

Atención Médica a **Personas Violadas**



Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva



Atención Médica a **Personas Violadas**



Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva



Atención Médica a Personas Violadas

Primera Edición 2004

D.R. © Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
Secretaría de Salud
Guadalajara 46, 7° Piso
Colonia Roma
06700, México, D.F.

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

Se imprimieron 40,000 ejemplares
Se terminó de imprimir en diciembre de 2004
ISBN 970-721-233-0

El presente material fue elaborado por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva en colaboración con CENSIDA e IPAS México. La coordinación y autoría estuvo a cargo de Laura A. Pedrosa Islas. Participaron como coautores Ubaldo Ramos Alamillo, Luz María Ortiz Ruíz, Fernando López Cruz, Carlos Arturo Campos Nava, Claudia Moreno y Nadine Gasman. Consejo Editorial: Presidenta, Dra. Patricia Uribe Zuñiga, Directora General del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Directora Ejecutiva, Dra. Aurora del Río Zolezzi, Directora General de la Dirección General Adjunta de Equidad de Género. Lic. Ulises Pego Pratt, Coordinador de Publicaciones PNUD.

Directorio

- DR. JULIO FRENK MORA**
Secretario de Salud
- DR. ENRIQUE RUELAS BARAJAS**
Subsecretario de Innovación y Calidad
- DR. ROBERTO TAPIA CONYER**
Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud
- LIC. MA. EUGENIA DE LEÓN-MAY**
Subsecretaria de Administración y Finanzas
- DR. JAIME SEPÚLVEDA AMOR**
Coordinador General de los Institutos Nacionales de Salud
- DR. GABRIEL GARCÍA PÉREZ**
Titular de la Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social
- DR. EDUARDO GONZÁLEZ PIER**
Titular de la Unidad de Análisis Económico
- DR. RENATO ITURRIAGA DE LA FUENTE**
Titular de la Unidad de Control de Gestión de Programas Prioritarios
- LIC. ERNESTO ENRÍQUEZ RUBIO**
Comisionado Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios
- DR. CARLOS TENA TAMAYO**
Comisionado Nacional de Arbitraje Médico
- ACT. JUAN ANTONIO FERNÁNDEZ ORTÍZ**
Comisionado Nacional de Protección Social en Salud
- DR. CRISTÓBAL RUIZ GAYTÁN**
Secretario Técnico del Consejo Nacional contra las Adicciones
- T.R. VIRGINIA GONZÁLEZ TORRES**
Secretaria Técnica del Consejo Nacional de Salud Mental
- DR. MIGUEL ÁNGEL LEZANA FERNÁNDEZ**
Coordinador de Asesores del Secretario de Salud
- LIC. MARÍA EUGENIA GALVÁN ANTILLÓN**
Titular del Órgano Interno de Control en la Secretaría de Salud
- LIC. IGNACIO IBARRA ESPINOSA**
Director General de Asuntos Jurídicos
- LIC. ADRIANA CUEVAS ARGUMEDO**
Directora General de Comunicación Social

Contenido

Introducción	7
¿Qué es la violación sexual y cuáles pueden ser sus consecuencias inmediatas?	8
¿Qué tan frecuente es la violación sexual? ¿A quiénes afecta?	9
¿Qué les ocurre a los hombres que ha vivido violación sexual?	11
¿Qué características tiene el abuso sexual infantil?	11
¿Cómo atender a una persona violada sexualmente?	12
¿Cuáles son las primeras acciones que debe realizar el personal de salud cuando una persona ha sido violada sexualmente y solicita atención?	14
¿Cuáles son las consecuencias previsibles de la violación sexual?	19
¿Cómo puede prevenirse un embarazo resultante de violación?	23
¿Existen formas de prevenir las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) después de una violación sexual?	25

¿Se puede prevenir la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) después de una violación sexual?	28
¿Qué exámenes de laboratorio se deben practicar?	31
¿Cómo evaluar los riesgos que corre la persona violada para cuidar su vida y cómo apoyarla para hacer un plan de seguridad?	32
¿Se debe notificar la violación?	35
¿Por qué emitir el certificado médico legal?	36
¿Qué hacer ante un embarazo forzado?	36
Consideraciones jurídicas respecto a la violación sexual	38
¿Cuáles son los derechos de las personas violadas?	38
¿A dónde acudir?	40
Referencias	42
1 ^{er} Apéndice Informativo	44
2 ^{do} . Apéndice Informativo	45

Introducción

La violencia sexual es un fenómeno mucho más frecuente de lo que pensamos y cuyas consecuencias físicas, psicológicas y para la salud pública poco se mencionan, con estas consideraciones, es necesario que proveedores y proveedoras de los servicios de salud tengamos información especializada para prevenir y limitar en lo posible y de manera inmediata mayores daños a la salud, derivados de este tipo de agresión para apoyar a quienes la padecen y garantizar su seguridad así como promover su recuperación.

Esta guía está dirigida al personal de salud que detecta y atiende a personas que han sufrido una violación sexual, y tiene como propósito presentar los lineamientos actuales de la atención médica recomendados por el sector salud con base en la normatividad y en la experiencia nacional e internacional.

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

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

Qué es la violación sexual y cuáles pueden ser sus consecuencias inmediatas?

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

La violación sexual es la penetración vaginal, anal u oral con el pene y/o cualquier otro tipo de órgano u objeto usando la fuerza o la coerción. Las relaciones sexuales forzadas son, casi siempre, violentas, lo cual incrementa el riesgo de adquirir Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), incluyendo el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), ya que al desgarrarse las paredes vaginales, o anales, durante la penetración forzada, se facilita su transmisión. Esto mismo puede suceder cuando la violación es por vía oral y hay lesiones bucales. Después de un ataque sexual, las posibilidades y riesgos de un embarazo forzado y de contraer una ITS son muy altas; diferentes estudios revelan una probabilidad de 10 a 30% de presentar un embarazo forzado,¹ y de 10 a 20% de adquirir una ITS.¹⁻³

Es importante saber que no todas las violaciones dejan secuelas o lesiones físicas evidentes y esto no excluye que la persona que se presenta en

busca de atención, realmente la haya sufrido. Hay que considerar que muchas veces la violación se realiza bajo coerción moral o psicológica, como en los casos en que el agresor es conocido de la persona violada o cuando se trata de niñas y niños.



La violación sexual es la penetración vaginal, anal u oral con el pene y/o cualquier otro tipo de órgano u objeto usando la fuerza o la coerción.

¿Qué tan frecuente es la violación sexual? ¿A quiénes afecta?

Existe poca información sobre la frecuencia de violación sexual. En México algunos estudios señalan que la mitad de los casos ocurre en niñas, niños y adolescentes y que entre 2.8 y 5% de las mujeres han sido violadas alguna vez en su vida.⁴

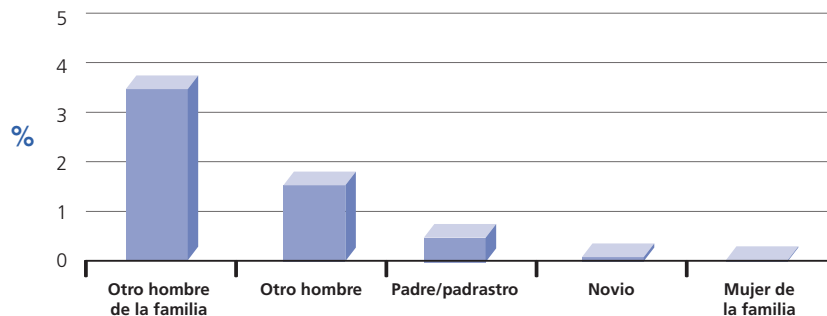
Información proveniente de los centros de atención en crisis, que atienden casos de violación, revelan que un gran porcentaje de violaciones e incidentes de abuso sexual son perpetrados contra mujeres de 15 años o menores de edad.⁵

En un estudio realizado en México entre 1990 y 1996 se estudiaron 531 casos, de los cuales 85.8% fueron del sexo femenino; casi la mitad, menores

de edad; y hubo una mediana de nueve años de escolaridad. Se encontró que todos los agresores fueron del sexo masculino; y que el 62% eran conocidos de la persona violada. De éstos 86.7% eran familiares o personas cercanas a la familia. En los domicilios de la agredida o del agresor ocurrió el 55.4% de las violaciones.^{1,4}

La *figura 1* muestra resultados de la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres, en la cual se aprecia la relación entre sobreviviente de abuso sexual y agresor.

Figura 1.
Mujeres que sufrieron abuso sexual antes de los 15 años de edad, según relación con el agresor



Fuente: Secretaría de Salud. Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003.

Eventualmente, cualquier persona puede ser sujeto de violación, independientemente de su condición social, edad, sexo, educación u ocupación (esposas, novias, madres, estudiantes, profesionistas, niñas, niños, adolescentes, abuelas, indígenas, migrantes, trabajadoras, personas privadas de la libertad, ricas o pobres, discapacitadas, etc.). Tampoco existe un perfil específico del agresor: puede ser alguien conocido, un familiar cercano o lejano, amigo, compañero de trabajo, novio, vecino, o alguien totalmente desconocido. Así también, el acto de violación puede suceder en cualquier lugar: la casa, la oficina, la calle, un automóvil, la prisión, la iglesia, las fuerzas armadas, etcétera.

