

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO
PSICOLOGÍA CLÍNICA
HOSPITAL NACIONAL PSIQUIÁTRICO

TESIS DE GRADO:
ESPECIALIDAD EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

“ROL DEL (A) PROFESIONAL EN PSICOLOGÍA CLÍNICA EN LOS
PROTOCOLOS DE ATENCIÓN A PERSONAS VÍCTIMAS DE ASALTO
SEXUAL EN COSTA RICA”

Realizado por:
MSc. Elena Alvarado Rodríguez, cod. 1607

2012

A modo de reflexión

“El peregrinar judicial que enfrenta una mujer víctima de una agresión sexual no es un camino fácil ni un riesgo que cualquiera decida correr por simplemente perjudicar a un desconocido o salvaguardar su imagen. El peso emocional que constantes interrogatorios, sospechas de su relato, discriminación por razones de género, exámenes médicos y psicológicos, la reiteración de relatos en las distintas etapas y el sometimiento al juicio, el interrogatorio público de las partes, incluida la defensa, que sufre una mujer víctima de agresión sexual es digno de considerarse cuando se pretenda que la denuncia es una simple venganza o lanzada para satisfacer caprichos, argumentos detrás de los cuales no es difícil vislumbrar concepciones discriminadoras y prejuicios que se resisten a morir y que pretenden señalar que las mujeres siempre están “disponibles” sexualmente para los hombres, por lo que habrá “de presumirse” siempre su consentimiento y sospechar de un relato cuando se aduce violencia sexual.”(Poder Judicial, 2008)¹

¹ Tomado de: Exp: 06-000436-0006 -PE Res: 2008-0 0924 Sala Tercera de la Corte Suprema de Justicia. San José, a las diez horas cincuenta minutos del veintisiete de agosto de dos mil ocho. <http://scij.org.poder-Judicial.go.cr/scij/busqueda/jurisprudencia>

Dedicatoria

A mi madre, quien me abrió las puertas a la academia,
y me enseñó a luchar por mis derechos como mujer,
gracias.

A mi esposo Juan,
gracias por escucharme y creer en mí.

Agradecimientos

Quiero agradecer a mis profesoras, especialmente a Adriana Cortés, Ana Mora, Rocío Jiménez e Idealda Lazo, quienes siempre han sido un ejemplo de la lucha por los derechos de las mujeres, por su solidaridad, por compartir sus experiencias y sus conocimientos, y su buen humor, algo que fue imprescindible durante el proceso de aprendizaje en la residencia.

A una amiga inolvidable (Q.D.D.G.), querida Marcela Scott, quien con su energía, y su pasión por vivir, me enseñó a darle importancia a lo que realmente valía la pena, a disfrutar cada momento presente, y luchar por mis convicciones hasta el final.

Al Dr. Roberto López Core, quien fue amable y desprendido en permitirme acceder a su inquietante biblioteca, y apoyarme en la pasantía a su querida España. Gracias.

A Mariano Rosabal por su paciencia y análisis, por motivarme a seguir adelante.

A Ronald Ramírez, por su actitud positiva. Gracias por escucharme, y acompañarme en este proceso.

Finalmente, a mis compañeras de residencia Marcela y Rocío, con quien compartí hasta los gustos y el amor por las mascotas... haciendo más llevaderos esos dos años. Gracias por todo.



Caja Costarricense de Seguro Social Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISS)



Universidad de Costa Rica Sistema de Estudios de Posgrado (SEP)

**Programa de Posgrado en Especialidades Médicas
Posgrado de Psicología Clínica**

APROBACION

TRABAJO DE GRADUACIÓN

La dirección del Comité de Posgrado en Psicología, y este tribunal, hacen constar que el Trabajo final de Graduación: **“Rol del (a) profesional en Psicología Clínica en los protocolos de atención a personas víctimas de asalto sexual en Costa Rica”**, elaborado por la Master Elena Alvarado Rodríguez, fue sometido a revisión por el tribunal examinador y es aprobado, cumpliendo de esta forma con lo estipulado por la Universidad de Costa Rica y el Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social para optar por el título de Especialista en Psicología Clínica.

**Dra. Ana María Monteverde
Coordinadora Nacional Comité Director
Posgrado de Psicología Clínica
Universidad de Costa Rica**

