio de cada turno, ya que los reemplazos son frecuentes.

3.1 Coordinación y divulgación de la red integrada local de atención y apoyo

Mantener actualizado el catastro de todas las instituciones, servicios organizaciones, equipos y establecimientos que tienen la responsabilidad y capacidad de responder a las necesidades de atención, apoyo y seguimiento de las víctimas de violencia sexual que existen en la zona o a las que pueden tener acceso las personas es una responsabilidad de la dirección del servicio de urgencia.

Todos los dispositivos existentes deben estar en una lista con sus direcciones, teléfonos y personas responsables, así como el tipo de atención que ofrece, los criterios y formas de derivación.

- Comisaría (si no existe carabinero en el propio servicio de urgencia o maternidad)
- Comisaría de la Familia
- Dependencia más cercana del Servicio Médico Legal
- Servicio de Ginecología y Obstetricia (Maternidad)
- Servicio de Ginecología Infantil
- Servicio de Psiquiatría o Pediatría en Hospital General
- Equipo de Salud mental Y Psiquiatría Ambulatoria
- Centro de Salud Mental Familiar (COSAM)
- Equipos de Maltrato Infantil y Violencia Intra familiar
- Centros de atención de SERNAM
- Casas de acogida
- Centros de SENAME
- C.A.V.A.S.
- O.N.G.s que ofrecen orientación o tratamiento.
- otros

Todos los funcionarios deben conocer o saber donde buscar esta información. Debe entregarse esta información a las víctimas.

Esta información debe estar disponible, en forma visible y segura. Toda la población debe tener acceso a ella, independientemente de las situaciones de emergencia.

3.2. Registro

Se debe disponer de un formulario estándar para consignar y certificar las lesiones. Este debe ser autocopiante para dejar un ejemplar en la ficha clínica, y disponer de uno para la denuncia.

De esta manera se tendrá la información necesaria para realizar el seguimiento, evaluación y tomar las decisiones adecuadas para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención.

V. BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- MINISTERIO DE SALUD, "Orientaciones técnicas y Programáticas en Maltrato Infantil", 1994
- MINISTERIO DE SALUD, Publicación de SALUD MENTAL "Manual de Apoyo Técnico para las Acciones de Salud en Violencia Intra familiar, 1998
- ASSISTANCE PUBLIQUE, HOSPITAUX DE PARIS "ENFANTS ET ADOLESCENTS VICTIMES DE MALTRATANCE", 1995
- Danya Glaser, Stephen Frost, "CHILD SEXUAL ABUSE", 1993
- "GUÍA DE ATENCIÓN AL MALTRATO INFANTIL EN ANDALUCÍA", 1993
- SERVICIO NACIONAL DE MENORES "Análisis de la Legislación Vigente en Chile", 1997
- Rutter, M. "PSIQUIATRÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE", Capítulo Abuso Sexual, 1996
- SERVICIO NACIONAL DE LA MUJER, "LA VIOLENCIA SEXUAL EN CHILE", Documento de Trabajo N° 21, 1994
- Espinoza M. A., Paredes A. M. " PERFIL MEDICO LEGAL DEL NIÑO VICTIMA DE ABUSO SEXUAL " 1997.
- "Prevención de Embarazo y Enfermedades de Transmisión Sexual Después de una Violación" Propuesta Dra. Soledad Díaz F. Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER)
- "Guía para la Detección y respuesta al Maltrato Físico y Abuso Sexual en los Servicios de Urgencia", MINSAL, 1998
- "Guía de Procedimientos en casos de Abuso Sexual", editado por la Municipalidad de Santiago y APROFA, septiembre 2001, Centro de Atención y Prevención en Violencia Intra familiar de la Municipalidad de Santiago.
- "Salud sexual y Reproductiva" OPS/OMS.
- "Recomendaciones para el Uso de la Píldora Anticonceptiva de Emergencia", Dr. Rene Castro Santoro, Encargado Programa Salud de la Mujer
- "Instrucciones y Normativa Técnica Pericial sobre Agresiones Sexuales",
- Ministerio de Justicia, Servicio Médico Legal, Resolución No. 710 exenta.- Santiago, 13 de julio de 1999
- Norma Técnica Prevencao e Tratamento dos Agravos resultantes da Violencia Sexual contra Mulheres e adolescentes. Ministerio Da Saude, Brasilia , 2002 . Secretaria De Políticas De Saúde, Área Técnica Saúde Da Mulher, Brasília, Agosto, 2002
- Consortium for Emergency Contraception. Emergency contraceptive pills. A resource packet for health care providers and programme managers. Consortium Coordinator, Wellcome, MD, USA, 1996.
- Croxatto, H.B., Devoto, L., Durand, M. et. al. Mechanism of action of hormonal preparations used for emergency contraception: a review of the literature. Contraception, 2001, 63:111.
- Durand, M., Cravioto, M.C., Raymond E.G. et. al. On the mechanism of action of short-term levonorgestrel administration in emergency contraception. Contraception, en prensa.