El uso de alcohol y drogas son factores que favorecen el sexo no consensuado como una forma del abuso del poder. Bajo su efecto ocurre lo que se ha denominado "violación en cita". Las personas violadas pueden no tener plena conciencia de que han sido drogadas y sexualmente abusadas, lo que puede retrasar la atención.⁶

Por otro lado, diferentes estudios revelan que hasta 65% de los agresores eran conocidos de la familia

y de éstos 80% tenían un vínculo familiar o de cercanía con la persona agredida. Los vínculos emocionales entre el agresor, la persona violada y su familia favorecen el encubrimiento y la falta de denuncia. Existen otros factores que favorecen la no denuncia, tales como la carencia de redes sociales que apoyen en estas circunstancias, así como el estigma de que son objeto, y la violencia de otro tipo que sufren en los servicios de salud y en los de impartición de justicia cuando son tratadas como culpables de inducir la agresión sexual; esto se le conoce como revictimización.

La Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003⁷ revela que las mujeres evitan hacer uso de los servicios de salud en la medida de lo posible. Las razones que aducen para ello son vergüenza y desconfianza en el personal de salud y en el de impartición de justicia, algunas veces a raíz de experiencias personales; otras por historias de otras mujeres, o porque existen estereotipos del comportamiento del personal en estas situaciones.

Cualquier persona puede ser sujeto de violación, independientemente de su condición social, edad, sexo, educación u ocupación.



¿Qué les ocurre a los hombres que han vivido violación sexual?

Aunque la violación sexual de hombres se reporta en menor medida, también sucede. El temor a reportarla es más fuerte que en el caso de las mujeres. Los sitios en donde ocurre con mayor frecuencia a hombres adultos son las prisiones y en las instalaciones de las fuerzas armadas, pero puede ser cualquier lugar y a cualquier edad. Las

consecuencias físicas y psicológicas son similares a las que sufren las mujeres, pero, a diferencia de ellas, los hombres suelen sentir cuestionada su masculinidad y su sexualidad. La falsa concepción de que sólo los homosexuales son violados favorece este tipo de reacciones que terminan por estigmatizar a quien fue abusado sexualmente.

¿Qué características tiene el abuso sexual infantil?

El abuso sexual en niñas y niños difiere del que ocurre en adultos. Con frecuencia se trata de situaciones repetitivas, con duración de semanas o meses, antes de ser descubierto. Suele ocurrir sin mediar violencia física, sino psicológica a través de amenazas de agresión o muerte a la familia, razón por la que la niña o el niño evitan informar del abuso. Cuando lo hacen, se acercan con mayor frecuencia a la madre, quien puede no creerles o vivir también en situación de violencia por el mismo agresor.

El *cuadro 1* muestra algunos indicadores físicos y de comportamiento que señalan el abuso sexual infantil:

Cuadro I. Indicadores físicos y de comportamiento de abuso sexual infantil

Indicadores físicos	Indicadores de comportamiento
Lesiones genitales inexplicables por otra causa	Regresiones en el comportamiento, en actividad escolar y en desarrollo obtenido
Vulvovaginitis recurrente	Respuesta traumática aguda como dependencia e irritabilidad en niños y niñas
Flujo vaginal o de uretra peneana	Alteraciones del sueño
Enuresis y discontrol de esfínter anal más allá de la edad usual	Trastornos en la alimentación
Afecciones anales (fisuras, dolor, hemorragias)	Problemas en la escuela
Dolor al orinar	Problemas sociales
Infección del tracto urinario	Depresión
Infecciones de Transmisión Sexual ⁱ	Baja autoestima
Embarazo ⁱⁱ	Comportamiento sexualizado inapropiado para la edad ⁱⁱⁱ
Presencia de esperma ⁱⁱⁱ	

Fuente: World Health Organization. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. Ginebra: WHO; 2003.

ⁱ Descartando transmisión perinatal e iatrogénica, se considera diagnóstico de abuso sexual infantil.

ⁱⁱ Diagnóstico en menores que no tienen edad legal de consentir una relación sexual.

ⁱⁱⁱ Ningún comportamiento puede considerarse por sí mismo evidencia de abuso sexual; sin embargo, ciertos patrones de comportamiento pueden resultar inquietantes.

¿Cómo atender a una persona violada?

Los objetivos de la atención a sobrevivientes de violación son: a) su salud y bienestar físico, mental y social; b) evaluar y tratar las lesiones; c) prevenir infecciones de transmisión sexual y embarazo; d) recabar evidencias médico legales (donde esto sea posible), y e) proporcionar consejería y seguimiento.

A pesar de que cotidianamente el personal de salud enfrenta situaciones dolorosas relacionadas con el ejercicio profesional, atender a una persona que ha sido vulnerada en extremo, le lleva a experimentar emociones de rabia, compasión, sufrimiento e impotencia.⁸

Las actitudes que muestre el personal de salud desde el primer contacto pueden ser definitorias del proceso de atención. Por ello, además de la calidad técnica para un buen diagnóstico, una respuesta sensible, cálida, comprensible y solidaria puede facilitar que la persona hable de lo sucedido (lo que ayuda a explicar las lesiones que presente), a partir de que perciba un auténtico interés, respeto y confidencialidad. Conviene que el personal de salud tenga presente que quizá sea la única oportunidad de facilitarle el camino a la persona violada para retomar sus capacidades, para enfrentar los procesos de duelo, negación, ira, frustración, impotencia y más, por lo que es oportuno que la médica o el médico garantice:

- Brindar la escucha y el apoyo incondicional a la persona agredida, atendiendo a la comunicación verbal y no verbal, dando credibilidad absoluta a su dicho.
- Omitir cualquier juicio de valor sobre su persona o condición y evitar en lo absoluto enunciados como “yo en su lugar hubiera” o “cualquiera hubiera”.
- Mostrar atención y empatía con la persona. Imaginarse en su lugar para comprender lo que siente permite una actitud sensible durante la valoración médica. Antes de realizar cualquier exploración, explicar todo el procedimiento médico y solicitar su consentimiento. Una revisión hecha sin respeto y sensibilidad, aunque sea técnicamente correcta, puede ser vivida como una segunda violación (revictimización) y entorpecer el proceso de atención.

- Hablar con un lenguaje claro y sencillo es indispensable en estas circunstancias cuando la persona violada está en un estado de estrés, ansiedad y angustia. Es importante que el personal de salud se dé a entender y le manifieste su reconocimiento a la valentía demostrada por acudir a recibir atención.
- Apoyar la expresión de sentimientos y emociones, respetando los silencios de la persona agredida. Esto facilita la reflexión y la organización del pensamiento para arribar a las acciones a seguir en la prevención de mayores daños. Sus silencios suelen resultar especialmente incómodos para el personal de salud, pero pueden serle útiles para percatarse de su situación emocional. Preguntarle innecesariamente detalles del incidente no ayuda al buen desarrollo de la consulta y puede interpretarlo como que se le culpa de la violación, empeorando su situación emocional.
- Revisar cuidadosamente y con respeto a su integridad emocional y corporal, identificando cualquier indicio que ponga en riesgo la vida o una función, como fracturas, hemorragias, estados de choque, incluyendo el emocional, o estados psicológicos limítrofes, cuidando el pudor y evitando procedimientos médicos injustificados.
- Manejar, en caso de requerirse, la crisis emocional o solicitar apoyo de personal capacitado para ello.

Idealmente, el cuidado de la salud y la recolección de evidencias forenses debería realizarse al mismo tiempo y por la misma persona.

¿Cuáles son las primeras acciones que debe realizar el personal de salud cuando una persona ha sido violada sexualmente y solicita atención?

Los casos de violación constituyen urgencias médicas cuando está en peligro la vida, un órgano o una función y se requiera atención inmediata.⁹ Hay que considerar que existe la posibilidad de lesiones externas e internas, riesgo de ITS y VIH y daño emocional. Aún cuando en apariencia no exista un riesgo físico letal, el daño en las diferentes esferas de la persona es profundo y se requiere la total atención del equipo de salud, una vez que el o la sobreviviente decidió buscar atención en unidades médicas.

En el proceso de atención a sobrevivientes de violación se requiere la participación del personal médico, de trabajo social, de enfermería y de psicología. Es recomendable preguntar a la persona quién desea que la acompañe durante la revisión.

Conviene tener en cuenta el momento cuando se presenta la persona, antes o después de 72 horas, pues de eso dependen las acciones a realizar. A continuación se enuncian los lineamientos básicos a seguir por el equipo de salud.



Los casos de violación constituyen urgencias médicas cuando está en peligro la vida, un órgano o una función y se requiera atención inmediata.

Algunos lineamientos generales:¹⁰

1. Asegurarse que el equipo está preparado antes de iniciar la revisión.
2. Observar siempre al o la sobreviviente antes de tocarle, evaluando su apariencia física y mental.
3. Explicar cualquier procedimiento a realizar y solicitar su autorización antes de hacerlo.
4. Asegurarle que puede preguntar y detener la revisión en el momento en que así lo desee.
5. Tomar los signos vitales: pulso, presión, temperatura, frecuencias cardíaca y respiratoria.
6. El estado inicial puede revelar complicaciones médicas que tengan que ser tratadas con urgencia y que requieran el ingreso a un hospital, tales como: trauma extenso (en región genital, cabeza, tórax o abdomen); hinchazón asimétrica de articulaciones (artritis séptica); déficit neurológico; dolor al respirar.
7. Obtener consentimiento informado para la exploración y la recolección de muestras para examen forense (según el protocolo legal local).