**PhD. Ronald Ramirez Henderson
Director de Tesis**

**PhD. Mariano Rosabal
Lector de Tesis**

TABLA DE CONTENIDO

A modo de reflexión	i
Dedicatoria	ii
Agradecimientos	iii
Aprobación	iv
Resumen	vii
Lista de tablas	viii
Lista de ilustraciones	ix
Lista de figuras	x
Lista de abreviaturas	xi
CAPITULO PRIMERO INTRODUCCIÓN	1
1.1 Justificación	1
1.2 Objetivo general	3
1.3 Objetivos específicos	
CAPITULO SEGUNDO MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL	4
2.1 Marco Teórico	4
2.1.1 La violencia sexual: una realidad con rostro femenino.	
2.1.2 Marco jurídico internacional y nacional en torno a la violencia sexual	17
2.2 Marco conceptual	21
Definiciones	
CAPITULO TERCERO PROTOCOLOS DE ATENCIÓN A LAS VÍCTIMAS DE ASALTO SEXUAL EN COSTA RICA.	31
3.1 Protocolo de atención a la persona víctima de violación (2006). Hospital Calderón Guardia.	32
3.2 Protocolo de Atención de las Víctimas de delito sexual por violación”(2008) Hospital San Juan de Dios	41
3.3 Protocolo de atención integral a víctimas de agresiones y/o delitos sexuales (2008) Hospital México	45
3.4 Protocolo Interinstitucional de atención integral a víctimas de violación sexual (primeras 72 horas de ocurrido el evento. (2010).	51
CAPITULO CUARTO PROTOCOLOS INTERNACIONALES EN ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE ASALTO SEXUAL	66
4.1 La experiencia de Colombia. Protocolo para el abordaje integral de la violencia sexual desde el Sector Salud. Bogotá, Colombia (2008).	66
4.2 La experiencia de México. Protocolo de atención para personas que han sufrido el delito de violación (2009).	78

4.3 La experiencia de Argentina. Protocolo para la atención de personas víctimas de violaciones sexuales (2011).	80
4.4 La experiencia de Uruguay. Violación sexual. La intervención desde el sistema de salud. Importancia de un protocolo para la atención de víctimas de violaciones (2011).	81
CAPITULO QUINTO PROPUESTA DEL ROL DEL (A) PROFESIONAL EN PSICOLOGÍA CLÍNICA EN LA ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE ASALTO SEXUAL	82
5.1 Propuesta del rol del (la) profesional en Psicología Clínica en la atención a personas víctimas de asalto sexual. Intervención oportuna de la víctima durante la crisis de la revelación.	84
5.2. Beneficios de una intervención interdisciplinaria conjunta en el abordaje de las víctimas de asalto sexual.	92
5.3 Modelos de intervención psicoterapéutica.	94
5.3.1 Terapia cognitivo-conductual	95
5.3.2 Terapia EMDR	101
5.3.3 Terapia sensoriomotriz	105
5.3.4 Enfoque de psicología positiva. El concepto de crecimiento postraumático	107
5.3.5 Abordaje grupal en personas sobrevivientes de violencia sexual	109
CAPITULO SEXTO CONCLUSIONES	111
CAPITULO SEPTIMO RECOMENDACIONES	114
BIBLIOGRAFÍA	115
ANEXOS	126

Resumen

La presente revisión bibliográfica tuvo como objetivo identificar el rol del (a) profesional en Psicología Clínica en atención a personas víctimas de asalto sexual, descrito en los protocolos del Hospital Calderón Guardia, Hospital San Juan de Dios, Hospital México, y del protocolo interinstitucional de la secretaría técnica de género del Organismo de Investigación Judicial (OIJ).

Las mujeres han sido la población más afectada por la violencia sexual y particularmente del delito de violación, con riesgo de secuelas en la calidad de vida, situación que ha requerido de la intervención y atención hospitalaria oportuna e interdisciplinaria.

Considerando lo anterior, se revisó bibliografía actualizada identificando las líneas de acción en países de Latinoamérica, como los protocolos de México y Colombia, los cuales cuentan con equipos especializados en urgencias, conformados por profesionales de diversos campos, a saber: medicina general, enfermería, ginecología, psiquiatría, psicología clínica y trabajo social.

En tales documentos se describen en detalle las funciones del (a) profesional en psicología clínica en la intervención inmediata de crisis y posterior atención psicoterapéutica para la población víctima de asalto sexual, como parte del trabajo en equipo de urgencias hospitalarias.

En el caso de los protocolos en Costa Rica, se evidenció un rol desdibujado para el (a) profesional en psicología clínica, en algunos casos ausente, en cuanto a las funciones y competencias en la atención integral. Es de rescatar que el protocolo del Hospital México si contempla una descripción de acciones de psicología clínica, en conjunto con el equipo encargado de emergencias.

En este panorama de vulnerabilidad de la población implicada, es evidente la necesidad de actualizar el perfil de psicología clínica en los protocolos de atención en asalto sexual, en aras de orientar la atención oportuna y especializada, prevenir sintomatología postraumática, lograr la estabilización emocional y la seguridad integral de la persona, favorecer la movilización de sus recursos y potenciar un funcionamiento adaptativo.

Lista de tablas

Tabla 1 Temas de programas prevención primaria	24
Tabla 2 Factores de riesgo y protectores	26
Tabla 3 Criterios diagnósticos del TSPT	27
Tabla 4 Tratamiento antirretroviral: personas sanas	34
Tabla 5 Estadísticas de atención	40
Tabla 6 Apartados del protocolo Hospital México	46
Tabla 7 Tratamiento	60
Tabla 8 Guía de atención a víctimas de violación sexual	66
Tabla 9 Intervención interdisciplinaria	70
Tabla 10 Sintomatología postraumática	82
Tabla 11 Formato general de evaluación conductual	88
Tabla 12 Cuadro de técnicas cognitivo-conductuales	94
Tabla 13 Entrevista de información e historia del asalto sexual (AIH)	97

Lista de ilustraciones

Ilustración 1 Flujograma manejo profilaxis a víctimas de violación	35
Ilustración 2 Atención de la víctima en clínica VIH, HCG	38
Ilustración 3 Atención en emergencias, HCG	38
Ilustración 4 Atención a la víctima de violación en clínica de VIH	39

