

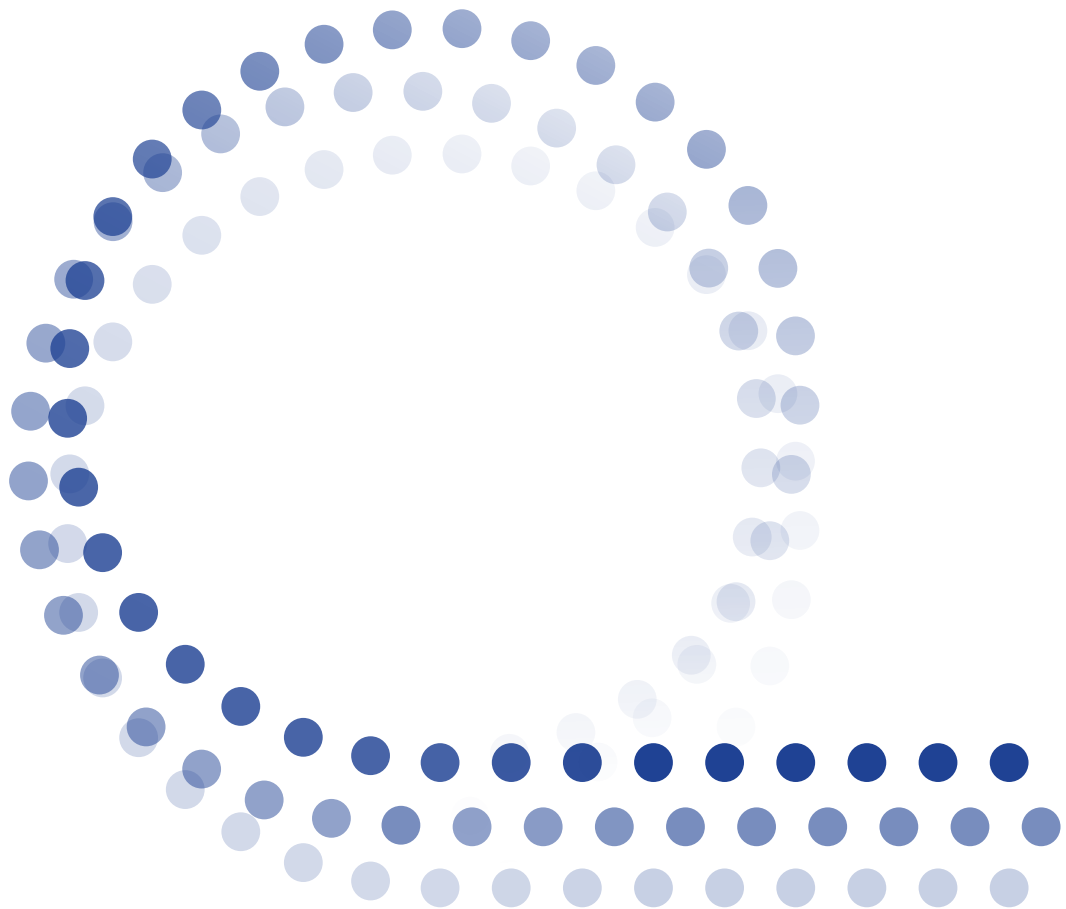
Manejo clínico de las personas sobrevivientes de violación y de violencia de pareja

Elaboración de protocolos para
situaciones de crisis humanitaria



Manejo clínico de las personas sobrevivientes de violación y de violencia de pareja

Elaboración de protocolos para
situaciones de crisis humanitaria



Manejo clínico de las personas sobrevivientes de violación y de violencia de pareja: elaboración de protocolos para situaciones de crisis humanitaria [Clinical management of rape and intimate partner violence survivors: developing protocols for use in humanitarian settings]

ISBN 978-92-4-004130-1 (versión electrónica)

ISBN 978-92-4-004131-8 (versión impresa)

© Organización Mundial de la Salud 2022

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia 3.0 OIG Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual de Creative Commons (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.es>).

Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra para fines no comerciales, siempre que se cite correctamente, como se indica a continuación. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la OMS refrenda una organización, productos o servicios específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OMS. En caso de adaptación, debe concederse a la obra resultante la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons. Si la obra se traduce, debe añadirse la siguiente nota de descargo junto con la forma de cita propuesta: «La presente traducción no es obra de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La OMS no se hace responsable del contenido ni de la exactitud de la traducción. La edición original en inglés será el texto auténtico y vinculante».

Toda mediación relativa a las controversias que se deriven con respecto a la licencia se llevará a cabo de conformidad con el Reglamento de Mediación de la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual (<https://www.wipo.int/amc/es/mediation/rules>).

Forma de cita propuesta. Organización Mundial de la Salud (OMS), Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), El Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR). Manejo clínico de las personas sobrevivientes de violación y de violencia de pareja: elaboración de protocolos para situaciones de crisis humanitaria [Clinical management of rape and intimate partner violence survivors: developing protocols for use in humanitarian settings]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Catalogación (CIP). Puede consultarse en <http://apps.who.int/iris>.

Ventas, derechos y licencias. Para comprar publicaciones de la OMS, véase <http://apps.who.int/bookorders>. Para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase <https://www.who.int/es/copyright>.

Materiales de terceros. Si se desea reutilizar material contenido en esta obra que sea propiedad de terceros, por ejemplo cuadros, figuras o imágenes, corresponde al usuario determinar si se necesita autorización para tal reutilización y obtener la autorización del titular del derecho de autor. Recae exclusivamente sobre el usuario el riesgo de que se deriven reclamaciones de la infracción de los derechos de uso de un elemento que sea propiedad de terceros.

Notas de descargo generales. Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OMS, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la OMS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La OMS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OMS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Índice

Nota de agradecimiento	vi
Siglas y abreviaturas.....	vi
Introducción.....	1
Cómo utilizar esta guía.....	1
El sector de la salud y la violencia contra las mujeres.....	1
Términos clave.....	3
Violencia sexual.....	3
Violencia de pareja.....	3
Principios rectores.....	4
Capítulo 1. Preparativos.....	5
1.1 Conocer las leyes y las políticas.....	5
1.2 Conocer los recursos y servicios disponibles.....	5
1.3 Localizar donde puede prestarse una asistencia adecuada si no se dispone de ese servicio.....	5
1.4 Preparación del servicio.....	5
1.5 Capacitación del personal.....	6
1.6 Elaboración de un protocolo.....	6
1.7 Coordinación con otros proveedores de servicios y creación de sistemas de derivación.....	6
1.8 Realización de actividades de divulgación en la comunidad.....	7
1.9 Tenga en cuenta sus necesidades como profesional sanitario.....	7
Capítulo 2: Prestación de asistencia de primera línea.....	10
2.1. Atención al escuchar.....	11
2.2. Informarse sobre las necesidades y preocupaciones de la persona sobreviviente.....	11
2.3. No Juzgar y validar.....	11
2.4. Mejorar la seguridad.....	12
2.5. Apoyar.....	13
Capítulo 3. Manejo clínico de la violación (por etapas).....	15
Paso 1. Atención al escuchar, no juzgar y validar, e informarse sobre las necesidades y preocupaciones.....	15
Paso 2. Obtener el consentimiento informado y preparar a la persona sobreviviente.....	15
Paso 3. Realizar la anamnesis.....	16
Paso 4. Llevar a cabo un reconocimiento físico y una exploración genital.....	17
Paso 5. Administrar tratamiento.....	22
Paso 6. Mejorar la seguridad y derivar a la persona sobreviviente a otros servicios de apoyo.....	28
Paso 7. Evaluación de la salud mental y prestación de apoyo psicosocial.....	28
Paso 8. Consultas de seguimiento.....	29
Capítulo 4. Detección de la presencia de violencia de pareja y prestación de asistencia a las personas sobrevivientes.....	31
Paso 1. Cómo saber si una mujer puede estar siendo objeto de agresiones por parte de su pareja.....	31
Paso 2. Escuchar, informarse sobre las necesidades y preocupaciones y validar.....	32
Paso 3. Prestación de asistencia física.....	32
Paso 4. Mejorar la seguridad de la persona sobreviviente y derivarla a otros servicios de apoyo.....	32

Paso 5. Evaluación de la salud mental y prestación de apoyo psicosocial	33
Paso 6. Documentar la consulta de la persona sobreviviente.....	33
Capítulo 5. Atención complementaria de salud mental y apoyo psicosocial	35
5.1 Apoyo psicosocial básico	35
5.2 Evaluación de posibles trastornos mentales	37
Capítulo 6. Prestación de asistencia a personas sobrevivientes infantiles	39
6.1 Prestación de asistencia de primera línea a personas sobrevivientes infantiles	39
6.2 Crear un ambiente seguro.....	40
6.3 Obtención del consentimiento informado.....	40
6.4 Realización de la anamnesis.....	40
6.5 Preparación del niño para la exploración física.....	41
6.6 Exploración del niño	41
6.7 Administración de tratamiento.....	42
6.8 Consultas de seguimiento	42
Anexos.....	43
Anexo 1. Recursos esenciales.....	44
Anexo 2. Formulario de consentimiento modelo.....	46
Anexo 3: Obtención de pruebas forenses	48
Anexo 4. Formulario de anamnesis y exploración física modelo	51
Anexo 5. Pictogramas.....	55
Anexo 6. Certificados médicos modelo.....	59
Anexo 7. Protocolo para la administración de anticoncepción de urgencia	63
Anexo 8. Protocolos para la prevención y el tratamiento de infecciones de transmisión sexual.....	65
Anexo 9: Protocolos de profilaxis posterior a la exposición para prevenir la infección por VIH.....	68
Anexo 10. Evaluación y tratamiento de trastornos mentales	70
Anexo 11. Información necesaria para elaborar un protocolo local.....	72

Lista de cuadros, recuadros y material de apoyo

Lista de cuadros

Cuadro 1: Ejemplos de diferentes tipos de violencia de pareja.....	3
Cuadro 3.1. Descripción de las características de las lesiones físicas	21
Cuadro 3.2: Cuadro para determinar si hay que administrar anatoxina tetánica (TT) e inmunoglobulina antitetánica (TIG).....	23
Cuadro 3.3: Vacunación preventiva contra la hepatitis B y orientaciones sobre el tratamiento	26
Cuadro 3.4. Seguimiento de una persona sobreviviente de violación	30

Lista de recuadros

Recuadro 1. Promover la igualdad de género.....	4
Recuadro 1.1. Coordinación de las intervenciones contra la violencia de género en situaciones de crisis humanitaria	7
Recuadro 2.1. Consejos para la prestación de asistencia de primera línea	10
Recuadro 2.2. Atención al escuchar: lo que debe saber.....	11
Recuadro 2.3. Técnicas para informarse sobre las necesidades y preocupaciones	12
Recuadro 2.4. Cómo ayudar	13
Recuadro 2.5. Preguntas frecuentes en la asistencia de primera línea	14
Recuadro 3.1. Obligación de informar y consentimiento informado.....	16
Recuadro 3.2. Hablar con una sobreviviente sobre la posibilidad de presentar una denuncia a la policía.....	16
Recuadro 3.3. Consideraciones especiales para las sobrevivientes de violación de sexo masculino	18
Recuadro 3.4. Si una sobreviviente de violación se presenta después de 72 horas.....	22
Recuadro 3.5. Recopilación de pruebas forenses de sobrevivientes de violación	22
Recuadro 5.1. Técnica de respiración lenta	36
Recuadro 5.2. Suicidio y autolesiones.....	37
Recuadro 5.3. Tener en cuenta los trastornos mentales preexistentes	38
Recuadro 6.1. Aspectos importantes que deben tenerse en cuenta en relación con la prestación de atención a sobrevivientes infantiles	39
Recuadro 6.2. Principios fundamentales que deben observarse en la prestación de atención a niños y adolescentes	39
Recuadro 6.3. Enfoque ANIMA (atención al escuchar, no juzgar y validar, informarse sobre las necesidades y preocupaciones, mejorar la seguridad y apoyar) adaptado a sobrevivientes infantiles	40

Lista de material de apoyo

Material de apoyo 1 Lista de verificación de los requisitos para la prestación de atención clínica de calidad a las sobrevivientes de violación y de violencia de pareja.....	8
Material de apoyo 2 Diagrama de derivación.....	14
Material de apoyo 3 Temas que hay tratar en la realización de la anamnesis de una sobreviviente de violación	17
Material de apoyo 4 Listas de verificación de la exploración posterior a la violación	20
Material de apoyo 5 Calendario del tratamiento posterior a una violación	29
Material de apoyo 6 Preguntas para evaluar el riesgo inmediato de violencia	33
Material de apoyo 7 Plan de seguridad.....	34

Nota de agradecimiento

El presente documento es una versión actualizada que sustituye a la publicación titulada *Tratamiento clínico de los sobrevivientes de violaciones - Elaboración de protocolos para su utilización con los refugiados y los desplazados internos*, preparada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), y publicada en 2004¹. A lo largo de los últimos 15 años, han aumentado considerablemente los datos empíricos y el conocimiento sobre cómo responder a las necesidades de salud de las personas sobrevivientes de la violencia de género en situaciones de crisis humanitaria. La presente publicación es una actualización de la guía de 2004 y tiene por objeto armonizarla con otras directrices más recientes de la OMS relativas a la prestación de atención clínica a las personas sobrevivientes de violaciones y aportar información complementaria sobre cómo responder a sus necesidades. Además, incluye una nueva sección relativa al modo de responder a las necesidades de salud mental de las personas sobrevivientes de la violencia de género.

Claudia García-Moreno, Elisabeth Roesch y Megin Reijnders de la OMS han dirigido la preparación de esta guía y han supervisado la elaboración del texto final. Nadine Cornier del UNFPA y Ann Burton del ACNUR también han contribuido a la elaboración del texto final y a la recopilación de las aportaciones de los colegas sobre el terreno. Catrin Schulte-Hillen del ACNUR ha revisado el texto final. Robyn Yaker e Inka Weissbecker han realizado

valiosas aportaciones y elaboraron los primeros borradores de distintas secciones de la guía.

Agradecemos el asesoramiento y la revisión del texto proporcionado por::

Suhaila Aboud, UNFPA
Ana Belen Anguita Arjona, ACNUR Sanni Bundgaard, International Rescue Committee (IRC) Wilma Doedens, UNFPA
Dabney Evans, Emory University
Nathan Paul Ford, OMS
Mary Eluned Gaffield, OMS
Alice Han, Facultad de Medicina de Harvard
Christine Heckman, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)
Maria Holtsberg, Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF)
Felicia Jones, ACNUR
Sigrid Kopp, Comité Internacional de la Cruz Roja
Luna Mehrain, IPPF
Sarah Mosely, IRC
Kristin Parco, Organización Internacional para las Migraciones (OIM)
Martina Penazzato, OMS
Chen Reis, Universidad de Colorado
Guglielmo Schinina, OIM Selma Sevkli, IRC
Peter Ventevogel, ACNUR
Teodora Wi, OMS
Alice Wimmer, OIM

Edición técnica, diseño y maquetación, Green Ink (Reino Unido) (greenink.co.uk).

Siglas y abreviaturas

AE	anticonceptivo de emergencia	ITS	infección de transmisión sexual
DI	desplazado interno	TT	anatoxina tetánica
IM	Intramuscular	UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
VP	violencia de pareja	ACNUR	Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados
DIU	dispositivo intrauterino	OMS	Organización Mundial de la Salud
PPE	profilaxis postexposición	VG	violencia de género
TEPT	Trastorno de estrés postraumático		

1 Organización Mundial de la Salud (OMS), Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR). *Clinical management of rape survivors: developing protocols for use with refugees and internally displaced persons*, edición revisada. Ginebra: OMS/ACNUR; 2004 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/67632> , consultado el 3 de septiembre de 2019).

Introducción

La violencia sexual y la violencia de pareja, que puede ser física, sexual y emocional o psicológica, son problemas de alcance mundial que afectan a todas las sociedades, países y regiones. En situaciones de crisis humanitaria, debido a los desplazamientos a gran escala y a la disolución de medidas de protección social, las mujeres y los niños refugiados, los desplazados internos o las personas afectadas de alguna otra forma por las crisis humanitarias de carácter natural o relacionadas con conflictos, corren un mayor riesgo. Las altas tasas de violencia sexual y de violencia de pareja están bien documentadas y constituyen una grave violación del derecho internacional humanitario y de los derechos humanos.

La presente guía está destinada a profesionales de la salud cualificados (médicos, personal clínico, parteras y personal de enfermería) que trabajan en emergencias humanitarias y otros entornos similares, y desean elaborar protocolos específicos de asistencia médica a las personas sobrevivientes de violencia sexual y violencia de pareja. Estas orientaciones deberán adaptarse a cada contexto, teniendo en cuenta los recursos, los materiales, los medicamentos y las políticas y procedimientos nacionales que estén en vigor. También pueden utilizarse para actualizar los protocolos existentes, ayudar a planificar y prestar servicios, y capacitar a los profesionales sanitarios.

Cómo utilizar esta guía

En la presente guía se proponen una serie de pasos y de indicaciones precisos para:

- i) ayudarle a proporcionar atención de calidad a las personas sobrevivientes de violencia sexual y violencia de pareja; y ii) orientar la elaboración de un protocolo para la prestación de atención. La guía se divide en seis capítulos:
- ▶ Capítulo 1: Preparativos
 - ▶ Capítulo 2: Prestación de asistencia de primera línea
 - ▶ Capítulo 3: Manejo clínico de la violación (por etapas)
 - ▶ Capítulo 4: Detección de la presencia de violencia de pareja y prestación de asistencia a las personas sobrevivientes
 - ▶ Capítulo 5: Atención complementaria de salud mental y apoyo psicosocial,
 - ▶ Capítulo 6: Prestación de atención a los niños sobrevivientes

El material de apoyo contenido en esta guía le ayudará a prestar asistencia y apoyo a cualquier mujer que haya sido persona sobreviviente de violencia. Al final de la publicación, encontrará varios anexos que podrá utilizar, cuando proceda, para complementar la información que se presenta en los distintos capítulos de esta guía, en particular, formularios modelo. En el anexo 1 figura una lista de los principales recursos y publicaciones.

El sector de la salud y la violencia contra las mujeres

La violencia sexual y la violencia de pareja perjudican la salud de la mujer de muchas maneras: de forma inmediata y a largo plazo, de manera manifiesta y de forma velada. Las mujeres personas sobrevivientes de violencia pueden sufrir lesiones (incluidas las genitales), embarazos no deseados y complicaciones en el embarazo, infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH, dolor pélvico, infecciones del tracto urinario, fístula y enfermedades crónicas. La violencia sexual y la violencia de pareja tiene efectos en la salud mental, como, por ejemplo, reacciones agudas al estrés, trastorno de estrés postraumático (TEPT), depresión, ansiedad, trastornos del sueño, uso indebido de sustancias, autolesiones y comportamientos suicidas. Además, las personas sobrevivientes podrían quedar estigmatizadas y tener que hacer frente al rechazo de sus familias y comunidades.

En esta guía se presentan medios sencillos, si bien fundamentales, mediante los que todo profesional sanitario, incluso los que no son especialistas, puede auxiliar a una mujer que haya sido persona sobreviviente de actos de violencia atendiendo a una serie de necesidades esenciales, entre las que figuran:

- ▶ necesidades inmediatas y permanentes relacionadas con la salud psicológica y emocional;
- ▶ necesidades inmediatas y permanentes de salud física; y
- ▶ necesidades relacionadas con la seguridad

A nivel mundial, alrededor de una de cada tres mujeres sufrirá violencia física o sexual a manos de su pareja o violencia sexual perpetrada por un tercero². Los hombres también pueden ser personas sobrevivientes de violencia sexual, sobre todo, en entornos de conflicto, y pueden ser personas sobrevivientes de violencia de pareja, aunque las tasas conexas son mucho más bajas y los efectos son diferentes. La violencia sexual ejercida contra los hombres en situaciones de emergencia suele proceder de otros hombres, y tiene por objeto humillarlos a ellos, a sus familias y a sus comunidades. Los niños pueden correr el riesgo de sufrir abusos sexuales, que suelen perpetrar miembros de la familia u otros hombres que el niño conoce. Las minorías sexuales y de género, las personas con discapacidad, los niños y los adolescentes también suelen correr un mayor riesgo de ser personas sobrevivientes de actos violentos.

Los hombres y los niños se enfrentan a muchos de los mismos obstáculos para acceder a los servicios que las mujeres y las niñas, como la vergüenza y la estigmatización, si bien pueden experimentarlos de forma diferente³. Dado que en la mayoría de las sociedades las normas y los sistemas conceden a los hombres más poder que a las mujeres, estas suelen ser personas sobrevivientes con mayor frecuencia de violencia sexual y violencia de pareja, de actos de violencia física más graves en el contexto de las relaciones interpersonales y de un mayor control por parte de sus parejas masculinas.

Como la mayoría de las personas sobrevivientes de violencia sexual y violencia de pareja son mujeres, la presente guía parte de la prestación de atención a las mujeres, por lo que se emplearán pronombres femeninos en todo momento al referirse a las personas sobrevivientes.

Ahora bien, buena parte de las orientaciones que se proporcionan también se refieren a la violencia sexual contra los hombres, por lo que se indican los casos en que es preciso tener en cuenta consideraciones especiales para las personas sobrevivientes masculinas u otros grupos vulnerables.

- 2 Organización Mundial de la Salud (OMS), Departamento de Salud Reproductiva e Investigación, Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, Consejo de Investigación Médica de Sudáfrica. Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra las mujeres: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual fuera de la pareja en la salud. Ginebra, OMS, 2013 (<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/es/>, consultado el 8 de marzo de 2019).
- 3 Comité Directivo del Sistema de Gestión de la Información sobre Violencia de Género (GBVIMS). *Interagency gender-based violence case management guidelines*. GBVIMS; 2017 (http://www.gbvims.com/wp/wp-content/uploads/Interagency-GBV-Case-Management-Guidelines_Final_2017.pdf, consultado el 8 de marzo de 2019).

Términos clave

Esta guía se centra en el manejo clínico de las personas sobrevivientes de violación y violencia de pareja en situaciones de crisis humanitaria. En la presente guía, por violencia se entiende el uso del poder o la fuerza física con la intención de causar daños físicos o psicológicos⁴.

Violencia sexual

Por violencia sexual se entiende “todo acto sexual, la tentativa de consumir un acto sexual, cualquier comentario o insinuación sexual no deseado o cualquier otro acto dirigidos a comerciar con la sexualidad o contra la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de su relación con la persona sobreviviente, en cualquier ámbito”⁵. La violencia sexual incluye la violación, definida

como penetración no consentida, incluso si es⁵. La violencia sexual incluye la violación, definida como penetración no consentida, incluso si es leve, vaginal, bucal o anal, utilizando el pene, otra parte del cuerpo o un objeto. El intento de hacerlo se conoce como “tentativa de violación”⁶. El término “agresión sexual” suele utilizarse indistintamente junto con el término violación.

Violencia de pareja

Por violencia de pareja se entiende toda agresión o maltrato presente o pasado ejercido por la pareja o expareja, esposo, novio o similar. Las mujeres pueden sufrir distintos tipos de violencia a manos de una pareja masculina, como agresiones físicas, maltrato emocional o psicológico, conductas de control y violencia sexual (véase el cuadro 1).

Cuadro 1: Ejemplos de diferentes tipos de violencia de pareja

Violencia física	Maltrato emocional o psicológico	Conductas de control	Violencia sexual
<ul style="list-style-type: none">• Golpes, patadas, palizas, empujones, quemaduras, estrangulación y heridas con o sin un arma, que pueden causar traumatismos o lesiones corporales	<ul style="list-style-type: none">• Críticas repetidas• Insultos o hacer que se sienta mal consigo misma• Amenazar con herirla a ella o a las personas que le importan, como a sus hijos• Amenazar con destruir cosas que le importan• Manifestaciones de menosprecio y humillaciones delante de otras personas	<ul style="list-style-type: none">• No permitir que la mujer salga de su casa ni vea a sus familiares o amigos• Insistir en tener que saber dónde está en todo momento• Enfadarse si habla con otro hombre• No dejar que acuda a los servicios de salud sin permiso• Impedir su acceso a distintos servicios• No darle el dinero necesario para la marcha de la casa	<ul style="list-style-type: none">• Obligarla a mantener relaciones sexuales o a realizar actos sexuales cuando no quiere; ello puede implicar el uso de la fuerza física o la coerción y la intimidación• Coerción reproductiva• obligarla a tener relaciones sexuales sin utilizar métodos anticonceptivos• o sin protección frente a infecciones, o controlar su uso de anticonceptivos

4 La violación y la violencia de pareja son dos tipos de violencia de género. El término «violencia de género» es un término general que designa todo acto lesivo cometido contra la voluntad de una persona, basado en las diferencias socialmente atribuidas entre hombres y mujeres (es decir, el género) o en las relaciones de poder desiguales entre hombres y mujeres. En situaciones de crisis humanitaria, el término violencia de género suele utilizarse para describir distintas formas de violencia, como la violación, la violencia de pareja, el matrimonio forzado y otras formas de violencia de género.

5 Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editors. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Organización Mundial de la Salud; 2002 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf, consultado el 27 de agosto de 2019).

6 *Ibid.* La definición legal de violación puede variar de un país a otro y puede diferir de la definición dada en el ámbito médico o social.

Principios rectores

La presente guía ofrece un enfoque respecto de la prestación de servicios centrado en las personas sobrevivientes, que da prioridad a los derechos, las necesidades y los deseos de estas. La atención centrada en las personas sobrevivientes promueve los siguientes derechos:

- ▶ **La dignidad y el respeto** – El derecho a ser tratada con dignidad y respeto y a que no se la culpabilice de la violencia ejercida contra ella.
- ▶ **La vida** – El derecho a vivir sin miedo ni violencia.
- ▶ **La libre determinación** – El derecho a tomar sus propias decisiones, en particular, las de índole sexual y reproductiva; a rechazar tratamientos médicos o a emprender acciones legales; y a elegir una línea de **actuación determinada**.
- ▶ **El nivel más alto posible de salud** – El derecho a recibir servicios de atención de salud de buena calidad, que estén disponibles, sean accesibles y aceptables.
- ▶ **No discriminación** – El derecho a recibir servicios de atención de salud sin sufrir discriminación, es decir, el tratamiento no se negará por motivos de raza, origen étnico, casta, orientación sexual, identidad de género, religión, discapacidad, estado civil, ocupación, creencias políticas o cualquier otro factor.
- ▶ **Privacidad y confidencialidad** – El derecho a recibir asistencia, tratamiento y orientación de forma privada y confidencial, a decidir qué información debe figurar en los registros y a que la información no se divulgue sin su consentimiento.
- ▶ **Información** – El derecho a saber qué información se ha recopilado sobre su salud y a tener acceso a esta, incluido a la historia clínica.

Además, la promoción de la igualdad de género es fundamental (véase el recuadro 1).

Recuadro 1. Promover la igualdad de género

Datos importantes:

- La violencia contra las mujeres tiene sus raíces en el hecho de que las relaciones de poder entre el hombre y la mujer han sido históricamente desiguales.
- La mujer puede tener menos acceso que el hombre a recursos como el dinero o la información.
- Las mujeres pueden no ser libres de tomar sus propias decisiones, incluso en lo que atañe a su atención médica.
- Las mujeres pueden correr el riesgo de ser sobrevivientes de actos de violencia como consecuencia de su estado de salud (por ejemplo, si contraen una enfermedad de transmisión sexual o se quedan embarazadas); quizá no puedan revelar información de forma segura a otras personas.
- Es posible que se culpe y estigmatice a las mujeres de la violencia que sufren y que, en consecuencia, estas se sientan avergonzadas y tengan una autoestima baja.

Los profesionales sanitarios deben promover la autonomía y la dignidad de las mujeres y, al menos, han de evitar que se acentúan esas desigualdades del modo siguiente:

- siendo conscientes de las dinámicas de poder y de las normas que perpetúan la violencia contra las mujeres y de cómo ello puede influir en la capacidad de la mujer para acceder de forma segura a los servicios de salud y a seguir recibiendo atención médica;
- teniendo cuidado de no ponerla en una situación de mayor riesgo con su forma de actuar o sus recomendaciones;
- escuchando su relato, creyendo en ella y tomando lo que dice en serio;
- no culpabilizándola o juzgándola;
- proporcionando una información y asesoramiento que le ayude a tomar sus propias decisiones; y
- apoyando su autonomía – su derecho a elegir el tipo de atención médica y los servicios complementarios que desea.

Capítulo 1. Preparativos

Todo protocolo destinado a prestar atención a las personas sobrevivientes de violencia sexual y violencia de pareja, ya se trate de un protocolo recientemente elaborado o actualizado, debe dar una respuesta integral y compasiva a las personas sobrevivientes. Un protocolo de esas características requiere una preparación minuciosa. Al establecer un servicio y elaborar un protocolo de tratamiento es preciso abordar las siguientes preguntas y problemas, y elaborar procedimientos normalizados para su aplicación en el contexto local.

1.1 Conocer las leyes y las políticas

- ▶ ¿Qué formas de violencia sexual y de pareja se consideran delitos en virtud de la ley aplicable?
- ▶ ¿Se consideran delito las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo?
- ▶ ¿Cuáles son las leyes nacionales aplicables en el manejo de las posibles consecuencias de una violación (por ejemplo, la administración de anticoncepción de urgencia, aborto, pruebas de detección y prevención de la infección por el VIH)?
- ▶ ¿Qué requisitos legales deben cumplir los profesionales sanitarios al denunciar un caso de violencia sexual o violencia de pareja ante las autoridades pertinentes?
- ▶ ¿Existen disposiciones legales sobre quién está facultado para prestar atención clínica a las personas sobrevivientes? Por ejemplo, en el caso de que la persona desee denunciar la violación de forma oficial a las autoridades, las leyes del país podrían exigir que sea un médico colegiado, acreditado o autorizado quien preste la atención pertinente y cumplimente la documentación oficial.
- ▶ ¿Cuáles son los requisitos legales relativos a las pruebas forenses? ¿Quién puede recopilarlas?

1.2 Conocer los recursos y servicios disponibles

- ▶ ¿Se dispone de protocolos nacionales o subnacionales que faciliten la gestión de la asistencia prestada a las personas sobrevivientes de violencia sexual? ¿Y en el caso de la violencia de pareja? ¿Se dispone de dispensarios que proporcionen ese tipo de servicios?
- ▶ ¿Existe algún protocolo de tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, un protocolo o de profilaxis postexposición o un calendario de

vacunación de ámbito nacional? ¿Cuáles son las vacunas disponibles?