- International Planned Parenthood Federation (IPPF). Emergency contraception. In: Medical and Service Delivery Guidelines for Family Planning, 2nd ed. London, IPPF, 1997.
- International Planned Parenthood Federation (IPPF). Declaración del Panel Médico Asesor (IMAP) sobre Anticoncepción de Emergencia. Boletín Médico IPPF 2000, 34 (3).
- Marions, L., Danielsson, K.G., Hultenby, K. et al. Emergency contraception with levonorgestrel and mifepristone: mechanism of action. Enviado a Am. J. Obstet. Gynecol.
- Piaggio, G., von Hertzen, H., Grimes, D.A. et. al. On behalf of the Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Timing of emergency contraception with levonorgestrel or the Yuzpe regimen. Lancet 1999, 353:9154
- Raymond, E.G., Lovely, L.P., Chen-Mok, M. et. al. Effect of the Yuzpe regimen of emergency contraception on markers of endometrial activity. Hum. Reprod. 2000, 15:2355
- World Health Organization (WHO, 1998a). Emergency Contraception: a guide for service delivery. WHO/FRH7FPP798.19, Geneva, 1998.
- World Health Organization (WHO, 1998b). Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Randomized controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. Lancet 1998, 352:428-33.
- World Health Organization (WHO). Improving access to quality care in family planning. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 2nd edition, WHO, Geneva, 2000.
- Rayburn, W.F. Treatment of sexually transmitted diseases. Recommendations by the Centers for Disease Control and Prevention. J. Reprod. Med. 1998, 43:471
- Center for Disease Control and Prevention, USA: Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. MMWR, vol 47, January 23, 1998.

VI. ANEXOS

Anexo 1

NORMA PARA LA PROFILAXIS DE LA INFECCIÓN POR VIH EN PERSONAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

COMISION NACIONAL DE SIDA – CONASIDA

El uso de antiretrovirales como profilaxis con posterioridad a una exposición a VIH, disminuye significativamente el riesgo de infección.⁵¹⁻⁵² Por esta razón es que puede ser recomendada en los casos en que el riesgo de transmisión del VIH en los casos de violencia sexual es alto.

1. Riesgo de adquirir la infección por VIH en casos de víctimas de violencia sexual

En el contexto de estas recomendaciones se entiende por violencia sexual, aquella que implica penetración anal, vaginal u oral.

Es necesario evaluar el riesgo real de infección post relación sexual involuntaria, considerando que se trata de un esquema de profilaxis en un contexto en el que su eficacia no ha sido ampliamente demostrada y en la cual se usan medicamentos antiretrovirales que tienen un nivel de toxicidad y reacciones adversas que aunque no son severas, generan molestias importantes, alterando la calidad de vida de las personas.⁵³ Por esta razón también es necesario considerar que la adherencia a estos esquemas de tratamiento es baja, precisamente por sus efectos adversos, que son de alta proporción.