Lista de figuras

Figura 1 Algoritmo para determinar necesidades de profilaxis para VIH	62
Figura 2 Algoritmo general de atención a víctimas de violación sexual	63
Figura 3 Flujograma para atención a personas violadas	78

Lista de abreviaturas y acrónimos

ASI	Abuso sexual infantil
APA	American Psychological Association
CASIC	Conductual, afectivo, somático, interpersonal y cognitivo
CEDAW	Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
CIDH	Comisión Interamericana de Derechos Humanos
CIEM	Centro de Investigación en Estudios de la Mujer
CIM	Comisión Interamericana de Mujeres
CCSS	Caja Costarricense de Seguro Social
DSM IV	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales
DSPT	Desorden de estrés postrauma
EMDR	Terapia de desensibilización y reprocesamiento por medio de movimiento ocular
ESR	Encuesta de Salud Reproductiva
ETS	Enfermedades de transmisión sexual
EVC	Escala de validez de cognición
FIGO	Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia
HAART	Highly active antiretroviral therapy (Terapia antiretroviral altamente activa)
HCG	Hospital Calderón Guardia
HSJD	Hospital San Juan de Dios
INAMU	Instituto Nacional de las Mujeres
ITS	Infección de Transmisión Sexual
LAC	Latinoamérica y el Caribe
OIJ	Organismo de Investigación Judicial
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no gubernamental
ONU	Organización de las Naciones Unidas

UNFPA	Fondo de Población de Naciones Unidas
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/ SIDA
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PANI	Patronato Nacional de la Infancia
PJ	Poder Judicial
TARV	Tratamiento antiretroviral
TSPT	Trastorno de estrés postraumático
SUD's	Unidades subjetivas de discomfort
VBG	Violencia basada en género
VCM	Violencia contra la mujer
VIH/SIDA	Virus de Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

CAPITULO PRIMERO

1. INTRODUCCION

“La violación es un delito que tutela la libre autodeterminación sexual, el derecho de decidir cómo, cuándo y con quién se quiere tener un acercamiento sexual, no se tutela ni la moral, ni la virginidad, ni se trata de juzgar a la víctima y sus costumbres sexuales”.¹

1.1 JUSTIFICACIÓN

La presente revisión bibliográfica se orienta a ofrecer los insumos teóricos y técnicos, para la actualización del rol del (a) profesional en psicología clínica en las guías existentes en Costa Rica en torno al asalto sexual.

La legislación nacional ha adquirido un compromiso con la población costarricense de erradicar todas las formas de discriminación y violencia, siendo la violencia sexual un delito por razones de género perpetuado culturalmente contra las mujeres. (Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, 1979).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) en su documento “Salud Sexual para el Milenio” (2009), es claro en indicar la obligatoriedad de los centros de salud (hospitales, consultorios, etc) de ofrecer los servicios profesionales en salud adecuados y particulares para las personas que han sido víctimas de violencia sexual, y que sin embargo, es frecuente que no exista una estructura de personal capacitado y especializado en el tema.

Así mismo, como se indica en el reporte de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (2010), en su guía de manejo en sobrevivientes de asalto sexual, estos eventos son una emergencia médica y una clara violación de los

¹ Tomado de: Exp: 06-000436-0006 -PE Res: 2008-0 0924 SALA TERCERA DE LA CORTE SUPREMA DE JUSTICIA. San José, a las diez horas cincuenta minutos del veintisiete de agosto de dos mil ocho. <http://scij.org.poder-Judicial.go.cr/scij/busqueda/jurisprudencia>

derechos humanos fundamentales, con graves secuelas físicas y psicológicas para las víctimas.

Existe evidencia (OMS, 2011), de importantes secuelas en la salud mental asociadas a la violencia sexual, como lo son la sintomatología depresiva, cuadros de ansiedad, el trastorno de estrés postrauma, trastornos de alimentación, de patrones del sueño, así como un impacto en la autoestima, conductas autolesivas y abuso de sustancias. De igual forma sintomatología asociada a somatización, trastornos gastrointestinales, fibromialgia, las disfunciones sexuales, el riesgo de adquisición de infecciones de transmisión sexual, de embarazos no deseados, entre otros.

Considerando por tanto la importancia de la participación activa de la Psicología Clínica en la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, la intervención en salud mental y la investigación continua, resulta pertinente evidenciar el rol que como profesionales en salud debemos ejercer con la población implicada.

Así mismo, aportar desde nuestra disciplina líneas de acción que orienten la toma de decisiones y la coordinación interdisciplinaria, para el cumplimiento de los convenios internacionales ratificados por Costa Rica. Se busca con ello mejorar la atención integral de las personas víctimas de este delito, de manera tal que se prevenga la revictimización, se ofrezcan los recursos técnicos para un servicio en salud de calidad y se garantice la eficacia de las instituciones involucradas en la temática.

1.2 OBJETIVO GENERAL

Identificar el rol del (a) profesional en Psicología Clínica en los protocolos de atención a personas víctimas de asalto sexual en Costa Rica.