- ▶ ¿Se dispone de anticoncepción de urgencia? ¿Se dispone de servicios de atención integral del aborto, y en qué casos?
- ▶ ¿De qué servicios de apoyo psicológico o psicosocial se dispone?
- ▶ ¿Qué posibilidades hay de derivar al paciente a un centro de atención de salud secundaria o a un servicio especializado (por ejemplo, ginecología y obstetricia, apoyo psicológico, cirugía, pediatría, manejo de casos)?
- ▶ ¿Existen establecimientos donde se realicen pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (incluido el VIH)?
- ▶ ¿Se dispone de equipo para documentar, recopilar y almacenar pruebas forenses? ¿De qué laboratorios se dispone para realizar pruebas forenses (por ejemplo, análisis de ADN, fosfatasa ácida)?

1.3 Localizar donde puede prestarse una asistencia adecuada si no se dispone de ese servicio

Por lo general, cualquier dispensario o servicio ambulatorio que ofrezca servicios de salud reproductiva, como atención prenatal, asistencia básica en el parto o tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual, podrá asistir a las personas sobrevivientes de violencia sexual y violencia de pareja. En caso de lesiones graves u otras complicaciones, podría ser necesario derivar a las personas sobrevivientes a un hospital.

1.4 Preparación del servicio

- ▶ Toda la asistencia sanitaria destinada a las personas sobrevivientes debe prestarse en un solo lugar del centro de salud, de modo que la persona no tenga que desplazarse de un lugar a otro.
- ▶ De no ser posible, deberá elaborarse un diagrama claro de flujo de pacientes, y ofrecer la posibilidad de realizar una “derivación en caliente”⁷.
- ▶ Debe designarse un centro de salud que pueda prestar servicios las 24 horas del día, siete días por semana.
- ▶ Todos los suministros y medicamentos que figuran en la lista de verificación del material de apoyo 1 deben prepararse y guardarse en una caja o carpeta o en un lugar especial, de modo que pueda accederse a ellos fácilmente.

7 La “derivación en caliente” puede comportarse asegurándose de que conoce la ubicación del servicio y el nombre de quién asistirá a la persona sobreviviente, ofrecerse para concertar una cita, proporcionar información por escrito sobre el servicio o disponer que alguien la acompañe.

1.5 Capacitación del personal

- ▶ Asegura que los profesionales sanitarios (médicos, auxiliares médicos, enfermeras, parteras, etc.) estén capacitados para proporcionar una atención adecuada, puedan derivar a los pacientes convenientemente y dispongan de los suministros médicos necesarios.
- ▶ Deberá capacitarse con carácter prioritario al personal sanitario femenino, si bien la falta de este no debe ser un impedimento para que el servicio de salud preste asistencia a las personas sobrevivientes; en los casos en que un profesional sanitario de sexo masculino lleve a cabo el reconocimiento, deberá estar presente una mujer acompañante.
- ▶ El resto del personal de los establecimientos sanitarios, como los encargados de la limpieza y los administradores, también debería recibir formación para concienciarse sobre cómo respetar la confidencialidad y comunicarse con sensibilidad y sin discriminar.

1.6 Elaboración de un protocolo

- ▶ La presente guía puede utilizarse como documento de referencia para elaborar un protocolo de atención sanitaria de ámbito nacional o adaptado a distintas situaciones para el manejo de la violencia sexual y la violencia de pareja. En caso de que ya exista un protocolo, deberá revisarse a fin de asegurarse de que todo esté actualizado y de que se ajuste a las normas más recientes basadas en los datos empíricos que se incluyen en esta guía.

1.7 Coordinación con otros proveedores de servicios y creación de sistemas de derivación

- ▶ Es preciso establecer una coordinación interinstitucional e intersectorial que garantice la prestación de una atención integral a las personas sobrevivientes de agresiones sexuales y violencia de pareja, que incluya los servicios de salud mental y apoyo psicosocial, los servicios de salud, seguridad y protección y el acceso a servicios jurídicos y de administración de justicia.
- ▶ Como equipo multisectorial, establezca y documente redes y vías de derivación bien definidas, sistemas de comunicación, mecanismos de coordinación y estrategias de seguimiento.
- ▶ La red de derivación debe establecer con claridad los centros de coordinación y los puntos de contacto de cada proveedor de servicios de salud, los lugares, los procedimientos y las vías para hacer una derivación y para transmitir y proteger la información, y quién se encargará del seguimiento. En ese proceso también deben definirse vías de derivación para hombres, niños y otras personas sobrevivientes (p. ej., personas con discapacidad y miembros de minorías sexuales y de género), ya que no todos los profesionales sanitarios estarán facultados para prestar asistencia.
- ▶ En situaciones de crisis humanitaria, los organismos gubernamentales, el subgrupo, subsector o grupo de trabajo sobre violencia de género u otros órganos de coordinación pertinentes pueden contribuir a definir las redes existentes, mantener una vía de derivación activa y generar oportunidades para impartir formación al personal clínico (véase el recuadro 1.1).

Recuadro 1.1. Coordinación de las intervenciones contra la violencia de género en situaciones de crisis humanitaria

En los contextos de crisis humanitaria pueden establecerse mecanismos de coordinación en materia de violencia de género centrados en la creación de vías de derivación que apoyen la elaboración de programas multisectoriales para combatir la violencia de género y garantizar que su prevención y mitigación se integren en todos los sectores, de conformidad con las Directrices para la Integración de las Intervenciones contra la Violencia de Género en la Acción Humanitaria del Comité Permanente entre Organismos (IASC por sus siglas en inglés)⁸. Las estructuras de coordinación contra la violencia de género pueden estar presididas por entidades gubernamentales, organizaciones no gubernamentales (ONG), ONG internacionales (ONGI) y organismos de las Naciones Unidas, dependiendo del contexto.

A nivel mundial, la coordinación de las actuaciones en materia de violencia de género está a cargo del área responsable de la violencia de género, que dirige el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y es uno de los “componentes funcionales” del grupo temático de protección. Sobre el terreno, el área responsable de la violencia de género puede también denominarse subgrupo, subsector o grupo de trabajo sobre violencia de género.

Los mecanismos de coordinación de las medidas contra la violencia de género colaboran estrechamente con el Grupo de Acción Sanitaria del Comité Permanente entre Organismos, dirigido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que supervisa la coordinación de las intervenciones sanitarias relacionadas con la violencia de género, en particular las relativas a la salud reproductiva y la salud mental. En muchas situaciones de crisis humanitaria, se establecerá un grupo de trabajo sobre salud reproductiva a modo de subgrupo del Grupo de Acción Sanitaria; Esos grupos de trabajo suelen estar dirigidos por el UNFPA. El Grupo de Trabajo sobre Salud Reproductiva se encarga de garantizar la prestación de un conjunto mínimo de servicios iniciales de salud reproductiva, que incluyen los servicios y el personal cualificados necesarios para aplicar los protocolos de tratamiento clínico en caso de violación.

1.8 Realización de actividades de divulgación en la comunidad

Una vez que se establezcan los servicios, es importante dirigirse a los miembros de la comunidad para darles a conocer el tipo de servicios que están a disposición de las personas sobrevivientes y el modo en que pueden acceder a ellos o la forma en que pueden ayudar a otras personas a hacerlo. Los miembros de la comunidad deben saber:

- ▶ a qué servicios tiene acceso cualquier persona que haya sufrido agresiones sexuales o violencia de pareja, en particular dónde se prestan esos servicios las 24 horas del día, siete días por semana;
- ▶ por qué es bueno que las personas sobrevivientes acudan a los servicios médicos y de otro tipo, y la importancia de que las personas sobrevivientes de violación reciban asistencia en un plazo máximo de 72 horas para evitar el VIH y un embarazo⁹, así como para la toma de muestras forenses (si se dispone de medios)¹⁰; y
- ▶ que las personas sobrevivientes de violación pueden confiar en que el servicio las tratará con dignidad, mantendrá su seguridad y respetará su intimidad y confidencialidad

1.9 Tenga en cuenta sus necesidades como profesional sanitario

Sus necesidades son tan importantes como las de las mujeres a las que presta asistencia. Es posible que tenga reacciones o emociones intensas cuando escuche relatos de violencia o hable del tema con las mujeres afectadas, máxime si usted ha sido objeto de violencia. Los profesionales sanitarios pueden desarrollar afecciones relacionadas con el estrés, como agotamiento, abandono de toda compasión o trauma vicario. Si trabaja con personas sobrevivientes, sea consciente de esos riesgos y tome las medidas oportunas para proteger su bienestar frente al estrés derivado de la labor que desempeña. Los ejercicios de apoyo psicosocial que figuran en el capítulo 5 de esta guía (“Atención complementaria de salud mental y apoyo psicosocial”) pueden resultarle de utilidad como profesional sanitario para reducir el estrés y reforzar los mecanismos positivos para hacer frente a la situación.

8 Directrices para la integración de las intervenciones contra la violencia de género en la acción humanitaria. Reducir el riesgo, promover la resiliencia e impulsar la recuperación. Comité Permanente entre Organismos (IASC). 2015 (<https://gbvguidelines.org/es/>, consultado el 27 de agosto de 2019).

9 Tenga en cuenta que los anticoncepción de urgencia pueden administrarse hasta 120 horas después de la agresión, si bien cuanto antes proporcione mayor será su eficacia.

10 Tenga en cuenta que debe alentarse a las personas sobrevivientes a que acudan a los servicios de salud a recibir atención médica lo antes posible, sin haberse bañado o cambiado de ropa previamente, si desean que se recopilen pruebas forenses.

Lista de verificación de los requisitos para la prestación de atención clínica de calidad a las sobrevivientes de violación y de violencia de pareja	
1. Protocolo	Disponible
Protocolo médico escrito en el idioma del profesional*	
2. Personal	Disponible
Profesionales sanitarios capacitados (locales) (siempre que sea posible, lo idóneo es contar con un servicio de guardia que esté disponible las 24 horas del día, siete días por semana)*	
Lo óptimo sería contar con personal sanitario femenino que hable el idioma de la sobreviviente; de no ser posible, una acompañante de su elección u otra trabajadora social o profesional sanitaria deberá estar presente en la sala durante el reconocimiento*	
3. Mobiliario y configuración	Disponible
Una sala de consulta limpia, silenciosa, adaptada a los niños y accesible, con acceso a un aseo o inodoro y con una puerta, cortina o mampara que garantice la intimidad*	
Una mesa de exploración*	
Iluminación preferiblemente fija (una linterna puede resultar intimidante para los niños)*	
Una lupa (o endoscopio)	
Acceso a un autoclave para esterilizar el equipo*	
Acceso a servicios de laboratorio/microscopio dotados de un técnico cualificado	
Una báscula para pesar a los niños y una tabla para medirlos	
4. Suministros	Disponible
Espéculo* (solo tamaño adulto)	
Cintra métrica para medir el tamaño de posibles magulladuras, laceraciones, etc.*	
Jeringas/agujas* (tipo mariposa para niños) y tubos para recoger sangre	
Suministros para la adopción de precauciones universales (guantes, cajas para la eliminación segura de material contaminado o cortante, jabón) *	
Equipo de reanimación*	
Instrumentos médicos estériles (estuche) para curar desgarros y material de sutura*	
Depresores linguales (para explorar el frenillo lingual y detectar lesiones)	
Cobertor (bata, paño, sábana) para cubrir a la sobreviviente durante la exploración*	
Ropa de recambio para sustituir la que se rompa o se tome como prueba	
Suministros sanitarios (compresas desechables o de tela)*	
Pruebas de embarazo	
Calculadora o disco de embarazo para determinar la edad gestacional	
Suministros adicionales que puedan necesitarse para la recogida y documentación de pruebas forenses	
Un peine para recoger materia extraña en el vello púbico	
Bastoncillos con punta de algodón/aplicadores/compresas de gasa para la recogida de muestras	
Portaobjetos de cristal para preparar muestras húmedas y secas (de esperma)	
Recipientes de laboratorio para el transporte de bastoncillos	
Hoja de papel para recoger desechos cuando la sobreviviente se desvista	
Bolsas de papel para la recogida de pruebas	
Cinta de papel para el sellado y etiquetado de contenedores y bolsas	

5. Medicamentos (con dosis adecuadas para cada edad)	Disponible
Para el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual con arreglo al protocolo de país*	
Con fines de profilaxis postexposición a la transmisión del VIH*	
Píldoras anticonceptivas de emergencia (AE)* o dispositivos intrauterinos de cobre (DIU)	
Antitoxina tetánica, inmunoglobulina antitetánica*	
Vacunas contra la hepatitis B*	
Analgésicos* (p. ej., paracetamol)	
Ansiolíticos (p. ej., diazepam)	
Sedantes infantiles (p. ej., diazepam)	
Anestesia local para utilizarla al suturar*	
Antibióticos para el tratamiento de heridas*	
6. Material para uso administrativo	Disponible
Formulario para la historia médica y formularios de exploración que incluya un gráfico con pictogramas*	
Formularios para certificados médicos/formularios medicoforenses	
Directorio para la derivación de pacientes	
Material de apoyo en el idioma del profesional sanitario (p. ej., algoritmo de atención y tratamiento, diagrama de derivación de pacientes)	
Formularios de consentimiento*	
Folleto informativo para la atención posterior a la violación (para la sobreviviente)	
Un lugar de archivo seguro y protegido bajo llave para guardar documentos confidenciales o un ordenador protegido con contraseña para los archivos electrónicos*	

* Los elementos que llevan un asterisco corresponden a los requisitos mínimos necesarios para hacer una exploración a una persona sobreviviente de violación y administrar tratamiento.

En lo que respecta a situaciones de crisis humanitaria, los medicamentos y suministros esenciales para hacer frente a las consecuencias de la violencia sexual pueden encontrarse en el Kit 3 de los Kits Internacionales de salud reproductiva para situaciones de emergencia¹¹ y en el módulo adicional para la profilaxis postexposición del Botiquín Médico Interinstitucional de Emergencia¹².

11 Disponible en: https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/RH%20Kits%20Manual%202011_ES_0.pdf

12 Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44667/9789243502113_spa.pdf;jsessionid=44074695F5B9ADB4F7797A6F8F05B1BA?sequence=1

Capítulo 2: Prestación de asistencia de primera línea

La asistencia de primera línea es una parte fundamental de la atención que puede prestarse a las personas sobrevivientes de la violencia sexual y violencia de pareja. Implica **dar respuesta a una mujer que declara haber sufrido agresiones de forma compasiva, con el fin contribuir a atender sus necesidades, priorizando su seguridad en todo momento y sin invadir su intimidad.** La asistencia de primera línea contribuye a atender las necesidades de índole emocional y práctica de la persona sobreviviente, y puede ofrecerse independientemente de si decide someterse a un reconocimiento físico o si precisa cualquier otro tratamiento adicional de salud física o mental. La asistencia de primera línea está en consonancia con los principios sobre primeros auxilios psicológicos, que ayudan a las personas que han experimentado episodios adversos o angustiosos. Ese tipo de asistencia puede salvar vidas, especialmente en una situación de emergencia.

La asistencia de primera línea consta de cinco elementos básicos, que se resumen a continuación. Las letras de la palabra “ANIMA”¹³ pueden ayudarle a recordarlos.

La asistencia de primera línea NO pretende:

- ▶ resolver los problemas de la persona sobreviviente;
- ▶ convencerla de que abandone una relación violenta;
- ▶ convencerla de que acuda a otros servicios, como a la policía o a los tribunales; o

- ▶ hacer preguntas concretas que la obliguen a revivir acontecimientos dolorosos.
- ▶ Esas intervenciones podrían ser más perjudiciales que beneficiosas.

En el recuadro 2.1 figuran una serie de consejos generales cuyo objeto es que la asistencia de primera línea prestada sea eficaz.

Recuadro 2.1. Consejos para la prestación de asistencia de primera línea

- Elija un lugar reservado para hablar con la sobreviviente donde nadie pueda verla u oírla (que no sea un lugar donde se indique por qué está ahí).
- Garantice a la sobreviviente que no contará lo que le diga a nadie y que no mencionará que ha estado ahí a nadie que no deba saberlo. Si tiene obligación de informar de la situación de la sobreviviente, explique con antelación qué debe comunicar y a quién.
- Anímela a hablar sin presionarla y ponga de manifiesto que está escuchando.
- Anímela a que siga hablando si lo desea, pero no la obligue a hacerlo. Por ejemplo, podría preguntar: “¿quiere añadir algo más al respecto?”
- Permita que haya silencios. Si llora, dele su tiempo para que se recupere.

Recuerde: respete en todo momento la voluntad de la sobreviviente.

A TENCIÓN AL ESCUCHAR	Escuche a la mujer atentamente con empatía
N O JUZGAR Y VALIDAR	Demuestre a la mujer que la comprende, que la cree y que no la juzga. Asegúrele que ella no tiene la culpa de lo sucedido
I NFOMARSE SOBRE LAS NECESIDADES Y PREOCUPACIONES	Evalúe y atienda las necesidades y preocupaciones que tenga la mujer: emocionales, físicas, sociales y prácticas (p. ej., el cuidado de los hijos)
M EJORAR LA SEGURIDAD	Piense con la mujer en un plan que le permita estar protegida desde ese momento en caso de que los episodios de violencia se repitan
A POYAR	Apoye a la mujer para que pueda acceder a la información, los servicios y el respaldo social que necesita

¹³ Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual. Manual clínico Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2014. (<http://iris.paho.org/xmliui/bitstream/handle/123456789/31381/OPSFGL16016-spa.pdf?ua=1>, consultado 5 de marzo de 2019).

2.1. Atención al escuchar

Prestar atención al escuchar es la parte más importante de toda comunicación satisfactoria y la base de la asistencia de primera línea. Brinda a la mujer la oportunidad de decir lo que quiera a una persona amable que está dispuesta a

ayudarla, en un entorno seguro y privado. Ello es importante para su recuperación emocional y para atender sus necesidades prácticas y garantizar su seguridad (véase el recuadro 2.2).

Recuadro 2.2. Atención al escuchar: lo que debe saber	
Lo que debe hacer	Lo que no debe hacer
Cómo debe actuar	
Tenga paciencia y muéstrese calma. En situaciones de crisis humanitaria, hay muchas necesidades y demandas urgentes, pero los pocos minutos adicionales que le ofrece podrían cambiar las cosas.	No debe presionarla para que cuente su caso.
Qué actitud debe adoptar	
Muéstrele que entiende cómo se siente. Hágale saber que está escuchando lo que le dice, por ejemplo: "Entiendo lo difícil que ha debido ser para usted"; "Me parece una situación aterradora"	No juzgue lo que ha hecho, lo que no ha hecho o cómo se siente. No ponga palabras en su boca. Evite frases como, "No debería sentirte así" o "Debería sentirte afortunada por haber sobrevivido" o "¿Por qué hizo eso?"
Qué debe decir	
Dele la oportunidad de decir qué tipo de ayuda desea recibir, en caso de que la necesite. Para ello, puede hacer preguntas como: "¿Cómo podemos ayudarla?" o "¿Cómo le gustaría que le ayudara?"	No dé por hecho que usted sabe lo que más le conviene.
Anímela a que siga hablando si lo desea. Pregunte: "¿Le gustaría contarme algo más?"	No interrumpa. Espere hasta que haya terminado su relato antes de hacerle preguntas.

2.2. Informarse sobre las necesidades y preocupaciones de la persona sobreviviente

Preguntarle a una mujer sobre sus necesidades y preocupaciones es una forma de conocer lo que verdaderamente le importa. Es importante respetar sus deseos y responder a sus necesidades (véase el recuadro 2.3).

- ▶ "Lo que pasó no tiene justificación ni excusa."
- ▶ "Nadie merece que su pareja o cualquier otra persona le golpee."
- ▶ "No está sola. Desafortunadamente, otras muchas mujeres también se enfrentan a ese problema".
- ▶ "Usted es valiosa. Su vida y su salud son importantes".
- ▶ "Me preocupa que esto pueda afectar a su salud."

2.3. No Juzgar y validar

La validación permite a la mujer saber que sus sentimientos son normales, que es adecuado expresarlos, que tiene derecho a vivir sin violencia y sin miedo, y que usted cree lo que ella dice sin juzgarla ni condicionarla.

Cosas importantes que puede decir:

- ▶ "No es culpa suya" "Usted no tiene la culpa."
- ▶ "Podemos ayudarla." (Diga eso solo si es verdad.)

Véase también las secciones que figuran en el capítulo 5 de esta guía para ayudar a las mujeres a afrontar distintas emociones y reacciones:

- ▶ Proporcionar información sobre las reacciones normales de estrés ante una experiencia de agresión violenta.
- ▶ Estudiar y fortalecer los métodos de afrontamiento positivos.

Recuadro 2.3. Técnicas para informarse sobre las necesidades y preocupaciones	
Técnica	Ejemplos
Formule sus preguntas como una invitación a conversar	"¿De qué le gustaría hablar?"
Haga preguntas abiertas para animarla a hablar, en lugar de hacer preguntas que puedan responderse con un simple "sí" o "no"	"¿Cómo se siente al respecto?"
Refleje los sentimientos de ella en sus propias palabras para que vea que usted la ha escuchado, observado y entendido	"Suena como si estuviera enfadada por ello" "Parece disgustada"
Pida aclaraciones si no entiende algo	"¿Puede explicar eso de nuevo, por favor?" "¿Podría decirme algo más al respecto?"
Ayúdela a reconocer y expresar sus necesidades y preocupaciones	"¿Hay algo que necesite o le preocupe?" "Parece que necesita un lugar donde alojarse" "Parece que está preocupada por sus hijos"
Resuma lo expresado	"Parece que lo que está diciendo es que..."
Lo que hay que evitar	
No haga preguntas directas, como: "Me imagino que eso hizo que se disgustara, ¿no?"	
No haga preguntas con "por qué", como "¿Por qué hizo eso?" Puede parecer que la está acusando.	

2.4. Mejorar la seguridad

Mejorar la seguridad significa ayudar a la mujer persona sobreviviente a que evalúe su situación y a que elabore un plan que la ayude mejorar su seguridad en el futuro. A menudo implica la adopción de medidas modestas y graduales que permitan reducir el riesgo o la gravedad de futuras agresiones.

Muchas mujeres que han sido objeto de violencia temen por su seguridad y pueden verse obligadas a permanecer en situaciones de inseguridad, en particular en situaciones de emergencia. Si una mujer ha sufrido agresiones sexuales, puede correr el riesgo de volver a ser objeto de violencia a manos del agresor o de otros miembros de la comunidad, incluso de su familia. Las adolescentes y las mujeres solteras pueden correr un mayor riesgo debido a las normas relacionadas con el honor y la virginidad. Las personas sobrevivientes masculinas pueden enfrentarse a una vergüenza y una estigmatización considerables que les impide acceder al apoyo familiar o comunitario. La discriminación, la

persecución y, en algunos contextos, la tipificación como delito de las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo plantean importantes problemas para la seguridad de las minorías sexuales y de género. En los casos de violencia de pareja, los riesgos relacionados con la seguridad a menudo son constantes y requieren una cuidadosa atención. Entre las formas fundamentales de apoyo cabe citar el hecho de reconocer las preocupaciones en materia de seguridad, la ayuda prestada a las personas sobrevivientes para evaluar los riesgos inmediatos de la violencia y la planificación de la adopción de medidas de seguridad.

Evaluación del riesgo inmediato y mejora de la seguridad

Si bien no es posible eliminar por completo el riesgo de que una mujer sea objeto de violencia, se puede mejorar su seguridad, aunque solo sea levemente, teniendo en cuenta su situación. Ello supone evaluar el riesgo inmediato de que sufra agresiones, estudiar las opciones y los recursos

disponibles, y definir medidas concretas que puedan adoptarse para mejorar su seguridad.

- ▶ Si la mujer está preocupada por su seguridad, téngalo muy en cuenta.
- ▶ Si se muestra insegura, haga preguntas concretas que le permitan determinar si hay alguna situación o persona que siga suponiendo un riesgo para ella.
- ▶ Examine las estrategias de seguridad y de apoyo existentes que haya utilizado. Si hay algún lugar en un campamento o una comunidad que sea inseguro, analicen distintas estrategias para evitar ese lugar o, si ello no es posible, pregunte si tiene alguna amiga o familiar de confianza que pueda acompañarla para darle apoyo o protección.
- ▶ Considere distintas opciones donde pueda acudir la persona sobreviviente que sean seguras (si ella lo desea), entre estas: i) alojarse en una vivienda segura o protegida; ii) contactar con una ONG de ayuda a las personas sobrevivientes; o iii) acudir a la policía o a otros servicios. En entornos de crisis humanitaria, esas opciones suelen estar limitadas. En tales circunstancias, trabaje con la persona sobreviviente para encontrar otros lugares seguros (como la casa de una amiga o un lugar de la parroquia) (material de apoyo 2).
- ▶ Concretamente, en los casos de violencia de pareja, si la mujer no está a salvo en su casa, pero aun así decide regresar, debe respetar sus deseos. Derive a la persona sobreviviente a un servicio donde puedan ayudarla a elaborar un plan de seguridad que pueda utilizar en caso de que vuelva a sufrir agresiones (véase el capítulo 4, paso 4). Insista en que usted está ahí para ayudarla y anímela a volver en cualquier momento que lo desee.
- ▶ Evite ponerla en una situación de riesgo.
 - Mantenga la confidencialidad de su historia médica guardando los archivos electrónicos y el historial en papel fuera de la vista en un lugar seguro, y anonimizándolos mediante un sistema de codificación.
 - Piense con la mujer cómo explicará dónde ha estado. Si debe llevar con ella algún informe o documento (para la policía o para organismos como el ACNUR, por ejemplo), comente con ella lo que hará con los informes para que no pongan su seguridad en mayor peligro.
 - Hablen de maltrato solamente cuando usted y ella estén solos. Nadie que tenga más de dos años debería poder oír su conversación. Nunca hable de ello si puede oír lo que dice su marido, otros miembros de la familia o cualquier otra persona que la haya acompañado, incluso si es una amiga, a menos que ella desee que estén presentes en la conversación.

2.5. Apoyar

Las necesidades de las personas sobrevivientes suelen superar las posibilidades de un dispensario. Ahora bien, examinar con ella sus necesidades, informarle sobre otros tipos de asistencia y ayudarla a obtener la asistencia adicional que desea es parte del apoyo indispensable que debe prestar un profesional de la salud (véase el recuadro 2.4).

Recuadro 2.4. Cómo ayudar

- Pregunte a la sobreviviente qué es lo que más le importa en ese momento. Puede preguntarle: "¿Qué es lo que más le ayudaría si pudiéramos hacerlo de inmediato?"
- Ayúdela a definir y considerar sus opciones.
- Hable con ella del sistema de apoyo social del que dispone. ¿Tiene algún familiar, amigo o persona de confianza en la comunidad con quien pueda hablar? ¿Cuenta con alguien que pueda ayudarla con dinero?

Derivación de pacientes

Utilice las redes y vías de derivación establecidas en su entorno para derivar a las personas sobrevivientes a fin de que reciban asistencia o puedan acudir a servicios complementarios (véase el capítulo 1: Preparativos, sección 1.7). Siempre que sea posible, proporcione a la mujer el nombre de una persona concreta que pueda apoyarla y ayudarla en cada uno de los otros lugares.

Puede que no sea posible examinar todos los temas que preocupan a la mujer en la primera consulta. Hágale saber que usted está disponible para volver a reunirse de nuevo y hablar sobre otros temas. No obstante, tenga en cuenta que es posible que las personas sobrevivientes no acudan a la consulta de seguimiento en situaciones de crisis humanitaria. Así pues, asegúrese de que la mujer reciba información esencial antes de que se vaya.

Puede rellenar el diagrama del material de apoyo 2 para hacer un seguimiento de los servicios del campamento o la comunidad. Esas derivaciones podrían hacerse a recursos internos o externos.

Por último, el recuadro 2.5 responde a algunas preguntas frecuentes relativas a la asistencia de primera línea.

Diagrama de derivación

Tipo de asistencia o servicio	Organización	Datos de contacto	Responsable del seguimiento	
Manejo de casos y/o servicios psicosociales				
Protección/seguridad				
Servicios jurídicos/ administración de justicia				
Atención de salud mental				
Servicios dirigidos a niños, hombres, minorías sexuales y de género y otros grupos vulnerables				

Recuadro 2.5. Preguntas frecuentes en la asistencia de primera línea

A continuación, se presentan las respuestas a algunas preguntas frecuentes que los profesionales sanitarios suelen hacer con relación a su labor con mujeres sobrevivientes de violencia.

¿Por qué no debo darle consejos?

Las mujeres que han sido objeto de agresiones necesitan a alguien que las escuche con atención sin juzgarlas. Escuchar atentamente, responder con empatía y darle espacio para que tome sus propias decisiones es mucho más útil de lo que usted se imagina; de hecho, quizá sea lo más importante que puede hacer. Ese enfoque permite que la mujer se dé cuenta de que ella importa y contribuye a que recupere cierto control sobre su vida y sus decisiones. Además, únicamente la sobreviviente puede llegar a comprender el alcance real de su situación y tomar las decisiones más acertadas para su vida. Los consejos, aun siendo bien intencionados, pueden hacer que la mujer corra un riesgo aún mayor de ser objeto de violencia.

¿Qué puedo hacer con tan pocos recursos y tan poco tiempo?

La asistencia de primera línea ("ANIMA", según se expone en la presente sección de esta guía) constituye la mejor atención que puede ofrecerse. No exige necesariamente mucho tiempo y no requiere recursos adicionales. También puede derivar a la sobreviviente a servicios complementarios que puedan brindar un apoyo importante a las mujeres que han sido objeto de violencia.

¿Y si decide no denunciar el hecho a la policía?

Debe respetar su decisión. Infórmela de cualquier otro servicio que hay donde pueda seguir analizando las alternativas que tenga y puedan ayudarla a denunciar la agresión a la policía si cambia de opinión.

¿Qué pasa si sospecho que ha habido una agresión, pero ella no lo reconoce?

No trate de obligarla a que lo reconozca. Sus sospechas podrían no estar fundadas y ella sabe mejor que nadie cómo puede afectarle dar a conocer que ha sufrido agresiones. No obstante, puede prestarle asistencia y seguir ofreciéndole ayuda.