^{54_55}

La transmisión del VIH por una exposición sexual involuntaria es baja, por esta razón se debe evaluar caso a caso el riesgo real de adquisición del VIH, incorporando para ello el análisis de las condiciones y características en las que ocurrió la relación sexual. Para lo anterior se han establecido niveles de riesgo definidos por la práctica sexual involucrada, a la que es necesario incorporar el análisis de los factores de riesgo adicionales.

⁵¹ CDC Case-control study of HIV seroconversion in health-care workers after percutaneous exposure to HIV-infected blood. France, United Kingdom and United States, January 1988, August 1994. MMWR, 1995; 44:929-33

⁵² Norma de Manejo Post Exposición Laboral a Sangre en el Contexto de la Prevención de la Infección por VIH. Comisión Nacional del SIDA, Ministerio de Salud, 2000

⁵³ Centers for Disease Control and Prevention. Sexual assault and STDs. Sexually transmitted diseases treatment guidelines. MMWR Recomm Rep 2002 May 10;51 (RR-6): 69-74

⁵⁴ Puro V., Giuseppe I. ZDV and combination antiretroviral post-exposure prophylaxis. Abstract 33182, 12 World AIDS Conference, 1998

⁵⁵ Panlilio A., Cordo D., Campbell S. Tolerability of antiretroviral agents used in HCWs as profilaxis post-exposures to HIV. Abstract 246/33171. 12 World AIDS Conference, 1998.

Valoración del riesgo de infección por VIH post relación sexual involuntaria⁵⁶

	Exposición de alto riesgo	Exposición de mediano riesgo	Exposición de bajo riesgo
Riesgo de Transmisión	0,8% - 3%	0,05% - 0,8%	0,01% - 0,05%
Características de la agresión	- Recepción anal con eyaculación	- Recepción vaginal, con eyaculación - Recepción anal sin eyaculación - Recepción vaginal sin eyaculación - Sexo oral receptivo o activo con eyaculación	- Sexo oral sin eyaculación

Factores de riesgo adicionales: En casos de niños y senescentes considerar que pueden tener mayor riesgo de infección porque es más alta la probabilidad de lesiones mucosas en ellos. También es necesario evaluar la presencia o no de una ETS o de lesión genital en la persona expuesta o el agresor (si es posible determinarlo), el uso de drogas inyectables y la presencia de más de un agresor involucrado.

A las características propias de la relación sexual se debe agregar a este análisis, la epidemiología local de la infección por VIH/SIDA (a mayor magnitud de la infección, mayor es la probabilidad de infección en el agresor) y si es o no conocido el estado serológico de éste, en términos de la infección por VIH o la presencia de otras condiciones personales que pudieran indicar que se trata de una persona que tiene conductas de riesgo frente a la infección, como presencia de prácticas sexuales riesgosas (intercambio frecuente de parejas sexuales, más de una pareja sexual simultáneamente), uso de drogas.

También es necesario evaluar el tiempo transcurrido entre la agresión y la consulta, ya que los estudios disponibles demuestran que existe eficacia de la profilaxis cuando el tratamiento se inicia no más allá de transcurridas 72 horas post agresión.

El tiempo que media entre la exposición y la seroconversión depende de la sensibilidad de los exámenes serológicos utilizados. En la actualidad el período máximo ventana en Chile alcanza a 3 meses.⁵⁷

Las técnicas de tamizaje más frecuentemente usadas corresponden a enzimoimmunoensayo (ELISA), con técnicas de tercera generación que permiten detectar todas las clases de inmunoglobulinas (IgG, IgA, IgM).⁵⁸

⁵⁶ Guía de Actuación para la Profilaxis Post Exposición No Ocupacional al VIH. Ministerio de Sanidad y Consumo. España, 2000

⁵⁷ Información directa del Instituto de Salud Pública de Chile

⁵⁸ Garantía de calidad en el diagnóstico serológico de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. Manual de laboratorio. OPS, 1995

3. Justificación de la Norma

Para elaborar estas indicaciones se ha considerado fundamentalmente el impacto que produce en las personas el sufrir una violación y el temor a que a los efectos propios de este acto se asocien consecuencias como la adquisición de una ETS o del VIH/SIDA. A pesar que el riesgo real de infección por VIH por una exposición sexual es bajo, el contexto y las características de los sucesos de violencia sexual pueden ofrecer condiciones para que este riesgo se vea incrementado.