También debe tenerse en cuenta:

- Explicar a la persona violada o a la persona legalmente responsable (en caso de menores de edad o a quienes cursen con alguna discapacidad mental), su situación y posibles consecuencias, así como la posibilidad de prevenirlas.
- Prescribir medicamentos para la prevención del embarazo forzado, de infecciones de transmisión sexual y evaluar la profilaxis para el VIH/SIDA.
- Evaluarle el riesgo para su vida y apoyarle para hacer un plan de seguridad en caso necesario.
- Emitir el certificado médico legal y notificar el caso de violencia en los formatos oficiales que aparecen en la Norma Oficial Mexicana NOM-190, y anexos a este folleto.¹¹
- Brindar orientación médico-legal, que incluya el derecho a denunciar, y prevenir o interrumpir un embarazo consecuencia de la violación.
- Referirle a los servicios de apoyo especializado de acuerdo con las necesidades de cada caso.

No es tarea del personal que presta los servicios de salud influir en la decisión de la persona afectada, de presentar o no denuncia por violación. Sin embargo, si en el seguimiento se detecta embarazo, la mujer deberá acudir al Ministerio Público para obtener autorización legal en caso de que decida interrumpirlo.

No todos los casos de violación que se presentan a los servicios médicos son inmediatos a la agresión. Se consideran:

No todos los casos de violación que se presentan a los servicios médicos son inmediatos a la agresión.



- 1. Casos inmediatos.** Aquellas personas que acuden en busca de atención en servicios médicos dentro de las primeras 72 horas de ocurrido el ataque sexual. En esta situación se cuenta con el tiempo suficiente para recurrir a la anticoncepción de emergencia y a la profilaxis de ITS y del VIH, así como para recabar evidencias médico-legales.
- 2. Casos tardíos.** Sobrevivientes que acuden a su atención por consecuencias de violación después de 72 horas. Pueden transcurrir largos períodos (semanas, meses, años). En muchos casos se pierde la evidencia médico-legal, aunque algunas pueden perdurar por años (por ejemplo lesiones, cicatrices y rastros en la ropa siempre que no se haya lavado, además de las secuelas emocionales). Dependiendo del tiempo transcurrido, podrá recurrirse a profilaxis o tratamiento contra ITS y VIH.

Acciones a considerar si el o la sobreviviente acude antes de 72 horas:¹⁰

- Nunca pedirle que se desnude totalmente si no se cuenta con una bata para cubrirle. Examinar primero la mitad superior del cuerpo y luego la mitad inferior.
- Examinar minuciosa y sistemáticamente su cuerpo empezando por la cabeza; revisarle ojos, nariz, boca y detrás de las orejas; examinar antebrazos, muñecas y tobillos. Anotar estadio puberal.
- Buscar signos consistentes con la historia de la agresión, tales como mordidas, marcas de golpes, huellas de sujeción de las muñecas, áreas de pérdida de cabello en la parte de atrás de la cabeza, rompimiento de tímpanos (a consecuencia de bofetadas).
- Anotar todos los hallazgos cuidadosamente; describir tipo, tamaño, color y forma de cualquier laceración, moretón o Petequias.
- Tomar nota de su estado emocional y mental (introversión, calma, llanto, etcétera.).
- Tomar muestras de cualquier material extraño en las ropas o cuerpo (sangre, saliva, semen, trozos de uñas, etcétera), de acuerdo con el protocolo legal local de recolección de evidencias.

Examen del área genital

- Al examinar el área genital femenina inmediatamente después de una violación, es posible encontrar daño en menos del 50% de los casos.
- Examinar el pubis, cara interna de muslos, periné, ano, labios mayores y menores, clítoris, uretra, introito e himen (con mayor frecuencia es posible encontrar rasgaduras en adolescentes y niñas).
- Si ha habido penetración vaginal, insertar cuidadosamente un espejo vaginal lubricado con agua o solución salina normal. No usar espejo vaginal en niñas. Revisar cervix, fondo de saco posterior y mucosa vaginal, buscando traumatismos, sangrado y signos de infección.
- Si se considera pertinente, hacer palpación bimanual para revisar cervix, útero y anexos en busca de signos de trauma abdominal, embarazo o infección.
- Colectar secreciones vaginales con un hisopo (de acuerdo con el protocolo legal local de recolección de evidencias).

Examen de ano y recto

- Anotar la posición en la cual se efectuó el examen (supina para examen genital, lateral con rodillas al pecho, etcétera).
- Tomar nota de la forma y dilatación del ano, cualquier fisura alrededor, presencia de materia fecal o rastros de semen sobre la piel perianal y posible sangrado proveniente de desgarros.
- Si está indicado por el relato, tomar muestras del recto, de acuerdo con el protocolo local de búsqueda de evidencias.
- Si está indicado, practicar examen rectal en busca de traumas, fístulas, desgarros, sangrado y descargas

Acciones a considerar cuando el o la sobreviviente se presenta después de 72 horas del incidente¹⁰

Después de una semana de ocurrida la violación, es difícil encontrar cualquier evidencia. No obstante, se recomienda realizar un examen físico completo.

- Anotar el tamaño de cualquier moretón o cicatriz reciente.
- Tomar en cuenta cualquier evidencia de posibles complicaciones (sordera, fracturas, abscesos, etcétera).
- Tomar nota de su estado mental (normal, retraído, depresivo, suicida).
- Si no hay queja de descarga genital, anal o ulceraciones, no se recomienda realizar examen pélvico.
- Tomar muestras de vagina o ano para ITS (RPR para sífilis, tinción de Gram y cultivo para gonorrea, cultivo o ELISA para *Chlamydia trachomatis*, ELISA para VIH).
- Siempre obtener el consentimiento informado para la realización de la exploración y de la toma de muestras.

Después de 72 horas, la eficacia de la profilaxis contra el VIH e ITS se reduce considerablemente. La eficacia de la anticoncepción de emergencia está en relación con el momento del ciclo menstrual, el tipo de esquema utilizado y el tiempo

transcurrido entre la agresión sexual y el suministro de las pastillas.¹²

En otras circunstancias, no se expresa como motivo de consulta la violación, sino que ésta es detectada por el personal de salud. Las medidas preventivas o terapéuticas (médicas y psicológicas) que

se requieran dependerán del tiempo transcurrido luego de la violación.

Cuidados generales

- Limpiar cualquier rasguño, cortadura, raspón, suciedad y tejidos muertos o dañados.
- Las heridas profundas deberán limpiarse perfectamente y suturarse dentro de las primeras 24 horas.
- Las heridas no suturadas en las primeras 24 horas, deberán dejarse cicatrizar por segunda intención.
- Es mejor no suturar las heridas muy contaminadas. Se recomienda prescribir antibióticos y medicación para el dolor.
- Ante las soluciones de continuidad en la piel, se recomienda aplicar inmunización antitetánica.

¿Cuáles son las consecuencias previsibles de violación sexual?

Hay dos consecuencias de la violación que deben prevenirse dentro de las primeras 72 horas posteriores a la agresión sexual:

- **Embarazo forzado.**
- **Infecciones de Transmisión Sexual, incluyendo VIH/SIDA.**

Un factor fundamental en la atención a personas violadas es la exploración de las reacciones emocionales que pueden variar en forma, tiempo y gravedad, desde la total negación de los hechos, hasta el estado de shock postraumático o "trauma de raptó", que puede presentarse ante cualquier agresión.

La respuesta inmediata puede durar horas o días y se caracteriza por la distorsión o parálisis de los mecanismos de defensa. Puede variar desde la pérdida total de control emocional hasta un aparente control de la conducta. Los signos inespecíficos que se presentan pueden incluir dolor generalizado, cefalea, dolor pélvico, trastornos del sueño, anorexia o polifagia. Se han identificado algunos síntomas específicos como leucorrea, prurito, dolor rectal; o síntomas emocionales como depresión, ansiedad y trastornos de conducta.

La siguiente etapa o fase de organización se caracteriza por pesadillas, fobias, además de síntomas ginecológicos y menstruales, así como imágenes

súbitas de la agresión que se aparecen recurrentemente. Conviene recordar la importancia de que en cada caso el trato del personal médico sea gentil, comprensivo, amable y empático, y que considere su estatus emocional, pues de la interacción entre ambos dependerá su colaboración en la exploración inicial y en las visitas de seguimiento.

Existe gran cantidad de mitos y desinformación acerca de la violación, por lo que conviene que el personal que presta los servicios de salud reflexione sobre sus propios prejuicios en el tema, para que su intervención en estos casos sea eficiente, oportuna y humanitaria.

El apoyo social y psicológico son componentes esenciales de la atención médica. La mayoría de sobrevivientes recuperan su salud mental gracias al apoyo emocional, a la comprensión de las personas con quienes tratan y a los grupos de apoyo.