Capítulo 3. Manejo clínico de la violación (por etapas)

Las personas sobrevivientes de violación requieren una atención médica urgente y específica que está directamente relacionada con el tipo de agresión que han sufrido. Ello es así tanto si han sido objeto de violación a manos de su pareja o de otra persona. En esta sección se presenta una guía detallada por etapas para la prestación de atención clínica a las personas sobrevivientes de violación. En el caso de niños personas sobrevivientes de violación, puede consultar también el capítulo 6: Prestación de asistencia a personas sobrevivientes infantiles.

Pasos para el manejo clínico de la violación

Paso 1	Asistencia de primera línea (ANIMA, capítulo 2): atención al escuchar, no juzgar y validar, informarse sobre las necesidades y preocupaciones
Paso 2	Obtener el consentimiento informado y preparar a la sobreviviente
Paso 3	Realizar la anamnesis
Paso 4	Llevar a cabo una exploración física y genital
Paso 5	Administrar tratamiento
Paso 6	Mejorar la seguridad y derivar a la sobreviviente para que reciba asistencia complementaria (ANIMA, capítulo 2)
Paso 7	Evaluar la salud mental y proporcionar apoyo psicosocial
Paso 8	Consultas de seguimiento

Paso 1. Atención al escuchar, no juzgar y validar, e informarse sobre las necesidades y preocupaciones

Cualquier persona que haya sufrido una violación ha sufrido un episodio traumático y puede presentar un estado de agitación, depresión o disociación. A menudo siente miedo, culpa, vergüenza o ira, o cualquier combinación de esas tres emociones. Aplique el enfoque ANIMA descrito en el capítulo 2, y escuche a la persona sobreviviente; infórmese sobre sus necesidades y preocupaciones, y valide sus sentimientos y experiencias. Esa primera línea de asistencia es necesaria para centrar la atención en la persona sobreviviente.

¡IMPORTANTE! Derive de forma inmediata a las sobrevivientes que presenten un cuadro grave que ponga en riesgo su vida para que reciban tratamiento con carácter urgente.

Paso 2. Obtener el consentimiento informado y preparar a la persona sobreviviente

Obtención del consentimiento informado

El consentimiento informado de la persona sobreviviente es necesario para realizar la exploración y administrar tratamiento, así como para facilitar información a terceros, como la policía y los tribunales, según corresponda.

Pasos para obtener el consentimiento informado:

- ▶ Explique a la persona sobreviviente que únicamente la explorará y le prescribirá tratamiento si ella lo desea. Explíquelo que puede rechazar cualquiera (o todos) los aspectos de la exploración y que puede abandonarla en cualquier momento (incluso después de haber dado su consentimiento inicial).
- ▶ Adapte los procedimientos para la obtención del consentimiento cuando trabaje con niños personas sobrevivientes (véase el capítulo 6). El formulario de consentimiento deberá estar firmado ya sea por uno de los progenitores o por el tutor, a menos que él o ella sea el presunto autor del delito. Los adolescentes menores de edad pueden dar su consentimiento por sí mismos, dependiendo de su edad y su madurez.
- ▶ Describa las cuatro partes de la exploración y explique en qué va a consistir cada una de ellas, por qué son importantes, qué es lo que va a averiguar en cada una de ellas y cómo ello influirá en la asistencia prestada:
 1. reconocimiento físico;
 2. exploración de los genitales;
 3. recogida de pruebas forenses (si se dispone de ellas y es pertinente);
 4. entrega de información médica y pruebas a la policía si la persona sobreviviente desea una indemnización legal.
- ▶ Cuando exponga las distintas partes de la exploración, pregunte a la persona sobreviviente si tiene alguna pregunta y respóndala de forma exhaustiva. Asegúrese de que la persona sobreviviente.
- ▶ Entienda sus explicaciones. A continuación, pregúntele si da su consentimiento a cada

una de las partes (sí o no) y marque la casilla correspondiente en el formulario (véase el anexo 2).

- ▶ Una vez que se haya cerciorado de que la persona sobreviviente ha entendido bien en qué consiste la exploración y comprenda el formulario en su totalidad, pídale que lo firme. Si no sabe escribir, pídale una huella digital.
- ▶ Pida a otra persona que firme el formulario como testigo si es necesario.

No obligue ni presione a la persona sobreviviente para que haga o diga nada en contra de su voluntad. Explíquele que puede rechazar cualquier fase de la exploración en cualquier momento a medida que avance.

En el recuadro 3.1 se proporciona más información sobre la notificación obligatoria y el consentimiento informado, y en el recuadro 3.2 se expone brevemente cómo hablar con una persona sobreviviente acerca de la posibilidad de denunciar la agresión a la policía.

Recuadro 3.1. Obligación de informar y consentimiento informado

Los profesionales sanitarios deben conocer las leyes y obligaciones relativas al deber de informar de cualquier agresión sexual o violación y cualquier acto de violencia de pareja o violencia doméstica a la policía o a las autoridades. Si bien la notificación obligatoria suele tener por objeto proteger a las sobrevivientes (en particular, a los niños), en algunos casos, esta puede entrar en conflicto con los principios que rigen el trabajo con las sobrevivientes. Además, en el caso de los adultos, ello depende de su autonomía y capacidad para tomar sus propias decisiones. Puede plantear problemas de seguridad, ya que las mujeres pueden sufrir represalias, tener miedo a perder la custodia de sus hijos o tener que enfrentarse a consecuencias legales (por ejemplo, en países donde las relaciones sexuales fuera del matrimonio son ilegales).

En los países donde las relaciones entre personas del mismo sexo están tipificadas como delito, los hombres o las minorías sexuales y de género pueden ser reacios a acudir a los servicios de salud si se exige la notificación obligatoria. Los profesionales sanitarios deben conocer sus obligaciones legales (de haberlas) y los códigos de prácticas profesionales para cerciorarse de que las sobrevivientes estén bien informadas sobre las opciones de que disponen y las limitaciones existentes en materia de confidencialidad cuando se dé el caso. Al asegurarse de que las sobrevivientes conocen los requisitos de notificación obligatoria, los profesionales de la salud pueden ayudarlas a tomar decisiones informadas sobre lo que deben comunicar durante una consulta médica.

Recuadro 3.2. Hablar con una sobreviviente sobre la posibilidad de presentar una denuncia a la policía

- Si la ley establece que debe informarse sobre los hechos a la policía, comuníquesele a la sobreviviente lo antes posible.
- Si la sobreviviente desea acudir a la policía, asegúrese de que tiene todos los formularios que deben cumplimentar los profesionales sanitarios. Explique cuáles son esos formularios y por qué se necesitan.

En determinados contextos, la policía puede pedir pruebas forenses. Si ese es el caso y la sobreviviente desea informar a la policía, consulte el paso 4 y el anexo 3 para informarse sobre la recopilación de pruebas forenses.

Preparar a la persona sobreviviente

- ▶ Asegure a la persona sobreviviente que ella es quien decide el ritmo, los tiempos y los componentes de la exploración.
- ▶ Garantice a la mujer que se mantendrá la confidencialidad de los resultados de la exploración a menos que decida presentar una denuncia o existan leyes que exijan la notificación obligatoria.
- ▶ Solicite el consentimiento para que otra persona esté presente y asegúrese de que esté presente durante la exploración. Pregunte a la mujer si desea a que la acompañe una persona concreta para apoyarla. Trate de preguntárselo cuando esté sola. Si la persona sobreviviente no pide a nadie en concreto, deberá elegirse preferiblemente una persona de apoyo cualificada o una profesional de la salud. Es esencial que haya una mujer presente si el profesional que realiza el examen es un hombre. Presente a esa persona, explique a la persona sobreviviente que está ahí para brindarle su ayuda y apoyo.
- ▶ Mantenga el número de personas en la sala de reconocimiento al mínimo indispensable.

Paso 3. Realizar la anamnesis

a) información médica general; b) conversación sobre la violación o violaciones; c) historia ginecológica; y d) evaluación del estado mental. En el anexo 4 figura un formulario de anamnesis y exploración física tipo, que presenta información específica y preguntas que pueden formularse para elaborar la historia. En el material de apoyo 3 también se indican los temas que deben tratarse al realizar la anamnesis.

Consejos generales para realizar la anamnesis

- ▶ Si la entrevista se lleva a cabo en la sala de tratamiento, tape los instrumentos médicos hasta que se necesiten.

¡IMPORTANTE! No obligue a una sobreviviente a hablar de la agresión sexual que ha sufrido si no quiere hacerlo. Limite las preguntas a lo indispensable para prestar atención médica. No obstante, si está claro que la sobreviviente quiere hablar de lo ocurrido, es muy importante escucharla con atención y empatía, y sin juzgarla.

- ▶ Antes de realizar la anamnesis, examine los documentos que la persona sobreviviente haya llevado consigo. Evite hacer preguntas que ya haya preguntado y documentado.
- ▶ Deje que la persona sobreviviente narre su relato de la manera que quiera, a su propio ritmo. No la interrumpa ni la presione.
- ▶ Hable con un tono de voz suave y mírela a los ojos si es apropiado culturalmente.
- ▶ No haga observaciones que estigmaticen o culpabilicen, como “¿Qué estaba haciendo allí?”. Tómese el tiempo necesario para reunir toda la información necesaria, sin apresurarse.

Material de apoyo 3

Temas que hay tratar en la realización de la anamnesis de una sobreviviente de violación		
Temas que hay que tratar	Finalidad	Elementos que deben registrarse
Información general	<ul style="list-style-type: none"> • Registro y seguimiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificador o nombre, dirección, sexo, fecha de nacimiento o edad • Fecha y hora de la exploración y personal o persona de apoyo presente
Historia médica previa	<ul style="list-style-type: none"> • Comprender los resultados de la exploración • Determinar el tratamiento más adecuado, proporcionar el apoyo psicológico necesario y prestar atención médica de seguimiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas de salud presentes o pasados • Alergias • Uso de medicamentos • Vacunación • Estado serológico respecto del VIH
Violación	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar la exploración de forma que puedan encontrarse y tratarse todas las lesiones • Evaluar el riesgo de embarazo, infecciones de transmisión sexual (ITS), VIH, tétanos y hepatitis B • Encauzar la recogida de muestras y la documentación • Determinar el tratamiento, el asesoramiento y la atención médica de seguimiento más adecuados 	<ul style="list-style-type: none"> • Momento en que produjo la agresión hecho (hace cuánto tiempo) • Descripción general de los hechos • ¿Se ha bañado, ha orinado, ha vomitado, ha usado una ducha vaginal o se ha cambiado de ropa después de sufrir la agresión (en caso de que se recojan pruebas forenses)?
Historia ginecológica	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar si existe riesgo de embarazo o de infecciones de transmisión sexual • Comprobar si alguno de los resultados de la exploración pueden deberse a episodios traumáticos anteriores, embarazos o partos 	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar la posibilidad de embarazo • Detalles sobre el uso de anticonceptivos • Fecha de la última menstruación
Salud Mental	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el estado de salud mental y la necesidad de derivación • Ayudar a la sobreviviente a encontrar estrategias positivas de afrontamiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Cómo se siente, cuáles son sus emociones; véase el capítulo 4, paso 5 (Evaluar la salud mental y proporcionar apoyo psicosocial) y la información contenida en el capítulo 5.

Paso 4. Llevar a cabo un reconocimiento físico y una exploración genital

La razón principal para llevar a cabo un reconocimiento físico y una exploración genital es determinar qué atención médica necesita la persona sobreviviente. Esas exploraciones también se realizan en la preparación de documentación jurídica.

Asegúrese de obtener el consentimiento informado voluntario para realizar la exploración y para tomar muestras en caso de que se recojan pruebas

forenses (véase el paso 2 y el formulario de consentimiento para la toma de muestras que figura en el anexo 2); cerciórese también de que todo el equipo y los suministros se preparen antes de proceder. En la mayoría de los casos, las pruebas forenses deben recogerse en un plazo de 72 horas a partir del momento en que se produjo la agresión, aunque ello variará en función del tipo de pruebas que se recojan y de los protocolos nacionales. Incluso si la recopilación de pruebas forenses no es factible o la persona sobreviviente no lo desea, se recomienda

efectuar una exploración física exhaustiva para documentar y tratar las lesiones.

Orientaciones generales

- ▶ Asegure a la persona sobreviviente que es ella quien está al mando. Podrá hacer preguntas, detener la exploración en cualquier momento y rechazar cualquier parte de esta.
- ▶ No pida nunca a la persona sobreviviente que se desnude o se desvista del todo. Explore primero la mitad superior del cuerpo y luego la mitad inferior; dele una bata, una sábana o una manta para que se cubra.
- ▶ En cada una de las etapas de la exploración, explíquele lo que va a hacer y pídale permiso antes de hacerlo.
- ▶ Mire siempre a la persona sobreviviente antes de tocarla y preste atención a su apariencia y estado emocional.
- ▶ Pregúntele a menudo si tiene alguna pregunta y si puede continuar. Si responde que no, entonces detenga la exploración en ese momento.
- ▶ Tome los signos vitales de la persona sobreviviente (pulso, tensión arterial, frecuencia respiratoria y temperatura).
- ▶ Registre todos los resultados y observaciones de la manera más clara y completa posible en un formulario de exploración modelo (véase el anexo 4).

El reconocimiento inicial de una persona sobreviviente puede poner de manifiesto graves complicaciones médicas que requieren tratamiento urgente, por las que la paciente podría tener que hospitalizarse. El tratamiento de esas complicaciones no se aborda aquí; esas complicaciones podrían incluir:

- ▶ traumatismos generalizados (en la región genital; el tórax o el abdomen);
- ▶ inflamación asimétrica de las articulaciones;
- ▶ déficits neurológicos; o
- ▶ dificultad respiratoria.

Reconocimiento físico

- ▶ Explore de forma sistemática a la persona sobreviviente utilizando el material de apoyo 4 y el anexo 4.
- ▶ Recuerde examinar los ojos, la nariz y la boca (el interior de los labios, las encías y el paladar, los oídos y detrás de las orejas y el cuello).
- ▶ Busque signos que concuerden con el relato de la persona sobreviviente, como magulladuras, marcas de mordeduras y puñetazos, marcas de ataduras en las muñecas y mechones de pelo que falten en la cabeza; compruebe que los tímpanos no estén perforados, como resultado de una bofetada (véase el material de apoyo 4).
- ▶ Si la persona sobreviviente informa de que ha sufrido estrangulamiento o asfixia, examine los ojos para comprobar si hay hemorragias petequiales y el cuello para ver si hay hematomas o marcas dactilares.

- ▶ Examine la zona del cuerpo que estuvo en contacto con la superficie en la que se produjo la agresión sexual para comprobar si hay lesiones.
- ▶ Registre todos sus hallazgos y observaciones de manera clara y completa en el formulario de exploración y en los pictogramas (anexos 4 y 5), teniendo la precaución de documentar y registrar el tipo, el tamaño, el color, la ubicación y la forma de las magulladuras, laceraciones, lesiones, equimosis y petequias, ya que ello puede ser una prueba importante.
- ▶ Tome nota del estado mental y emocional de la persona sobreviviente (retraído, lloroso, sereno, etc.).
- ▶ Si es preciso recoger pruebas forenses, tome muestras de cualquier material extraño que haya en el cuerpo o la ropa de la persona sobreviviente (sangre, saliva y semen), cortes o arañazos, marcas de mordeduras, etc., siguiendo el protocolo local de recogida de pruebas.

En el recuadro 3.3 se exponen las consideraciones especiales relacionadas con las personas sobrevivientes de violaciones de sexo masculino. Adviértase que las mujeres posmenopáusicas tienen niveles hormonales reducidos, lo que provoca una menor lubricación vaginal y una pared vaginal más fina y frágil. En caso de agresión sexual, corren un mayor riesgo de sufrir desgarros y lesiones vaginales o anales, y de enfermedades de transmisión sexual, entre ellas el VIH. Utilice un espéculo estrecho para la exploración genital. Si el único motivo del examen es recoger pruebas o detectar las infecciones de

Recuadro 3.3. Consideraciones especiales para las sobrevivientes de violación de sexo masculino

- Los hombres y los niños también corren el riesgo de sufrir violaciones (véase el capítulo 6: Prestación de asistencia a las sobrevivientes infantiles, para obtener más información sobre la atención a los varones menores). La función del médico es la misma en el caso de las sobrevivientes de sexo masculino, y la asistencia de primera línea sigue siendo un elemento importante de la atención que puede prestar (véase el enfoque ANIMA en el capítulo 2).
- Las sobrevivientes de violación de sexo masculino pueden ser tan proclives como las mujeres a no denunciar el hecho por vergüenza y por miedo a la estigmatización. Si bien los efectos físicos difieren, en los hombres el trauma psicológico y los efectos emocionales son similares a los que sufren las mujeres.
- Cuando un hombre sufre una violación por vía anal, la presión sobre la próstata puede provocar una erección e incluso un orgasmo, lo que puede generar sentimientos de vergüenza y culpabilidad. Asegure a la sobreviviente que, si eso hubiera ocurrido durante la violación, fue una reacción fisiológica que estaba fuera de su control.
- La exploración física puede ser especialmente delicada para las sobrevivientes del sexo masculino, y es importante seguir las pautas generales indicadas anteriormente.

transmisión sexual, considere la posibilidad de insertar únicamente una torunda sin utilizar un espéculo.

Exploración genital

- ▶ Una exploración genital es una intervención delicada, en particular si se hace con espéculo. Por consiguiente, siga las orientaciones generales indicadas anteriormente para que la persona sobreviviente se sienta lo más cómoda posible. Recuerde que deberá informarla de cuándo y dónde va a tocarla y que debe pedir permiso antes de realizar las distintas partes de la exploración.

Recuerde. Sufrir una agresión sexual o una violación es una experiencia traumática. Es posible que las sobrevivientes estén especialmente tensas cuando las explore o las toque un médico, en particular, si se trata de un varón. Proceda lentamente. Pregúntele a menudo si tiene alguna duda y si puede continuar. Tenga mucho cuidado de no aumentar su ansiedad.

Las pruebas de virginidad (o tacto vaginal) no tienen validez médica o científica. Nunca deben realizarse.

Exploración de las zonas genital y anal externas en mujeres

Examine a la persona sobreviviente de forma sistemática utilizando el material de apoyo 4 como guía. Asegúrese de que tiene una buena fuente de luz para ver bien las lesiones. En concreto, siga los pasos siguientes.

- ▶ Ayude a la mujer a acostarse boca arriba con las piernas dobladas, las rodillas convenientemente separadas.
- ▶ Cubra con una sábana el cuerpo de la persona sobreviviente y deje al descubierto únicamente las partes del cuerpo que esté examinando.
- ▶ Haga la exploración en el orden siguiente: el monte de Venus, la cara interior de los muslos, el perineo, el ano, los labios mayores y los labios menores, el clítoris, la uretra y el introito.
 - Tome nota de cualquier cicatriz anterior causada por un procedimiento de mutilación genital femenina o un parto.
 - Busque lesiones genitales, como hematomas, arañazos, abrasiones, desgarros (a menudo localizados en el cuadrante posterior). Anote la ubicación de cualquier desgarro, abrasiones y hematomas en el pictograma y el formulario de exploración.
 - Busque cualquier signo de infección, como úlceras, secreciones vaginales o verrugas.
 - Compruebe si hay lesiones en la vulva, el introito y la vagina, sujetando con los dedos índice y pulgar el borde posterior de los labios

vaginales y tirando suavemente hacia fuera y hacia abajo.

- Si recoge pruebas forenses, tome muestras siguiendo el protocolo local de recogida de pruebas. Si recogen muestras para realizar pruebas de ADN, asegúrese de tomarlas en la zona anal y el perineo antes de en la vulva, a fin de evitar una posible contaminación.
- ▶ Para llevar a cabo la exploración anal, es posible que el paciente tenga que colocarse en una posición diferente a la de la exploración genital. Anote la posición adoptada en cada fase de la exploración (decúbito supino, decúbito prono, genupectoral o lateral para la exploración anal; decúbito supino para la exploración genital).
- ▶ Tome nota de la forma y la dilatación del ano; de fisuras alrededor del ano; la presencia de materia fecal en la piel perianal; y de sangrado por desgarros rectales.
- ▶ Si se recogen pruebas forenses, y si lo acepta la persona sobreviviente y se indica en la historia, deberá tomar muestras del recto siguiendo el protocolo local de recogida de pruebas.

Exploración de las zonas genital y anal internas en mujeres

La exploración interna con espéculo es muy delicada y únicamente debe realizarse si ha habido penetración vaginal y si se observan algunos de los signos siguientes: sangrado, dolor, secreciones malolientes, o para asegurarse de que la persona sobreviviente no tiene lesiones graves. A continuación, se enumeran las distintas fases del procedimiento pertinente.

- ▶ Inserte suavemente el espéculo, de preferencia tibio, lubricado con agua o con una solución salina normal. No se recomienda la utilización de lubricantes, ya que pueden interferir con la toma de muestras. No utilice nunca un espéculo cuando examine a niñas prepúberes (véase el capítulo 6, Prestación de asistencia las personas sobrevivientes infantiles).
 - Utilice una buena iluminación y examine el cuello del útero, seguido de la parte posterior del fómix y la mucosa vaginal a fin de detectar posibles hematomas, sangrado o signos de infección.
 - En el caso de que se recojan pruebas forenses, tome una torunda y recoja las secreciones vaginales siguiendo el protocolo local para la recogida de pruebas. Ello puede resultar doloroso para la persona sobreviviente, así que acuérdesese de informarla con antelación y asegúrese de que se sienta cómoda con el procedimiento.
- ▶ Si la historia y los resultados de la exploración realizada hasta ese momento lo recomiendan, efectúe un examen bimanual y palpe el cuello del útero, el útero y sus anejos para detectar signos de traumatismo abdominal, embarazo o infección.

- ▶ Si está indicado, haga una exploración rectovaginal e inspeccione la zona rectal para detectar traumatismos, desgarros o fístulas rectovaginales, sangrado o secreciones. Observe el tono de los esfínteres. Si hay sangrado o dolor, o se sospecha la presencia de un objeto extraño, derive a la paciente a un hospital.
- ▶ Anote con claridad todas sus averiguaciones y observaciones en la historia y los formularios de exploración (anexo 4) y en los pictogramas (anexo 5).

Tenga en cuenta las normas sociales, ya que en algunas culturas pueden prohibir la realización de exploraciones vaginales internas, incluso mediante un espéculo, el dedo o una torunda. Respete la decisión de la persona sobreviviente de someterse o no a una exploración interna. Es posible que tenga que limitar la exploración al examen de los genitales externos, a menos que haya síntomas de daños internos u otros indicios.

Exploración de las zonas genital y anal externas en hombres

Cuando explore una persona sobreviviente de sexo masculino:

- ▶ Examine el escroto, los testículos, el pene, el tejido periuretral, el meato uretral y el ano.
- ▶ Advierta si la persona sobreviviente está circuncidada.
- ▶ Compruebe si hay hiperemia, inflamación (distinga entre la presencia de hernia inguinal, hidrocele y hematocele), torsión testicular, hematomas, desgarros anales, etc.
- ▶ La torsión testicular es una emergencia médica y requiere derivar a la persona sobreviviente a los servicios quirúrgicos de forma inmediata.

- ▶ Si la orina contiene grandes cantidades de sangre, compruebe si hay lesiones en el pene y la uretra.
- ▶ Si es necesario, realice una exploración rectal y compruebe el estado del recto y la próstata a fin de detectar cualquier lesión o indicios de infección.
- ▶ Si procede, tome una muestra del ano para examinarla directamente al microscopio a fin de detectar la presencia de espermatozoides.

Registro de los resultados de la exploración y del tratamiento prescrito

En los contextos en que existe la obligación de presentar una denuncia o en los que la persona sobreviviente decide denunciar la violación a las autoridades, los profesionales sanitarios a menudo deben responder a preguntas de la policía, los abogados o los tribunales relacionadas con las lesiones y demás consecuencias sufridas por las mujeres que han tratado. La documentación minuciosa de los hallazgos y el tratamiento proporcionado (véase el paso 5: Administrar tratamiento), utilizando la historia y el formulario de exploración (anexo 4), le permitirá responder con precisión. Deberá ofrecerse tratamiento a las personas sobrevivientes que no consientan en una exploración física o que no la completen, sobre la base de un historial exhaustivo.

Consejos prácticos para preparar la documentación

- ▶ Registre la entrevista y los hallazgos derivados de la exploración de forma clara, completa, objetiva y exenta de juicio. No reformule el relato verbal del paciente.

Material de apoyo 4

Listas de verificación de la exploración posterior a la violación

Preste atención a lo siguiente	Busque y documente lo siguiente
Lista de verificación para la exploración física	
<ul style="list-style-type: none"> • Aspecto general • Manos y muñecas, antebrazos, superficies internas de los brazos y las axilas • Cara, incluida la cavidad bucal • Oídos y orejas, incluida la parte interior y detrás de las orejas • Cabeza • Cuello • Pecho, incluidos los senos • Abdomen • Nalgas, muslos (incluida la cara interna), piernas, pies 	<ul style="list-style-type: none"> • Sangrado activo o reciente • Hematomas • Eritemas o edemas • Cortes o abrasiones • Indicios de que le han arrancado el cabello o de pérdida reciente de dientes • Lesiones como marcas de mordeduras, arañazos o puñaladas o heridas de arma de fuego • Indicios de lesiones abdominales internas en el abdomen • Rotura del tímpano
Lista de verificación para la exploración genital	
<ul style="list-style-type: none"> • Genitales (externos) • Genitales internos (exploración interna con espéculo) • Zona anal (externa) 	<ul style="list-style-type: none"> • Sangrado activo o heridas recientes • Hematomas • Eritemas o edemas • Cortes o abrasiones • Presencia de cuerpos extraños

- ▶ No es responsabilidad del profesional de la salud determinar si alguien ha sufrido una violación o no. Documente sus hallazgos sin llegar a conclusiones sobre la violación. Tenga en cuenta que en muchos casos de violación no se producen resultados clínicos.
 - ▶ Evalúe y documente exhaustivamente el estado físico y emocional de la persona sobreviviente.
 - ▶ Documente todas las lesiones de forma clara y sistemática, utilizando una terminología estándar y describiendo las características de las heridas (véase el cuadro 3.1). Registre sus conclusiones en pictogramas (véase el anexo 5). Los profesionales sanitarios que no estén capacitados para interpretar las lesiones deberán limitar su papel a describir las lesiones con el mayor detalle posible (véase el cuadro 3.1), sin especular sobre la causa, ya que ello puede tener profundas consecuencias para la persona sobreviviente y el posible agresor.
 - ▶ Anote con precisión, las principales declaraciones de la persona sobreviviente utilizando sus propias palabras, tales como mensajes del agresor o amenazas proferidas por este. No tenga miedo de incluir el nombre del agresor, pero utilice enunciados que cualifiquen, como “la paciente afirma” o “según informa la paciente”.
 - ▶ Evite el uso del término “supuesto” o “presunto”, pues podría interpretarse en el sentido de que la persona sobreviviente exageró o mintió.
 - ▶ Tome nota de las muestras recogidas como pruebas.
- (véase el anexo 6). Este es un requisito legal en la mayoría de los países. Es responsabilidad del profesional sanitario que examina a la persona sobreviviente asegurarse de que se cumplimente el certificado.
- ▶ El certificado médico es un documento médico confidencial que el profesional sanitario debe facilitar a la persona sobreviviente. El certificado médico constituye un elemento de prueba y a menudo es la única prueba material disponible, aparte del testimonio de la propia persona sobreviviente.
 - ▶ En función del contexto, la persona sobreviviente puede utilizar el certificado hasta 20 años después de que se haya producido la agresión, a fin de solicitar justicia o una indemnización. El profesional sanitario deberá guardar una copia bajo llave junto con el expediente de la persona sobreviviente para poder certificar la autenticidad del documento que presente la persona sobreviviente ante un tribunal, si así se solicita. La persona sobreviviente tiene el derecho exclusivo a decidir si utiliza o no ese documento y cuándo lo hará.
 - ▶ El certificado médico podrá entregarse a los servicios jurídicos o a las organizaciones que tengan el mandato de brindar protección únicamente con el acuerdo de la persona sobreviviente.
 - ▶ El certificado médico debe ser gratuito; no debe cobrarse a la persona sobreviviente por él.
 - ▶ El certificado médico no debe incluir la obligación de indicar si se ha producido o no una violación o una casilla a tal efecto.

Certificado médico

- ▶ La atención médica que se presta a una persona sobreviviente de violencia sexual o violación incluye la preparación de un certificado médico

Si bien el profesional sanitario puede documentar la exploración y la atención prestada, NO le corresponde determinar si se ha producido una violación. La violación es una es necesario

Cuadro 3.1. Descripción de las características de las lesiones físicas

Característica	Notas
Clasificación	Utilice la terminología aceptada siempre que sea posible, es decir, abrasión, contusión, laceración, herida incisiva, disparo
Ubicación	Anote la posición anatómica de la(s) herida(s)
Cantidad	Mida las dimensiones de la(s) herida(s)
Forma	Describa la forma de la(s) herida(s) (por ejemplo, lineal, curvada, irregular)
Alrededores	Tenga en cuenta el estado de los tejidos circundantes o cercanos (por ejemplo, magullados, hinchados)
Color	La observación del color es particularmente pertinente cuando se describen hematomas
Curso	Haga observaciones sobre la dirección aparente de la fuerza aplicada (por ejemplo, en las abrasiones)
Contenido	Tome nota de la presencia de cualquier cuerpo extraño en la herida (por ejemplo, suciedad, vidrio)
Antigüedad	Indique cualquier prueba que apunte hacia una curación. (Tenga en cuenta que es imposible determinar con precisión la antigüedad de una lesión, y que es preciso extremar la precaución al respecto)
Contorno	Las características del contorno de la(s) herida(s) pueden proporcionar indicios sobre el arma utilizada
Profundidad	Indique la profundidad de la(s) herida(s); puede ser una estimación

determinar ese hecho para prestar una atención adecuada.

Para más detalles sobre los exámenes forenses, véase el anexo 3, así como la publicación titulada *Strengthening the medico-legal response to sexual violence*.¹⁴

Recuadro 3.4. Si una sobreviviente de violación se presenta después de 72 horas

Si la sobreviviente se presenta transcurridas las primeras 72 horas posteriores a la agresión, la capacidad de recoger pruebas forenses se verá limitada. Una exploración física exhaustiva sigue siendo importante para documentar y tratar lesiones.