1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.3.1. Describir las generalidades y particularidades de los protocolos actuales de atención en asalto sexual de tres hospitales de tercer nivel de atención: Hospital Calderón Guardia (2008), Hospital San Juan de Dios (2009) y Hospital México (2009), así como el protocolo interinstitucional de atención integral a víctimas de violación sexual (primeras 72 horas de ocurrido el evento (OIJ, 2010).
- 1.3.2. Determinar el rol del (a) profesional en Psicología Clínica descrito en los protocolos actuales de atención en asalto sexual en Costa Rica.
- 1.3.3. Brindar los insumos teóricos y técnicos requeridos, desde la especialidad en Psicología Clínica, para la actualización de su rol profesional en las guías existentes de atención en asalto sexual en Costa Rica.

CAPITULO SEGUNDO

MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

2.1 MARCO TEÓRICO

El presente apartado presenta una revisión actualizada de investigaciones a nivel internacional y nacional en la temática del asalto sexual, incluyendo datos estadísticos de las denuncias interpuestas por este delito, las implicaciones en la salud de la víctima, como parte de una problemática que se ha perpetuado en patrones de violencia sexual por razones de género. Posteriormente, se incluyen los acuerdos y convenciones internacionales a las cuales Costa Rica se ha adscrito, como parte de su responsabilidad social con la población.

2.1.1 LA VIOLENCIA SEXUAL: UNA REALIDAD CON ROSTRO FEMENINO.

Estudios actualizados (Chen y otros, 2012) de revisión sistemática y metaanálisis sobre artículos relacionados con el abuso sexual a mujeres y los trastornos psiquiátricos, encontraron una asociación entre historia de abuso sexual y los diagnósticos de ansiedad, depresión, trastornos de alimentación, desorden de estrés postrauma, trastornos de sueño e intentos suicidas. (p. 625).

En el informe anual sobre Prácticas de Derechos Humanos en Costa Rica (2011) y de acuerdo con la Sección de Estadística del Poder Judicial, durante el 2010 se reportaron 1.744 casos de violación; en última instancia, los tribunales de justicia dictaron 329 sentencias por violación, 21 sentencias por intento de violación y 49 sentencias por violación agravada en ese año, y 172, 12 y 31 imputados, respectivamente, recibieron sentencias condenatorias por esos delitos.

De acuerdo con Contreras, J. M.; Bott, S.; Guedes, A.; Dartnall, E. (2010), las mujeres tienen mayor riesgo a ser víctimas de esta violencia sexual ejercida por sus parejas, con una prevalencia entre el 5% y el 47%, siendo este delito “es una de las manifestaciones más claras de los valores, normas y tradiciones en una cultura patriarcal que alientan a los hombres a creer que tienen el derecho de controlar el cuerpo y la sexualidad de las mujeres” (Connell, 2000; Dobash y Dobash, 1979; Gasman et al., 2006; Heise et al., 1999; Jewkes et al., 2002, p.11),

Heather, DeVore and Sachs (2011), indican una estimación del 18% de mujeres y un 3% de hombres han sido víctimas de asalto sexual en sus vidas, y se dice que solo un 25% de la población reporta el acto de violencia, principalmente por el estigma y los mitos asociados con el asalto sexual. El impacto de la salud en las víctimas de asalto sexual puede incluir sintomatología gastrointestinal, dolor crónico, depresión, abuso de sustancias, entre otras.

De acuerdo con Jina y otros (2010), en el protocolo de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), el asalto sexual tiene un impacto en la salud de las personas sobrevivientes, las cuales presentan reacciones psicológicas (frecuentemente severas) con posibles daños físicos.

Algunas de las implicaciones inminentes que se describen en ese protocolo son el embarazo producto de la violación, las infecciones sexuales, incluido el VIH, así como comorbilidad posterior del evento, con sintomatología de desorden de estrés postraumático.

Así mismo, la presencia de síntomas depresivos, trastornos de ansiedad obsesivo-compulsivos, ideación suicida y abuso de sustancias (Wang SH, Rowley W, 2007, citado por Jina, 2010, p. 2), los cuales se encontraron presentes en el 94% y 47% de los sobrevivientes del asalto sexual entre las dos primeras semanas y los tres meses respectivamente.

Pratchett, Pelcovitz y Yehuda (2010), señalan que al menos un 25% de la población femenina estadounidense experimentó asalto sexual en su vida, siendo experiencias traumáticas que tienen secuelas a nivel psicológico, entre las que se encuentran el desarrollo de trastorno afectivos, abuso de sustancias, e inclusive trastornos de personalidad. Encontraron una prevalencia mayor en las mujeres de desarrollar desorden de estrés postrauma en comparación con los hombres, así como sintomatología más severa.

En esta misma línea, estos autores indican que es 22.5 veces más frecuente que la víctima en violencia sexual sea una mujer entre parejas de hecho y/o matrimonio, incluida las violaciones dentro de la relación de la pareja. Se ha visto además que 55% de las víctimas de asalto sexual desarrollan TSPT comparado con solo un 7.5% de aquellas personas que tuvieron un trauma por accidente automovilístico.

Por su parte, Duval y Zadra (2010), indican que la condición de traumática de un evento incluye la sensación de pérdida de control, de percibir que la integridad de sí mismo se ve en riesgo, acompañada de intenso miedo.