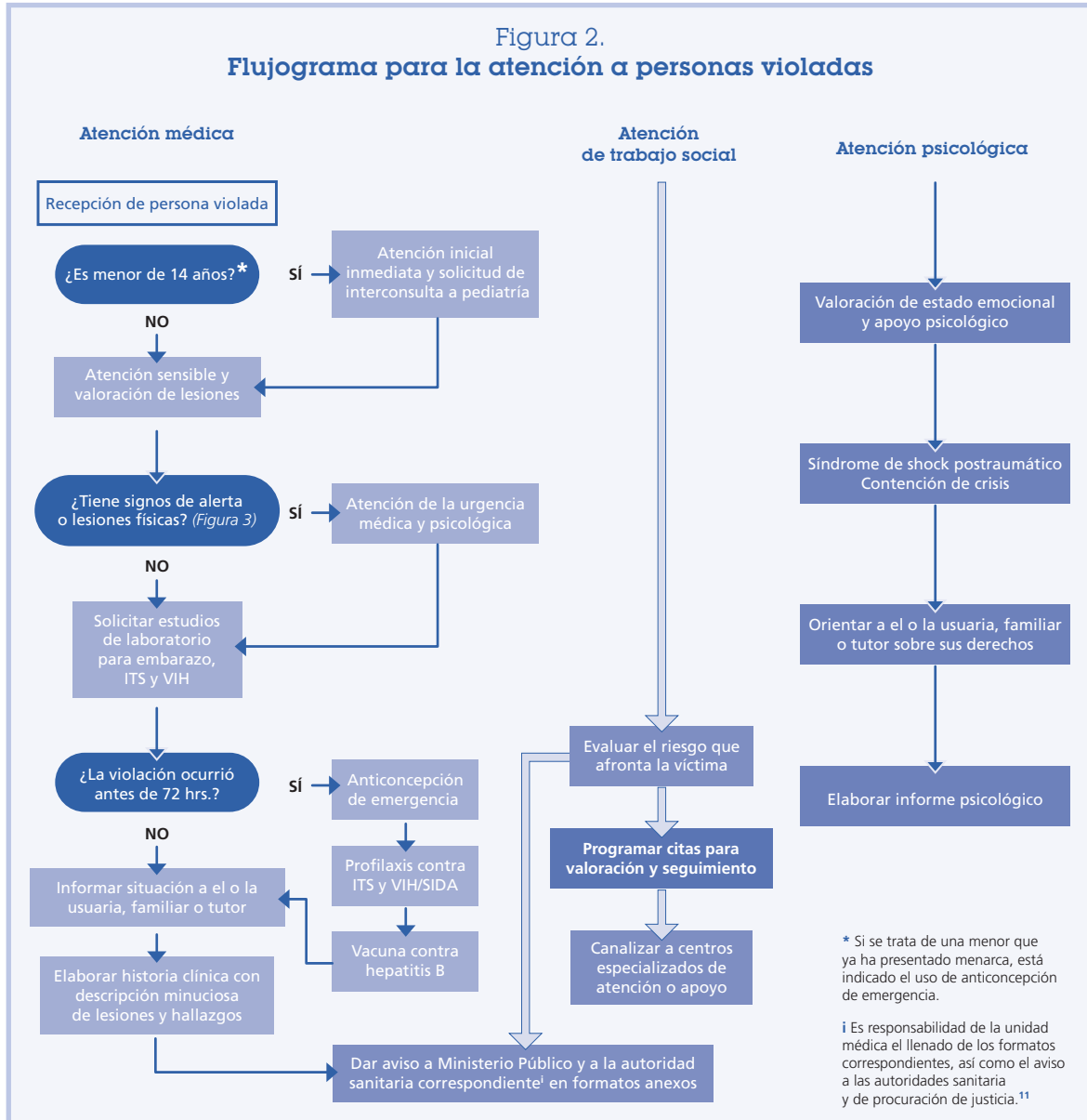
Es recomendable prescribir un ansiolítico, de preferencia benzodiazepinas, como el midazolam (5 mg), para ayudar a conciliar el sueño y facilitar la intervención psicoterapéutica en situación de crisis.

Si el nivel de ansiedad es elevado e impide realizar las actividades cotidianas, deberá referirse a un profesional de la salud mental capacitado para tratar el caso.

La mayoría de sobrevivientes recuperan su salud mental gracias al apoyo emocional, a la comprensión de las personas con quienes tratan y a los grupos de apoyo.



Figura 2.
Flujograma para la atención a personas violadas



Evaluación de riesgos

Figura 3. Signos de alerta y búsqueda de lesiones

1. Exploración física general.

- Naturaleza y características de las lesiones.
- Dimensiones y morfología de las lesiones.
- Localización exacta en la región anatómica.

2. Exploración ginecológica.

- Desgarro evidente del himen.
- Lesiones genitales internas y externas (con espejo vaginal lubricado con agua).
- Recolección de evidencias médico-legales.

3. Exploración ano-rectal.

- Desgarros ano-rectales.
- Espasmo postraumático del esfínter anal (en casos recientes).
- Relajación de esfínter anal (en casos de agresión crónica).
- Recolección de evidencias médico-legales.

4. Exploración de cavidad oral

- (en caso necesario).

Fuente: Hampton HL. Care of the woman who has been raped. N Engl J Med 1995; 332:234-237.

¿Cómo puede prevenirse un embarazo resultante de violación?

La anticoncepción de emergencia es la primera elección para prevenir el embarazo consecuencia de violación, al ser fácilmente disponible, de cómoda posología, altamente efectiva y con mínimos efectos secundarios. Con la anticoncepción de emergencia es posible prevenir el embarazo si se toma en las

primeras 72 horas después de haber ocurrido la violación. *El cuadro II* muestra los diferentes esquemas disponibles en México, de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana de Planificación Familiar.¹³

Cuadro II. Esquemas para la Anticoncepción de Emergencia			
Nombre genérico	Nombre comercial	Primera dosis durante las 72 primeras horas después de ocurrida la violación	Segunda dosis, 12 horas después de la primera dosis
Estrógeno + Progestina	<i>Ovral</i> <i>Eugynon</i> <i>Nordiol</i> <i>Neogynon</i>	2 pastillas	2 pastillas
Estrógeno + Progestina	<i>Lo-femenal</i> <i>Nordet</i> <i>Microgynon</i>	4 pastillas	4 pastillas
Levonorgestrel	<i>Vika</i> <i>Postinor II</i> <i>Glanique</i>	1 comprimido	1 comprimido
		Dosificación alternativa: 2 comprimidos en dosis única	

Observaciones importantes acerca de la anticoncepción de emergencia:

- No es un método abortivo, por lo tanto, NO INTERRUPE un embarazo establecido.
- Presentación: pastillas anticonceptivas de uso común que se administran en dosis mayores por periodos cortos de tiempo. Actualmente se cuenta con productos dedicados exclusivamente para anticoncepción de emergencia. Todos están disponibles en cualquier farmacia sin receta médica.
- Es un método pos-coital para la prevención de embarazos no deseados.
- La anticoncepción de emergencia no tiene ninguna contraindicación y su efectividad para prevenir un embarazo es de alrededor de 75%, es decir, previene tres de cada cuatro embarazos esperados si se ingiere dentro del tiempo indicado y en las dosis recomendadas. Después de 72 horas, su efectividad anticonceptiva es menor, pero no desaparece, y puede emplearse hasta cinco días después (máximo 120 horas después de la agresión).
- Si se presenta vómito dentro de las dos horas posteriores a la toma, es necesario repetir la dosis. En general, se sugiere, como medida preventiva contra la náusea y el vómito, tomar las pastillas con alimentos. La toma de medicamentos antieméticos aproximadamente una hora antes de la toma de las Pastillas de Anticoncepción de Emergencia (PAE), puede reducir la náusea o vómito (dramamine, bonadoxina, vontrol, etcétera).
- Si el vómito persiste, puede colocarse el mismo número de pastillas anticonceptivas de emergencia dentro de la vagina.
- Tomar pastillas de más no aumenta la efectividad del método, pero sí las molestias.
- Debe explicarse a la usuaria que el siguiente ciclo menstrual puede empezar unos días antes o después de lo esperado.

Inserción de Dispositivo Intrauterino (DIU)

- Si la mujer se encuentra entre las 72 horas y hasta cinco días posteriores de ocurrida la violencia, el DIU es otra opción altamente eficaz para evitar un embarazo forzado. Sin embargo, conviene considerar las condiciones clínicas y su estado psicológico para llevar a cabo la inserción del dispositivo, así como las potenciales ITS provocadas por arrastre.
- Cuando el DIU es la única opción anticonceptiva, su inserción debe acompañarse siempre de la administración profiláctica de antibióticos, según el esquema propuesto en el *cuadro III*, para reducir el riesgo de arrastre de gérmenes a la cavidad uterina y producir enfermedad inflamatoria pélvica.

¿Existen formas de prevenir las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) después de una violación sexual?

Las relaciones sexuales forzadas son casi siempre violentas, lo que incrementa el riesgo de adquirir una o varias ITS por la solución de continuidad de los tejidos. Considerando que estos patógenos tienen un periodo variable de incubación hay que tener presente que la mayoría de las ITS no se manifiesta de manera inmediata, sino que pueden pasar algunos días, semanas o meses antes de presentarse signos o síntomas. Algunas ITS pueden evitarse de manera sencilla recurriendo a algunos

medicamentos y prescribiéndolos de acuerdo con el esquema de manejo presuntivo. En el *cuadro III* se muestran los medicamentos y las dosis indicados para prevenir las ITS más comunes, entre las que se encuentran la infección por *Chlamydia trachomatis*, la gonorrea, la sífilis, etcétera.