Es necesario valorar:

- el tamaño y color de cualquier hematoma o cicatriz;
- cualquier indicio que demuestre la existencia de posibles complicaciones derivadas de la agresión o violación (sordera, fracturas, abscesos, etc.);
- signos de embarazo; y
- el estado mental (retraído, deprimido, suicida).

Aun cuando no cabría esperar encontrar lesiones, la sobreviviente puede creer que ha sufrido una lesión. Una exploración minuciosa que permita comprobar que no ha habido daños físicos puede ser muy beneficioso y un gran alivio para la sobreviviente, y podría ser la razón principal para solicitar asistencia. También es importante explicar a la sobreviviente que las lesiones genitales se curan rápidamente y que la ausencia de estas no significa necesariamente que no la hayan violado o que no haya sufrido daños con anterioridad.

Al realizar la exploración genital, si la agresión se produjo más de 72 horas antes, tome nota de cualquier lesión que se esté curando o de la presencia de cicatrices recientes en los genitales. Si la agresión se produjo más de una semana antes y no hay magulladuras o laceraciones ni molestias (por ejemplo, secreciones o úlceras vaginales o anales), no está indicado hacer una exploración interna o con espéculo.

Paso 5. Administrar tratamiento

Recuerde: Derive de forma inmediata a las sobrevivientes que presentan enfermedades que amenacen su vida o sean graves para que reciban tratamiento de urgencia.

El tratamiento dependerá de la celeridad con la que la persona sobreviviente acuda al servicio de salud. Siga los pasos indicados en la sección A si acude en las primeras 72 horas posteriores a la agresión, y la sección B si se presenta con

Recuadro 3.5. Recopilación de pruebas forenses de sobrevivientes de violación

La finalidad principal de la exploración a la que se somete a una sobreviviente de violación es determinar la atención médica que necesita. También se pueden recopilar pruebas forenses para ayudar a la sobreviviente a solicitar reparación legal cuando sea posible y si así lo desea. No obstante, en muchos contextos, la capacidad de procesar pruebas forenses o de utilizarlas para emprender acciones judiciales es muy limitada o inexistente. Ello es especialmente cierto en situaciones de crisis humanitaria.

- No reúna pruebas que no puedan procesarse o que no vayan a utilizarse con fines judiciales.
- No recopile pruebas si la agresión denunciada no se considera delito en virtud de las leyes pertinentes.
- *No recoja pruebas si la sobreviviente no desea que se recojan. Respete su decisión.*

En el caso de que haya decidido recoger pruebas forenses (es decir, si se dispone de capacidad para procesar y utilizar pruebas forenses en su entorno y la sobreviviente consiente), siempre que sea posible, deberán recogerse durante la exploración médica para que la sobreviviente no tenga que someterse a diferentes exámenes invasivos que puedan resultar traumáticos. Documentar las lesiones y tomar muestras, como sangre, pelo, saliva y semen, en las primeras 72 horas posteriores a la agresión puede contribuir a apoyar el relato de la sobreviviente y podría ayudar a identificar al agresor o agresores. Si la sobreviviente se presenta después de las primeras 72 horas, la cantidad y el tipo de pruebas que se recojan dependerá de la situación.

Antes de comenzar la exploración o la recolección de pruebas:

- Explique a la sobreviviente lo que implicaría la recogida de pruebas.
- Si desea que se recojan pruebas, deberá derivarla o remitirla a un profesional sanitario específicamente capacitado para llevar a cabo esa labor.
- Aunque no se recopilen pruebas forenses, realice un reconocimiento físico y una exploración genital exhaustivos (si la sobreviviente da su consentimiento) y documéntelos adecuadamente (véase el paso 4, el material de apoyo 4 y los anexos 4 y 5). La documentación de la exploración puede ser útil si la sobreviviente decide entablar una causa judicial.

posterioridad. Las personas sobrevivientes de sexo masculino necesitan las mismas vacunas y el mismo tratamiento que se administra para tratar las infecciones de transmisión sexual que afectan a las mujeres. En la sección C figura información sobre autoasistencia.

Al final del paso 5 del material de apoyo 5 se indican los plazos para diferentes intervenciones adecuadas.

A. Tratamiento para las personas sobrevivientes de violación que acuden a la consulta en las primeras 72 horas posteriores a la agresión

Tratamiento de lesiones físicas y derivación de la persona sobreviviente

Tratamiento de heridas

- ▶ Limpie los desgarros, los cortes y las abrasiones y elimine la suciedad, las heces y el tejido muerto o dañado. Decida si alguna herida necesita sutura. Suture las heridas limpias en las siguientes 24 horas. Una vez transcurrido ese tiempo, tendrán que cicatrizar por segunda intención o mediante sutura primaria diferida. No suture las heridas que estén muy sucias. Si hay heridas contaminadas importantes, considere la posibilidad de administrar los antibióticos y analgésicos pertinentes.

Entre las complicaciones que pueden requerir una hospitalización urgente figuran las siguientes:

- ▶ lesiones generalizadas (en la zona genital o anal, la cabeza, el tórax o el abdomen);
- ▶ déficits neurológicos (por ejemplo, no poder hablar, problemas para caminar);
- ▶ dificultad respiratoria.
- ▶ inflamación de las articulaciones en un lado del cuerpo; o
- ▶ fiebre y septicemia.

Prevenir el tétanos

Cosas que conviene saber antes de elaborar un protocolo

- La anatoxina tetánica está disponible en varios preparados diferentes. Consulte las directrices de vacunación locales para ver cuáles son las recomendaciones.
- La inmunoglobulina antitetánica (antitoxina) es cara y debe refrigerarse. Por lo general, no está disponible en contextos de bajos recursos.

Si hay algún desgarrado en la piel o la mucosa, debe administrarse profilaxis antitetánica salvo que la persona sobreviviente se haya vacunado en su totalidad.

- ▶ Consulte el cuadro 3.2 para decidir si administrar la vacuna de anatoxina tetánica (que proporciona una protección activa) y la inmunoglobulina antitetánica, si está disponible (que proporciona una protección pasiva).
- ▶ Si la vacuna y la inmunoglobulina se administran al mismo tiempo, es importante utilizar agujas y jeringas separadas, y distintos lugares para su administración.
- ▶ Advierta a la persona sobreviviente que debe ponerse todas las dosis del programa de vacunación para que la protección sea total (es decir, la segunda dosis a las cuatro semanas, la tercera dosis entre seis meses y un año).

Prevenir el embarazo

Es preciso ofrecer anticoncepción de urgencia a toda mujer que haya sufrido una violación. Si los anticoncepción de urgencia se administran en un plazo de 120 horas (5 días) a partir del momento en que se produjo la violación, es posible que se evite que la mujer quede embarazada, aunque son más eficaces si se administran de forma inmediata y en las primeras 72 horas (3 días) posteriores a la

Cuadro 3.2: Cuadro para determinar si hay que administrar anatoxina tetánica (TT) e inmunoglobulina antitetánica (TIG)

	Si las heridas están limpias y tienen < 6 horas		Todas las demás heridas	
	TT*	TIG	TT*	TIG
Historial de vacunación antitetánica (número de dosis)				
Incierto o < 3 dosis	Sí	No	Sí	Sí
3 o más dosis	No, salvo que la última dosis fuera hace > 10 años	No	No, salvo que la última dosis fuera hace > 5 años	No

* En el caso de los niños menores de siete años, se prefiere la vacuna contra la difteria, el tétanos y la tosferina o la difteria y el tétanos a únicamente la anatoxina tetánica. A partir de los siete años se prefiere la vacuna contra el tétanos y la difteria únicamente la anatoxina tetánica.

14 Organización Mundial de la Salud (OMS), Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). Strengthening the medico-legal response to sexual violence. Ginebra: OMS; 2015 (<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/medico-legal-response/en/>, consultado el 27 de agosto de 2019).

violación. Si se dispone de ella, haga una prueba de embarazo para determinar si había un embarazo previo. Si bien no es necesario realizar una prueba de embarazo antes de proporcionar anticoncepción de urgencia, hacerlo puede servir para determinar si la mujer estaba embarazada antes de la violación.

Existen tres tratamientos de píldoras anticonceptivas de emergencia:

- ▶ el acetato de ulipristal (30 mg dosis única);
- ▶ solo progestágenos (levonorgestrel 1,5 mg dosis única o dos comprimidos de 0,75 mg); y
- ▶ una combinación de estrógenos y progestágenos (100 µg de etinilestradiol + 0,5 mg de levonorgestrel, repetida 12 horas más tarde).

Las píldoras combinadas son menos eficaces y tienen más efectos secundarios que las otras opciones. Véase el anexo 7, donde figuran los protocolos para la administración de anticoncepción de urgencia.

Datos sobre las píldoras anticonceptivas de emergencia

- ▶ Cualquier mujer puede tomar píldoras anticonceptivas de emergencia; no es necesario realizar ningún reconocimiento médico ni pruebas de embarazo.
- ▶ Los anticoncepción de urgencia no provocan la interrupción de un embarazo ya existente. Simplemente evitan que se produzca un posible embarazo.
- ▶ También se puede proporcionar a la mujer un suministro de píldoras anticonceptivas de emergencia por adelantado para necesidades futuras.
- ▶ No hay restricciones de edad.

Cómo explicar qué son los anticoncepción de urgencia

Puede preguntar a la mujer si utiliza algún método anticonceptivo eficaz, como píldoras anticonceptivas, inyecciones anticonceptivas, implantes, un dispositivo intrauterino (DIU) o incluso si se ha sometido a un procedimiento de esterilización. En caso afirmativo, es probable que no se quede embarazada. Si su último ciclo menstrual comenzó en los siete días anteriores a la violación, tampoco es probable que se quede embarazada.

- ▶ El uso de los anticoncepción de urgencia es una decisión personal que únicamente puede tomar la mujer.
- ▶ Los anticoncepción de urgencia pueden ayudar a evitar el embarazo, pero su eficacia no es total.
- ▶ Las píldoras anticonceptivas de emergencia funcionan principalmente impidiendo que el óvulo se libere.
- ▶ No provocan un aborto.
- ▶ Tampoco evitarán que se produzca un embarazo la siguiente vez que la mujer tenga relaciones sexuales.

- ▶ Si ha mantenido otras relaciones sexuales sin protección desde su última menstruación, es posible que esté embarazada.
- ▶ Aunque no necesita hacerse una prueba de embarazo para tomar píldoras anticonceptivas de emergencia, una prueba de embarazo puede determinar si estaba embarazada. Si lo está la píldora anticonceptiva de emergencia no funcionará, pero no dañará el embarazo.

Instrucciones para la administración de píldoras anticonceptivas de emergencia

- ▶ Conviene administrar a la niña o la mujer las **píldoras anticonceptivas de emergencia lo antes posible**, ya que cada día que pasa pierden eficacia.
- ▶ Las píldoras pueden tomarse sin perjuicio alguno al mismo tiempo que los antibióticos para combatir posibles infecciones de transmisión sexual y la profilaxis postexposición para prevenir el VIH. Los anticoncepción de urgencia y los antibióticos pueden tomarse en diferentes momentos del día con alimentos a fin de reducir las náuseas; además puede administrarse un antiemético para prevenir las náuseas y los vómitos (véase más adelante).
- ▶ Si la persona sobreviviente vomita en el transcurso de las dos horas siguientes a la toma de los anticoncepción de urgencia, deberá volver a tomar otra dosis lo antes posible. Si toma píldoras anticonceptivas de emergencia
- ▶ combinadas, puede administrársele un antiemético (clorhidrato de meclizina) entre 30 minutos y una hora antes del anticonceptivo de emergencia para reducir las náuseas.
- ▶ Es posible que la paciente presente manchado o sangrado unos días después de tomar el anticonceptivo.
- ▶ Debería regresar si su siguiente menstruación se retrasa más de una semana.
- ▶ Hay que tener en cuenta que algunos medicamentos inductores de enzimas (como la rifampicina o el efavirenz) reducen la eficacia de los anticonceptivos hormonales orales. Si la paciente estaba tomando alguno de esos medicamentos antes de la violación, deberá tomar una dosis doble de píldoras anticonceptivas de emergencia.

Dispositivos intrauterinos de cobre de emergencia (DIU)

- ▶ Ese tipo de DIU puede utilizarse como anticonceptivo de emergencia hasta cinco días después de un contacto sexual sin protección.
- ▶ Esa opción no debe considerarse como posibilidad si la mujer está embarazada.
- ▶ Esa opción es más eficaz como anticonceptivo de emergencia que las píldoras anticonceptivas de emergencia.
- ▶ Este DIU ofrece una protección contra el embarazo a largo plazo y se puede mantener

hasta 12 años tras su colocación. La fecundidad queda restablecida inmediatamente una vez que se retira el dispositivo.

- ▶ Si se opta por colocar un DIU, deberá administrarse el tratamiento completo para las infecciones de transmisión sexual, como se recomienda en el anexo 8.

Prevenir el VIH

La profilaxis postexposición para prevenir infecciones por el VIH debe iniciarse **lo antes posible y hasta 72 horas después de una posible exposición al VIH** (véase también el anexo 9).

Hay situaciones en las que no se recomienda la profilaxis postexposición, incluso en ese plazo de 72 horas, a saber:

- ▶ La persona sobreviviente de violación está infectada por el VIH (es preciso tener en cuenta que, si la persona sobreviviente es VIH positivo y no está tomando tratamiento antirretroviral, debe derivarse para que se le administre de inmediato tratamiento contra el VIH).
- ▶ Se sabe que el agresor no está infectado por el VIH (si hay dudas, debe ofrecerse profilaxis postexposición).

Los profesionales de la salud deben proporcionar información sobre los factores de riesgo de transmisión del VIH a fin de que las personas sobrevivientes puedan tomar una decisión informada sobre la conveniencia de someterse a la profilaxis postexposición. El riesgo de una posible transmisión del VIH es alto si se dieron alguna de las condiciones siguientes:

- ▶ hubo penetración vaginal, anal u oral;
- ▶ la persona sobreviviente estuvo expuesta a líquidos corporales que pueden representar un riesgo de infección por el VIH (por ejemplo, sangre, saliva manchada de sangre, secreciones genitales, fluidos rectales) a través de heridas o lágrimas en otras mucosas;
- ▶ la persona sobreviviente estaba inconsciente o no recuerda lo que ocurrió;
- ▶ se sabe que el agresor consume drogas inyectables; o
- ▶ la persona sobreviviente sufrió una violación múltiple.

La decisión de someterse a profilaxis para prevenir el VIH concierne únicamente a la persona sobreviviente. Analice los aspectos siguientes para ayudarla a decidir.

- ▶ Hay algunos factores que aumentan el riesgo de transmisión del VIH (véase supra).
- ▶ La profilaxis postexposición puede reducir la probabilidad de contraer el VIH, si bien no es efectiva al cien por ciento.
- ▶ El medicamento debe tomarse durante 28 días, bien una o dos veces al día, dependiendo de la pauta aplicada.

- ▶ Aproximadamente la mitad de las personas que se sometieron a profilaxis postexposición experimentan efectos secundarios, como náuseas, cansancio y dolores de cabeza. En la mayoría de los casos, los efectos secundarios disminuyen después de unos días.
- ▶ Es importante cumplir con el tratamiento de profilaxis en su totalidad a fin de garantizar la eficacia de la protección.

Instrucciones para la administración de la profilaxis postexposición

- ▶ Inicie el tratamiento lo antes posible, en un plazo máximo de 72 horas a partir del momento en que se produjo la agresión.
- ▶ La elección de los medicamentos para la profilaxis postexposición debe fundamentarse en las directrices nacionales.
- ▶ La nevirapina no debe administrarse debido a su alto riesgo de toxicidad, que puede aumentar la probabilidad de interrumpir la profilaxis.
- ▶ Ofrezca seguimiento a intervalos regulares.
- ▶ Ofrezca asesoramiento y pruebas de detección del VIH en la primera consulta. Realice las pruebas únicamente si la
- ▶ persona sobreviviente da su consentimiento y si la profilaxis postexposición y el tratamiento para el VIH están disponibles en el entorno.
- ▶ Vuelva a realizar la prueba del VIH tres o seis meses (o ambos) después de administrar la profilaxis con el consentimiento de la persona sobreviviente.
- ▶ En caso de que el resultado de la prueba del VIH sea positivo, deberá derivarse a la paciente para que reciba el tratamiento y la atención pertinentes. Los servicios y los cauces de derivación deberían haberse definido en la fase preparatoria (véase el capítulo 1).

Consejos para mantener el cumplimiento de la profilaxis postexposición

El cumplimiento terapéutico es un elemento importante de la profilaxis postexposición, dado que debe tomarse una o dos veces al día durante 28 días. Analice los siguientes puntos con la persona sobreviviente.

- ▶ Es importante acordarse de tomar cada dosis. Puede ayudar a tomar el tratamiento a la misma hora todos los días, por ejemplo, en el desayuno o en la cena (dependiendo de la posología) o recibir recordatorios o mensajes programados a través de un teléfono móvil, o por medio de un familiar o un amigo. Tomar las píldoras a intervalos regulares garantiza que la medicación en sangre se mantenga aproximadamente al mismo nivel.
- ▶ Es posible que algunos medicamentos para la profilaxis postexposición deban tomarse con alimentos.
- ▶ Si se olvida una dosis:

- En los regímenes que prescriben una dosis diaria, si se olvida de tomárselo a la hora prevista, deberá tomárselo de todos modos si se retrasa menos de 12 horas. Si la demora supera las 12 horas, deberá esperar y tomar la siguiente dosis a la hora habitual.
- En los regímenes que prescriben dos dosis diarias, si se olvida una dosis, no debe tomarse dos dosis al mismo tiempo.
- ▶ La persona sobreviviente deberá regresar a la clínica si observa efectos secundarios que no desaparecen en unos días, si no puede tomar los medicamentos según lo prescrito o si tiene algún otro problema.

Prevenir las infecciones de transmisión sexual

- ▶ Debe administrarse a las personas sobrevivientes de violación antibióticos para tratar de forma preventiva la clamidia, la gonorrea y la sífilis.
- ▶ Prescriba tratamiento preventivo de las infecciones de transmisión sexual en la primera consulta a la que acude la persona sobreviviente.
- ▶ Administre ese tratamiento teniendo en cuenta los protocolos nacionales. En la medida de lo posible, ofrezca dosis orales únicas, ya que son más fáciles de tomar.
- ▶ En la consulta de seguimiento, prescriba un tratamiento complementario teniendo en cuenta las pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual si dispone de ellas; si no se realizan esas pruebas, trate las infecciones de transmisión sexual de forma sintomática. Ese también es un buen momento para hacer una prueba de sífilis si es posible. Des exemples de traitement des IST, y compris pour les enfants, figurent à l'annexe 8.

En el anexo 8 se presentan regímenes tipo de medicamentos para el tratamiento de infecciones de transmisión sexual, incluso en el caso de los niños.

Prevenir la hepatitis B

El virus de la hepatitis B puede transmitirse por vía sexual. Por consiguiente, debe ofrecerse a las

Cosas que conviene saber antes de elaborar un protocolo

- Averigüe la prevalencia de la hepatitis B en su entorno, así como el calendario de vacunación del país de origen y el país de acogida de la sobreviviente.
- Existen varias vacunas contra la hepatitis B, cada una de ellas con diferentes dosis y calendarios recomendados. Consulte la dosis y el calendario de vacunación del producto que está disponible en su entorno.

personas sobrevivientes de violación la posibilidad de vacunarse contra la hepatitis B, especialmente en entornos de alta prevalencia.

- ▶ Pregunte a la persona sobreviviente si se ha vacunado alguna vez antes contra la hepatitis B. Véase el cuadro 3.3 para obtener una guía del tratamiento.
- ▶ Si el estado de inmunización de la persona sobreviviente es incierto, haga una prueba primero si es posible. Si ya es inmune (es decir, los resultados de las pruebas muestran la presencia del anticuerpo de superficie de la hepatitis B en el suero), no será necesaria ninguna otra vacuna. Si no es posible hacer pruebas, vacune a la persona sobreviviente.
- ▶ Utilice el tipo de vacuna, la dosis y el calendario de vacunación que se utilice en el país donde trabaja.
- ▶ Puede utilizarse una vacuna sin inmunoglobulina contra la hepatitis B (IGHB).
- ▶ Administre la vacuna por vía intramuscular en la zona del deltoides del brazo.

Pruebas de laboratorio

Si así lo indican la historia o los resultados de la exploración, podrán recogerse más muestras con fines médicos.

- ▶ Si la persona sobreviviente manifiesta molestias que indiquen una infección del tracto urinario, recoja una muestra de orina para determinar la presencia de eritrocitos y leucocitos y para un posible cultivo.
- ▶ Haga una prueba de embarazo si está indicado y se dispone de ellas.

Cuadro 3.3: Vacunación preventiva contra la hepatitis B y orientaciones sobre el tratamiento

Estado de inmunización	Directrices de tratamiento
No, nunca se ha vacunado contra la hepatitis B	1ª dosis de la vacuna: en la primera consulta 2ª dosis: 1 a 2 meses después de la primera dosis (o en la consulta de seguimiento a los 3 meses* si no se realiza antes) 3ª dosis: 4 a 6 meses después de la primera dosis
Ha empezado, pero aún no ha completado la serie de vacunas contra la hepatitis B	Termine la serie según lo programado
Sí, ha recibido la serie completa de vacunas contra la hepatitis B	No es necesario volver a vacunarla

* Véase el paso 8: Consulta de seguimiento.

- ▶ Otras pruebas diagnósticas, como las exploraciones por rayos X y ultrasonido, pueden ser útiles para el diagnóstico de fracturas y traumatismos abdominales.

B. Tratamiento para personas sobrevivientes de violación que acuden al servicio transcurridas las primeras 72 horas posteriores a la agresión

Tratamiento de lesiones físicas y derivación de la persona sobreviviente

Trate todas las heridas no cicatrizadas, fracturas, abscesos y otras lesiones y complicaciones, o bien derive a la paciente para su tratamiento.

Tétanos

Por lo general, el tétanos tiene un período de incubación de 3 a 21 días, si bien puede llegar a prolongarse varios meses. Derive a la persona sobreviviente al nivel asistencial que corresponda si detecta signos de infección por tétanos. Si no ha recibido todas las dosis de la vacuna, vacune a la paciente inmediatamente, con independencia del tiempo transcurrido desde la agresión. Si aún hay heridas importantes, sucias y sin cerrar, considere la posibilidad de administrar inmunoglobulina antitetánica si dispone de ella (véase “Prevención del tétanos” y el cuadro 3.2 en la sección A del paso 5, *supra*).

Embarazo

Si la persona sobreviviente acude al servicio en un plazo de 72 horas (3 días) a 120 horas (5 días) después de la violación, las píldoras anticonceptivas de emergencia reducirán la posibilidad de embarazo. El tratamiento es más eficaz si se administra en las primeras 72 horas, si bien sigue siendo moderadamente eficaz en las 120 horas posteriores al contacto sexual sin protección. Un DIU de cobre es un método eficaz para prevenir el embarazo si se coloca en los 5 primeros días a partir del momento en que se produjo la violación.

Si una mujer acude transcurridos los primeros cinco días posteriores a la agresión, los anticoncepción de urgencia no serán eficaces, y deberá hacerse una prueba de embarazo si su siguiente menstruación tiene un retraso de más de una semana.

Es probable que las mujeres personas sobrevivientes de violación estén muy preocupadas ante la posibilidad de quedarse embarazadas a consecuencia de la violación. Si la persona sobreviviente se queda embarazada, será preciso proporcionarle apoyo emocional e información clara

a fin de que pueda entender las distintas opciones disponibles.

En muchos países, la ley permite la terminación de un embarazo en caso de violación. Además, la interpretación local de las leyes sobre el aborto en relación con la salud mental y física de la mujer puede permitir la interrupción del embarazo producto de una violación. Averigüe si es ese el caso en su entorno. Si no puede proporcionar un aborto seguro, averigüe dónde podría realizarse a fin de derivar a la persona sobreviviente si opta por esa posibilidad, en caso de que sea legal. Puede encontrar más información en el *Manual de práctica clínica para un aborto seguro de la OMS*.¹⁵

Es posible que en su zona haya servicios de adopción o de acogida familiar. Averigüe qué servicios están disponibles y facilite esa información a la persona sobreviviente.

Transmisión del VIH

No debe ofrecerse profilaxis postexposición para el VIH si la persona sobreviviente acude a la consulta transcurridas las primeras 72 horas. No obstante, los profesionales sanitarios deberán considerar todas las demás intervenciones relacionadas con el VIH y los servicios a los que puede derivarse a la persona sobreviviente a fin de ofrecérselos si se presenta 72 horas o más después de la agresión.

En algunos entornos, las pruebas del VIH pueden realizarse incluso seis semanas después de una violación. Sin embargo, por lo general, se recomienda derivar a la persona sobreviviente para la realización de pruebas y la prestación de asesoramiento de 3 a 6 meses después de la agresión, para evitar tener que repetir las pruebas. Compruebe cuáles son los servicios de VIH disponibles en su entorno y los protocolos aplicables.

Infecciones de transmisión sexual (ITS)

Si las pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual revelan la existencia de una infección, o si la persona presenta síntomas, siga los protocolos locales aplicables para su tratamiento.

Hepatitis B

La hepatitis B tiene un período de incubación medio de 2 a 3 meses. Si observa signos de infección aguda, si es posible, derive a la persona para que reciba tratamiento, o bien proporcionele asesoramiento. Si la persona no está vacunada y en su entorno es pertinente, vacúnala, sin importar el tiempo transcurrido desde la agresión.

15 *Manual de práctica clínica para un aborto seguro*. Ginebra; Organización Mundial de la Salud, 2014 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134747/9789243548715_spa.pdf;jsessionid=E63961F90AEB16787F1C7462A1FFB466?sequence=1, consultado el 14 de marzo de 2019).

Pruebas de laboratorio

- ▶ Si la persona sobreviviente manifiesta molestias que indiquen una infección del tracto urinario, recoja una muestra de orina para determinar la presencia de eritrocitos y leucocitos y para un posible cultivo.
- ▶ Haga una prueba de embarazo, si está indicado y se dispone de ellas.
- ▶ Determine la existencia de infecciones de transmisión sexual si dispone de pruebas de diagnóstico para ello.
- ▶ Si sospecha que puede haber fracturas o lesiones abdominales, considere la posibilidad de realizar otras pruebas diagnósticas, como radiografías y ecografías.

C. Elaboración de un plan de autoasistencia de una persona sobreviviente de violación (con independencia de si acudió al servicio en las primeras 72 horas posteriores a la agresión o más tarde)

Explique los resultados de la exploración física y el tratamiento

Explique a la mujer los resultados de la exploración física y lo que significan para su salud, así como el tratamiento que se requiera. Anímela a que plantee sus dudas e inquietudes y responda en detalle, comprobando que comprende toda la información.

Tratamiento de las lesiones por la persona sobreviviente

- ▶ Enseñe a la persona sobreviviente cómo debe ocuparse de cualquier lesión que tenga.
- ▶ Describale los signos y síntomas de infección de una herida (p. ej., calor, enrojecimiento, dolor e inflamación en la zona de la herida; presencia de sangre o pus, fetidez o fiebre). Pídale que regrese a la consulta o que acuda a otro servicio de salud en caso de presentar cualquiera de esos signos.
- ▶ Explique la importancia de finalizar el curso completo del tratamiento, sobre todo de los antibióticos. Explíquele también todos los posibles efectos secundarios y lo que puede hacer para aliviarlos.

Autoasistencia para la prevención de las infecciones de transmisión sexual

- ▶ Explique a la mujer cuáles son los signos y los síntomas de las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH, y recomiéndele que acuda a la consulta para recibir tratamiento en caso de presentar alguno de ellos.
- ▶ Aconseje a la mujer que se abstenga de mantener relaciones sexuales hasta haber terminado todos los tratamientos y la profilaxis contra las enfermedades de transmisión sexual.
- ▶ Recomiende a la persona sobreviviente usar preservativos cuando mantenga relaciones sexuales, al menos hasta que se conozcan los resultados de las pruebas de diagnóstico de

infecciones de transmisión sexual y del VIH en las consultas de seguimiento previstas a los tres y seis meses (véase el paso 8). Considere posibles estrategias para abstenerse de mantener relaciones sexuales o negociar el uso de preservativos, teniendo en cuenta que puede correr el riesgo de sufrir agresiones debido a ello.

Paso 6. Mejorar la seguridad y derivar a la persona sobreviviente a otros servicios de apoyo

Resolver los problemas de seguridad y derivar a la persona sobreviviente de la violación a otros servicios de apoyo

Es importante tratar de comprender los riesgos inmediatos que corre una persona sobreviviente y ayudarla a elaborar un plan que permita mejorar su seguridad. A menudo, la persona sobreviviente de violación conoce a la persona que la ha agredido. Aun cuando no conozca al agresor, la persona sobreviviente podría temer por la seguridad de su familia o comunidad. Pregunte a la persona sobreviviente si tiene un lugar seguro donde cobijarse; si no lo tiene, es preciso hacer un esfuerzo para encontrar un lugar seguro al que pueda ir. Si desea más información, consulte la sección “Mejorar la seguridad” en el capítulo 2: Prestación de asistencia de primera línea.

Una vez que se hayan tratado los problemas de seguridad, deberá derivar a la persona sobreviviente a otros servicios competentes, como los servicios especializados en casos de violencia de género, la policía, la asistencia jurídica o los grupos de apoyo, con arreglo a los cauces establecidos y en función de las necesidades y los deseos de la persona sobreviviente (véase el capítulo 1: Preparativos). Es posible que la persona sobreviviente deba enfrentarse a numerosos problemas que requieran la atención de distintos profesionales, como la estigmatización, el aislamiento y el rechazo de la familia. A fin de ayudar mejor a las personas sobrevivientes a acceder a otros servicios, utilice las orientaciones que figuran en la sección titulada “Apoyar” del capítulo 2: Prestación de asistencia de primera línea.