Las evidencias indirectas sobre los posibles beneficios del uso de fármacos, el alto costo de éstos, la frecuencia de efectos adversos, la baja adherencia al tratamiento, la percepción de riesgo y las repercusiones individuales emocionales y sociales asociadas a este tema hace recomendable sistematizar la atención de las personas que han sufrido una violación, para prevenir el riesgo de infección por VIH.

4. Conducta a seguir

La responsabilidad de la indicación de profilaxis post exposición por violencia sexual está radicada en los Servicios de Urgencia de la Red Asistencial, quienes también registrarán la información sobre el número y caracterización de casos presentados, resguardando la privacidad de la persona. Inicialmente se debe evaluar las características de la agresión y factores involucrados en el riesgo de transmisión descritos más arriba y decidir o no la indicación de tratamiento. La decisión de indicar el tratamiento antiretroviral como profilaxis debe ser tomada entre el profesional y el consultante y/o su representante legal en el caso de menores y personas minusválidas mentalmente de forma individualizada y conjunta. El inicio debe ser lo antes posible y en todo caso antes de transcurridas 72 horas post relación. Es aconsejable solicitar el apoyo del médico infectólogo o tratante de personas con VIH/SIDA, si se estima, tanto para analizar la pertinencia del tratamiento como para evaluar la indicación de triterapia.

4.1. Exámenes de laboratorio

Se debe ofrecer el examen VIH basal y derivar a consejería en un plazo no más allá de una semana. Este examen VIH tiene por objeto descartar (o confirmar) la infección VIH preexistente. También es necesario informar a la persona, la necesidad de realizar el examen VIH una vez que haya transcurrido el período de ventana (3 meses), para lo cual debe acudir nuevamente a consejería pre test. Este segundo examen es de seguimiento y tiene por objeto descartar o confirmar que la agresión sexual tuvo o no como consecuencia una infección por VIH.

Es necesario también realizar una evaluación hematológica, con hemograma basal, a las 6 semanas y a los 3 meses para evaluar efectos secundarios del tratamiento y evaluación clínica de efectos adversos.

La tabla siguiente resume la conducta a seguir dependiendo de las características de la exposición sexual.

4.2. Recomendaciones según características de la exposición en relaciones sexuales involuntarias

Exposición de alto riesgo	Exposición de mediano riesgo	Exposición de bajo riesgo
<ul style="list-style-type: none">• Derivar a consejería• Ofrecer examen VIH basal al consultante• Recomendar profilaxis medicamentosa• Proporcionar fármacos• Indicaciones de seguimiento	<ul style="list-style-type: none">• Derivar a consejería• Ofrecer examen VIH basal al consultante• Recomendar profilaxis medicamentosa• Proporcionar fármacos• Indicaciones de seguimiento	<ul style="list-style-type: none">• Derivar a consejería• Ningún tratamiento farmacológico

4.3. Esquema de Profilaxis con antiretrovirales

El siguiente esquema medicamentoso debe proporcionarse durante cuatro semanas independientemente del resultado del examen VIH basal:

- **Zidovudina (AZT) 300 mg: 1 comprimido 2 veces al día, durante 4 semanas**
- **Lamivudina (3TC) 150 mg: 1 comprimido 2 veces al día, durante 4 semanas.**

4.4. Consejería pre y post test

La Consejería es un proceso individual, realizado por personal debidamente entrenado (Resolución Exenta N° 371 del 2 de Febrero de 2001, Ley 19.779 promulgada en Diciembre de 2001), destinado a darle a conocer a la persona expuesta las alternativas existentes para el manejo de la exposición al VIH, apoyándola en la toma de decisiones en relación al examen VIH, a las alternativas de profilaxis y tratamiento y de prevención en general.