Según indican éstos, la exposición a tales eventos pueden tener secuelas físicas, cognitivas, conductuales, emocionales y al menos un 10% podría desarrollar el TSPT. Uno de los síntomas más frecuentes son los trastornos del sueño, incluidas las pesadillas, con escenas de violencia, desmembramiento, sangre, referencias negativas a la actividad sexual, sensación de vergüenza, culpa, envidia y pérdida de confianza.

La Organización Panamericana de la Salud en su documento Salud Sexual para el Milenio, (OPS, 2009), establece:

la violación y la violencia sexual contra las mujeres y las niñas también se han documentado en las prisiones de los Estados Unidos (Human Rights Watch, 1996), asentamientos de refugiados, y como parte de la trata de personas (Blum y Kelly, 2000; Mertus, 2001; Olujic, 1995). Esa violencia se ha vinculado al embarazo no deseado, a las ITS y a la infección por el VIH, mala salud materna e infantil, disfunción sexual e incapacidad para elegir opciones sexuales y negociar encuentros sexuales de una manera que se reduzcan al mínimo los riesgos para la salud de una mujer (García-Moreno y Watts, 2000; WHO, 2002b) (p.30).

En Costa Rica, Solano, Vargas y Paniagua (2009), mencionan que entre el 1 de abril y el 30 de Junio se valoraron en la Sección de Clínica Médico Forense 331 casos de delitos sexuales 57 más respecto al 2008. Si bien, tales datos no representan el total de los delitos sexuales - ya que aquellos registrados en regiones periféricas se evalúan en las 8 unidades médico legales del país - se considera pertinente señalar la incidencia hacia el aumento del delito.

Tolin y Foa (2008), señalan diferencias significativas en la conducta post trauma por violación, siendo los más frecuentes los intentos de autoeliminación, el abuso de sustancias y los trastornos de conducta en los hombres, y en las mujeres la

sintomatología depresiva, ansiedad y la hiperactivación fisiológica. Así mismo, se han encontrado trastornos de personalidad limítrofe (70%) y el trastorno disocial (85%) en personas víctimas de violencia sexual.

Siguiendo una investigación realizada por (UNFPA Bogotá, 2008):

Las mujeres son particularmente vulnerables al maltrato infligido por la pareja en las sociedades en las que existen importantes desigualdades entre hombres y mujeres, rigidez en los roles de los géneros, normas culturales que respaldan el derecho del hombre a mantener relaciones sexuales con independencia de los sentimientos de la mujer y sanciones blandas para estos comportamientos (p. 18).

En el caso de las violaciones, ese documento indica que el 85,7% de las víctimas son mujeres; por cada 6 mujeres agredidas, se cuenta 1 hombre igualmente agredido. De cada 12 mujeres agredidas menores de 17 años, una de ellas resulta embarazada, y una de cada 23 personas agredidas presenta alguna enfermedad de transmisión sexual.

Dentro de las diferentes formas de violencia sexual el protocolo colombiano (UNFPA, Bogotá, p.14) agrega:

- La violación en el matrimonio o en las citas amorosas.
- La violación por parte de desconocidos.
- La violación sistemática durante los conflictos armados.
- Las insinuaciones o el acoso no deseados de carácter sexual, con inclusión de la exigencia de mantener relaciones sexuales a cambio de favores.
- El abuso sexual de personas física o mentalmente discapacitadas.
- El abuso sexual de menores.
- El matrimonio y la cohabitación forzados, incluido el matrimonio de menores.
- La denegación del derecho a hacer uso de la anticoncepción o a adoptar otras medidas de protección contra las enfermedades de transmisión sexual.

- El aborto forzado.
- Los actos de violencia que afecten la integridad sexual de las mujeres, incluida la mutilación genital femenina y las inspecciones obligatorias para comprobar la virginidad.
- La prostitución forzada.
- La trata de personas.
- La explotación sexual.
- El embarazo o aborto forzado.

Como bien se ha indicado, una de las consecuencias más graves de la violencia sexual, es el embarazo forzado, que con frecuencia termina en abortos inseguros; también la exposición al contagio con VIH/Sida y otras enfermedades de transmisión sexual.

De acuerdo con (UNFPA, Bogotá, 2008), la violencia sexual impacta la salud física y mental. Estudios indican que las mujeres sobrevivientes de actos de violación tienen altas tasas de trastornos que persisten debido al estrés postraumático, constituyendo el mayor grupo al cual se le ha diagnosticado este trastorno. Las víctimas de violación tienen 9 veces más probabilidades de intentar suicidarse y padecer depresión grave, que quienes no han sido víctimas. Además, entre un 50% y 60% de las víctimas padecen trastornos sexuales, incluido el temor a las relaciones sexuales durante buena parte de sus vidas (p.13).

Por su parte, Navarro (2008), menciona que dadas las estadísticas de incidencia de asalto sexual en Costa Rica y la necesidad de ofrecer servicios de salud de calidad a esta población, el Poder Judicial ha establecido una política para la prevención de la revictimización, en la cual se constituyen equipos interdisciplinarios conformados por el profesional en psicología, trabajador social y medicina forense, quienes discuten los hallazgos encontrados a partir de la entrevista a la víctima de asalto sexual.