Paso 7. Evaluación de la salud mental y prestación de apoyo psicosocial

El papel del médico no termina con la exploración física. La asistencia médica destinada a las personas sobrevivientes de violación incluye la evaluación de problemas psicológicos y emocionales, así como la prestación de apoyo psicológico básico y de otra índole y, si es necesario, la derivación de la persona sobreviviente a profesionales de otros servicios para que traten los trastornos mentales más frecuentes, el

Calendario del tratamiento posterior a una violación		
	Tratamiento	Calendario y características
Prioridad en las primeras 72 horas	Tratamiento de lesiones físicas	Derive inmediatamente a la persona sobreviviente al servicio de urgencias para que traten cualquier afección que pueda poner en peligro su vida. Limpie y trate las lesiones menos graves sin demora.
	Profilaxis postexposición de la infección por el VIH	Administre profilaxis posexposición lo antes posible en las primeras 72 horas posteriores a la violación . Es posible que haya personas que no puedan acceder a esos servicios en ese plazo. Los profesionales sanitarios deberán derivar a las personas sobrevivientes que acudan a los servicios transcurridas más de 72 horas después de la agresión a otros servicios relacionados con el VIH.
	Anticoncepción de urgencia (AE)	Administre anticoncepción de urgencia lo antes posible y hasta 120 horas después de la violación.
	Tratamiento preventivo de LAS infecciones de transmisión sexual (ITS)	Administre lo antes posible , tratamiento preventivo contra la clamidia, la gonorrea y la sífilis. Si la persona sobreviviente se presenta transcurridas más de algunas semanas después de la agresión, trátela siguiendo un modelo sintomático o mediante pruebas de laboratorio si se dispone de ellas.
	Profilaxis contra el tétanos	Administre tratamiento según el riesgo y el estado vacunal previo a la exposición.
	Profilaxis contra la hepatitis B	Vacune según el protocolo, salvo que la persona sobreviviente ya esté vacunada.
	Manejo de embarazos no deseados	Proporcione asesoramiento y analice las posibles opciones con la persona sobreviviente.

uso indebido de sustancias, las conductas de riesgo y otros problemas sociales o de salud mental. Si bien es posible que no haya síntomas postraumáticos o que desaparezcan con el tiempo, debe ofrecerse a todas las personas sobrevivientes la posibilidad de derivarlas a los servicios de apoyo psicosocial en caso de que existan.

Las personas sobrevivientes corren un mayor riesgo de presentar una serie de síntomas, como sentimientos de culpabilidad y vergüenza, ira, ansiedad, miedo, pesadillas, pensamientos o intentos de suicidio, aturdimiento, consumo de sustancias, disfunción sexual, dolencias somáticas sin explicación médica y retraimiento social.

Preste una atención práctica básica y no intrusiva. Escuche, pero no obligue a hablar sobre la agresión y asegúrese de atender las necesidades básicas de la persona sobreviviente. Dado que puede causar mayores problemas psicológicos, no presione a la persona sobreviviente para que cuente su experiencia personal más allá de lo que haría normalmente. Reconozca que la persona sobreviviente ha experimentado una agresión física y emocional grave. Explíquelo que es habitual experimentar emociones fuertes y negativas o aturdimiento después de una violación.

En la mayoría de las culturas, en los casos de violación se tiende a culpar a la persona sobreviviente. Si la persona sobreviviente expresa

culpabilidad o vergüenza, explíquelo amablemente que la violación siempre es culpa del agresor y nunca de la persona sobreviviente. Asegúrele que ella no se merecía semejante agresión, que el hecho no fue culpa suya y que ello no se vio provocado por su comportamiento o su forma de vestir. No haga juicios morales de la persona sobreviviente.

En el capítulo 5: Atención complementaria de salud mental y apoyo psicosocial, figuran orientaciones más detalladas sobre cómo hacer frente a los problemas de salud mental de las personas sobrevivientes.

Paso 8. Consultas de seguimiento

Las consultas de seguimiento deberán tener lugar dos semanas, un mes, tres meses y seis meses después de la primera consulta. En algunas situaciones de crisis humanitaria, el seguimiento a largo plazo puede no ser factible, en particular si hay desplazamientos en curso. Los profesionales de la salud deben tratar de hacer al menos una visita de seguimiento en los tres primeros meses y asegurarse de que se preste la atención y la medicación esenciales durante la primera consulta. En el cuadro 3.4 figura una lista de verificación para cada una de las consultas de seguimiento.

Cuadro 3.4. Seguimiento de una persona sobreviviente de violación

Consulta de seguimiento tras dos semanas	
Lesiones	<ul style="list-style-type: none"> • Compruebe que las lesiones se estén curando adecuadamente.
ITS	<ul style="list-style-type: none"> • Compruebe que la sobreviviente haya completado el tratamiento contra cualquier infección de transmisión sexual (ITS). • Si está tomando la profilaxis postexposición (PPE), compruebe el cumplimiento en la toma de los medicamentos. • Comente con la mujer los resultados de las pruebas realizadas.
Embarazo	<ul style="list-style-type: none"> • Haga una prueba de embarazo a la mujer si ha habido riesgo de embarazo. Si está embarazada, infórmele y explíquela cuáles son las opciones disponibles. Si el aborto es legal y opta por ello, derívela al servicio pertinente para que le practiquen un aborto seguro.
Salud mental	<ul style="list-style-type: none"> • Siga prestando asistencia de primera línea y valore el estado emocional y de salud mental de la sobreviviente (véase el paso 7).
Seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Recuerde a la mujer que debe acudir a las consultas de seguimiento después de un mes y a los seis meses para que se le administren las siguientes dosis de la vacuna contra la hepatitis B, o a los tres y seis meses para que le hagan la prueba del VIH; si no también puede acudir a consultas de seguimiento de su médico habitual. • Pídale que acuda a una consulta de seguimiento si aparece o se agrava cualquier síntoma emocional o físico de estrés, o si no experimenta mejoría alguna un mes después de la agresión • Programe la siguiente consulta de seguimiento para un mes después de la primera visita.
Consulta de seguimiento al cabo de un mes	
ITS	<ul style="list-style-type: none"> • Si es necesario, administre la segunda dosis de la vacuna contra la hepatitis B. Recuerde a la mujer la dosis de los seis meses. • Haga pruebas de sífilis, gonorrea, clamidia y tricomoniasis (si dispone de ellas), aunque se administrara tratamiento preventivo (y las pruebas pertinentes) poco después de la exposición. Pregunte a la sobreviviente si ha detectado síntomas de ITS y compruebe que no haya lesiones genitales o anales u otros signos propios de las infecciones de transmisión sexual.¹⁶
Salud mental	<ul style="list-style-type: none"> • Siga prestando asistencia de primera línea y evalúe el estado emocional y mental de la sobreviviente (véase el paso 7). En caso de depresión, trastorno de estrés postraumático, autolesiones, suicidio o dolencias somáticas inexplicables, véase el anexo 10.
Seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Programe la siguiente consulta de seguimiento para tres meses después de la primera visita.
Consulta de seguimiento al cabo de tres meses	
ITS	<ul style="list-style-type: none"> • Ofrezca pruebas de detección del VIH y orientación al respecto. Derive a la sobreviviente a un servicio de prevención, tratamiento y atención del VIH, y asegúrese de que se dispone de un programa de orientación previo y posterior a la prueba del VIH. • Si se dispone de pruebas de laboratorio, vuelva a hacer las pruebas de la sífilis • Si no se administró tratamiento preventivo para las ITS, deberá determinarse la presencia de esa infección y tratarse según corresponda.
Salud mental	<ul style="list-style-type: none"> • Siga prestando asistencia de primera línea y evalúe el estado emocional y mental de la sobreviviente (véase el paso 7). En caso de depresión, trastorno de estrés postraumático, autolesiones, suicidio o dolencias somáticas inexplicables, véase el anexo 10.
Seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Programe la siguiente consulta de seguimiento para los seis meses después de que se produjera la agresión. Además, si procede, recuerde a la sobreviviente la dosis de los seis meses de la vacuna de la hepatitis B.
Consulta de seguimiento al cabo de seis meses	
ITS	<ul style="list-style-type: none"> • Ofrezca pruebas de detección del VIH y orientación al respecto si no lo ha hecho antes. Derive a la sobreviviente a un servicio de prevención, tratamiento y atención del VIH, y asegúrese de que se dispone de un programa de orientación previo y posterior a la prueba del VIH. • Administre la tercera dosis de la vacuna de la hepatitis B, si corresponde. • Si no se administró tratamiento preventivo para las ITS, deberá determinarse la presencia de esa infección y tratarse según corresponda.
Salud mental	<ul style="list-style-type: none"> • Siga prestando asistencia de primera línea y evalúe el estado emocional y mental de la sobreviviente (véase el paso 7). En caso de depresión, trastorno de estrés postraumático, autolesiones, suicidio o dolencias somáticas inexplicables, véase el anexo 10.

16 Si en la exploración física se detectan úlceras genitales sospechosas de sífilis y la prueba de sífilis es negativa, podría ser necesario repetir la prueba para excluir la sífilis debido a la demora de la respuesta de los anticuerpos. Una prueba treponémica o no treponémica negativa realizada tres meses después de la exposición sexual excluye el diagnóstico de sífilis. Debe proporcionarse un tratamiento preventivo a base de penicilina benzatínica o doxiciclina (únicamente, para mujeres no embarazadas) si se observan lesiones sospechosas. Del mismo modo, los resultados de las pruebas de detección de clamidia y gonorrea pueden ser negativos si se realizan menos de una semana después de la exposición. Es necesario repetir las pruebas.

Capítulo 4. Detección de la presencia de violencia de pareja y prestación de asistencia a las personas sobrevivientes

Paso 1. Cómo saber si una mujer puede estar siendo objeto de agresiones por parte de su pareja

¡IMPORTANTE! La OMS no recomienda que se aplique el método de detección universal o para detectar si las mujeres que acuden a los servicios de atención de salud son sobrevivientes de violencia doméstica o de pareja. La OMS alienta a los profesionales sanitarios a que tomen plena conciencia del problema e informen a las mujeres que tengan lesiones o afecciones que sospechen que pueden estar relacionadas con actos de violencia.

Cómo saber si se trata de violencia de pareja

Las mujeres que sufren violencia de pareja suelen acudir a los servicios de salud por problemas emocionales o físicos conexos, como lesiones y síntomas de estrés. Sus problemas de salud pueden estar provocados o verse agravados por la violencia. Es posible que tengan que hacer frente a un maltrato persistente en el hogar o que sigan estando afectadas por los malos tratos sufridos en el pasado. Muy a menudo, las mujeres no dirán nada sobre violencia por vergüenza o miedo a ser juzgadas, o por temor a su pareja.

Puede sospecharse que una mujer ha sufrido violencia de pareja si presenta cualquiera de las siguientes características:

- ▶ lesiones físicas recurrentes que no tengan explicación clara;
- ▶ infecciones recurrentes de transmisión sexual;
- ▶ embarazos no deseados, abortos espontáneos y abortos peligrosos;
- ▶ dolores o afecciones crónicas sin explicación (p. ej., dolores pélvicos o problemas del aparato reproductor, trastornos gastrointestinales, infecciones de las vías urinarias, dolores de cabeza, etc.);
- ▶ consultas médicas reiteradas sin un diagnóstico claro;

- ▶ problemas constantes relacionados con la salud emocional o psicológica, como el estrés, la ansiedad o la depresión;
- ▶ conductas nocivas como el consumo excesivo de alcohol o el consumo de drogas;
- ▶ pensamientos, planes o actos de autolesión o (intentos) de suicidio.

Cómo actuar si se sospecha que hay una situación de violencia

Si usted trata a una mujer en su centro de salud y sospecha que puede haber sido persona sobreviviente de violencia de pareja (o que puede estar siéndolo), hay formas seguras y acogedoras de iniciar una conversación con ella. El material de apoyo 5 proporciona ejemplos de los tipos de frases y preguntas que puede utilizar cuando pregunte al respecto.

Antes de hablar con una mujer sobre el tema de la violencia de pareja, tenga en cuenta lo siguiente:

- ▶ Nunca debe plantear el tema de la violencia de pareja si la mujer no acude sola a la consulta. Aunque la acompañe otra mujer, tenga presente que podría ser la madre o la hermana del agresor.
- ▶ Si decide preguntar a la mujer si sufre algún tipo de violencia, hágalo en un tono comprensivo, sin emitir juicios críticos.
- ▶ Utilice un lenguaje adecuado y apropiado para la cultura y la comunidad en la que trabaja. Algunas mujeres pueden rechazar los términos “violencia” o “maltrato”. Cada cultura y cada comunidad tienen su propia manera de referirse a este problema, por lo que es importante usar las mismas palabras que ellas.

Cómo hacer preguntas si se sospecha que hay una situación de violencia

A continuación, figuran algunas frases útiles para introducir el tema de la violencia antes de pasar a hacer preguntas directas al respecto:

- ▶ ¿Hay algo en casa que le preocupe?
- ▶ Muchas mujeres tienen problemas con su pareja o esposo, o con alguien más con quien convive. ¿Se siente segura en casa?
- ▶ He conocido a mujeres en situaciones como la suya que tienen problemas en casa.

A continuación, figuran algunas preguntas sencillas y directas que puede utilizar como punto de partida y que demuestran que usted está interesado en escuchar a la mujer hablarle de sus problemas:

- ▶ ¿Tiene miedo a su esposo (¿o a su pareja)?
- ▶ ¿Alguna vez su esposo (o pareja) u otra persona con quien convive ha amenazado con lastimarla o

hacerle daño físico? En caso afirmativo, ¿cuándo ha sucedido?

- ▶ ¿Su esposo (o pareja) u otra persona de la casa la insulta o la intimida?
- ▶ ¿Su esposo (o pareja) trata de controlarla, por ejemplo, no le permite tener dinero o salir de casa?
- ▶ ¿Su esposo (o pareja) la ha obligado a mantener relaciones sexuales o a realizar actos sexuales sin que usted quiera?
- ▶ ¿Su esposo (o pareja) ha amenazado con matarla?

Dependiendo de lo que responda, siga indagando y escuchando su relato. Si responde afirmativamente a cualquiera de estas preguntas, siga ofreciéndole apoyo y comprensión, mientras evalúa sus necesidades.

Qué debo hacer si sospecho que puede haber una situación de violencia, pero la mujer no la revela

- ▶ No presione a la mujer; dele tiempo para que ella misma decida lo que quiere contar. Infórmela de que si le ocurre a ella o a alguna otra persona puede volver a acudir para hablar de ello.
- ▶ Infórmela de los servicios que están disponibles si decide recurrir a ellos. Utilice el protocolo de derivación que esté en vigor para derivarla a otros servicios, respetando su voluntad.
- ▶ Ofrezcale información sobre las consecuencias de la violencia tanto para su propia salud como para la de sus hijos.
- ▶ Propóngale acudir a una consulta de seguimiento.

Paso 2. Escuchar, informarse sobre las necesidades y preocupaciones y validar

A partir del enfoque ANIMA descrito en el capítulo 2, escuche a la persona sobreviviente, infórmese sobre sus necesidades y preocupaciones, y valide sus sentimientos y experiencias. Ese es el primer paso para brindar apoyo y asistencia centrada en la persona sobreviviente.

Paso 3. Prestación de asistencia física

Una mujer que ha sufrido violencia de pareja puede presentar lesiones físicas y otros problemas de salud que requieran tratamiento médico. La mujer puede acudir a su consulta solicitando asistencia para una determinada afección, con independencia de que manifieste o no que está relacionada con actos violentos. Es importante prestar la mejor atención de salud, de conformidad con los protocolos pertinentes, al tiempo que se presta asistencia de primera línea y se garantiza la adhesión a los principios rectores presentados en esta guía. Los profesionales sanitarios no deben discriminar a las personas sobrevivientes, juzgarlas o culpabilizarlas de las agresiones sufridas, ni negarles la asistencia que necesitan.

Si una persona sobreviviente no presenta ningún problema de salud física o mental, prosiga prestándole asistencia de primera línea (véase el capítulo 2) y dévela a cualquier otro servicio que necesite.

Paso 4. Mejorar la seguridad de la persona sobreviviente y derivarla a otros servicios de apoyo

Las mujeres que sufren violencia de pareja a menudo tienen que hacer frente a la amenaza de agresiones constantes si vuelven a su casa, ya que muchas de ellas no tienen más remedio que permanecer en el hogar y en la relación. En el caso de la violencia de pareja, es probable que las mujeres afronten una situación de riesgo permanente, aunque no expresen preocupación por su seguridad. Ayude a la persona sobreviviente a calibrar el riesgo inmediato de violencia (véase el material de apoyo 6), a definir y a adoptar las medidas necesarias para que esté segura y a acceder a asistencia complementaria.

Las mujeres que viven en una relación violenta necesitan un plan de seguridad más amplio y asistencia especializada. En el material de apoyo 7 se presentan los componentes que debe incluir un plan de seguridad y las preguntas que pueden hacerse a la mujer para ayudarla a elaborarlo.

La capacidad de planificar la seguridad y el manejo de casos son competencias especializadas de las que suelen estar dotados los trabajadores sociales, los psicólogos, el personal de las ONG y otras personas que trabajan en los programas de respuesta a la violencia contra las mujeres. Si esos programas existen en su zona, derive a la persona sobreviviente de violencia de pareja a ellos para que reciba un apoyo más completo y a más largo plazo.

Una vez que se hayan tratado los problemas de seguridad cerciórese de que se deriva a la persona sobreviviente a otros servicios pertinentes, como los de manejo de casos de violencia de género, la policía, los servicios de asistencia jurídica o de grupos de apoyo, de acuerdo con las vías de derivación establecidas y teniendo en cuenta las necesidades y la voluntad de la persona sobreviviente (véase el capítulo 1: Preparativos). Las personas sobrevivientes de violencia de género pueden tener que hacer frente a numerosos problemas, como la estigmatización, el aislamiento y el rechazo de la familia, que requieren la atención de distintos servicios. Siga las orientaciones que figuran en la sección “Apoyar”, del capítulo 2: Prestación de asistencia de primera línea, para facilitar el acceso de las personas sobrevivientes a otros servicios.

¡IMPORTANTE! Si la mujer no puede volver a su casa o vivienda sin poner en riesgo su seguridad, dérvela a un centro de acogida o a una vivienda segura, o piense con ella en un lugar seguro al que pueda ir (como la casa de un amigo o una iglesia). Esas situaciones han de preverse y estudiarse en el proceso de creación de redes y vías de derivación (véase el capítulo 1. Preparativos) y de localización de los recursos necesarios.

Paso 5. Evaluación de la salud mental y prestación de apoyo psicosocial

La violencia de pareja suele conllevar un enorme maltrato emocional y puede llegar a afectar gravemente la salud mental de la persona sobreviviente. Evalúe el estado mental de la mujer, préstele apoyo psicosocial básico y, en caso necesario, dérvela a otros servicios encargados de tratar problemas psicológicos, como los trastornos mentales frecuentes, el consumo indebido de sustancias y las conductas de riesgo. Si bien es posible que los síntomas psicológicos no se produzcan o desaparezcan con el tiempo, debe ofrecerse a todas las personas sobrevivientes la posibilidad de acudir a un centro de apoyo psicosocial para casos de violencia de género, si existe.

En el capítulo 5: Atención complementaria de salud mental y apoyo psicosocial, se ofrecen orientaciones más detalladas para tratar los problemas de salud mental de las personas sobrevivientes.

Paso 6. Documentar la consulta de la persona sobreviviente

La documentación es una parte importante de la prestación de una asistencia cuidadosa y continua, ya que permite recordar lo que se ha considerado y tratado, así como informar a otro profesional de la salud que se ocupe de consultas posteriores. La documentación relativa a las lesiones también puede ser importante si la persona sobreviviente decide denunciar los hechos a la policía. Para documentar las lesiones correctamente tome las medidas siguientes.

- ▶ Informe a la mujer de lo que a usted le gustaría dejar por escrito y el motivo. Pregúntele si está de acuerdo y respete su voluntad. No registre nada que la mujer no quiera.
- ▶ Consigne en la historia clínica todos los problemas de salud y los signos y síntomas referidos por la mujer, como lo haría en cualquier otra consulta, incluida una descripción completa de las lesiones. Puede ser útil anotar la causa o la supuesta causa de esas lesiones o de otros trastornos, mencionando quién las infligió.
- ▶ No escriba nada en documentos a los que puedan tener acceso quienes no deben conocer esos datos, por ejemplo, en el sobre de una radiografía o en la tabla de notas clínicas del pie de la cama.
- ▶ Tenga en cuenta las situaciones en las que pueda violarse la confidencialidad. Sea precavido con lo que escribe, así como con los documentos en los que escribe y el lugar donde los deja. Para mejorar la confidencialidad, algunos establecimientos de salud emplean un código o una marca especial para indicar los casos de maltrato o presunto maltrato.
- ▶ Recuerde que la mujer le ha confiado información privada y confidencial. Su forma de actuar podría fácilmente ponerla en una situación de mayor riesgo. Manténgala informada y respete su voluntad.

Material de apoyo 6

Preguntas para evaluar el riesgo inmediato de violencia

La mujer que responda afirmativamente al menos a tres de las siguientes preguntas puede correr un riesgo inmediato particularmente elevado de sufrir violencia.

- ¿Ha empeorado en los últimos seis meses la violencia física?
- ¿Ha utilizado su pareja alguna vez un arma o la ha amenazado con un arma?
- ¿Ha tratado alguna vez de estrangularla?
- ¿Cree que podría matarla?
- ¿La ha golpeado alguna vez cuando estaba embarazada?
- ¿Se pone celoso y violento constantemente?

Plan de seguridad	
Lugar seguro donde ir	Si tiene que salir de su casa rápidamente, ¿a dónde podría ir?
Qué hacer con los niños	¿Se iría sola o se llevaría a sus hijos?
Transporte	¿Cómo llegaría hasta allí?
Qué llevarse	¿Tendría que llevarse algún documento, llaves, dinero, ropa u otras cosas? ¿Cuáles serían las cosas esenciales que necesitaría llevarse? ¿Puede guardar todas esas cosas juntas en un lugar seguro o dejarlas con alguien, por si acaso?
Aspectos económicos	¿Cuenta con dinero si tiene que irse? ¿Lo tiene guardado en un lugar seguro? ¿Puede disponer de él en caso de urgencia?
Persona de confianza en el vecindario	¿Puede hablarle a alguna vecina de su situación para que llame a la policía o acuda en su ayuda si oye que hay violencia en su casa?

Capítulo 5. Atención complementaria de salud mental y apoyo psicosocial

La violencia sexual y la violencia de pareja figuran entre los más graves desencadenantes de estrés que puede experimentar un individuo a lo largo de su vida, y puede tener importantes consecuencias para su salud mental.

El estrés psicológico es habitual tras un episodio de violencia. Puede manifestarse como miedo, tristeza, rabia, aturdimiento o consternación, reproches a sí mismo,

sentimiento de culpa y de vergüenza, pesadillas, trastornos del sueño, así como en forma de aislamiento social y ruptura de los vínculos sociales. Esas reacciones, por muy abrumadoras que sean, suelen ser transitorias y deben interpretarse como comportamientos normales ante situaciones traumáticas. La zozobra suele aliviarse con el tiempo si las situaciones de violencia quedan atrás. La mayoría de las personas sobrevivientes se recuperan, especialmente si se sienten seguras y reciben apoyo emocional y comprensión de las personas en quienes más confían.

En los casos de violencia de pareja, los efectos en la salud mental pueden resultar más insidiosos, ya que ese tipo de violencia puede producirse de forma repetida y prolongada, lo que en ocasiones da lugar a una espiral ascendente que puede ir acompañada de altas dosis de maltrato emocional.

Algunas mujeres pueden desarrollar problemas de salud mental más graves, como depresión, ideaciones suicidas, autolesiones, trastorno de estrés postraumático (TEPT) o padecer dolencias somáticas sin explicación médica como trastornos del sueño o ansiedad.

El personal sanitario debería proceder con arreglo a las siguientes pautas:

- ▶ Ofrezca asistencia de primera línea (véase el capítulo 2) y apoyo psicosocial básico (véase la sección 5.1) a todas las personas sobrevivientes de violencia de pareja y de violencia sexual. En el caso de las personas sobrevivientes que experimenten síntomas transitorios de estrés psicológico, ese apoyo podría ser suficiente. En situaciones de emergencia, en que lo más probable es que el profesional sanitario vea a la persona sobreviviente una sola vez, posiblemente ese tipo de apoyo es la mayor ayuda que la persona sobreviviente pueda obtener.
- ▶ Si los síntomas que presenta la persona sobreviviente son tan graves como para que

Precauciones:

1. No prescriba rutinariamente benzodicepinas para tratar el insomnio.
2. No prescriba benzodicepinas ni antidepresivos para tratar el estrés agudo.

su vida cotidiana se vea afectada y no remiten con el tiempo, evalúe su estado de salud mental para descartar un posible trastorno (véase la sección 5.2). De ser posible, se debe derivar a la persona sobreviviente a un trabajador social, un orientador o un psicólogo, quienes posiblemente estarán más capacitados o dispondrán de más tiempo para prestarle la atención que necesita.

- ▶ Si es posible, programe citas periódicas durante los primeros tres meses tras la agresión para realizar consultas de seguimiento y brindar el apoyo necesario.

5.1 Apoyo psicosocial básico

Ofrecer información sobre las reacciones de estrés normales ante situaciones de violencia

Esa información podría aliviar a las personas sobrevivientes y ayudarlas a afrontar mejor su situación. Los profesionales sanitarios deben hacer saber a las personas sobrevivientes lo siguiente:

- ▶ La mayoría de las mujeres que se ven expuestas a situaciones de violencia experimentan síntomas de estrés emocional.
- ▶ Esas reacciones son normales y habituales en personas que han pasado por una experiencia angustiante y aterradora.
- ▶ En la mayoría de los casos, las reacciones ante una experiencia de violencia se moderan con el tiempo, y las personas sobrevivientes probablemente se sentirán mejor, especialmente si reciben apoyo para resolver sus necesidades prácticas y emocionales.

Hacer frente a los factores de estrés psicosocial existentes

Defina y analice con la persona sobreviviente las situaciones que le generan estrés y tienen un efecto negativo en su vida.

Pregunte lo siguiente:

- ▶ ¿Cuál es su mayor preocupación en la actualidad?

- ▶ ¿Cuáles son sus problemas más graves en este momento?
- ▶ ¿Cómo le afectan estos problemas o preocupaciones?

Ayúdela a gestionar los factores de estrés:

- ▶ Analice y fortalezca los elementos de apoyo social y los mecanismos de afrontamiento de la persona sobreviviente.
- ▶ Enséñele técnicas de gestión del estrés, como ejercicios de relajación.
- ▶ Ayúdela a encontrar posibles soluciones y mecanismos de afrontamiento. Como regla general, evite darle consejos para situaciones concretas. Oriéntela para que sea capaz de encontrar sus propias soluciones.
- ▶ Hable con ella de su posible derivación a los organismos o servicios comunitarios pertinentes.

Analice y fortalezca las estrategias de afrontamiento positivo

En situaciones de emergencia humanitaria, las rutinas y actividades cotidianas suelen verse afectadas debido a los desplazamientos, la fragmentación de las redes sociales, la escasez de recursos y la agitación social. Además, la experiencia de haber sido objeto de actos de violencia podría dificultar a la persona sobreviviente la realización de tareas cotidianas. Hable con ella sobre su vida, sus actividades y sobre cómo está afrontando la situación.

Pregúntele:

- ▶ ¿Cómo se ha visto afectada (por la violencia)?
- ▶ ¿Cómo gestiona y afronta estos problemas en su día a día?

Explore las posibles estrategias de afrontamiento positivo que puedan adaptarse a la persona sobreviviente, mostrándole su apoyo y evitando actitudes moralizantes.

Anímela a:

- ▶ aprovechar sus puntos fuertes y sus capacidades (p. ej. pregúntele qué le va bien actualmente y cómo ha resuelto situaciones difíciles en el pasado);
- ▶ seguir con sus actividades normales, especialmente si le interesan o producen satisfacción;
- ▶ buscar actividades relajantes que le ayuden a aliviar la ansiedad y la tensión (p. ej., pasear, cantar, rezar, jugar con sus hijos);
- ▶ pasar tiempo con amigas y familiares que le brinden apoyo y evitar aislarse;
- ▶ realizar actividad física con regularidad;

- ▶ seguir una pauta regular de sueño y evitar dormir demasiado; y
- ▶ no automedicarse ni tomar alcohol o consumir sustancias ilegales para sentirse mejor.

Reducción del estrés y ejercicios de relajación

Pueden utilizarse técnicas específicas para reducir el estrés y la ansiedad. Es importante realizar una demostración de cómo funcionan las técnicas y realizar los ejercicios a la vez que la mujer durante la sesión. Anímela a practicar en casa siempre que se sienta angustiada. El recuadro 5.1 contiene las instrucciones para realizar la técnica de respiración lenta.

Recuadro 5.1. Técnica de respiración lenta

En primer lugar, explique el objetivo del ejercicio. Puede decir: “Le voy a enseñar a respirar de una manera que le ayudará a relajar su cuerpo y su mente. Tendrá que practicar un poco antes de percibir todos los beneficios de esta técnica de respiración. Esta estrategia se centra en la respiración porque cuando nos sentimos angustiados, nuestra respiración se vuelve más rápida y superficial, haciendo que nos sintamos más tensos. Podrá realizar estos ejercicios siempre que se sienta angustiada o ansiosa, o no pueda conciliar el sueño.”

Proporcione las instrucciones que figuran a continuación y muéstrela cuáles son los pasos que hay que seguir o practíquelos con ella:

- Siéntese con los pies sobre el suelo y ponga las manos sobre los muslos. Puede cerrar los ojos o mantenerlos abiertos.
- Relaje todo el cuerpo. Sacuda fuertemente los brazos y las piernas, y luego aflójelos y déjelos caer. Rote los hombros hacia atrás y mueva la cabeza de un lado a otro varias veces.
- Coloque una mano sobre el abdomen y la otra en la parte superior del tórax. Concéntrese en la respiración.
- Suelte lentamente todo el aire por la boca, sintiendo cómo se aplana el abdomen. A continuación, tome aire por la nariz, lenta y profundamente, sintiendo cómo se llena el abdomen, como si fuera un globo. → Haga una demostración de cómo se respira de esa forma – exagere los movimientos de ascenso y descenso del abdomen.
- Siga respirando profunda y lentamente. Puede contar hasta 3 cada vez que inhala, y cada vez que exhala. → Muestre cómo hacerlo contando lentamente al inhalar y al exhalar.
- Siga respirando así unos dos minutos, notando cómo la tensión abandona su cuerpo a medida que respira.