En el contexto de la violencia sexual, no es recomendable realizar esta actividad en el momento de la consulta, dado que la situación en la que se encuentra la persona abusada no permite el intercambio necesario para abordar la temáticas mencionadas más arriba. La recomendación es derivar a consejería con posterioridad (días o una semana después), a la red de consejeros del Sistema Público de Salud, que ejercen sus funciones habituales en los Centros de ETS y Consultorios de Atención Primaria.

Los contenidos que se abordan en esta consejería son:

- Probabilidad de infección valorando el riesgo de acuerdo a la información disponible.
- Manejo farmacológico: no elimina el riesgo, lo reduce.
- En qué consiste el protocolo farmacológico y sus posibles efectos adversos.
- Licencia médica si se justifica.
- Recomendaciones sobre su vida sexual, uso del condón si corresponde hasta el término del seguimiento.

- Indicación de consultar ante la aparición de síntomas sugerentes de un cuadro de primoinfección (fiebre, mialgias, rash cutáneo, adenopatías).
- Indicación de consultar ante la aparición de síntomas de efectos adversos de los fármacos.
- Importancia de la adherencia a la terapia antiretroviral.
- Significado del examen VIH y de sus resultados.
- Evaluación de necesidad de derivar a médico infectólogo o tratante de personas con VIH/SIDA del Servicio de Salud correspondiente.

Anexo 2

SIN QUERERLO, EL PERSONAL DE SALUD PUEDE LASTIMAR, DE VARIAS MANERAS A QUIENES CONSULTAN POR HABER SUFRIDO VIOLENCIA:

Aceptando la agresión como algo normal: desconocer su declaración de abuso, aceptar la intimidación como algo normal en la relación entre las personas. Creer que el abuso es resultado de la “no hacer lo correcto” o de la “desobediencia”.

No respetando la confidencialidad: entrevistar en presencia de familiares, comentar con colegas los problemas discutidos sin el consentimiento de la víctima, llamar a la policía sin su consentimiento

Trivializando y restando importancia al abuso: no tomar en serio el temor que la persona siente. Asumir que si lo ha tolerado (por meses o años) no tiene importancia. Insistir en que lo principal es mantener la familia unida

Ignorando su necesidad de sentirse segura: no reconocer el temor que siente. No preguntar si se siente segura de regresar a su casa o si tiene un lugar donde ir en caso de que la situación empeore.

No respetando su autonomía: recomendar la separación, dar sedantes, recomendar irse a otro lugar, terapia de pareja o la intervención de la policía. “Castigar” (criticar, ironizar, reprender) a la víctima por no seguir sus consejos

“Culpando” a la víctima: preguntar que hizo ella para provocar el abuso. Tratarla como si ella fuera el problema: ¿por qué no se va?, ¿por qué lo aguanta?, ¿por qué se deja maltratar?

EL PERSONAL DE SALUD PUEDE AYUDAR A QUIENES CONSULTAN POR HABER SUFRIDO VIOLENCIA:

Creyendo y validando sus experiencias: escuchar y creerle. Reconocer sus sentimientos y hacerle saber a la persona que no está sola

Respetando la confidencialidad: las conversaciones deben ser privadas, sin la presencia de familiares. Esto es esencial para crear confianza y garantizar la seguridad

Promoviendo el uso de servicios comunitarios: conocer y compartir los recursos de la comunidad, línea telefónica de ayuda, albergue para mujeres golpeadas, consejería psicológica, grupos de apoyo mutuo, servicios legales,

Reconociendo la injusticia: la violencia cometida contra ella no es su culpa. Nadie merece ser abusado

Ayudando a planear su seguridad: ¿qué medidas ha tomado para mantener su seguridad y la de su familia?, ¿funcionarán?, ¿tiene un lugar donde ir en caso de que necesite escapar?

Respetando su autonomía: respetar su derecho a tomar decisiones sobre su situación. Ella sabe mejor que nadie cuáles son sus circunstancias.