Específicamente sobre el acto de violación, Buró y Hendrick (2007), indican lo siguiente:

Las primeras reacciones ante una agresión sexual varían de una mujer a otra y pueden ser de conmoción, aturdimiento, aislamiento y negación... No es raro que las mujeres que han sufrido agresiones sexuales experimenten reacciones de estrés durante días o semana, como sobresalto intenso, alteraciones del sueño y apetito, fatiga y cefaleas. Prácticamente casi ninguna víctima de una agresión sexual escapa a alguna forma de secuela psicológica negativa.... A largo plazo, las mujeres que han sido agredidas sexualmente se sienten fuera de control, avergonzadas, vulnerables, culpables y deprimidas... Los síntomas de un trastorno por estrés posttraumático son frecuentes y especialmente intensos cuando existen antecedentes de abuso (p. 182).

Según Buró y Hendrick (2007), el 20-25% de todas las mujeres adultas, el 15% de las mujeres universitarias y el 12% de las adolescentes han sido víctimas de la violencia sexual (agresión y abuso sexual), siendo aún mayor en la población afroamericana (Council of Scientific Affaire, American Medical Association, 1992; Silvermann y cols., 2001).

Villavicencio (1999); Acosta (1999), (citados por Ferrando (2007), coinciden en señalar algunos trastornos psiquiátricos asociados a la violencia hacia la mujer: trastornos de ansiedad, trastornos y estados disociativos, trastornos de alimentación, abuso de sustancias, depresión y estrés posttrauma.

Por su parte Heisse (1999, citado por De Andrés, 2006) señala que:

la violencia física, psicológica y sexual produce severos daños en la salud mental de las mujeres que la padecen o la han padecido y van desde la ansiedad, depresión, trastornos de alimentación, anorexia, bulimia y disfunciones sexuales hasta el desorden por stress posttraumático, el suicidio y el abuso de tabaco, alcohol y tranquilizantes. (p. 16).

En relación con las secuelas de una violación, la Organización "Si Mujer" realizó en los años 1998-1999 una investigación llamada "*Embarazo por Violación*" (UNFPA, Bogotá, 2008), encontrando que un 59.5% de las víctimas no comunicaron a nadie de la violación por temor a ser estigmatizadas.

De las 121 víctimas del estudio, sólo 4 (2,9%) informaron haberlo denunciado ante la Fiscalía y los motivos para no denunciar revelados por el estudio están ligados, en la mayoría de casos, a:

- 1) desconocimiento de los mecanismos e instancias para denunciar,
- 2) temor de que la gente se enterara,
- 3) desconfianza hacia la efectividad de la justicia y
- 4) miedo de recibir un mal trato.

Aquellas que identificaron a sus violadores no los denunciaron por temor a las represalias de muerte con que fueron amenazadas, especialmente las dirigidas contra miembros de sus familias; así que el silencio que guardan es obligado por el miedo, la conminación y el peligro. (p. 16).

Heisse (1999, citado por De Andrés, 2006), señala que:

la violencia física, psicológica y sexual produce severos daños en la salud mental de las mujeres que la padecen o la han padecido y van desde la ansiedad, depresión, trastornos de alimentación, anorexia, bulimia y disfunciones sexuales hasta el desorden por stress postraumático, el suicidio y el abuso de tabaco, alcohol y tranquilizantes. (p. 16).

De acuerdo con (Rojas y cols. 2005), se comprende que la violencia contra la mujer está directamente relacionada con el rol de subordinación por género. Al menos cuatro son los factores asociados con la violencia:

- Normas de superioridad del hombre y sentido de propiedad de la mujer
- Control masculino de los ingresos de la familia

- Nociones de la masculinidad que se vinculan a la dominación y el honor.
- Control masculino de la toma de decisiones a nivel de la familia.

Rojas y cols. (2005) desde una perspectiva de medicina ginecológica, indican además que la violencia de género:

aumenta el riesgo de problemas ginecológicos como sangrado vaginal, dolor menstrual, secreción vaginal anormal, disfunción sexual, enfermedad inflamatoria pélvica, dispareunia (coito doloroso). Además, las consecuencias en la salud reproductiva, son: embarazo no deseado, enfermedades de transmisión sexual, aborto inseguro, complicaciones del embarazo, bajo peso al nacer, muerte fetal. (p. 87)

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2004) indica que entre 1990 y el 2001, las denuncias por delitos sexuales se han mantenido en el quinto lugar, pasando de una tasa de 52,3 x 100.000 habitantes en 1991 a 111 x 100.000 habitantes en el 2001 (Estadísticas del OIJ, Poder Judicial en Costa Rica). El mayor crecimiento de denuncias, de acuerdo con Allen, Rojas y Salas (2002) se produjo entre el 2000, con 48.284 a 112.829 en el 2001.

El Centro de Investigación en Estudios de la Mujer (CIEM) y el Instituto Nacional de las Mujeres en su Encuesta Nacional de Violencia contra las mujeres (2003) evidenciaron que más de un 80% de las mujeres entrevistadas experimentaron un evento de violación perpetrado por hombres en relación de pareja y/o familiares cercanos. En su Primera Encuesta Nacional de Percepción sobre el Estado de los Derechos de las Mujeres (ENPEDEMU 2008), estableciendo que un 58% de las costarricenses asegura haber sufrido algún tipo de violencia.