5.2 Evaluación de posibles trastornos mentales

Si bien la mayoría de las personas sobrevivientes de violencia sexual o violencia de pareja suelen recuperarse mediante estrategias de apoyo básicas, algunas mujeres experimentan síntomas y dificultades persistentes en su vida diaria que requieren evaluar su salud mental y derivarlas a un especialista.

Principios generales

- ▶ **Extreme las precauciones al involucrar a familiares y cuidadores en las evaluaciones problemas de salud mental y en la prestación de la atención conexas.** Los familiares y cuidadores a menudo participan en la prestación de cuidados y apoyo a personas con problemas de salud mental, y pueden convertirse en una importante ayuda. No obstante, algunos cuidadores o familiares podrían ser poco colaboradores, incapaces de proteger la confidencialidad de la información o incluso los responsables de la violencia de pareja o la violencia sexual. Si la persona sobreviviente presta su consentimiento, podría ser útil contar con la ayuda de familiares comprensivos y “no hostiles”.
- ▶ **Cuente con la participación de la persona sobreviviente siempre que sea posible.** Aunque la capacidad de la persona sobreviviente para llevar una vida normal se encuentre mermada y haya familiares comprensivos, dispuestos a colaborar, siempre que sea posible cuente con la persona sobreviviente en cualquier decisión que le afecte.

Recuadro 5.2. Suicidio y autolesiones

Algunos profesionales sanitarios temen que preguntar a la sobreviviente sobre el suicidio la incite a suicidarse. Pero eso no es así. Al contrario, hablar del suicidio suele mitigar la ansiedad relacionada con los pensamientos suicidas, ayuda a la mujer a sentirse comprendida y puede animarla a buscar ayuda.

Puede comenzar con preguntas genéricas como:

- “¿Cuáles son sus esperanzas para el futuro?”

Si la sobreviviente expresa desesperanza, pregúntele si tiene en ese momento – o si ha tenido – pensamientos suicidas o planes de suicidarse o autolesionarse. Puesto que, en ese caso, podría existir un riesgo inmediato de autolesiones o suicidio, debe derivarla inmediatamente a un especialista en salud mental. Asegúrese de no dejarla sola hasta que se le dispense la atención necesaria.

- ▶ **Explique los límites de la confidencialidad.** Informe a la persona sobreviviente de que se mantendrá la confidencialidad sobre su situación a menos que ello pueda entrañar riesgos para ella (p. ej., suicidio o autolesiones) o para otras personas, o si existen imperativos legales que lo impidan.
- ▶ **Asegúrese de que la información que proporciona a la persona sobreviviente sea clara.** Repita la información, deje tiempo para posibles preguntas y considere la posibilidad de proporcionar información por escrito sobre algunos trastornos mentales.

La Guía de intervención humanitaria mhGAP (mhGAP-HIG) proporciona detalles sobre la evaluación y el manejo de las afecciones mentales a las que hace referencia este documento, así como sobre otras enfermedades mentales prioritarias, como el consumo de alcohol y de drogas en situaciones de crisis humanitaria. Puede acceder a la guía en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28418/9789275319017_spa.pdf?sequence=6&isAllowed=y .

Evaluaciones de la salud mental

Preste atención a su estado de salud mental y observe, entre otras cosas, los aspectos siguientes:

- ▶ aspecto general (p. ej., cuidado de su aspecto físico);
- ▶ comportamiento (p. ej., agitación);
- ▶ expresión facial, estado de ánimo (p. ej., llanto, ansiedad, ausencia de expresión);
- ▶ lenguaje corporal (p. ej., postura, contacto visual);
- ▶ habla (p. ej., rápida, lenta, silencio) y pensamientos (p. ej., recuerdos recurrentes).

Haga preguntas generales sobre su estado de ánimo y sobre cuáles son sus emociones al relatar su historia. Por ejemplo:

- ▶ ¿Cómo se siente?
- ▶ ¿Tiene dificultades para afrontar su vida cotidiana?
- ▶ ¿Hasta qué punto influyen sus dificultades en su vida cotidiana, concretamente en sus relaciones con sus familiares y amigos, o en su trabajo u otras actividades?

El recuadro 5.3 resume los aspectos que deben tenerse en cuenta en relación con los trastornos mentales preexistentes.

Recuadro 5.3. Tener en cuenta los trastornos mentales preexistentes

Es importante tener en cuenta los trastornos mentales preexistentes al evaluar y planificar la atención que vaya a prestarse a las sobrevivientes de violencia sexual y violencia de pareja.

Observaciones importantes:

- En todos los grupos sociales hay personas con trastornos mentales preexistentes, que podrían exacerbarse o reproducirse si van acompañados de violencia de pareja o violencia sexual.
- Dado que las mujeres con problemas de salud mental y consumo de sustancias podrían correr un mayor riesgo de ser objeto de violencia de pareja y violencia sexual, es posible que haya una carga enormemente alta de problemas preexistentes de salud mental y consumo de sustancias entre las sobrevivientes.
- Si una mujer ha sufrido problemas de salud mental (p. ej., trastorno depresivo o trastornos relacionados con el consumo de sustancias) antes de ser objeto de violencia, será mucho más propensa a volver a sufrirlos.
- De igual modo, los posibles antecedentes de exposición a la violencia (como agresiones sexuales durante la infancia, violencia de pareja, traumas de guerra, etc.) deberían tenerse en cuenta en las evaluaciones de salud mental y al planificar el tratamiento.

Si fuera necesario, realice una evaluación más exhaustiva del estado de salud mental de la persona sobreviviente.

Si tras su evaluación detecta problemas relacionados con el estado de ánimo, los pensamientos o el comportamiento, y si la mujer es incapaz de sobrellevar su vida cotidiana (p. ej., problemas para levantarse por la mañana, cuidar de sus hijos, ir al trabajo, realizar las tareas domésticas), podrían existir problemas de salud mental más graves. Para saber cuándo es preciso derivar a la mujer a un especialista consulte el anexo 10, donde encontrará unas sencillas instrucciones sobre cómo determinar la existencia de un trastorno depresivo, un trastorno de estrés postraumático (TEPT), autolesiones y pensamientos suicidas, y dolencias somáticas sin explicación aparente.

Capítulo 6. Prestación de asistencia a personas sobrevivientes infantiles

La Convención sobre los Derechos del Niño de las Naciones Unidas¹⁷ define al niño como todo ser humano menor de 18 años. Tanto en el caso de las personas sobrevivientes de agresión sexual adulta como menores de edad, la función principal de un profesional sanitario es la misma: ofrecer una asistencia de primera línea de calidad y la atención complementaria necesaria. Ahora bien, existen diferencias entre los menores en lo relativo a sus necesidades y capacidades, y a la forma en las que los profesionales dan respuesta a esas necesidades. Para obtener más información sobre cómo trabajar con personas sobrevivientes infantiles, consulte la *Guía clínica de la OMS titulada Cómo responder a niños, niñas y adolescentes que han sufrido abuso sexual*¹⁸. En el recuadro 6.1 figuran los aspectos más importantes que deben tenerse en cuenta al prestar atención a personas sobrevivientes infantiles; los principios fundamentales se presentan en el recuadro 6.2.

6.1 Prestación de asistencia de primera línea a personas sobrevivientes infantiles

Lo más probable es que los casos de niños objeto de abusos sexuales lleguen a usted a través de

Recuadro 6.1. Aspectos importantes que deben tenerse en cuenta en relación con la prestación de atención a sobrevivientes infantiles

- Si en su contexto es obligatorio denunciar los casos de abuso infantil, obtenga una copia del protocolo para casos de abuso infantil (y del formulario de denuncia) de su país y recabe la información necesaria sobre los trámites que deben realizarse ante la policía y los tribunales. Analice cada caso individualmente: en algunos casos, las denuncias de abuso infantil basadas en sospechas pueden perjudicar al menor si es imposible aplicar medidas de protección.
- Infórmese sobre la legislación que establece en su país quiénes pueden representar a un menor para autorizar tratamientos médicos y quiénes pueden prestar declaración como peritos en los tribunales.
- Los profesionales sanitarios deben tener conocimientos sobre el desarrollo infantil y sobre el crecimiento y la anatomía normal del niño. Se recomienda que personal sanitario reciba formación para poder explorar a los niños que puedan haber sido objeto de abusos sexuales.

un cuidador u otro adulto; es poco habitual que las personas sobrevivientes infantiles de abusos sexuales busquen ayuda por sí mismas. Esos menores quizás no comprendan lo que les pasa o pueden sentir miedo, bochorno o vergüenza, lo que influye en su disposición y capacidad para hablar con los profesionales. La reacción inicial del profesional condicionará la sensación de seguridad de la persona sobreviviente y su disposición a hablar, así como su bienestar psicológico. Una respuesta positiva y comprensiva ayudará a esos niños a sentirse mejor, mientras que una respuesta negativa (negarse a creerles o enfadarse con ellos) podría causarles un daño aún mayor. Los profesionales sanitarios deben ofrecer una asistencia de primera línea que tome en consideración las diferentes necesidades de niños y niñas (sensibilidad de género) que esté centrada en el niño y el adolescente. Ello incluye las actuaciones que se indican en el recuadro 6.3.

Recuadro 6.2. Principios fundamentales que deben observarse en la prestación de atención a niños y adolescentes

1. Priorizar los intereses del niño y el adolescente, promoviendo y protegiendo su seguridad, ofreciéndoles una atención esmerada, y protegiendo y promoviendo su intimidad y la confidencialidad de su situación y declaraciones.
2. Tener en cuenta el grado de madurez de los niños y adolescentes, facilitándoles información adecuada para su edad, solicitando consentimiento informado cuando sea preciso, respetando su autonomía y sus deseos, y ofreciéndoles la posibilidad de tomar decisiones en relación con su tratamiento médico.
3. Evitar toda discriminación relacionada con la prestación de asistencia médica, específicamente en materia de sexo, raza, origen étnico, religión, orientación sexual, identidad de género, discapacidad o situación socioeconómica.
4. Garantizar la participación del niño o el adolescente en las decisiones que afecten a su vida; pedirles y tener en cuenta su opinión, y contar con su participación al idear y organizar la atención sanitaria que reciben.

Fuente: *Cómo responder a niños, niñas y adolescentes que han sufrido abuso sexual. Directrices clínicas de la OMS (2017)* – elaborado sobre la base de la Convención sobre los Derechos del Niño de las Naciones Unidas y otros instrumentos sobre normas relacionadas con los derechos humanos.

17 Convención sobre los Derechos del Niño. Nueva York: Naciones Unidas; 1989 (<https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>, consultado el 18 de marzo de 2019).

18 *Cómo responder a niños, niñas y adolescentes que han sufrido abuso sexual: Directrices clínicas de la OMS*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 (https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52043/9789275221822_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y, consultado el 18 de marzo de 2019).

Recuadro 6.3. Enfoque ANIMA (atención al escuchar, no juzgar y validar, informarse sobre las necesidades y preocupaciones, mejorar la seguridad y apoyar) **adaptado a sobrevivientes infantiles**

- Escuche al niño activa y enfáticamente, y crea lo que dice (véase el capítulo 2 de esta guía, relativo a la prestación de asistencia de primera línea).
- Sea compasivo, comprensivo y afectuoso.
- Explique al niño (validación) que lo que le ha ocurrido no es culpa suya y que usted le cree.
- Facilite a los cuidadores “no hostiles” información sobre la atención que requiere el niño o adolescente en cuestión.
- Suministre al niño la información necesaria de forma apropiada teniendo en cuenta su edad y el entorno en el que se produce la conversación.
- No cause daños: asegúrese de no acentuar el trauma que padece el niño. No se enfade con él, ni le obligue a contestar una pregunta para la que no está preparado, ni le fuerce a hablar sobre la agresión sexual antes de que esté preparado, ni le haga repetir los detalles de la agresión varias veces ante distintas personas.
- Hable de forma que el niño pueda comprenderle.
- Haga que el niño se sienta seguro.
- Explíquelo al niño por qué está hablando con él.
- Elija a las personas adecuadas para ayudarle. En principio, deberá asegurarse de que sean solo profesionales de la salud e intérpretes femeninas quienes hablen con niñas de las agresiones sexuales que hayan padecido. Los niños que hayan sido sobrevivientes de agresiones sexuales deberían tener la opción de hablar con un hombre o con una mujer, puesto que algunos niños suelen sentirse más cómodos con profesionales de la salud femeninas. Lo más aconsejable es preguntarle al niño si prefiere hablar con un profesional masculino o femenino.
- Preste atención a la comunicación no verbal. Un niño puede manifestar sentimientos de angustia mediante el llanto, temblores, ocultando su rostro o cambiando su postura corporal. Válgase también de las señales que transmite su propio lenguaje corporal para ganarse la confianza del niño.
- Respete las opiniones, creencias y pensamientos del niño¹⁹

6.2 Crear un ambiente seguro

Sopese detenidamente quién debe estar presente durante la entrevista y la exploración de una persona sobreviviente de abusos infantiles. Los profesionales sanitarios deben esforzarse por evitar agravar el trauma y el malestar que sufre el menor. **Recuerde que es posible que el familiar que acompaña al niño haya sido el agresor.** Los niños deben ser entrevistados solos (sin que estén presentes sus cuidadores), pero ofreciéndoles la posibilidad de que los acompañe una persona de apoyo (como un profesional sanitario especializado) en quien confíen. Pregunte siempre al niño quién quiere que le acompañe y respete su voluntad.

- ▶ Preséntese al niño.
- ▶ Siéntese a su misma altura y mantenga contacto visual.
- ▶ Asegúrele de que no corre ningún peligro.
- ▶ Hágale algunas preguntas sobre cuestiones banales como el colegio, los amigos, con quién vive, cuáles son sus actividades favoritas.
- ▶ Procure tener juguetes a mano, especialmente en entrevistas a niños pequeños.

6.3 Obtención del consentimiento informado

Las principales consideraciones que hay que tener en cuenta en relación con la obtención del consentimiento informado de un menor son las siguientes.

- ▶ Un menor, independientemente de su edad, nunca debe ser sometido a exploración en contra de su voluntad, a menos que esa exploración sea necesaria para su tratamiento médico.
- ▶ Los padres o tutores legales suelen ser los responsables de prestar el consentimiento informado en nombre del niño o el adolescente para cualquier acto clínico hasta que éste tenga capacidad legal para hacerlo. No obstante, en ciertas situaciones, podría ser más beneficioso para el menor que sea él mismo quien preste el consentimiento informado.

6.4 Realización de la anamnesis

- ▶ Cuando entreviste a niños pequeños, asegúrese de disponer de muñecos, lápices de colores u otros juguetes para que estén entretenidos durante la conversación.
- ▶ Comience la entrevista formulando preguntas abiertas, como “¿Por qué crees que estás aquí?” o “¿Por qué te han dicho que te traen aquí?”
- ▶ Tranquilice al niño diciéndole que está allí para ayudarlo.

19 Caring for child survivors of sexual abuse: guidelines for health and psychosocial service providers in humanitarian settings. New York (NY): International Rescue Committee (IRC); 2012 (https://www.unicef.org/pacificislands/IRC_CCSGuide_FullGuide_lowres.pdf, consultado el 18 de marzo de 2019).

- ▶ Evite hacer preguntas que sugieran la respuesta.
- ▶ Explique al menor que puede responder “No lo sé” a cualquier pregunta.
- ▶ Sea paciente; deje que el niño vaya a su ritmo y no interrumpa su relato. Esté pendiente por si muestra signos de incomodidad o malestar, y haga las pausas que sean necesarias.
- ▶ Formule preguntas abiertas para obtener información sobre la agresión. Únicamente emplee preguntas que puedan responderse con un “sí” o un “no” para obtener alguna aclaración concreta.
- ▶ En el caso de las niñas, dependiendo de su edad, pregúntele sobre su menstruación y su historia obstétrica (la historia sexual no es pertinente).
- ▶ El abuso sexual contra menores suele constar de múltiples agresiones. Para hacerse una idea más clara de lo ocurrido, intente recabar información sobre:
 - su situación en casa para determinar si el menor vive en un lugar seguro;
 - cómo se descubrió la violación o agresión;
 - quién fue el agresor y si esa persona sigue representando una amenaza;
 - si no es la primera vez que ocurre algo así, ¿cuántas veces ha sucedido y cuándo se produjo la agresión anterior?;
 - si ha habido síntomas físicos (p. ej., sangrado, disuria, secreciones, dificultad para caminar, etc.); y
 - si tiene algún hermano que pueda estar en peligro.

6.5 Preparación del niño para la exploración física

Con la preparación adecuada, la mayoría de los niños podrán relajarse y participar en la exploración. Si el niño no consigue relajarse, quizás sea porque siente dolor. Si piensa que ése puede ser el caso, adminístrele paracetamol u otro analgésico suave y espere a que haga efecto.

- ▶ Al igual que en exploraciones de personas sobrevivientes adultas, además de la persona sobreviviente y el profesional sanitario, debe estar presente en la consulta un profesional de apoyo o un profesional sanitario cualificado de la confianza del menor.
- ▶ Anime al niño a que, durante la exploración, formule las preguntas que desee sobre cualquier aspecto que pueda preocuparle o que no comprenda.
- ▶ Explíquele lo que sucederá durante la exploración, utilizando palabras que el niño pueda comprender.
- ▶ En caso de que el niño esté atemorizado y oponga resistencia a la exploración, evite

intentar restringir sus movimientos o forzarle a completar la exploración. La restricción de movimientos y el uso de la fuerza a menudo forman parte de la agresión sexual, por lo que si quienes intentan ayudar recurren a ellos, no harán más que exacerbar el miedo y la ansiedad del menor, pudiendo incluso agravar los efectos psicológicos de la agresión.

- ▶ Es útil tener un muñeco a mano para demostrar los procedimientos y las posturas utilizados. Enseñe al niño el equipo y los materiales que utilizará durante la exploración (guantes, torundas, etc.) y permítale que los use con el muñeco.

6.6 Exploración del niño

La exploración del niño debe realizarse en el mismo orden que la del adulto (véase el capítulo 3, paso 4). También pueden usarse el formulario que figura en el anexo 4 y los pictogramas de adultos del anexo 5.

Las exploraciones en niños exigen tener en cuenta ciertas consideraciones específicas:

- ▶ Tome nota del peso, altura y de la fase evolutiva en que se encuentra el niño. En el caso de las niñas, pregúntele si ya han tenido su primera menstruación. En ese caso, puede existir riesgo de embarazo.
- ▶ La exploración de niños pequeños puede realizarse en el regazo de su madre. Los niños mayores deben poder elegir entre sentarse en una silla, o en el regazo de su madre, o tumbarse en la camilla. No deben desvestirse más de lo imprescindible.
- ▶ **Exploración genital en niñas**
 - Documente cualquier rasgadura reciente o ya cicatrizada en la vulva, el introito y la vagina sujetando con los dedos índice y pulgar el borde posterior de los labios vaginales y tirando suavemente hacia fuera y hacia abajo. El tacto vaginal (introducir los dedos dentro de la vagina) no está indicado para determinar el tamaño de la vagina.

Las pruebas de virginidad son una práctica peligrosa por lo que no están recomendadas.

- Compruebe si hay secreciones vaginales. En niñas prepúberes, pueden recogerse muestras de secreciones con una torunda de algodón seca.
- No utilice el espéculo en la exploración de niñas prepúberes ya que puede resultar muy doloroso y causar lesiones graves.
- El uso del espéculo está indicado solo cuando se sospeche que puede existir una herida penetrante y hemorragia interna en la vagina. La exploración con espéculo en niñas

prepúberes se realiza bajo anestesia general. En algunos casos, será preciso derivar a la niña a un centro especializado.

▶ **Exploración genital en niños**

- Compruebe si hay heridas en el frenillo del prepucio o secreción anal o uretral; Recoja muestras si fuera necesario.

▶ **Exploración anal en niños y niñas**

- Examine el ano con el niño en posición de decúbito supino o lateral; evite la posición genupectoral, ya que la utilizan muchos agresores.
- Anote la localización de cualquier fisura o desgarramiento anal en el pictograma (anexo 5).
- La dilatación anal refleja (dilatación del ano en respuesta a la separación de los glúteos) podría indicar que se ha producido penetración anal, pero también puede ser síntoma de estreñimiento.
- No realice tacto anal para evaluar el tono del esfínter anal.

Qué hacer si el menor está muy agitado

Puede darse el caso de que resulte imposible explorar a un niño porque se encuentre muy agitado. La sedación está indicada únicamente en aquellos casos en que no se consiga calmar al niño y el tratamiento físico sea vital. Para la sedación, utilice los siguientes medicamentos:

- ▶ diazepam por vía oral: 0,15 mg/kg de peso corporal (dosis máxima: 10 mg); o
- ▶ prometazina hidrocloreto jarabe, por vía oral:
 - 2–5 años: 15–20 mg.
 - 5–10 años: 20–25 mg.

Esos medicamentos no alivian el dolor. Si cree que el niño siente dolor, **adminístrele en primer lugar un analgésico suave como paracetamol** (1–5 años: 120–250 mg; 6–12 años: 250–500 mg). Espere a que haga efecto.

La sedación por vía oral tardará entre 1 y 2 horas en hacer efecto. Entretanto, permita que el niño descanse en un ambiente tranquilo.

6.7 Administración de tratamiento

Los anticoncepción de urgencia (AE) pueden proporcionarse sin restricciones a las niñas que hayan alcanzado la menarquia (es decir, posmenárquicas), así como a las que estén en las fases iniciales de la pubertad (es decir, en los estadios 2 y 3 de Tanner), siempre y cuando acudan a la consulta en las primeras 120 horas (5 días) posteriores a la violación (véase el capítulo 3, paso 5).

En lo relativo a las infecciones de transmisión sexual (ITS), el VIH, la hepatitis B y el tétanos, las necesidades de prevención y tratamiento de los menores son las mismas que las de los adultos, aunque las dosis necesarias podrían diferir. Deben seguirse protocolos específicos para niños en todo lo concerniente a pautas de vacunación y medicación. Estas figuran en el anexo 8 (véase el capítulo 3, paso 5).

Se recomienda la administración de tratamiento preventivo (o profiláctico) ante la posible presencia de gonorrea, clamidia y sífilis en niños y adolescentes que hayan sufrido agresiones sexuales de índole oral o genital, hayan sufrido contacto anal con un pene, o hayan sido sometidos a sexo oral,

especialmente cuando la realización de pruebas de laboratorio no es posible. En niños y adolescentes que han sufrido agresiones sexuales y presentan síntomas clínicos, se recomienda el tratamiento sintomático de secreciones vaginales o uretrales (gonorrea, clamidia, tricomoniasis) y úlceras genitales (herpes genital, sífilis y chancro), especialmente cuando la realización de pruebas de laboratorio no sea posible.

Siempre que sea posible, descarte la presencia de gonorrea y clamidia mediante una prueba de amplificación de ácidos nucleicos (PAAN) y de sífilis y VIH mediante una prueba doble de diagnóstico rápido. Un diagnóstico de laboratorio positivo de infecciones de transmisión sexual en un menor es indicativo de agresión sexual.

En materia de profilaxis postexposiciónprofilaxis postexposición para la prevención de la infección por el VIH, es preferible administrar un esquema de triple terapia antirretroviral, es decir con tres medicamentos. No obstante, una pauta de dos medicamentos también es efectiva. Las dosis de profilaxis postexposición recomendadas para niños se detallan en el anexo 9.

6.8 Consultas de seguimiento

Las personas sobrevivientes infantiles deben recibir las mismas consultas de seguimiento que las adultas. La persistencia de una infección vaginal podría ser indicativa de la presencia de un cuerpo extraño o de que las agresiones sexuales no han dejado de producirse.

Anexos

1. Recursos esenciales
2. Formulario de consentimiento modelo
3. Obtención de pruebas forenses
4. Formulario de anamnesis y exploración física modelo
5. Pictogramas
6. Certificados medicos modelo
7. Protocolo para la administración de anticoncepción de urgencia
8. Protocolos para la prevención y el tratamiento de infecciones de transmisión sexual
9. Protocolos de profilaxis posterior a la exposición para prevenir la infección por VIH
10. Evaluación y tratamiento de trastornos mentales
11. Información necesaria para la elaboración de un protocolo local

Anexo 1. Recursos esenciales

Gender-Based Violence Area of Responsibility (2019). Handbook for coordinating gender-based violence interventions in emergencies (<https://gbvaor.net/>).

Inter-Agency Standing Committee (IASC) (2015). Guidelines for integrating gender-based violence interventions in humanitarian action: reducing risk, promoting resilience and aiding recovery (<https://gbvguidelines.org/en/>).

Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Crises (IAWG) (2018). Inter-agency field manual on reproductive health in humanitarian settings (<http://iawg.net/iafm/>).

International Consortium for Emergency Contraception (ICEC) (2018). Emergency contraceptive pills: medical and service delivery guidelines, fourth edition. Washington (DC) (<https://www.cecinfo.org/publications-and-resources/icec-publications/>).

International Rescue Committee (IRC), UCLA Center for International Medicine (2008). Clinical care for sexual assault survivors: a multimedia training tool. New York (NY): IRC (<http://ccsas.iawg.net/english-multimedia-training-tool/>).

International Rescue Committee (IRC), United Nations Children's Fund (UNICEF) (2012). Caring for child survivors of sexual abuse: guidelines for health and psychosocial service providers in humanitarian settings, first edition. New York (NY): IRC (https://www.unicef.org/pacificislands/IRC_CCSGuide_FullGuide_lowres.pdf).

Jhpiego, United States Centers for Disease Control and Prevention (CDC), World Health Organization (WHO) (2018). Gender-based violence quality assurance tool. Baltimore (MD): Jhpiego (<http://resources.jhpiego.org/resources/GBV-QA-tool>).

O'Connor M; Gender-Based Violence Information Management System (GBVIMS) Steering Committee (2017). Interagency gender-based violence case management guidelines: providing care and case management services to gender-based violence survivors in humanitarian settings, first edition. GBVIMS (http://www.gbvims.com/wp/wp-content/uploads/Interagency-GBV-Case-Management-Guidelines_Final_2017.pdf).

Nations Unies. Convention relative aux droits de l'enfant. New York (NY): 1989 (<https://www.ohchr.org/fr/professionalinterest/pages/crc.aspx>).

Naciones Unidas (1979). Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Nueva York (NY) (<https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cedaw.aspx>).

Naciones Unidas (1989). Convención sobre los derechos del niño. Nueva York (NY) (<https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/crc.aspx>).

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (2015). Estándares mínimos para la prevención y respuesta a la violencia de género en situaciones de emergencia. New York (NY) (https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/GBViE_MS_FINAL_ESP_12-22_0.pdf).

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2007). WHO ethical and safety recommendations for researching, documenting and monitoring sexual violence in emergencies. Ginebra (http://www.who.int/gender/documents/OMS_Ethics&Safety10Aug07.pdf).

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2012). Aborto sin riesgos: guía práctica y de políticas para sistemas de salud, segunda edición. Ginebra (https://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241548434/es/).

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2013). Psychological first aid: facilitator's manual for orienting field workers. Ginebra (https://www.who.int/mental_health/emergencies/facilitator_manual_2014/en/).

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2013). Respuesta a la violencia de pareja y a la violencia sexual contra las mujeres. Directrices de la OMS para la práctica clínica y las políticas. Ginebra (https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/7705/WHORHR13_10_esp.pdf?ua=1).

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2014). Manual de práctica clínica para un aborto seguro. Ginebra (https://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/clinical-practice-safe-abortion/es/).

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2014). Directrices unificadas sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de la infección por el VIH para grupos de población clave. Ginebra (https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49094/9789275320075_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y&ua=1).

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2014). *Counselling for maternal and newborn health care: a handbook for building skills*. Ginebra (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241547628/en/index.html).

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2014). *Guidelines on post-exposure prophylaxis for HIV and the use of co-trimoxazole prophylaxis for HIV-related infections among adults, adolescents and children*. Ginebra (http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/arvs2013supplement_dec2014/en).

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2014). *Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual. Manual clínico*. Ginebra (OPSFGL16016-spa.pdf (paho.org/)).

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2016). *Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach, second edition*. Ginebra. (<https://www.who.int/hiv/pub/arv/arv-2016/en/>).

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018). *Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Versión 2.0*. Ginebra (Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Versión 2.0 (paho.org)).

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2016). *Guidelines for the treatment of Chlamydia trachomatis*. Ginebra. (<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/chlamydia-treatment-guidelines/en/>).

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2016). *Guidelines for the treatment of Neisseria meningitidis*. Ginebra (<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/syphilis-treatment-guidelines/en/>).

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2016). *Cómo responder a niños, niñas y adolescentes que han sufrido abuso sexual. Directrices clínicas de la OMS*. Ginebra. (https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52043/9789275221822_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

Organización Mundial de la Salud (OMS). Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas, Escuela de Salud Pública Bloomberg de la Universidad Johns Hopkins / Centro para Programas de Comunicación – Proyecto de Conocimientos sobre la Salud (2018). *Planificación familiar: un manual mundial para proveedores* (edición actualizada 2019). Ginebra y Baltimore. (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/51918>).

Organización Mundial de la Salud (OMS), Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) (2018). *Guía de intervención humanitaria mhGAP (GIH-mhGAP). El manejo clínico de los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en las emergencias humanitarias*. Ginebra. OMS. (https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28418/9789275319017_spa.pdf?sequence=6&isAllowed=y).

Organización Mundial de la Salud (OMS) y Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) (2015). *Strengthening the medico-legal response to sexual violence*. Geneva: WHO (<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/medico-legal-response/en/>).

Organización Mundial de la Salud (OMS), Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) (2009). *Clinical management of rape survivors: e-learning programme*. Ginebra. (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/emergencias/9789241598576/en/>). Se está actualizando para incorporar la actualización de las orientaciones. Estará disponible a principios de 2020. *gonorrhoeae*. Ginebra (<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/gonorrhoea-treatment-guidelines/en/>).