Cuadro III. Esquema para la prevención de ITS			
Agente patógeno	Nombre		Presentación y dosis
	genérico	comercial	
<i>Trichomona</i> , <i>Giardia lamblia</i> y <i>Entamoeba histolytica</i>	Metronidazol	Flagyl, Flagenase	Tabletas de 500 mg 4 tabletas juntas. Vía Oral Dosis única. Contraindicado en primer trimestre de embarazo
<i>Treponema pallidum</i> y <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Ceftriaxona	Triaken Rocephin	Solución inyectable de 500 mg Aplicar 250 mg por vía intramuscular. Dosis única.
<i>Chlamydia trachomatis</i>	Azitromicina o Doxiciclina	Azitrocin Azomax	Tabletas 500 mg 2 tabletas juntas. Vía Oral. Dosis única. Contraindicada en embarazo
		Vibramicina	Cápsulas 100 mg Una cápsula cada 12 horas, por siete días. Vía oral Contraindicada en embarazo

Fuente: Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2002.
Centers for Disease Control and Prevention. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2002; 51(RR-6):1-78.

Para que la prevención sea efectiva, deberán emplearse los dos primeros medicamentos, más azitromicina o doxiciclina, iniciando simultáneamente las tres drogas.

A continuación se presentan las drogas que pueden ser empleadas para prevenir ITS en mujeres embarazadas (*cuadro IV*).

Cuadro IV. Profilaxis para mujeres embarazadas			
Agente patógeno	Nombre		Presentación y dosis
	genérico	comercial	
<i>Treponema pallidum</i> y <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Ceftriaxona	Triaken Rocephin	Solución inyectable de 500 mg Aplicar 250 mg por vía intramuscular. Dosis única.
<i>Trichomona</i> , <i>Giardia lamblia</i> y <i>Entamoeba histolytica</i>	Metronidazol	Flagyl, Flagenase	Tabletas de 500 mg 4 tabletas juntas. Vía Oral Dosis única. Contraindicado en primer trimestre de embarazo
<i>Chlamydia trachomatis</i>	Eritromicina o Amoxicilina	Ilosone Lauritran	Tabletas 500mg Una tableta cada 6 horas. Vía Oral. Por 7 días
		Amoxil Penamox	Tabletas 500mg Una tableta cada 8 horas, por siete días. Vía oral

Fuente: World Health Organization and United Nations High Commissioner for Refugees. Clinical Management of Survivors of Rape. A guide to development of protocols for use in refugee and internally displaced person situations. Ginebra:WHO; 2002.

Un esquema profiláctico alternativo para sífilis en embarazadas es penicilina benzatínica, 2.4 millones UI, repartidos por partes iguales en dos sitios diferentes, de manera simultánea. Si hubiese alergia a la penicilina, recurrir a eritromicina en tabletas de 500 mg; una tableta VO cada seis horas por 15 días.

La violación en niños y niñas suele reconocerse sólo hasta cuando se presenta alguna ITS. La presencia de gonorrea, sífilis y del VIH sin que se hayan adquirido por vía perinatal o por transfusión, son

evidencia de abuso sexual. Encontrar tricomoniasis, condilomas o herpes genital puede ser indicativo de abuso. El Centro para el Control de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) recomienda realizar los exámenes diagnósticos pertinentes antes de prescribir tratamiento específico, si el caso se presenta después de 72 horas de la agresión. Si la atención ocurre antes de 72 horas, se recomienda manejo médico de acuerdo con el siguiente esquema (*cuadro V*), aún si no se cuenta con resultados de laboratorio.

Cuadro V. Tratamiento de gonorrea y de infección por <i>Chlamydia trachomatis</i> en niños y niñas		
Agente patógeno	Fármaco y posología	
	< 45 Kg	> 45 Kg
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Amoxicilina 50 mg/Kg VO + Probenecid 25 mg/Kg VO, Dosis única	Amoxicilina 3.0 gr VO + Probenecid 1gr VO, Dosis única
	Ceftriaxona 125 mg IM, Dosis única	Ceftriaxona 250 mg IM, Dosis única
	Espectinomicina 40 mg/Kg IM, Dosis única	Espectinomicina 2 gr IM, Dosis única
<i>Chlamydia trachomatis</i>	Eritromicina 40 mg/Kg/día VO por 7 días	Eritromicina 500 mg VO por 7 días
		Tetraciclina 500 mg VO por 7 días

Fuente: Berkowitz CD. Abuso sexual del niño. En: Berkowitz CD, ed: Pediatría en atención primaria. México, DF: McGraw-Hill Interamericana; 1996: 504-509.

Prevención de hepatitis B con inmunoglobulina de hepatitis B (vacuna HBIG)

Es posible evitar la infección por el virus de la hepatitis B, frecuente en nuestro país, por lo que conviene aplicar el esquema de vacunación específica.

Se aplica por vía intramuscular en la región deltoidea, según la dosificación que se indica a continuación (*cuadro VI*):

La vacuna para prevenir la hepatitis B puede emplearse hasta 72 horas después de la agresión.

Cuadro VI. Prevención de hepatitis B, con inmunoglobulina de hepatitis B (vacuna HBIG)	
Niños y niñas hasta 10 años de edad	0.25 ml (2.5 mcg)
Adolescentes 11 a 19 años de edad	0.5 ml (5 mcg)
Adultos > 20 años de edad (incluyendo embarazadas en cualquier edad gestacional)	1.0 ml (10 mcg)
Fuente: referencia 16	

El esquema de vacunación es de tres dosis; la segunda dosis se aplica a los dos meses y la tercera a los cuatro meses posteriores a la segunda.

Si la serología de seguimiento es negativa, administrar la segunda y tercera dosis.

Cuando se interrumpe el esquema de vacunación debe completarse con las dosis faltantes sin importar

el tiempo transcurrido desde la última dosis, aunque se recomienda hacerlo lo antes posible.

Los regímenes de profilaxis son efectivos en 97 ó 98% de las veces si se inician entre las primeras 24 y 72 horas después del ataque sexual.

¿Se puede prevenir la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) después de una violación sexual?

La Organización Mundial de la Salud y los Centros para el Control de Enfermedades de los Estados Unidos de América recomiendan evaluar la prescripción de medicamentos profilácticos contra el VIH en caso de ataque sexual cuando existe un

gran riesgo de infección. En la mayoría de los casos se desconoce si el agresor es o no portador del virus. El mayor riesgo de infección por el VIH es cuando ha habido desgarros durante la penetración, en cuyo caso se recomienda prevenir con medicamentos

antirretrovirales, dentro de las primeras 72 horas posteriores a la violación. La máxima eficacia de la profilaxis se logra si se administra dentro de las primeras 24 horas.

Conocer la epidemiología de la infección en la localidad y consultar con los servicios especializados de atención en VIH/SIDA en la entidad ayudarán al personal médico a formular un criterio para evaluar la necesidad de recurrir a los antirretrovirales y discutirlo con cada sobreviviente de una

violación. Es pertinente informarle las ventajas de suministrarlos, aunque no se conoce con certeza su eficacia en estas circunstancias; sus posibles efectos secundarios y toxicidad, la importancia de apegarse estrictamente al régimen recomendado, así como la necesidad de seguimiento médico, respetando en todo momento la decisión libre, responsable e informada de la persona violada o de quienes sean legalmente responsables en caso de menores de edad o con discapacidad mental.

Es importante iniciar la profilaxis lo antes posible

Existen dos regímenes profilácticos post-exposición: el **régimen básico** (*cuadro VII*) y el expandido. Para seleccionar un régimen debe considerarse, junto con la víctima, el riesgo presente en la exposición. Aunque existe poca información acerca de la profilaxis antirretroviral en casos de violación, en la mayoría de los casos se recomienda utilizar el régimen básico. El **régimen expandido** puede usarse en situaciones en donde se sospecha de un riesgo muy elevado de infección por el VIH, como ocurre si se sabe o sospecha que el agresor (agresores) es portador del virus, si éste está en tratamiento con antirretrovirales, y si la exposición al fluido infectante (sangre, semen) fue prolongada.

La profilaxis post-exposición puede ser empleada también por la mujer embarazada, valorando siempre conjuntamente entre ella y el o la médica los beneficios y los posibles riesgos. Si se indica en una mujer lactando, deberá suspenderse la lactancia.



Es importante iniciar la profilaxis lo antes posible.

Cuadro VII. Profilaxis post-exposición (PPE) para VIH/SIDA	
Régimen básico nacional (duración de cuatro semanas)	
Zidovudina (AZT) (presentación en cápsulas de 100 y 250 mg) + Lamivudina (3TC)	600 mg/día VO cada 12 horas
	150 mg VO cada 12 horas.
Régimen expandido (duración de cuatro semanas)	
Zidovudina (AZT) + Lamivudina (3TC) + Indinavir (IDV) o Nelfinavir (NFV)	600 mg/día VO cada 12 horas
	150 mg VO cada 12 horas.
	800 mg VO cada 8 horas 750 mg VO cada 8 horas
Fuente: Secretaría de Salud. Guía de manejo antirretroviral de las personas que viven con el VIH/SIDA. México, DF: Censida; 2004.	

El seguimiento a sobrevivientes de violación suele ser difícil porque no regresan a consulta. Conviene establecer la siguiente cita una semana después

del primer encuentro, para evaluar la respuesta a los antirretrovirales, en especial en relación con sus efectos secundarios.

¿Qué exámenes de laboratorio se deben practicar?

