

Documentos

NORMAS Y GUÍA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN EN SERVICIOS DE URGENCIA DE PERSONAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL*

Gobierno de Chile, Ministerio de Salud de Chile, Abril 2004

RESUMEN

El Ministerio de Salud de Chile presenta las estrategias más importantes para la reducción y eliminación del abuso y la violencia sexual. El texto completo se encuentra en la página web ministerial. Este documento es la versión resumida y editada del manejo psicológico y médico de las víctimas de abuso sexual.

PALABRAS CLAVES: *Abuso sexual, violación, enfermedad de transmisión sexual*

SUMMARY

The Ministry of Health of Chile presents the most important strategies for the reduction and elimination of the abuse and the sexual violence. The full text is in the ministerial web page. This document is the summarized and edited version of the psychological and medical management of the victims of sexual abuse.

KEY WORDS: *Sexual abuse, rape, disease of sexual transmission*

INTRODUCCIÓN

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

*Versión resumida y editada. Texto completo en: www.minsal.cl/ici/violencia%20sexual/norma.pdf

su pareja debieron consultar a un servicio de urgencia.

Un equipo de Maltrato Infantil –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 minimizar las secuelas, sino también para hacerse cargo de problemas psicosociales. 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 culpa. 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

– 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 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 menarquía, 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 sexualmente durante el embarazo, generalmente por su pareja. Si el embarazo es imprevisto o no deseado, la mujer tiene cuatro veces más probabilidades de sufrir violencia doméstica, incluyendo la sexual. Por otro lado, el propio embarazo puede ser resul-

tado de abuso sexual, violación marital o negación al uso de anticonceptivos.

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

2.2. Examen

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 más 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 más 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 un 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

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.

d) Genitales:

– 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 des-

cibir 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 múltiparas (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, vulvoscopio 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, excoriaciones, 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).

e) 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.

f) 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 biológicas

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).

– β HCG 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.).

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 tórulas 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 y segura 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 anticoncepción (hormonal o dispositivo intrauterino) en forma regular al momento de sufrir la violación, debe igualmente 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 de emergencia, cuenta con registro sanitario en muchos países desarrollados, como el Reino Unido y EEUU. De igual modo, cuenta con registro sanitario vigente en nuestro país, desde el año 2001, en el caso del Levonorgestrel de 0,75 mg.

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 µg de levonorgestrel (LNG), separadas por 12 horas, 1 pastilla cada vez; 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 µg).

– Píldoras combinadas: se administran dos dosis de 100 µg de EE más 500 µg 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 abortivos.

Administración: la AE 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. 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.

Precauciones: embarazo ectópico previo, síndrome de mala absorción severo, hepatitis severa.

Efectos secundarios: las molestias más frecuentes asociadas al uso de AE son náuseas, vómitos, sangrado irregular, mastalgia, dolor abdominal, cefalea, mareos; estas molestias ocurren con mayor frecuencia cuando se usa método de Yuzpe. 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: porfiria.

3.2. Prevención de Infecciones de Transmisión Sexual

Las medidas efectivas para prevenir una infección como consecuencia de la posible exposición durante la agresión sexual, tanto en hombres como mujeres, pueden ser 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 infección por Gonorrea, Chlamydia, Tricomoniasis, Sífilis y Vaginosis Bacteriana puede prevenirse con la administración a la víctima la asociación de cuatro tipos de antibióticos, de acuerdo a su edad, estado gestacional, y posibles alergias:

- a) ceftriaxona o ciprofloxacino +
- b) azitromicina o alternativas +

- c) metronidazol +
- d) penicilina benzatínica

Los criterios para decidir, en base a la edad, posibilidad de un embarazo en la víctima, el antibiótico y dosis a administrar, son los siguientes:

ADULTAS Y ADULTOS:

a) Ceftriaxona, 250 mg por inyección intramuscular, en dosis única. En caso de no contar con Ceftriaxona se debe utilizar Ciprofloxacino 500 mg vía oral por una vez.

b) Azitromicina, 1 g en dosis única, por vía oral, o Doxiciclina, 100 mg oral, 2 veces al día durante 7 días.

c) Metronidazol (o Secnidazol o Tinidazol) 2 g vía oral, en dosis única.

d) Penicilina G Benzatínica, 2,4 millones de unidades, intramuscular.

En personas con historia de hipersensibilidad a la penicilina, se puede utilizar como droga alternativa la Eritromicina (estearato) 500 mg cada 6 horas durante 15 días.

EMBARAZADAS:

a) Ceftriaxona, 250 mg por inyección intramuscular, en dosis única.

b) Eritromicina, 500 mg oral cada 6 horas, durante 7 días.

c) Evitar el uso de Metronidazol, Secnidazol o Tinidazol en el primer trimestre

e) Penicilina G Benzatínica, 2,4 millones de unidades, intramuscular.