Anexo 2. Formulario de consentimiento modelo

Notas sobre cómo cumplimentar el formulario de consentimiento

El consentimiento para someterse a una exploración es una cuestión de vital importancia en la práctica médico-forense. Ese tipo de consentimiento suele denominarse “consentimiento informado” porque se da por hecho que la persona sobreviviente (o uno o ambos progenitores, o su tutor legal) recibirá información sobre todas las cuestiones necesarias para poder decidir lo que es más conveniente para ella en ese momento. Es importante asegurarse de que la persona sobreviviente comprenda que su consentimiento, o su rechazo a este en relación con cualquier aspecto de la exploración, no afectará a su acceso al tratamiento ni a la asistencia que necesite. El profesional sanitario deberá proporcionar la información en un lenguaje que sea fácil de comprender por la persona sobreviviente o su progenitor/tutor legal, de manera tal que comprenda:

- ▶ qué supondrá hacer la anamnesis;
- ▶ qué tipo de preguntas se formularán y por qué;
- ▶ en qué consistirá la exploración física;
- ▶ en qué consistirá la exploración de las zonas genital y anal;
- ▶ que la exploración física y el examen de las zonas genital y anal se llevarán a cabo en privado y de forma decorosa;
- ▶ que durante una parte de la exploración física, tendrá que permanecer tumbada en la camilla de la consulta;

- ▶ que el profesional sanitario tendrá que tocarla durante la exploración física y el examen de las zonas genital y anal;
- ▶ que el examen de las zonas genital y anal requerirá que el paciente se tumbé en una posición que permita ver correctamente los genitales con la ayuda de una fuente de luz adecuada;
- ▶ que, para recoger las muestras, si fuera necesario, será preciso tocar el cuerpo de la persona sobreviviente con torundas para obtener material corporal como pelo, vello púbico, secreciones genitales, sangre, orina y saliva; que podría ser necesario recoger prendas de ropa como muestra; y que podría suceder que no se le comuniquen todos los resultados del análisis forense, explicando los motivos que lo impedirían;
- ▶ que se puede negar a someterse a cualquier parte de la exploración a la que no desee someterse; y
- ▶ que se le pedirá que firme un formulario que certifica que ha recibido toda la información y que explicita los procedimientos a los que ha consentido someterse.

Informe a la persona sobreviviente de que, si decide emprender acciones legales, y solo en ese caso y con su consentimiento, la información revelada al profesional sanitario durante la exploración será transmitida a las autoridades pertinentes para ser utilizada en el procedimiento penal.

Formulario de consentimiento modelo

Nombre del establecimiento sanitario:

Nota para el profesional sanitario

Después de proporcionar la información pertinente al paciente, como se ha explicado anteriormente, léale el formulario íntegramente al paciente (o a su progenitor o tutor) y explíquele que puede rechazar cualquiera de los elementos enumerados (o ninguno). Solicite la firma o la huella del pulgar de la persona víctima y la firma de un testigo.

Yo,(inserte el nombre de la persona víctima)

autorizo al centro de salud indicado con anterioridad a realizar las pruebas siguientes (marque las casillas correspondientes):

	Sí	No
Realizar una exploración física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Realizar una exploración genital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recoger pruebas, como muestras de líquidos corporales, ropa, pelo o cortaduras de uñas, muestras de sangre y fotografías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proporcionar pruebas e información médica a la policía o los tribunales en relación con el caso; esa información se limitará a los resultados de la exploración y a cualquier consulta de seguimiento pertinente que se preste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Entiendo que puedo rechazar cualquier parte de la exploración a la que no quiera someterme.

Firma:

Fecha :

Testigo :

Anexo 3: Obtención de pruebas forenses

La capacidad de los laboratorios para analizar pruebas forenses es muy variable y, en situaciones de emergencia humanitaria, se reduce drásticamente. Este anexo describe los distintos tipos de pruebas forenses que pueden recogerse, y reseña los procedimientos que deben seguirse para hacerlo. Los profesionales sanitarios deben familiarizarse con los protocolos y recursos disponibles a nivel nacional y local. Cada país y cada jurisdicción tiene su propia normativa en materia de violación y sus reglas en cuanto a lo que puede admitirse como prueba. No recoja pruebas que luego no pueda utilizar.

Consideraciones importantes

- ▶ Los profesionales de la salud deberán familiarizarse con los protocolos y recursos disponibles a nivel nacional y local. Cada país y cada jurisdicción tiene su propia normativa en materia de violación, y sus reglas en cuanto a lo que puede admitirse como prueba.
- ▶ La persona sobreviviente debe ser informada de que algunas lesiones podrían ser más evidentes pasados algunos días y de que, en ese caso, deberá someterse a una nueva exploración para documentar los cambios.
- ▶ Las únicas personas que deben realizar intervenciones de índole médico-forense en menores son quienes posean capacitación especializada y experiencia en el trabajo con este grupo de edad (p. ej., en materia de comunicación adaptada al nivel de madurez de los menores, técnicas de exploración especializadas, recogida de pruebas).
- ▶ Los menores pueden someterse a evaluaciones médico-forenses (anamnesis, exploración, recogida de muestras e informe médico-forense) solo si existen servicios pediátricos y de otras especialidades a los que se les pueda derivar.
- ▶ Todos los especialistas en medicina forense que trabajen con menores deben conocer la legislación y las políticas que estén en vigor en el lugar donde desempeñen sus funciones, en especial, en materia de consentimiento, notificación obligatoria, definiciones de violencia sexual en la niñez; también deben saber quiénes están autorizados a recoger pruebas forenses y presentarlas ante un tribunal.

Antes de empezar

- ▶ Deberá proporcionarse a la persona sobreviviente una explicación pormenorizada de las razones que motivan la exploración que se va a practicar, así como de su alcance, de los

procedimientos que podrían emplearse, de la recogida muestras y de la toma de fotografías.

- ▶ Deberá proporcionarse una explicación sutil pero concreta de las exploraciones genitales y anales que puedan requerirse.
- ▶ Debe ser la persona sobreviviente, o su tutor legal, quien preste su consentimiento para someterse a la exploración. Además, debe obtenerse consentimiento para cada uno de los procedimientos (en particular, la exploración genital), la entrega de los resultados y de las muestras, y la realización de fotografías. La persona sobreviviente podrá prestar su consentimiento para algunos aspectos y no para otros, y puede retirarlo en cualquier momento. El consentimiento debe documentarse mediante firma o huella dactilar.
- ▶ Las fotografías son un complemento útil de la documentación de cualquier lesión. Será preciso concertar y acordar con la persona sobreviviente todo lo relativo al consentimiento, el acceso a la información (respetando la intimidad y la confidencialidad de los datos) y cualquier otro aspecto delicado (como la realización de fotografías de los genitales).
- ▶ La persona sobreviviente deberá prestar su consentimiento para la recogida de muestras y su entrega (a los investigadores). Es importante considerar detenidamente los efectos (físicos y psicológicos) que la recogida de muestras puede tener en la persona sobreviviente.

Inspección corporal

- ▶ Examine la ropa de la persona sobreviviente con buena luz antes de que se desvista. Recoja cualquier residuo que observe en la ropa, en la piel o en el pelo de la persona sobreviviente (suciedad, hojas, hierba, pelos ajenos). Mientras se desviste, la persona sobreviviente debe colocar los pies sobre una hoja de papel, donde caerá todo residuo que se desprenda durante el proceso, que luego se recogerá. La persona sobreviviente no debe descubrirse totalmente. Explore la mitad superior de su cuerpo primero y, a continuación, la mitad inferior o, en su defecto, proporciónese una bata con la que cubrirse. Recoja prendas rotas o manchadas solo si puede ofrecerle otras para sustituirlas. Deje secar las prendas al aire antes de guardarlas.
- ▶ Documente todas las lesiones con el mayor detalle posible (véase el capítulo 3, paso 4).
- ▶ Recoja muestras de ADN de todas las superficies cutáneas donde el agresor pueda haber depositado saliva (al lamer, besar o morder a la persona sobreviviente) o semen, con ayuda de una torunda con punta de algodón, que deberá

humedecerse ligeramente con agua esterilizada si la piel está seca.

- ▶ Inspeccione el vello púbico de la persona sobreviviente con un peine para buscar pelos ajenos.
- ▶ Si el agresor eyaculó en la boca de la persona sobreviviente, tome las muestras pertinentes y realice un frotis de la cavidad oral. Tras realizar una inspección ocular del esperma, solicite pruebas de ADN y fosfatasa ácida. Explore con una torunda seca los espacios interdentes y el espacio entre los dientes y las encías del maxilar inferior ya que el semen tiende a acumularse en esa zona.
- ▶ Recoja muestras de sangre u orina para la realización de pruebas toxicológicas (por ejemplo para determinar si se drogó a la persona sobreviviente).

Inspección del ano, el perineo y la vulva

Inspeccione la piel que rodea el ano, el perineo y la vulva o el pene y utilice torundas con punta de algodón nuevas humedecidas con agua esterilizada para recoger muestras de esas zonas a fin de analizar su ADN. En niños, explore siempre tanto el ano como la vulva o el pene.

Exploración de la vagina y el recto

Dependiendo del lugar de penetración, o tentativa de penetración, deberá explorar la vagina o el recto:

- ▶ Lubrique un espéculo con suero fisiológico normal o agua limpia (otros lubricantes podrían alterar el resultado del análisis forense). No use el espéculo para exploraciones en niñas prepúberes ya que causa dolor y puede provocar lesiones.
- ▶ Con una torunda con punta de algodón tome una muestra de líquido de la parte posterior del fórnix, que servirá para detectar la posible presencia de semen. Coloque una gota del líquido en un portaobjetos, con una gota de suero fisiológico normal si fuera necesario (microscopía en fresco), y analícela bajo el microscopio para determinar si contiene esperma. Evalúe la motilidad de cualquier resto de esperma que detecte. Vierta el líquido sobrante en un segundo portaobjetos y deje secar al aire ambos portaobjetos para examinarlos más adelante.
- ▶ Utilizando torundas nuevas, recoja muestras de la parte posterior del fórnix y del conducto cervical para analizar su ADN. Deje secar las muestras a temperatura ambiente.
- ▶ Recoja muestras del cuello del útero y de la vagina por separado para realizar un análisis de la fosfatasa ácida.
- ▶ Obtenga muestras del recto, si estuviera indicado, para determinar la presencia de

esperma y para realizar un análisis de ADN y de la fosfatasa ácida.

Mantenimiento de la cadena de custodia

Para que las pruebas sean admitidas por el tribunal, evite que se interrumpa la cadena de custodia. Esto significa que las pruebas deben recogerse, identificarse, almacenarse y transportarse adecuadamente.

La documentación debe incluir la firma de todas las personas que en algún momento hayan estado en posesión de las pruebas, desde quien las ha recogido hasta quien las ha llevado al tribunal, con el fin de mantener un registro de la ubicación de las pruebas desde el momento en que se recogieron.

Tome precauciones para evitar la contaminación: restrinja el acceso a la consulta, asegúrese de que el recinto se limpie entre un caso y el siguiente y cámbiese de guantes con frecuencia.

Deben tomarse los recaudos necesarios en los casos en que no sea posible enviar las muestras de forma inmediata al laboratorio.

- ▶ Toda la ropa, paños, torundas, gasas y demás objetos que deban analizarse deben secarse al aire hasta que queden totalmente secos y guardarse en bolsas de papel (no de plástico). El ADN de las muestras podrá analizarse muchos años después de la agresión, siempre que el material se haya secado bien.
- ▶ Las muestras de sangre y orina pueden almacenarse en un frigorífico durante cinco días. Para almacenamientos más largos, debe utilizarse un congelador.

Siga las instrucciones del laboratorio local.

- ▶ Coloque todas las muestras en un recipiente una vez que hayan sido claramente etiquetadas con un código de identificación confidencial (no utilice ni el nombre ni las iniciales de la persona sobreviviente) y con la fecha, la hora y una referencia a sus características (tipo de muestra, de dónde procede).
- ▶ Selle la bolsa o recipiente con cinta adhesiva por la zona del cierre. Consigne el código de identificación y la fecha, y firme con sus iniciales por encima de la cinta. En el protocolo adaptado, escriba con letra clara las instrucciones del laboratorio local para la recogida, almacenamiento y transporte de las muestras.
- ▶ Las pruebas deben entregarse a las autoridades solamente en caso de que la persona sobreviviente decida iniciar acciones legales.

Podría ocurrir que la persona sobreviviente preste su consentimiento para que se recojan

las muestras, pero no para que se remitan a las autoridades en el momento de la exploración. En ese caso, proporcione a la persona sobreviviente la información pertinente sobre las leyes y procedimientos relativos a la conservación de pruebas, así como sobre la posible existencia de un plazo máximo para almacenar pruebas antes de su destrucción. Si la persona sobreviviente cambia de opinión durante ese período, podrá indicar a las autoridades dónde recoger las pruebas.

Informar sobre los hallazgos obtenidos ante un tribunal

Si la persona sobreviviente desea buscar resarcimiento ante la justicia y el caso llega a juicio, es posible que el profesional sanitario que la exploró tras la agresión deba informar sobre sus conclusiones ante un tribunal. Solo un pequeño porcentaje de casos llega a los tribunales. Muchos profesionales de la salud podrían sentirse incómodos ante la posibilidad de tener que declarar en un juicio o pensar que están demasiado ocupados para ello. No obstante, esa tarea es parte de la función de cualquier profesional sanitario dedicado a la atención de persona sobrevivientes de agresión sexual.

En la mayoría de los casos, el profesional sanitario debe prestar declaración como testigo ocular (y

enumerar los hallazgos según fueron registrados) y no como perito. Deberá reunirse con el fiscal antes de la vista judicial para preparar su testimonio y obtener información acerca de los asuntos más relevantes del caso. Al prestar declaración como testigo ocular ante el tribunal, el profesional sanitario debe actuar con responsabilidad y mostrarse seguro.

- ▶ Vestirá adecuadamente.
- ▶ Hablará clara y lentamente y, si es culturalmente aceptable, establecerá contacto visual con las personas a quienes se dirija.
- ▶ Utilizará una terminología médica precisa.
- ▶ Contestará a las preguntas que se le formulen lo más exhaustiva y profesionalmente posible.
- ▶ Si no conoce la respuesta a una pregunta, deberá decirlo. No deberá inventarse la respuesta y no declarará sobre cuestiones ajenas a su ámbito de especialización.
- ▶ Pedirá aclaraciones si no entiende una pregunta. No intentará adivinar el significado de las preguntas.

Las notas tomadas durante la entrevista inicial y durante la exploración de la persona sobreviviente constituyen la piedra angular de las conclusiones de las que se informa al tribunal. Dada la dificultad de recordar lo que no se ha plasmado por escrito, es preciso registrar todas las declaraciones, procedimientos y actuaciones de forma detallada, precisa, completa y legible. Esa es la mejor forma de prepararse para presentarse ante un tribunal.

Anexo 4. Formulario de anamnesis y exploración física modelo

CONFIDENCIAL

CÓDIGO:

Formulario de anamnesis y de exploración – Agresión sexual

1. INFORMATIONS GÉNÉRALES

Nombre:		Apellido(s):	
Dirección:			
Sexo:	Fecha de nacimiento (dd/mm/aa):		Edad:
Fecha / hora de la exploración:		/	En presencia de:

En el caso de un menor, incluya: nombre del colegio, nombre de los padres o tutor.

2. DESCRIPCIÓN DE LA AGRESIÓN

Fecha en que se produjo la agresión:	Hora en que se produjo la agresión:			
Descripción de la agresión (por la persona víctima)				
Agresión física	Sí	No	Describa el tipo de agresión y su ubicación en el cuerpo	
Tipo (golpes, mordeduras, tirones de pelo, etc.)				
Uso de mordazas				
Uso de algún arma o armas				
Penetración	Sí	No	No está segura	Descríbalo (oral, vaginal, anal, tipo de objeto)
Pene				
Dedo				
Otros (describir)				
	Sí	No	No está segura	Ubicación (oral, vaginal, anal, otro)
Eyacuación				
Se usó preservativo				

Si la persona víctima es un menor, pregunte también: ¿Ha ocurrido esto antes? ¿Cuándo fue la primera vez? ¿Cuánto tiempo ha estado sucediendo? ¿Quién lo hizo? ¿Sigue siendo la persona una amenaza? Pregunte también si hay sangrado vaginal o rectal, dolor al caminar, disuria, dolor al defecar, indicios de secreciones, o cualquier otro signo o síntoma.

3. ANAMNESIS

Después de la agresión, la persona víctima	Sí	No		Sí	No
Vomitó			Se enjuagó la boca		
Orinó			Se cambió de ropa		
Defecó			Se lavó o se bañó		
Se lavó los dientes			Se puso un tampón o una toalla higiénica		
Uso de anticonceptivos					
Píldora			Preservativos		
Inyecciones			Esterilización		
Dispositivo intrauterino			Otros		
Historia menstrual y ginecológica					
¿Cuándo tuvo su última menstruación? (dd/mm/aa)			¿Estaba menstruando en el momento de la agresión?		
	Sí	No			
¿Podría estar embarazada?			Número de semanas de embarazo semanas	
Historia ginecológica					

Antecedentes de relaciones consentidas (solo si se han recogido muestras para el análisis de ADN)				
Dernier rapport sexuel consenti au cours de la semaine précédant l'agression	Date (jj/mm/aa) :	Nom de la personne :		
Otras afecciones				
Indicios de mutilación genital femenina; tipo				
Alergias				
Medicación actual				
Historial de vacunación	Vacunado	No vacunado	Se desconoce	Observaciones
Tétanos				
Hepatitis B				
Estado serológico con relación al VIH/SIDA	Conocido		Se desconoce	

4. EXAMEN MÉDICO

Apariencia (vestimenta, pelo, discapacidad física o mental evidente)			
Estado de ánimo (tranquila, llora, ansiosa, colaboradora, deprimida, ausente, otro)			
Peso:	Altura:	Estadio puberal: Prepuberal <input type="checkbox"/> Puberal <input type="checkbox"/> Maduro <input type="checkbox"/>	
Pulso:	Presión arterial:	Frecuencia respiratoria:	Temperatura:
Resultados físicos			
Describa sistemáticamente y señale en los pictogramas del cuerpo (anexo 5) la ubicación exacta de todas las heridas, hematomas, Petequias, marcas, etc. Documente el tipo, el tamaño, el color, la forma y otros detalles. La descripción debe ser lo más completa y precisa posible. No interprete las observaciones.			
Cabeza y cara		Boca y nariz	
Ojos, orejas y oídos		Cuello	
Tórax		España	
Abdomen		Nalgas	
Brazos y manos		Piernas y pies	

5. EXPLORACIÓN GENITAL Y ANAL

Vulva/escroto	Introito	Ano
Vagina/pene	Cuello uterino	Exploración bimanual/rectovaginal
Posición de la paciente (supino, prono, genupectoral, lateral, regazo de su madre)		
En la exploración genital:		En la exploración anal:

6. PRUEBAS REALIZADAS

Tipo y lugar	Obtención de la muestra/enviada al laboratorio	Resultados

7. PRUEBAS MÉDICO-FORENSES OBTENIDAS

Tipo y lugar	Enviadas a.../almacenadas	Recogidas por/fecha

8. TRATAMIENTOS PRESCRITOS

Tratamiento	Sí	No	Tipo y observaciones
Tratamiento de heridas			
Anticonceptivos de emergencia			
Prevención/tratamiento de infecciones de transmisión sexual			
Profilaxis posterior a la exposición contra el VIH			
Profilaxis contra el tétanos			
Vacunación contra la hepatitis B			
Otros			

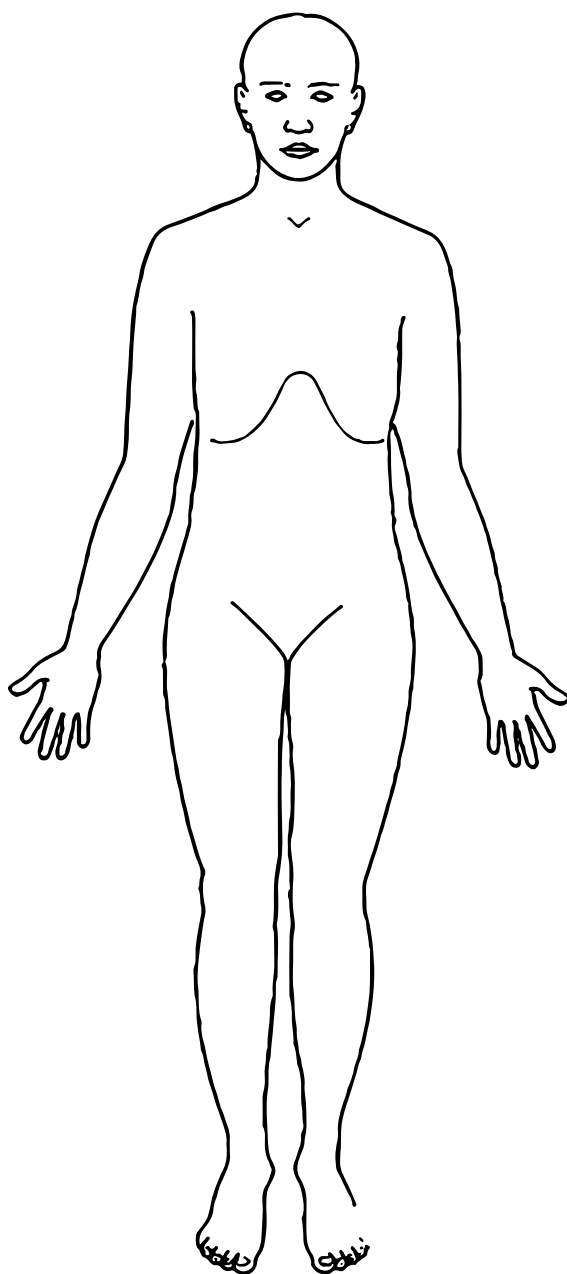
9. ORIENTACIÓN, DERIVACIONES, SEGUIMIENTO

Estado psicológico general

	Sí	No
La persona víctima tiene previsto denunciar la agresión a la policía o ya lo ha hecho		
La persona víctima tiene un lugar seguro al que ir		
La persona víctima cuenta con alguien que la acompañe		
Orientación prestada o intervención psicológica:		
Derivación:		
gestión de casos <input type="checkbox"/> Policía <input type="checkbox"/> Servicios jurídicos <input type="checkbox"/>		
Servicios de salud mental <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>		
Seguimiento requerido:		
Fecha de la siguiente consulta:		
Nombre del personal de salud que realiza el examen o la entrevista:		
Cargo:	Firma:	Fecha:

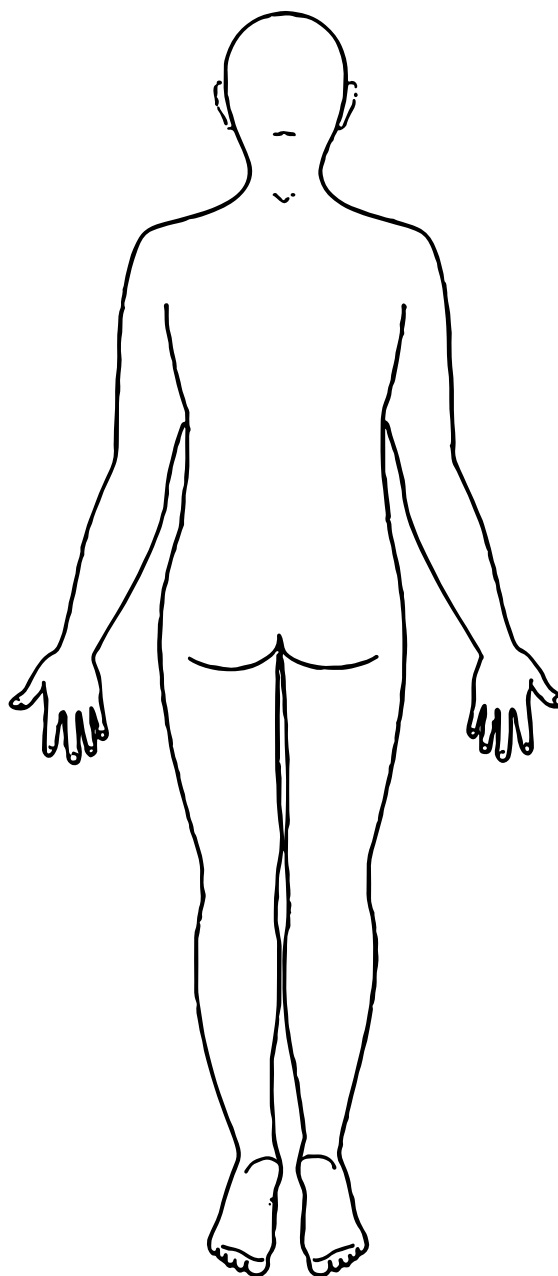
Anexo 5. Pictogramas

Derecho

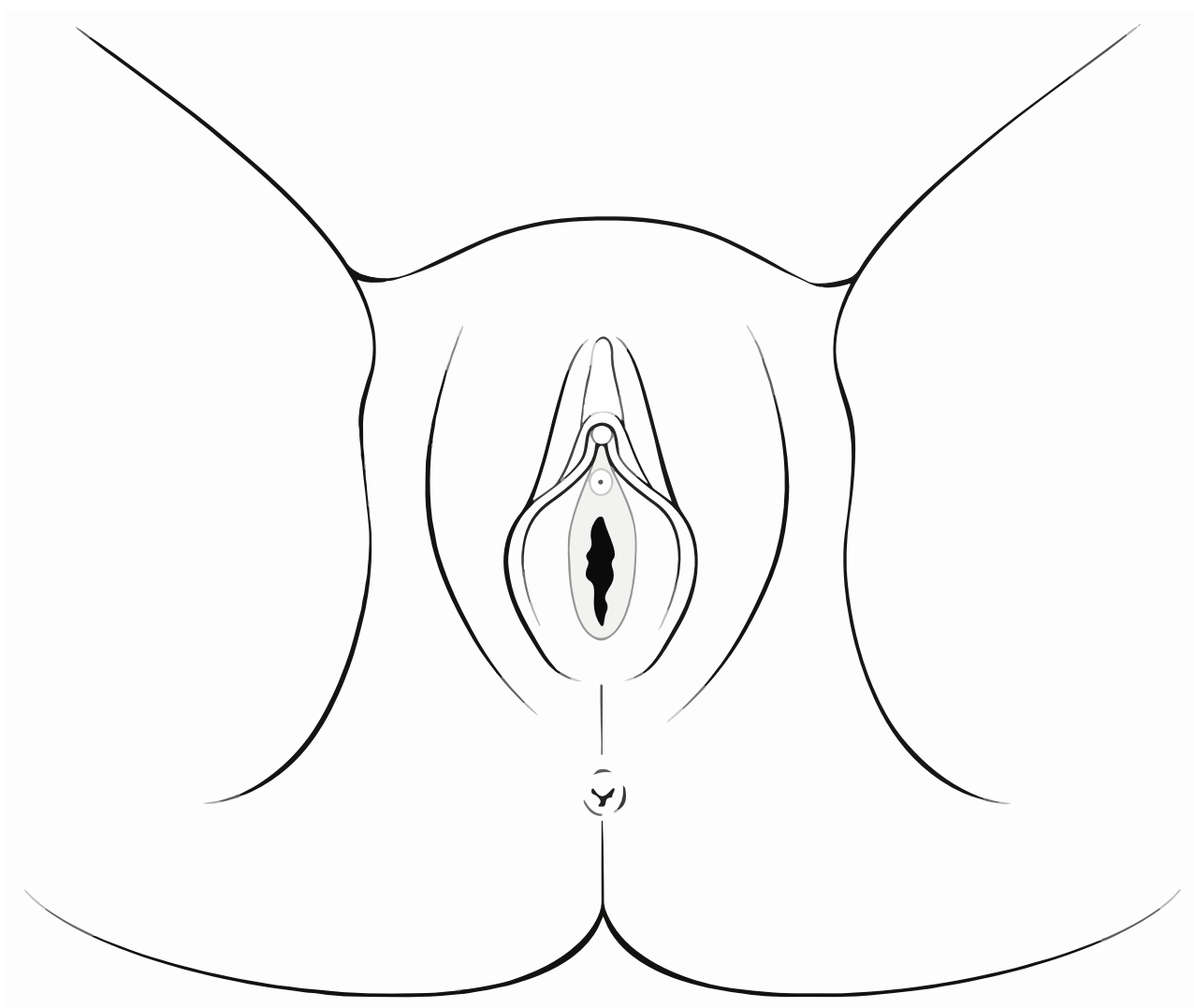


Izquierdo

Izquierdo

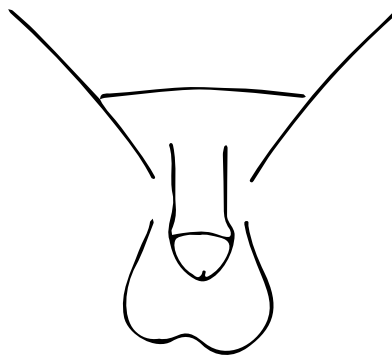
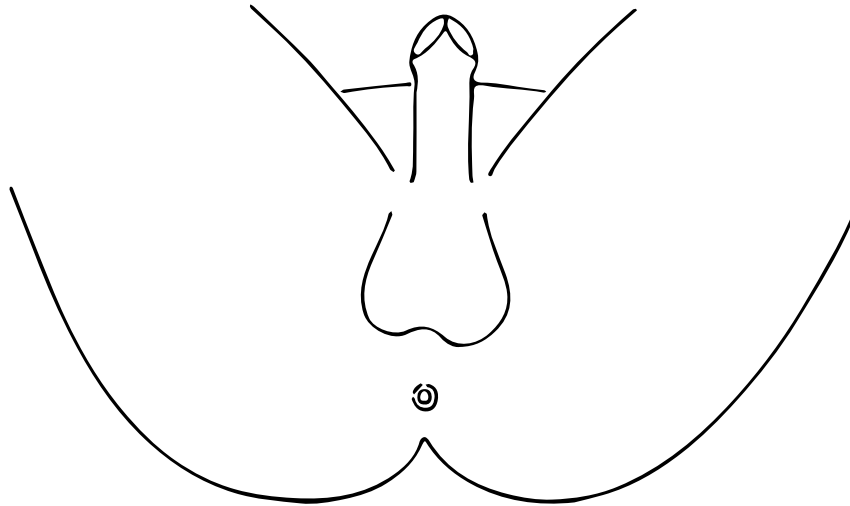


Derecho



Derecho

Izquierdo



Anexo 6. Certificados médicos modelo

CERTIFICADO MÉDICO para un adulto

Yo, el abajo firmante: (apellidos, nombre):

Cargo (Indique la función que desempeña):

en la fecha y horas indicados (día / mes/ año; hh:mm)

certifico haber explorado a petición suya a

la Sra., la Srta., el Sr.: (apellidos, nombre)

Fecha de nacimiento: (día / mes / año)

dirección: (dirección exacta de la mujer o el hombre)

.....