Deben realizarse las siguientes pruebas:

Prueba de embarazo

- Para determinar si hay embarazo previo a la violación.
- Ante sospecha de embarazo, producto de violación.

No es necesario hacer la prueba o tener resultados para prescribir la anticoncepción de emergencia.

- La interrupción del embarazo producto de violación es legal en todas las entidades del país, y la mujer tiene derecho a servicios de salud seguros dentro de las unidades públicas de salud. A solicitud de ella, la autoridad competente deberá emitir una orden dentro de las 24 horas de presentada la denuncia para que le sea practicada la interrupción legal del embarazo.

Pruebas serológicas para Infecciones de Transmisión Sexual (ITS):

- Gonorrea e infección por *Chlamydia trachomatis*, inicial y a las tres semanas.
- Sífilis, inicial y a las seis semanas.
- Hepatitis B, inicial y a las seis semanas.

Anticuerpos para el VIH (ELISA) en el momento cuando la persona violada acude a solicitar atención, a las seis semanas, tres y seis meses después de la violación.¹⁴ Esto tiene tres objetivos:

- Saber si la agredida estaba anteriormente infectada, en cuyo caso cambia el manejo de los medicamentos antirretrovirales recomendados en esta guía.
- Evaluar el resultado de la prevención antirretroviral.
- Dar seguimiento a los resultados negativos a las seis semanas, tres y seis meses.

Un resultado positivo de la prueba ELISA, confirmado por Western Blot, durante el seguimiento, implica que quien sobrevivió al ataque sexual debe canalizarse hacia los servicios especializados de atención en VIH/SIDA en la entidad para solicitar consejería, evaluación y seguimiento. En el aspecto legal, se agrava el delito y, por tanto, la penalización para el agresor.

Si se decide iniciar algún esquema para prevenir la infección por el VIH, no es necesario esperar el resultado de la prueba, ya que el tratamiento debe iniciarse dentro de las 72 horas posteriores a la violación.

Es controversial la utilidad de las pruebas de detección del Virus de Papiloma Humano (VPH) posteriores a una violación y aún no existe forma de prevenir la infección posterior a la exposición. Se recomienda el diagnóstico molecular con reacción en cadena de la polimerasa (PCR, por sus siglas en inglés), en los lugares en que esté disponible, a los tres y a los seis meses; y seguimiento con la prueba de Papanicolaou.

¿Cómo evaluar los riesgos que corre la persona violada para cuidar su vida y cómo apoyarla para hacer un plan de seguridad?

Dentro de los aspectos médicos, la protección de quien sobrevive a una situación de violencia sexual forma parte de la atención integral, para lo que se requiere evaluar los riesgos por las lesiones, el riesgo potencial de homicidio o la posibilidad de sufrir una nueva agresión sexual, y el de suicidio.

Las mujeres que informan de experiencias de coito forzado corren un riesgo significativamente mayor de sufrir depresión y trastorno postraumático por estrés, que las no maltratadas.¹⁵⁻¹⁸ El trastorno postraumático por estrés posterior a la violación es más probable si en el transcurso de ésta se producen lesiones, o si existen antecedentes de depresión o de abuso de alcohol. Si la víctima no recibe orientación postraumática, se ha observado que los efectos psíquicos negativos pueden persistir por lo menos un año después, aunque los problemas de salud y los síntomas físicos suelen disminuir durante ese período. No obstante haber recibido orientación, hasta el 50% de las mujeres conservan ciertos síntomas de estrés.

Las mujeres agredidas sexualmente durante la niñez o en la edad adulta, tienen, con respecto de otras mujeres, mayores probabilidades de suicidarse o de intentar suicidarse.

Conviene observar si la persona está en condiciones de tomar decisiones y considerar el involucrar a alguien de su confianza. Durante el proceso de atención, es importante que sea ella misma quien identifique el riesgo real en que se encuentra.

A continuación se presenta una guía de los aspectos a considerar al momento de hacer una evaluación del riesgo durante la atención integral inmediata.

Factores a considerar en la evaluación del riesgo

1. Estrategias de seguridad

- Conocimiento o relación con quien le agredió.
- Antecedentes de agresión sexual.
- Lugares o espacios donde puede sentirse segura (para evaluar referencia a refugio o albergue).
- Personas, lugares o teléfonos para acudir en caso de alguna urgencia.
- Personas de su confianza que se pueden enterar de lo sucedido para apoyarla.

2. Pensamientos de suicidio / homicidio

- Intentos previos de suicidio
- Pensamientos actuales de muerte o de suicidio.

3. Capacidad para la toma de decisiones

- Evaluación de la respuesta post-traumática.
- Conocimiento de sus derechos como persona violada.
- Disposición para buscar apoyo psicológico, jurídico y seguimiento médico.

Con la información recabada el personal de salud debe considerar el riesgo potencial y real de quien sobrevive.

Tratándose de menores de edad, la entrevista debe realizarla el personal profesional que mejor conozca del tema y que logre más confianza del niño o de la niña (generalmente especialistas en pediatría).¹⁸

Las recomendaciones generales para estructurar un plan de seguridad con estas personas son las siguientes:

- Escucha activa, facilitar la comunicación y hacer preguntas significativas.
 - Ayudar a verbalizar sus emociones: miedo, culpabilidad, coraje, tristeza, ambivalencia.
 - Decirle que él o ella no es culpable de la agresión.
 - Evaluar comportamientos autodestructivos y prever la aparición de cuadros depresivos o explosivos postraumáticos, para su contención con apoyo de las personas de confianza.
 - Informar a los familiares acerca de lo que tienen que hacer en caso de urgencia médica o psicológica.
 - Evitar cualquier espacio de la casa donde se puedan encontrar armas o utensilios peligrosos.
- Evaluar las posibilidades que tiene la persona para estructurar una red social de apoyo, y evitar el aislamiento:
- Informar a personas de confianza y facilitarles el acceso a un sistema de referencias (números telefónicos de organizaciones que proveen ayuda en estos casos y de la policía) para la atención integral del o la sobreviviente, para afrontar las consecuencias inmediatas y tardías de la agresión, en caso de que la institución no tenga los recursos necesarios para ello.
 - Recuerde que es posible que quien ha sufrido este tipo de maltrato no regrese al servicio, por lo que debe proporcionársele, en la medida de sus condiciones físicas y psicológicas, la información básica para protegerse y atenderse.

¿Se debe notificar la violación? ¿Por qué emitir el certificado médico legal?

La notificación de casos de violencia familiar, incluyendo la sexual, es legalmente obligatoria para el personal de salud, y constituye una evidencia útil en el proceso de denuncia. La atención médica en estos casos está regulada por la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999. Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la Atención Médica de la Violencia Familiar. Esta incluye dar aviso al Ministerio Público por parte del personal de salud (*Apéndice informativo 1*), que deberá entregarse a la Agencia del Ministerio Público o de Atención a Delitos Sexuales más cercana y **no constituye una denuncia**; y el Registro de Atención de Casos de Violencia Familiar (*Apéndice informativo 2*). Este último formato deberá enviarse a la Jurisdicción Sanitaria correspondiente, para incorporarse al Sistema de Vigilancia Epidemiológica.

La adecuada integración del expediente clínico puede convertirse en prueba pericial en favor de la víctima, en caso necesario y según los criterios judiciales locales. Por ello conviene hacer un registro detallado de los hallazgos físicos (lesiones genitales y extragenitales), del estado mental y emocional en el que se encuentra la persona cuando llega al servicio y de su evolución.

Si el servicio de salud cuenta con la autoridad legal y el personal capacitado, deberá recabar evidencias médico-legales, que consisten en la recolección con hisopos secos de las secreciones del fondo de saco vaginal posterior, de los carrillos bucales y de la cavidad rectal; así como la toma de muestras, con hisopos humedecidos en solución salina, de manchas sospechosas de sangre o semen. Las muestras recogidas deben conservarse en bolsas de plástico selladas, así como también otros materiales (como pelos pubianos) que puedan ser pruebas de interés forense. En caso contrario, referir al sujeto de la agresión sexual con el médico legista (en servicios de salud o agencias especializadas), una vez resuelta la urgencia médica y psicológica.

Es habitual que las personas violadas sean referidas en primera instancia por la agencia del Ministerio Público. En este caso, el expediente médico deberá integrarse con el mismo cuidado.

¿Qué hacer ante un embarazo forzado?

El embarazo producto de violación es una indicación para la Interrupción Legal del Embarazo (ILE). “Se denomina interrupción legal del embarazo al aborto inducido médicamente, motivado por alguna de las causales excluyentes de punibilidad que en México contempla el marco jurídico penal normativo”¹⁹ y que se efectúa dentro de los plazos marcados por la ley. En todas las entidades del país es legal interrumpir el embarazo por esta causa.

La autoridad competente para emitir la orden de ILE varía en cada entidad. En algunas es emitida por el Ministerio Público y en otras por un Juez. La

sobreviviente de violación deberá presentar el ordenamiento legal en la unidad médica hospitalaria correspondiente. Se debe informar a la usuaria del servicio de salud sobre las alternativas existentes para ILE, las disponibles en la unidad y las más recomendables de acuerdo con la edad gestacional. En la elección acordada de cualquier alternativa entre la médica o el médico y la usuaria, deberá contarse con el consentimiento informado y entendido de la mujer.