El estudio determinó que:

Un total de 643.347 mujeres del país (49,6%) son afectadas por la violencia psicológica, 498.922 (38,2%) por la violencia sexual, y 590.829 (45,4%) por la violencia física, la mayoría de ellas sobre todo entre los 25 y los 49 años,

durante la edad reproductiva.... Un 24,2% indicó haber sufrido cuatro o más incidentes de agresión física o sexual. La violencia sexual se manifestó con relaciones sexuales forzadas, caricias en su cuerpo contra su voluntad o con actividad sexual forzada con una tercera persona. Más del 80% de las violaciones contra mujeres mayores de 16 años en el país son cometidas por hombres con quienes las mujeres tienen o tenían una relación familiar o de pareja (p. 87).

Así mismo, la Organización de Naciones Unidas (ONU) (2000) expresa que entre 12 y 25% de las mujeres sufren intentos de violación o son violadas al menos una vez en la vida. Así mismo, Stacey y Falik (2001) indican que en una muestra de 1 821 mujeres entre 18 y 64 años de edad en EE.UU., 20,4% habían sido agredidas sexualmente.

Los delitos sexuales y particularmente el asalto sexual vienen a convertirse en una problemática que afecta alarmantemente a la población femenina y que tiene componentes culturales críticos de violencia de género.

Asalto sexual y VIH

Las víctimas del delito de asalto sexual requieren en las primeras 72 horas del evento, la profilaxis por VIH, ofrecida en las Clínicas de VIH de nuestro país, ya estipulado por ley en protocolos nacionales.

Según Israelsky, Prentiss, Lubega, Balmas, García, Muhammad, Cummings y Koopman (2007), se encontró que el VIH está asociado con otros diagnósticos psiquiátricos tales como: depresión, desorden de estrés posttraumático (DSPT) y desorden de estrés agudo (DSA).

El 38% de los entrevistados, manifestaron dos o más desórdenes, y siendo más frecuente en las mujeres el desorden de estrés agudo DSA (55% vs 38%). Los resultados muestran una consistencia con otros datos encontrados (Bryan y Harvey, 2003),

relacionados con factores del rol de género, el las experiencias de eventos traumáticos en sus vidas (Kessley, 1999).

Siguiendo la línea de aquellas investigaciones, vinculadas con el VIH/sida y la relación de éste con la presencia de abuso sexual, Tarakeshwar, Fox, Ferro, Khawaia, y Kochman (2005), presentan un estudio cualitativo que fue realizado con 28 mujeres las cuales viven con VIH/sida y han experimentado abuso sexual infantil (CSA, siglas en inglés) indicando que estas mujeres presentaban menos habilidades para la negociación en el uso del condón con sus parejas y para evitar el sexo no deseado, con el riesgo elevado de infección por VIH/sida. (Allers y Benjack, 1991; Paone, Caloir, Shi, y Des Jarlais, 1995; Zierler et al. 1991).

Otro de los estudios presentado por Olley, Zeiers, Seedat, y Stein (2005), analizaron la prevalencia de los factores asociados al desorden de estrés post trauma en 44 hombres y 105 mujeres viviendo con VIH/sida y que tuvieron el diagnóstico hacía unos 5.8 meses atrás, los cuales reportaron significativamente mayor discapacidad y un alto uso de alcohol como estrategia de afrontamiento. *Las mujeres y la historia de violación en el pasado fueron significativamente asociadas con el diagnóstico de desorden de estrés postraumático.*

Según los reportes, se ha demostrado que el Desorden de estrés postraumático es uno de los más prevalentes desordenes psiquiátricos en personas viviendo con VIH/sida (Kelly et al., 1998; Martinez et al., 2002). Los rangos de prevalencia son de 30% a 64% (Botha, 1996; Kelly et al., 1998; Martinez et al., 2002); los cuales son significativamente altos en comparación con la población general. (Carey et al., 2003; Emsley et al., 2003).

Los autores señalan que el desorden de estrés postraumático no es infrecuente en pacientes con VIH/sida, ya que en el contexto sudafricano, en la mayoría de los casos *éste es secundario a otros diagnósticos en pacientes mujeres viviendo con el virus, después de otros traumas particularmente importantes como la violación sexual y la violencia de pareja*

Por su parte, Brief, Bollinger, Vielhauer, Berber-Greenstein, Morgan, Brady, Buondonno, y Keane (2004), afirman que muchas personas viviendo con el VIH han estado expuestas a algunos tipos de eventos traumáticos - como es el asalto sexual -

durante sus vidas, y podrían estar viviendo con síntomas asociados al desorden de estrés postraumático (DSPT), caracterizado por síntomas de reexperimentación (pensamiento intrusivo), evitación y/o insensibilidad emocional (alexitimia), sobreexcitación, acompañados de ansiedad y depresión, alienación social y desconfianza hacia la familia, amigos y el sistema en general (Keane y Barlow, 2002, p.100).