.....

La persona víctima declaró haber sufrido una agresión sexual

el (día / mes / año)

a las (hh:mm)

en (lugar)

a manos de: persona conocida: (nombre)

persona desconocida

La Sra., la Srta., el Sr. presenta los signos siguientes:

Examen general (comportamiento: postrada, alterada, tranquila, asustada, muda, llora, etc.)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Exploración física (descripción detallada de las lesiones: ubicación, extensión, preexistentes o recientes, gravedad)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Exploración genital (contusiones, abrasiones, desgarros, etc.)

.....
.....
.....
.....
.....

Exploración anal (contusiones, abrasiones, desgarros, etc.)

.....
.....
.....
.....
.....

Otros exámenes realizados y muestras tomadas

.....
.....
.....
.....
.....

Evaluación del riesgo de embarazo

.....
.....
.....
.....
.....

La ausencia de lesiones no debe llevar a la conclusión de que no hubo agresión sexual.

Certificado preparado en el día de hoy y entregado a
(nombre del progenitor, cuidador, tutor) como elemento de prueba.

Firma del médico

.....

El certificado médico debe cumplimentarse por duplicado; un ejemplar es para el paciente o el cuidador y otro para guardarlo en la clínica en un cajón o armario cerrado con llave.

CERTIFICADO MÉDICO para un menor

Yo, el abajo firmante: (apellidos, nombre):

Cargo (Indique la función):.....

en la fecha y hora indicados (día / mes/ año; hh:mm):

certifico haber explorado a petición de la Sra., la Srta., el Sr. (nombre del progenitor, cuidador, tutor)

al menor: (apellidos, nombre)

Fecha de nacimiento: (día/ mes / año)

Dirección: (dirección exacta de los padres o lugar de residencia del menor)

Durante la reunión, el menor me dijo (repita las palabras del menor con la mayor exactitud posible)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Durante la reunión, la Sra., la Srta., el Sr. (nombre de la persona que acompaña al menor)

..... **declaró** (repita las palabras del acompañante con la mayor exactitud posible) :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

El niño presenta los siguientes signos:

Examen general (comportamiento: postrado, alterado, tranquilo, asustado, mudo, llora, etc.)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Exploración física (descripción detallada de las lesiones: ubicación, extensión preexistentes o recientes, gravedad)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Exploración (contusiones, abrasiones, desgarros, etc.)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Exploración anal (contusiones, abrasiones, desgarros, etc.)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Otros exámenes realizados, muestras tomadas y resultados:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

La ausencia de lesiones no debe llevar a la conclusión de que no hubo agresión sexual.

**Certificado preparado en el día de hoy y entregado a
(nombre del progenitor, cuidador, tutor) como elemento de prueba.**

Firma del médico

.....

El certificado médico debe cumplimentarse por duplicado; un ejemplar es para el paciente o el cuidador y otro para guardarlo en la clínica en un cajón o armario cerrado con llave.

Anexo 7. Protocolo para la administración de anticoncepción de urgencia

Esquemas de anticoncepción de urgencia

	Píldoras anticonceptivas de emergencia			Dispositivo intrauterino (DIU) como AE
Tipo de AE	Levonorgestrel (LNG) solo	Pauta combinada	Acetato de ulipristal (AUP)	DIU de cobre
Dosis	Dosis única de 1,5 mg de LNG (o 2 comprimidos de 0,75 mg de LNG)	100 µg de etinilestradiol + 0,5 mg de LNG. Refuerzo 12 horas después	30 mg de AUP	
Inicio del tratamiento/ efectividad	<ul style="list-style-type: none"> Lo antes posible, en las primeras 120 horas posteriores a la agresión Cuanto más tarde en tomar las píldoras de AE, menor será su efectividad La pauta combinada es menos efectiva y se asocia con más efectos secundarios que LNG solo o UPA 			<ul style="list-style-type: none"> Hasta 120 horas (5 días)

Fuente: *Contraceptive delivery tool for humanitarian settings*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/276553>).

Administración de píldoras anticonceptivas de emergencia²⁰

- Administre la píldora (o píldoras) anticonceptivas de emergencia.
 - ▶ La persona víctima puede tomar la píldora (o píldoras) de inmediato.
 - ▶ Si está siguiendo una pauta de dos dosis, indíquelo que debe tomar la siguiente dosis después de 12 horas.
- Describa los efectos secundarios más frecuentes.
 - ▶ Náuseas, dolor abdominal, posiblemente otros.
 - ▶ Ligero sangrado o desarreglos menstruales.
 - ▶ Los efectos secundarios no son indicativos de enfermedad y no duran mucho. La mayoría de las mujeres no tiene efectos secundarios.
- Explique qué puede hacer para aliviar los efectos secundarios.
 - ▶ Náuseas:
 - No se recomienda el uso sistemático de antieméticos. Las mujeres que han experimentado náuseas con anterioridad a raíz del uso de píldoras anticonceptivas de emergencia o tras la primera dosis de una pauta de dos dosis pueden tomar antieméticos como hidrocloreuro de meclizina (p. ej., navicalm, chiclida, vertigol, vertinon) en dosis de 25-30 mg de 30 minutos a una hora antes de tomar las píldoras anticonceptivas de emergencia.

20 Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Reproductiva e Investigación. Facultad de Salud Pública Johns Hopkins Bloomberg/Centro para programas de comunicación. Proyecto de conocimientos sobre la salud. Planificación familiar: un manual mundial para proveedores: edición 2018. Ginebra y Baltimore: Organización Mundial de la Salud y Facultad de Salud Pública Johns Hopkins Bloomberg; 2018 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44074/9780978856304-spa.pdf?sequence=1>).

▶ Vómitos:

- Si la mujer vomita en las dos horas posteriores a haber tomado una píldora anticonceptiva de emergencia de progestina, sola o combinada, deberá tomar una dosis de refuerzo. Si vomita en las tres horas posteriores a haber tomado una píldora anticonceptiva de emergencia de AUP, deberá tomar otra dosis (puede usar antieméticos con esta dosis de refuerzo, como se indica más arriba). Si continúan los vómitos, puede tomar una dosis de refuerzo del anticonceptivo de emergencia de progestina sola o combinada, colocándose las pastillas en la parte alta de la vagina. Si los vómitos se producen más de dos horas después de tomar la píldora anticonceptiva de emergencia de progestina sola o combinada, o 3 horas después de tomar la pastilla anticonceptiva de emergencia de AUP, no tendrá que tomar ninguna píldora adicional.

4. Suministre a la mujer más píldoras anticonceptivas de emergencia y hágale de la posibilidad de optar por un método anticonceptivo permanente.

- ▶ Si cree que la mujer necesitará anticoncepción de urgencia en el futuro suminístrele, si es posible, más píldoras anticonceptivas de emergencia para llevarse a casa.
- ▶ Infórmele de que, si lo desea, puede optar por un método anticonceptivo permanente.

5. Seguimiento.

- ▶ Anime a la persona víctima a que haga una prueba de detección precoz del embarazo si su período menstrual se retrasa más de siete días.

Utilización de un dispositivo intrauterino (DIU) de cobre como anticonceptivo de emergencia

- ▶ Si la persona víctima se presenta en los primeros cinco días posteriores a la violación (y no ha mantenido relaciones sexuales sin protección previas durante el mismo ciclo menstrual), la colocación de un DIU de cobre es un método anticonceptivo de emergencia efectivo, ya que impide más del 99% de los embarazos que hubieran podido producirse con posterioridad.
- ▶ Es preciso orientar a las personas víctimas en relación con este método para que puedan tomar una decisión informada.
- ▶ Debe ser un profesional con experiencia quien oriente a la paciente y coloque el DIU. Si se opta por la utilización de un DIU, asegúrese de administrar también tratamiento completo contra las infecciones de transmisión sexual (véase el anexo 8).
- ▶ El DIU podrá retirarse cuando la mujer tenga su siguiente período o mantenerse para evitar embarazos futuros.

Niñas

- ▶ El protocolo de anticoncepción de emergencia que figura en este anexo puede aplicarse, sin restricción alguna, a niñas que hayan alcanzado la menarquía (niñas posmenárquicas), así como a aquellas que se encuentran en las fases iniciales de la pubertad (estadios 2 o 3 de Tanner).

Anexo 8. Protocolos para la prevención y el tratamiento de infecciones de transmisión sexual

Elaborado con arreglo a los tratamientos recomendados por la OMS²¹ para infecciones de transmisión sexual (ITS) en adultos (que también pueden utilizarse de forma profiláctica)

Nota: A continuación, figuran algunos ejemplos de tratamientos contra las infecciones de transmisión sexual. Es posible que haya otras opciones terapéuticas. Asegúrese siempre de seguir los protocolos de tratamiento locales para infecciones de transmisión sexual.

Para adultos

ITS	Tratamiento	
Gonorrea²² Es preferible la biterapia – también en mujeres embarazadas	Ceftriaxona	250 mg por vía intramuscular (IM), dosis única
	MÁS	
	Azitromicina	1 g por vía oral, dosis única
	O	
	Cefixima	400 mg por vía oral, dosis única
	MÁS	
En caso de monoterapia (tratamiento basado en datos de resistencia local)	Azitromicina	1 g por vía oral, dosis única
	O	
	Cefixima	400 mg por vía oral, dosis única
	O	
Infección por clamidia	Espectinomina	2 g por vía IM, dosis única
	Azitromicina	1 g por vía oral, dosis única
	O	
	Doxiciclina (contraindicado durante el embarazo)	100 mg por vía oral 2 veces al día durante 7 días – recomendado en caso de violación anal
	O	
	Tetraciclina (contraindicado durante el embarazo)	500 mg 4 veces al día durante 7 días
	O	
	Eritromicina	500 mg por vía oral 4 veces al día durante 7 días
	O	
	Ofloxacina (contraindicado durante el embarazo)	200–400 mg por vía oral 2 veces al día durante 7 días

21 WHO (2016). Guidelines for the treatment of Chlamydia trachomatis; WHO (2016). Guidelines for the treatment of Neisseria gonorrhoeae; WHO (2016). Guidelines for the treatment of Treponema pallidum (syphilis). Ginebra.

22 La OMS recomienda que el tratamiento (en monoterapia y en biterapia) se indique en función de los datos relativos a la resistencia local.

ITS	Tratamiento	
Infección por clamidia en mujeres embarazadas	Azitromicina	1 g por vía oral, dosis única
	O	
	Amoxicilina	500 mg por vía oral 3 veces al día durante 7 días
	O	
	Eritromicina	500 mg por vía oral 4 veces al día durante 7 días
Sífilis temprana (también en mujeres embarazadas)	Penicilina benzatina	2,4 millones de UI por vía IM una vez
Sífilis temprana, pacientes alérgicos a la penicilina	Doxiciclina (contraindicado durante el embarazo)	100 mg por vía oral 2 veces por día durante 14 días
Sífilis temprana en mujeres embarazadas alérgicas a la penicilina	Eritromicina ²³	500 mg por vía oral 4 veces por día durante 14 días
	O	
	Ceftriaxona	1 g por vía IM 1 vez al día durante 10–14 días
Sífilis tardía (también en mujeres embarazadas)	Penicilina benzatina	2,4 millones de UI por vía IM en 3 dosis administradas a intervalos de 1 semana
Sífilis tardía, pacientes alérgicos a la penicilina	Doxiciclina (contraindicado durante el embarazo)	100 mg por vía oral 2 veces por día durante 28 días
Sífilis tardía en mujeres embarazadas alérgicas a la penicilina	Eritromicina ²³	500 mg por vía oral 4 veces por día durante 28 días

Administre un tratamiento corto y fácil de seguir para cada una de las infecciones prevalentes en su entorno.

Ejemplo de tratamiento preventivo contra la gonorrea, la sífilis y la infección por clamidia:

- ▶ Dosis única de ceftriaxona 250 mg por vía intramuscular (para la gonorrea) más una dosis única de 1 g de azitromicina por vía oral (para la infección por clamidia y la sífilis en incubación)

O

- ▶ Dosis única de cefixima 400 mg (gonorrea) más una dosis única de 1 g de azitromicina por vía oral (para la infección por clamidia o la sífilis en incubación).

Observaciones:

Una pauta de 100 mg de doxiciclina por vía oral dos veces al día durante 14 días puede sustituir a la azitromicina como tratamiento preventivo de la infección por clamidia y de la sífilis en incubación, a menos que la persona víctima esté embarazada o tenga dificultades para completar un ciclo de 14 días de tratamiento. La doxiciclina no debe usarse en mujeres embarazadas debido a sus efectos adversos.

En caso de prevalencia de tricomoniasis, añada una dosis única de 2 g de metronidazol por vía oral.

²³ Aunque efectiva en el tratamiento de mujeres embarazadas, la eritromicina no es capaz de atravesar completamente la barrera placentaria y, en consecuencia, el feto no se beneficia de sus efectos. Por ello, es necesario tratar al neonato inmediatamente después del parto.

Para niños (según el peso)

ITS	Tratamiento	
Gonorrea	Ceftriaxona	< 45 kg: 25–50 mg/kg por vía intramuscular (IM) o intravenosa (IV) – dosis única > 45 kg: 250 mg por vía IM una vez
Infección por clamidia	Eritromicina	< 45 kg: 50 mg/kg por vía oral repartidos en 4 dosis diarias durante 14 días
	Azitromicina	> 45 kg: 1 g por vía oral una vez
	O	
	Doxiciclina	> 45 kg y > 8 años de edad: 100 mg por vía oral 2 veces al día durante 7 días
Sífilis temprana	Penicilina benzatina	50 000 UI/kg por vía IM hasta la dosis para adultos de 2,4 millones de UI/kg por vía IM una vez
Sífilis tardía	Penicilina benzatina	50 000 UI/kg por vía IM hasta la dosis de adultos de 2,4 millones de UI/kg por vía IM repartidas en 3 dosis administradas a intervalos de 1 semana

Anexo 9: Protocolos de profilaxis posterior a la exposición para prevenir la infección por VIH

A continuación, figuran algunos ejemplos de los protocolos de profilaxis posterior a la exposición aplicados después de una violación para prevenir la infección por VIH. Esos ejemplos no detallan toda la asistencia que podría ser necesaria. Si su programa no contempla la aplicación de la profilaxis postexposición para la prevención de la infección por el VIH, derive a la persona víctima cuanto antes (en las primeras 72 horas) a un centro donde se le pueda prestar este servicio.

- ▶ La profilaxis postexposición (PPE) para la prevención de la infección por el VIHprofilaxis postexposición para la prevención de la infección por el VIH debe ofrecerse e iniciarse cuanto antes (preferiblemente en las primeras 72 horas) en cualquier persona que haya sufrido una agresión que pueda provocarle una infección por VIH.
- ▶ Aunque la pauta de profilaxis postexposición para la prevención de la infección por el VIHla profilaxis postexposición para la prevención de la infección por el VIH con dos fármacos antirretrovirales es efectiva, es preferible una pauta de triple terapia.
- ▶ El embarazo no es una contraindicación para la profilaxis posterior a la exposición. En mujeres embarazadas se recomienda utilizar la pauta de triple terapia. Si bien dolutegravir

parece ser seguro en mujeres embarazadas, la administración de este fármaco durante el período periconcepcional ha sido puesta en tela de juicio por la posible aparición de defectos en el tubo neural. Ese riesgo debe sopesarse teniendo en cuenta la mayor eficacia y tolerabilidad de esa medicación. Efavirenz es una alternativa segura y efectiva para mujeres embarazadas, si bien sus efectos secundarios podrían afectar al cumplimiento del tratamiento.

Al elegir la pauta de profilaxis postexposición para la prevención de la infección por el VIH deben tenerse en cuenta los medicamentos antirretrovirales que ya forman parte de los programas nacionales de lucha contra el VIH. Más adelante figura el esquema recomendado por la OMS para profilaxis postexposición para la prevención de la infección por el VIH para adultos y adolescentes. Dolutegravir se recomienda como tercer fármaco de la pauta de profilaxis postexposición para la prevención de la infección por el VIH. Cuando están disponibles, atazanavir / ritonavir, darunavir/ritonavir, lopinavir/ritonavir y raltegravir pueden ser considerados como terceros fármacos alternativos.

PPE para adultos y adolescentes de más de 10 (más de 30 kg)			
Se recomienda una pauta de triple terapia	Dosis/comprimido	Dosificación	Duración
Lamivudina ²⁴ + tenofovir	300 mg/300 mg	1 comprimido una vez al día	28 días
Más			
Dolutegravir ²⁵	50 mg	1 comprimido una vez al día	28 días

24 O emtricitabina.

25 Se recomienda dolutegravir como tercer medicamento de la pauta de PPE al VIH. Cuando están disponibles atazanavir / ritonavir, darunavir/ritonavir, lopinavir/ritonavir y raltegravir pueden considerarse como terceros fármacos alternativos para la PPE al VIH.

A continuación, figuran los regímenes recomendados por la OMS para los niños según el peso.

PPE para niños menores de 10 años (menos de 30 kg)														
	Zidovudina y lamivudina ²⁶				Y	Lopinavir y ritonavir							O	Dolutegravir ²⁷
Peso	Comprimido de 60 mg de zidovudina y 30 mg de lamivudina		Comprimido de 300 mg de zidovudine y 150 mg de lamivudina			Comprimido de 100 mg de lopinavir y 25 mg de ritonavir			Líquido oral que contiene 80 mg/ml de lopinavir y 20 mg/ml de ritonavir			Gránulos (40 mg de lopinavir y 10 mg de ritonavir) ²⁸		Comprimido de 50 mg
kgs	am	pm	am	pm		am	pm		am	pm	o	am	pm	Una vez al día
3,0–5,9	1	1			y	NR*	NR*	o	1 ml	1 ml	o	2	2	
6,0–9,9	1,5	1,5			y	NR*	NR*	o	1,5 ml	1,5 ml	o	3	3	
10,0–13,9	2	2			y	2	1	o	2 ml	2 ml	o	4	4	
14,0–19,9	2,5	2,5			y	2	2	o			o	5	5	
20,0–24,9	3	3			y	2	2	o			o			o 1
25,0–29,9			1	1	y	3	3	o			o			o 1
* No recomendado Duración de la PPE para niños: 28 días														

26 Abacavir combinado con lamivudina o tenofovir combinado con lamivudina son posibles alternativas.

27 Dolutegravir se recomienda como tercer fármaco de la pauta de profilaxis postexposición para la prevención de la infección por el VIH la profilaxis postexposición (PPE) para la prevención de la infección por el VIH. Cuando se dispone de atazanavir / ritonavir, darunavir/ritonavir, lopinavir/ritonavir y raltegravir pueden considerarse como terceros fármacos alternativos para la profilaxis postexposición para la prevención de la infección por el VIH. La dosis de 50 mg de dolutegravir puede administrarse una vez al día a partir de los 20 kg de peso.

28 También puede administrarse lopinavir líquido combinado con ritonavir, aunque es preciso mantener la cadena de frío durante el transporte y el almacenamiento. El comprimido lopinavir/ritonavir de formulación termoestable debe tomarse entero y no debe partirse, masticarse, disolverse ni triturarse. Los comprimidos de 200 mg o 50 mg para adultos pueden administrarse a pacientes de entre 14,0 Kg y 24,9 kg (1 comprimido por la mañana y uno por la noche) y para pacientes de entre 25,0 kg y 34,9 kg (2 comprimidos por la mañana y 1 comprimido por la noche). La presentación de lopinavir/ritonavir en gránulos no debe administrarse a lactantes de menos de 3 meses. Si desea más información sobre los gránulos de lopinavir/ritonavir consulte: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/193543/Factsheet/ATT_WHO_UNICEF_lopinavir_eng.pdf. Aunque la experiencia en el uso de gránulos de lopinavir/ritonavir es aún escasa, el uso de esta presentación está aprobado a partir de las 2 semanas de edad.

Anexo 10. Evaluación y tratamiento de trastornos mentales

Si la persona víctima experimenta alguno de los trastornos que figuran en este anexo, préstele el apoyo psicosocial descrito en el capítulo 5 de esta guía y derívela a un especialista para un tratamiento más específico. Para más información sobre la evaluación y el tratamiento de trastornos mentales, consulte la guía mhGAP-HIG.²⁹

Trastorno depresivo moderado a grave

La presencia de un trastorno depresivo moderado a grave es probable si se dan las situaciones A, B y C durante al menos dos semanas	
A.	La persona víctima presenta al menos uno de los siguientes síntomas principales: <ul style="list-style-type: none"> • Ánimo decaído persistente (en el caso de niños y adolescentes: irritabilidad o ánimo decaído) • Pérdida del interés y la capacidad para disfrutar de actividades que anteriormente le resultaban entretenidas.
B.	La persona víctima ha desarrollado varios de los siguientes síntomas adicionales de un trastorno depresivo en un grado alto o presenta muchos de ellos en menor grado: <ul style="list-style-type: none"> • trastornos del sueño o demasiado sueño • alteración importante del apetito o del peso (pérdida o aumento) • sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva • fatiga o pérdida de energía • disminución de la capacidad para concentrarse y mantener la atención en tareas concretas • indecisión • agitación evidente o intranquilidad física • lentitud anormal al hablar o al moverse • desesperanza con respecto al futuro • pensamientos o actos suicidas
C.	La mujer experimenta grandes dificultades para desenvolverse en cualquiera de los siguientes ámbitos de su vida cotidiana: <ul style="list-style-type: none"> • personal, familiar, social, educativo/escolar, profesional/laboral, del hogar/doméstico u otros ámbitos (pregunte sobre cada uno de esas distintas esferas y actividades)
Si es probable que padezca un trastorno depresivo moderado a grave:	
✓	descarte y trate cualquier trastorno físico que pueda asemejarse a un trastorno depresivo (anemia, desnutrición, hipotiroidismo, ictus y efectos secundarios de medicamentos, como las fluctuaciones del estado de ánimo asociadas con los con los corticoesteroides)
✓	Descarte y trate otras enfermedades mentales (p. ej., consumo de alcohol y de drogas)
✓	Descarte la presencia de antecedentes de episodios maníacos acompañados de síntomas como: <ul style="list-style-type: none"> • euforia (sensación de felicidad intensa o irritabilidad) • disminución de la necesidad de dormir • pensamientos descontrolados, hiperactividad, rapidez al hablar • comportamiento impulsivo o temerario (p. ej., tomar decisiones importantes sin meditarlas bien, gastar excesivamente) • aumento exagerado de la autoestima <p>Si la persona víctima ha experimentado esos síntomas durante al menos una semana, y le impiden desenvolverse adecuadamente en su vida cotidiana, o si existen antecedentes de hospitalizaciones o confinamiento a causa de esos síntomas, consulte a un especialista.</p>
✓	Descarte las reacciones normales ante la violencia o una gran pérdida (p.ej., duelo por el fallecimiento de un ser querido, desplazamiento). Es probable que se trate de una respuesta normal si: <ul style="list-style-type: none"> • se produce una mejora manifiesta con el tiempo sin necesidad de intervención clínica • no hay antecedentes de trastorno depresivo moderado a grave o de episodios maníacos • los síntomas no dificultan gravemente el funcionamiento normal de la persona víctima en su vida cotidiana.

Nota: La decisión de administrar tratamiento en casos de trastorno depresivo moderado a grave debe adoptarse solo si la persona víctima presenta síntomas persistentes durante al menos 2 semanas que le impidan desenvolverse adecuadamente en su vida cotidiana.

²⁹ Organización Mundial de la Salud (OMS), Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR). Guía de intervención humanitaria mhGAP (GIH-mhGAP): el manejo clínico de los trastornos mentales neurológicos y por uso de sustancias en las emergencias humanitarias. Ginebra: OMS; 2015 (<http://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28418/9789275319017/spa.pdf?sequence=6&isAllowed=y>, consultado el 28 de agosto de 2019).

Trastorno de estrés postraumático (TEPT)

La presencia de TEPT es probable si se dan las situaciones A, B, C y D aproximadamente un mes tras la agresión	
A	Síntomas de rememoración. Recuerdos repetidos e indeseados sobre la agresión en los que la persona víctima revive los hechos como si estuvieran pasando en el presente (p. ej., pesadillas, escenas del pasado o recuerdos involuntarios, acompañados de temor intenso o pánico)
B	Síntomas de evitación. Eludir intencionalmente los pensamientos, recuerdos, actividades o situaciones que evoquen la agresión (p. ej., la persona víctima evita hablar de temas que le recuerden los hechos o regresar a los lugares donde sucedieron)
C	Sensación exagerada de amenaza permanente. Preocupación y alerta excesivas ante un posible peligro o reacción exagerada ante ruidos fuertes o movimientos inesperados (p. ej., la persona víctima se muestra asustadiza o se sobresalta con facilidad)
D	La persona víctima experimenta serias dificultades para llevar adelante su vida cotidiana en los ámbitos familiar, social, educativo/escolar, profesional/laboral, del hogar/doméstico, entre otras importantes esferas de su vida (pregunte sobre cada uno de esos distintos ámbitos/ actividades)
Si es probable que la persona víctima presente un trastorno de estrés postraumático:	
√	Descarte y trate las enfermedades físicas que puedan ser sintomáticas del TEPT (p. ej., los síntomas físicos asociados con la angustia como las palpitaciones, la cefalea, los trastornos gástricos o el insomnio)
√	Descarte y trate otros trastornos mentales, neurológicos y relacionados con el consumo de sustancias (p.ej., trastorno depresivo moderado a grave, pensamientos suicidas o problemas relacionados con el consumo de alcohol o de drogas)
√	Descarte las reacciones típicas ante la violencia. Las reacciones típicas suelen experimentar una mejora considerable con el tiempo sin necesidad de intervención clínica.

Nota: Inmediatamente después de una experiencia traumática como una agresión sexual, la mayoría de las mujeres experimentan estrés psicológico. Para muchas de ellas, este se manifiesta en reacciones transitorias que no requieren tratamiento clínico. No obstante, la persistencia de una serie de síntomas específicos y característicos (rememoración, evitación y sensación exagerada de amenaza permanente) durante más de un mes tras la agresión podría indicar que la persona víctima ha desarrollado un trastorno de estrés postraumático.

Suicidio y autolesiones

Cómo preguntar sobre el suicidio	
<ul style="list-style-type: none"> • Formule las preguntas de manera respetuosa con la cultura de la persona víctima evitando juzgarla. • Si la mujer expresa pensamientos suicidas, mantenga una actitud tranquila y comprensiva y no haga falsas promesas 	

Se considera que la mujer corre un riesgo inminente de suicidio o autolesión si A o B están presentes	
A	Pensamientos y planes actuales de suicidio o intentos recientes de suicidio
B	Antecedentes de pensamientos o planes de autolesión en el último mes o actos autolesivos en el último año y signos actuales de gran agitación, violencia, ansiedad o falta de comunicación.

Dolencias somáticas sin explicación médica

Es probable que aparezcan dolencias somáticas sin explicación aparente si se dan las siguientes situaciones	
A	Quedan excluidas las causas físicas a partir de un examen físico general y de las investigaciones médicas subsiguientes
B	Quedan excluidas otras afecciones mentales y neurológicas y trastornos relacionados con consumo de sustancias
C	La mujer busca ayuda para aliviar los síntomas o experimenta considerables dificultades en su funcionamiento diario debido a ellos

Anexo 11. Información necesaria para elaborar un protocolo local

Para poder elaborar un protocolo local se necesita contar con cierta información. En el cuadro que figura a continuación aparece la información que hace falta para elaborar un protocolo y se ofrecen indicaciones sobre dónde se puede encontrar esa información.

Información necesaria	Dónde puede encontrarse la información
Legislación médica y procedimientos legales	
Leyes sobre el aborto	Ministerio de Salud
Normativa sobre anticonceptivos de emergencia	Ministerio de Salud
Leyes y procedimientos sobre familias de acogida y adopción	Ministerio encargado de la mujer y la infancia (p. ej., ministerio encargado de asuntos sociales, igualdad y cuestiones de género, infancia, desarrollo de la comunidad, etc.)
Deber y obligación de informar de un delito de las personas víctima adultas o menores de edad	Ministerio de Justicia
Formulario de la policía y otros formularios requeridos	Ministerio de Interior
Pruebas forenses	
¿Qué médico puede prestar testimonio clínico ante un tribunal (por ejemplo, un médico, una enfermera, un médico forense, una enfermera forense, otros)?	Ministerio de Justicia
Formación del personal médico general para realizar exámenes forenses (de las personas víctima adultas y menores)	Ministerio de Salud
Pruebas permitidas y utilizadas en los tribunales en los casos de violación de adultos y menores que puede recoger el personal médico.	Ministerio de Justicia
Posibilidad de analizar pruebas forenses en el país (p. ej., ADN, fosfatasa ácida)	Laboratorio forense en la capital
Cómo recoger, almacenar y enviar muestras de pruebas	Laboratorio forense en la capital; laboratorios regionales
Existen "estuches de violación" o protocolos de recogida de pruebas	Hospitales de referencia regionales o en la capital
Protocolos médicos	
Protocolo nacional sobre infecciones de transmisión sexual	Ministerio de Salud
Existencia de vacunas y calendarios de vacunación	Ministerio de Salud
Ubicación de los servicios de pruebas y tratamiento del VIH	Programa Nacional de Control del SIDA, Ministerio de Salud
Estrategia sobre pruebas diagnósticas de confirmación del VIH y servicios de laboratorio	Programa Nacional de Control del SIDA, Ministerio de Salud, Responsable Médico Regional
Posibilidades/protocolos/derivación para profilaxis posterior a la exposición para prevenir la infección por el VIH	Programa Nacional de Control del SIDA, Ministerio de Salud
Posibilidad de derivación clínica (p. ej., psiquiatría, cirugía, pediatría, ginecología/obstetricia)	Hospital de referencia regional
Possibilités de référencement vers des structures spécialisées (psychiatrie, chirurgie, pédiatrie, gynécologie/obstétrique, par exemple)	Hôpital de référence au niveau régional

Para más información, póngase en contacto con:

Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas
Organización Mundial de la Salud
20 Avenue Appia
1211 Geneva 27, Switzerland

Email: rhrpublications@who.int
<https://www.who.int/reproductivehealth>