Los esquemas recomendados para ILE son, de acuerdo con la edad gestacional (*cuadro VIII*):

Cuadro VIII. Esquemas recomendados para la interrupción legal del embarazo	
Gestaciones menores a 12 semanas	<p>1. Aborto con medicamentos</p> <p>2. Evacuación endouterina por aspiración</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aspiración Manual EndoUterina (AMEU) • Aspiración Eléctrica <p>2. Legrado uterino instrumental</p>
Gestaciones del segundo trimestre	<p>Dilatación y curetaje LUI (de acuerdo con los lineamientos y la normatividad específica)</p>

El aborto con medicamentos o aborto no quirúrgico es un método seguro y efectivo que puede suministrarse por vía oral o vaginal para producir la interrupción del embarazo temprano. En caso de falta deberá practicarse la evacuación uterina.²⁰

En el *cuadro IX* se muestran los regímenes con base en Misoprostol, sobre los que existe evidencia de eficacia.

En un 10 a 35% de los casos se requerirá aspiración endouterina.

Cuadro IX. Uso de misoprostol para la interrupción legal del embarazo				
Edad gestacional	Dosis	Vía	Momento oportuno	Eficacia
Hasta 56 días	800 microgramos (4 comprimidos húmedos)	Intravaginal	Cada 24 horas, hasta 3 dosis	88 a 93%
Hasta 63 días	800 microgramos (4 comprimidos húmedos)	Intravaginal	Cada 48 horas, hasta 3 dosis	77% después de la primera dosis Hasta 3 dosis: 92%
	1000 microgramos (5 comprimidos húmedos)	Intravaginal	Cada 24 horas, hasta 3 dosis	69% después de la primera dosis Hasta 3 dosis: 93%
Hasta 84 días	800 microgramos (4 comprimidos húmedos)	Intravaginal	Cada 12 horas, hasta 3 dosis	85%
	800 microgramos (4 comprimidos húmedos)	Intravaginal	Cada 24 horas, hasta 3 dosis	87%

Fuente: Secretaría de Salud. Modelo Integrado de Atención a la Violencia Familiar, Sexual y contra las Mujeres. México, DF: Secretaría de Salud; 2004.

El misoprostol por vía vaginal es más efectivo y mejor tolerado que por vía oral.²¹ El dolor más intenso y el sangrado más abundante duran entre 4 y 6 horas después de la última dosis.

Habrá que tener en cuenta las contraindicaciones y efectos secundarios del misoprostol e informarlos a la mujer, así como la posibilidad de tener que someterse a una aspiración uterina evacuadora, en caso de fallo.

Consideraciones jurídicas respecto de la violación sexual

Este es un delito que se persigue por denuncia en el caso de los adultos, y por oficio si se trata de niños o niñas y personas con limitaciones mentales.

El personal que presta servicios de salud (de las áreas médica, de enfermería, trabajo social, etcétera) debe notificar y dar aviso de estos delitos ante la autoridad sanitaria y judicial correspondientes, tratándose

de menores de edad o de personas con limitación mental. En el caso de persona adulta, mujer u hombre, una vez recibidos los primeros auxilios y no prevaleciendo urgencia médica, el personal de trabajo social deberá acompañarle ante el Ministerio Público o la agencia especializada correspondiente, para que, si la persona atendida lo decide voluntariamente, pueda denunciar formalmente la agresión.

¿Cuáles son los derechos de las personas violadas?

Con base en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos²² y de acuerdo con la Comisión Nacional de Derechos Humanos, estas personas tienen derecho a:

- Ser escuchadas.
- Ser informadas de manera objetiva, veraz e imparcial sobre el procedimiento médico.
- Darle la información relacionada con la atención jurídica de su caso.
- Recibir orientación.
- Ser canalizadas ante la autoridad competente y que ésta reciba los datos o elementos de prueba disponibles.
- Recibir asesoría jurídica gratuita.
- Coadyuvar con el Ministerio Público.
- Consultar el expediente.
- Que se les satisfaga la reparación del daño, cuando proceda.
- Recibir, desde la comisión del delito, atención médica y psicológica de urgencia.
- Interrumpir un embarazo resultante de violación sexual.
- Tener atención médica oportuna de alta calidad, con enfoque humanista y solidario.
- Respetarles su privacidad y confidencialidad.
- No ser juzgadas.
- Tomar decisiones libres, responsables e informadas.

- Que se le dé validez a sus manifestaciones y expresiones.
- Solicitar las medidas y providencias previstas en la ley para su seguridad y auxilio.



¿A dónde acudir?

Es posible que la persona violada deba acudir a varios lugares para recibir la atención necesaria, sea médica, psicológica, social y/o legal. Si bien la persona puede estar psíquica y emocionalmente muy alterada, el tiempo apremia cuando se quiere prevenir infecciones de transmisión sexual o un embarazo forzado. Corresponde al equipo de salud informar sobre los centros de apoyo para quienes sufren de violencia familiar y sexual los pasos a seguir en el proceso de atención, facilitando y respetando la autonomía en sus decisiones e invitando a continuar el seguimiento médico, psicológico y de trabajo social.

Es necesario que los servicios de salud cuenten con un directorio de sitios de referencia, constituidos por las redes locales de servicios gubernamentales y civiles.

A continuación se enlistan las líneas nacionales que ofrecen orientación a sobrevivientes de violación.

Líneas telefónicas de emergencia a nivel nacional

- **Vida sin Violencia (INMujeres)**

(01 800) 911 25 11

Atención, información y referencia de servicios para la atención a personas en situación de violencia en el Distrito Federal y los estados.

- **PROVICTIMA.**

Programa de la Comisión Nacional de Derechos Humanos.

(01 800) 718 27 70

Información sobre organismos que brindan atención a víctimas del delito en el Distrito Federal y los estados.

- **TELSIDA**

Para el interior de la República.

(01 800) 712 08 98

Para el Distrito Federal

52 07 40 77

Información y detección de VIH y otras ITS

- **Red de Refugios**

Para mujeres y sus hijas e hijos que viven en situación de violencia extrema.

01 81 13 40 07 99

- **Protección y Atención Integrada**

<p align="center">Sitios de referencia e información en su Entidad Federativa Líneas telefónicas estatales y locales de orientación Guía para conformar un directorio de servicios de apoyo en su entidad y/o localidad</p>	
Programa de Atención a la Violencia en la Entidad	tels.:
Agencia del Ministerio Público	tels.:
Policía	tels.:
Centro de Atención a la Violencia	tels.:
Asesoría Jurídica	tels.:
Línea de Información y Orientación sobre Violencia	tels.:
Instituto Estatal de la Mujer	tels.:
Hospital con Servicios Especializados para la Atención de la Violencia	tels.:
Desarrollo Integral de la Familia (DIF)	tels.:
Otros teléfonos para la Red de Apoyo	tels.:

Referencias

1. **DE LA GARZA-AGUILAR J, DÍAZ M E.** Elementos para el estudio de la violación sexual. *Salud Pública Mex.* 1997;39:539-545.
2. **AMARO H, FRIED LE, CABRAL H, ZUCKERMAN B.** *Violence during pregnancy and substance use.* *Am J Public Health* 1990; 80(5): 575-579.
3. **MARTIN SL, MATZA LS, KUPPER LL, THOMAS JC, DALY M, CLOUTIER S.** *Domestic violence and sexually transmitted diseases: The experience of prenatal care patients.* *Public Health Report* 1999;114(3): 262-268.
4. **RAMOS-LIRA L, SALTJERA-MÉNDEZ MT, ROMERO-MENDOZA M, CABALLERO-GUTIÉRREZ MA, MARTÍNEZ-VÉLEZ NA.** Violencia sexual y problemas asociados en una muestra de usuarias de un centro de salud. *Salud Pública Mex* 2001;Vol. 43(3):182-191.
5. **PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO.** La violencia sexual contra las mujeres. Grave riesgo de contraer SIDA. Disponible en: <http://www.cimac.org.mx/noticias/00feb/00021404.html>.
6. **WORLD HEALTH ORGANIZATION.** *Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence.* Ginebra: WHO; 2003.
7. **INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA.** Secretaría de Salud. Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003. México, DF: INSP; 2004.
8. **ELÚ MC, SANTOS E.** Carpeta de apoyo para la atención en los servicios de salud de mujeres embarazadas víctimas de violencia. 1ª Reimpresión. México DF: Congreso del Estado de San Luis Potosí. Comité Nacional de Maternidad sin Riesgos; 2001.
9. **SECRETARÍA DE SALUD.** Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, Artículo 72. En: Agenda de Salud 2003. Compendio de leyes, reglamentos y otras disposiciones conexas sobre la materia, 4ª edición. México, DF: Ed Fiscales. ISEF; 2003.
10. **WORLD HEALTH ORGANIZATION AND UNITED NATIONS HIGH COMMISSIONER FOR REFUGEES.** *Clinical Management of Survivors of Rape. A guide to development of protocols for use in refugee and internally displaced person situations.* Ginebra:WHO; 2002.
11. **SECRETARÍA DE SALUD.** Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999. Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la Atención Médica de la Violencia Familiar. Diario Oficial de la Federación, 09, 03, 2000.
12. **SCHIAVON-ERMANI R.** Anticoncepción de emergencia: de viejo secreto a derecho sexual y reproductivo. *Perinatol Reprod Hum* 2003; 17: 245-254.
13. **SECRETARÍA DE SALUD.** NOM-005-SSA2-1993, cuya modificación se publicó en el Diario Oficial de la Federación el 21 de enero de 2004.