En personas con historia de hipersensibilidad a la penicilina, se puede utilizar como droga alternativa la Eritromicina (estearato) 500 mg cada 6 horas durante 15 días.

NIÑAS Y NIÑOS HASTA 12 AÑOS:

a) 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.

b) Azitromicina 20 mg/kg oral, en dosis única, dosis máxima 1 gramo. Una alternativa es la Eritromicina, 50 mg/kg oral cada 6 horas, durante 10 a 14 días (dosis máxima 2 g).

c) Metronidazol 15 mg/kg por 7 días oral, cada 8 horas, durante 7 días, (dosis máxima 2 g).

d) Penicilina G Benzatínica 50.000 UI/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) 50 mg/kg oral cada 6 horas, durante 10 a 14 días (dosis máxima 2 g).

Es importante recordar: 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 embarazadas.

3.2.2. Enfermedades virales de transmisión 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.

Hepatitis B: Existe evidencia de que es posible prevenir una probable infección mediante la vacunación de la víctima con la vacuna anti hepatitis B. La persona agredida que acepte la administración de la vacuna, debe ser enviada, con una orden de vacunación anti-hepatitis B (resguardando la necesaria privacidad) al vacunatorio del consultorio definido para estos efectos en cada Servicio. La persona debe ser informada de la necesidad de recibir la vacuna antes de 7 días posteriores a la agresión, como también de sus reacciones adversas. En el establecimiento donde reciba la primera dosis de la vacuna se le informara de la importancia de recibir la segunda dosis a los 2 meses y la tercera a los 6 meses de la agresión.

4. 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:

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

2. *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.

3. *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.

4. *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.

5. 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.

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

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, más 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 con 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 psicossomáticos y observación o relato de trastornos del comportamiento o de conducta sexual no acorde a la edad.

Síntomas psicossomáticos:

- 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 él, 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, evitar 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, clamidias 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.

7. ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN

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 más privada, con más 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 sexuales 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 del sector salud
- Análisis de los aspectos médicos, jurídicos y 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 género 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 atención.

2. 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 local.

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.

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 más 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. 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.

4. 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.

8. NORMA PARA LA PROFILAXIS DE LA INFECCIÓN POR VIH, PARA VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Antecedentes: El uso de antiretrovirales como profilaxis con posterioridad a una exposición a VIH, disminuye significativamente el riesgo de in-

fección, 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.

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. 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.

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 (Tabla I).

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.

Período ventana: 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. 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).

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

Tabla I

VALORACIÓN DEL RIESGO DE INFECCIÓN POR VIH POST RELACIÓN SEXUAL INVOLUNTARIA

Riesgo de transmisión	Exposición de alto riesgo 0,8%-3%	Exposición de mediano riesgo 0,05%-0,8%	Exposición de bajo riesgo 0,01%-0,05%
Características de la agresión	<ul style="list-style-type: none"> - Recepción anal con eyaculación - Recepción anal sin eyaculación 	<ul style="list-style-type: none"> - Recepción vaginal, con eyaculación - Recepción vaginal sin eyaculación 	<ul style="list-style-type: none"> - Sexo oral sin eyaculación - Sexo oral receptivo o activo con eyaculación

han sufrido una violación, para prevenir el riesgo de infección por VIH.

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.

Exámenes: 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 pre-existente. 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 II resume la conducta a seguir dependiendo de las características de la exposición sexual.

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.

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 deben abordarse 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.

Tabla II

RECOMENDACIONES, SEGÚN CARACTERÍSTICAS DE LA EXPOSICIÓN EN RELACIONES SEXUALES INVOLUNTARIAS

<i>Exposición de alto riesgo</i>	<i>Exposición de mediano riesgo</i>	<i>Exposición de bajo riesgo</i>
– Derivar a consejería	– Derivar a consejería	– Derivar a consejería
– Ofrecer examen VIH basal al consultante	– Ofrecer examen VIH basal al consultante	– Ningún tratamiento farmacológico
– Recomendar profilaxis medicamentosa	– Recomendar profilaxis medicamentosa	
– Proporcionar fármacos	– Proporcionar fármacos	
– Indicaciones de seguimiento	– Indicaciones de seguimiento	

– 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.

Los registros tanto de la primera consulta como del seguimiento se sugiere sean incorporados en los registros que se definirán con la implementación de la normativa general. Sugerimos que el seguimiento se derive al policlínico de Infectología o Medicina Interna, lugares donde atienden los equipos de atención de personas que viven con VIH/SIDA, para monitorear reacciones adversas. Será necesario capacitar a los equipos de atención de urgencia en la aplicación de estas recomendaciones, por lo que se sugiere dicha capacitación sea en la capacitación de la normativa general.