14. **SECRETARÍA DE SALUD.** Guía de manejo antirretroviral de las personas que viven con el VIH/SIDA. México, DF: Censida; 2004.
15. **CREAMER M, BURGESS P, MCFARLANE AC.** *Post-traumatic stress disorder: Findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being.* Psychol Med 2001; 31:1237–1247.
16. **FERGUSON DM, HORWOOD LJ, LYNKEY MT.** *Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: II. Psychiatric outcomes of childhood sexual abuse.* J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1996; 35:1365–1374.
17. **LEVITAN RD, PARIKH SV, LESAGE AD, HEGADOREN KM, ADAMS M, KENNEDY SH, GOERING PN.** *Major depression in individuals with a history of childhood physical or sexual abuse: Relationship of neurovegetative features, mania, and gender.* Am J Psychiatry 1998; 155:1746–1752.
18. **IPPF/RHO. AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION.** *Strategies for the treatment and prevention of sexual assault;* 1995. Disponible en inglés en: <http://www.amaassn.org/ama1/pub/upload/mm/386/sexualassault.pdf>
Versión adaptada y en español disponible en: http://www.ippfwhr.org/publications/download/monographs/gbv_violencia_sexual.pdf
19. **SECRETARIA DE SALUD.** Modelo Integrado de Atención a la Violencia Familiar, Sexual y contra las Mujeres. México, D.F.: Secretaría de Salud; 2004.
20. **EL ABORTO CON MEDICAMENTOS.** Información para proveedores de salud. Disponible en: <http://www.medicationabortion.org/Spanish/index.html>
21. **WORLD HEALTH ORGANIZATION.** *Save Abortion Technical and Policy Guidances for Health Systems,* Geneva, 2003.
22. **CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS.** Título Primero, Capítulo I: “De las garantías individuales”, Artículo 20, Inciso B.

1^{er}. Apéndice informativo

AVISO AL MINISTERIO PÚBLICO (VIOLENCIA FAMILIAR, APÉNDICE INFORMATIVO 1)

Folio: _____

Nombre, razón o denominación social del establecimiento _____

Institución _____ Localidad _____ Municipio _____

C.P. _____ Entidad federativa _____

Servicio _____ Cama _____ Fecha de elaboración

USUARIO (V) AFECTADO (V) DE (V)	Nombre _____			Edad _____		Sexo <input type="checkbox"/>	
	Apellido paterno _____		Apellido materno _____		Nombre (s) _____		1. Masculino 2. Femenino
Dirección							
Calle _____		Número exterior _____		Número interior _____		Barrio o colonia _____	
Localidad _____		Municipio _____		Código postal _____			
Fecha de atención médica <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Hora de recepción del usuario(a) afectado (a) <input type="text"/> <input type="text"/>		Localidad _____		Entidad Federativa _____	
Motivo de atención médica _____		Diagnóstico (s) _____		Evolución, acto notificado, reporte de lesiones, en su caso, reporte de probable causa de muerte: _____		Pronóstico _____	
Plan:							
a) Farmacoterapia _____							
b) Exámenes de laboratorio y gabinete _____ Referencia _____							
c) Canalización _____							
Seguimiento del caso:							
Área de trabajo social _____							
Área de psicología _____							
Área de medicina preventiva _____							
Área de asistencia social _____							
Pronóstico _____							
Notificación		Fecha <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Agencia del Ministerio Público <input type="checkbox"/>		Nombre y cargo del receptor _____	
				Presidente Municipal <input type="checkbox"/>		_____	
				Jurisdicción Sanitaria <input type="checkbox"/>		No. y Nombre Agencia del Ministerio Público _____	
				Especificar _____		_____	
				Otra instancia <input type="checkbox"/>		_____	
				Especificar _____		_____	
Médico notificante: nombre _____				Firma _____			

2^{do}. Apéndice Informativo

FORMATO ESTADÍSTICO PARA USO EXCLUSIVO DE LAS INSTITUCIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

REGISTRO DE ATENCIÓN EN CASO DE VIOLENCIA FAMILIAR

(APÉNDICE INFORMATIVO 2)

Folio: _____

Unidad médica _____ Institución: _____
 Localidad _____ Municipio _____ Entidad _____

USUARIO (A) AFECTADO (A)	1. Nombre Apellido paterno _____ Apellido materno _____ Nombre (s) _____		3. Edad Años _____	4. Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Embarazada	5. Derechohabencia <input type="checkbox"/>
	2. CURP _____		6. Domicilio Calle _____ Número exterior _____ Número interior _____ Barrio o colonia _____ Código postal _____ Localidad _____ Municipio _____ Entidad Federativa _____		
EVENTO	1. Fecha de ocurrencia ____/____/____ día mes año		4. Día de la semana en que ocurrió el evento <input type="checkbox"/> Lunes <input type="checkbox"/> Martes <input type="checkbox"/> Miércoles <input type="checkbox"/> Jueves <input type="checkbox"/> Viernes <input type="checkbox"/> Sábado <input type="checkbox"/> Domingo		6. Día de la semana en que ocurrió el evento <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Recreación y deporte <input type="checkbox"/> Via pública: <input type="checkbox"/> Transporte público <input type="checkbox"/> Automóvil particular <input type="checkbox"/> Otro
	2. Tipo de Violencia <input type="checkbox"/> 1. Física <input type="checkbox"/> 2. Sexual <input type="checkbox"/> 3. Psicológica <input type="checkbox"/> 4. Abandono		5. Fue en día festivo <input type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No		7. Circunstancias en que ocurrió _____ _____ _____ _____
PROBABLE AGRESOR	8. Consecuencia resultante <input type="checkbox"/> 1. Contusión <input type="checkbox"/> 2. Laceración <input type="checkbox"/> 3. Fractura <input type="checkbox"/> 4. Herida <input type="checkbox"/> 5. Añosa mecánica <input type="checkbox"/> 6. Ahogamiento por inmersión <input type="checkbox"/> 7. Quemadura <input type="checkbox"/> 8. Abuso Sexual <input type="checkbox"/> 9. Aborto <input type="checkbox"/> 10. Otra física <input type="checkbox"/> 11. Sólo alteración psicológica <input type="checkbox"/> 12. Trastorno psiquiátrico		9. Agente de la lesión <input type="checkbox"/> 1. Fuego, flama, sustancia caliente <input type="checkbox"/> 2. Sustancias sólidas, líquidas y gaseosas tóxicas <input type="checkbox"/> 3. Objeto punzocortante <input type="checkbox"/> 4. Objeto contundente <input type="checkbox"/> 5. Golpe contra piso o pared <input type="checkbox"/> 6. Pie o mano <input type="checkbox"/> 7. Arma de fuego <input type="checkbox"/> 8. Amenaza y violencia verbal <input type="checkbox"/> 9. Múltiple <input type="checkbox"/> 10. Otro <input type="checkbox"/> 11. Se ignora		10. Lugar del cuerpo afectado principalmente <input type="checkbox"/> 1. Cabeza o cuello <input type="checkbox"/> 2. Cara <input type="checkbox"/> 3. Brazos y manos <input type="checkbox"/> 4. Tórax <input type="checkbox"/> 5. Columna vertebral <input type="checkbox"/> 6. Abdomen y/o pelvis <input type="checkbox"/> 7. Espalda y/o glúteos <input type="checkbox"/> 8. Piernas y/o pies <input type="checkbox"/> 9. Área genital <input type="checkbox"/> 10. Múltiple
	11. Gavedad de la lesión <input type="checkbox"/> 1. Leve <input type="checkbox"/> 2. Moderada <input type="checkbox"/> 3. Grave		1. Se ignora <input type="checkbox"/> 2. Edad _____ Años _____ 3. Sexo <input type="checkbox"/> 1. Masculino <input type="checkbox"/> 2. Femenino		
ATENCIÓN	1. Fecha ____/____/____ hora minutos		3. Atenciones otorgadas <input type="checkbox"/> 1. Tratamiento médico <input type="checkbox"/> 2. Tratamiento quirúrgico <input type="checkbox"/> 3. Tratamiento psicológico o psiquiátrico <input type="checkbox"/> 4. Otro		4. Parentesco <input type="checkbox"/> 1. Padre <input type="checkbox"/> 5. Cónyuge <input type="checkbox"/> 2. Madre <input type="checkbox"/> 6. Otro pariente <input type="checkbox"/> 3. Padrastro <input type="checkbox"/> 7. Novio o pareja eventual <input type="checkbox"/> 4. Madrastra <input type="checkbox"/> 8. Otro
	2. Servicios de atención <input type="checkbox"/> 1. Consulta externa <input type="checkbox"/> 3. Hospitalización <input type="checkbox"/> 2. Urgencias <input type="checkbox"/> 4. Otros servicios.		4. Aviso al Ministerio Público <input type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No		5. Destino después de la atención <input type="checkbox"/> 1. Domicilio <input type="checkbox"/> 2. Consulta externa <input type="checkbox"/> 3. Hospitalización <input type="checkbox"/> 4. Traslado a otra unidad médica <input type="checkbox"/> 5. Unidad de asistencia social <input type="checkbox"/> 6. Defunción <input type="checkbox"/> 7. Otro
Notificación fecha ____/____/____ día mes año					
Nombre del notificante _____				Firma _____	

www.generoysaludreproductiva.gob.mx



www.salud.gob.mx