Según estos autores, las mujeres que viven con VIH/sida han reportado exposición a potenciales eventos traumáticos (Martinez, Israelski, Walter y Koopman, 2002), incluyendo abuso físico y sexual, así como otros tipos de victimización criminal (Kimerling, Armistead y Forehand, 1999b)

En la misma línea, Kimerling, Calhoun, Forehand, Armistead y Morse (1999) citado por Brief et al. (2004), encontraron que 33.3 % de las mujeres entrevistadas tuvieron una historia de abuso físico y un 30.3% abuso sexual, así como caracterización del desorden de estrés postraumático y, en otros casos, al menos algunos de los síntomas característicos (sobrereactivación (70%), reexperimentación (74%) y evitación (70%). Así mismo, Bedimo, Kissinger y Bessinger (1997) señalan que un 32% de 238 mujeres entre los 14 y los 35 años tuvieron una historia de abuso sexual.

Ahora bien, según indica la Asociación Americana de Psicología, APA (2000), existe una alta posibilidad de que personas que han sido robadas, abusadas física y sexualmente, presenten el desorden de estrés postraumático, por ello, y tomando en consideración los estudios antes señalados, los autores creen que existe una co-ocurrencia entre VIH/sida y DSPT o la comorbilidad entre DSPT y DUS, que podría estar prediciendo resultados pobres en salud para la población con el virus.

Así mismo, consideran que existen muchas vías por las cuales el desorden de estrés postraumático puede tener un impacto adverso en la salud de los individuos viviendo con el VIH/sida, incluido la participación en conductas poco saludables, bajos niveles de adherencia hacia el tratamiento antirretroviral, y/o un directo deterioro en la función del sistema inmunológico.

Aseveran además que las intervenciones en psicología han necesitado darle atención y trabajar con el DSPT y su relación con el uso de sustancias en esta población, buscando reducir el impacto negativo en las condiciones de salud de los mismos.

Los resultados del estudio evidencian que las personas viviendo con VIH/sida que estuvieron expuestas a historias de abuso sexual reportan un mayor número de síntomas relacionados con la condición (problemas respiratorios, alergias, fiebre recurrente y fatiga que aquellas que no reportan historias de abuso sexual, a pesar de que no se encontrara en ambos grupos diferencias medibles de enfermedad (conteo de CD4, diagnóstico de sida, carga viral).

La revictimización en la atención en violencia sexual

En este panorama, se ha buscado clasificar los tipos de victimización en aras de prevenir formas de violencia institucional hacia las personas que han sido objeto de maltrato sexual.

Los tipos de victimización en los cuales puede verse involucrada una persona que ha experimentado violencia, (Protocolo de atención a víctimas en los juzgados de violencia doméstica en Costa Rica (2008, p. 94), se describen como:

Victimización Primaria: Se deriva de haber padecido un daño físico, psíquico, patrimonial o sexual, que cuando va acompañado de violencia o experiencia personal con el autor suele traer efectos que se mantienen en el tiempo y pueden ser físicos, psíquicos, económicos o de rechazo social.

Victimización Secundaria: Aquella que se deriva de las relaciones de la víctima con el sistema jurídico. Es el propio sistema el que victimiza a quien se dirige a él pidiendo justicia y afecta al prestigio del propio sistema. Son las llamadas “víctimas del proceso” que son las personas ofendidas que sufren daño en sus derechos fundamentales, en su dignidad humana y en la consecución de la justicia, debido a la inoperancia del sistema judicial.

Victimización Terciaria: Aquella que se deriva del estigma social de ser víctima de la violencia donde la persona es señalada.

Desde esta perspectiva, (UNFPA, Bogotá, 2008, p. 26-27), se indica que existen barreras específicas que dificultan la atención adecuada a las víctimas de violencia sexual entre las cuales están:

1. Barreras por desconocimiento de las mismas instituciones gubernamentales acerca del carácter urgente de la violación.
2. Barreras administrativas para el registro de la víctima al sistema de salud (acreditación de su condición de afiliación). Negación de la atención a menores de edad o compañeros(as) de cotizantes al Régimen Contributivo, por no aparecer como beneficiarios.
3. Barreras en la atención con falla en la confidencialidad de la información que se solicita en la recepción. Asignación de citas tardías con el riesgo de que la víctima abandone el proceso. Falta de privacidad en la toma de indicios y revictimización obligando a la persona a relatar una y otra vez lo sucedido.
4. Barreras económicas y geográficas dadas las dificultades de acceso a los servicios de primera línea.

Considerando que el asalto sexual es un delito que viola los derechos humanos fundamentales de las personas víctimas, confirmándose la alta incidencia de enfermedad física y psicológica que se manifiesta y se sufre en estos casos, las instancias gubernamentales han conformado una legislación que busca proteger a la población implicada y alertar a los países ha desarrollar sus documentos jurídicos respectivos.

En el siguiente capítulo se describen las distintas convenciones ratificadas por nuestro país en la prevención de la violencia sexual, y la violencia por razones de género.

2.1.2 MARCO JURÍDICO INTERNACIONAL Y NACIONAL EN TORNO A LA VIOLENCIA SEXUAL

En temas de violencia sexual y derechos humanos se describen una serie de convenciones internacionales a las cuales nuestro país se ha adscrito, a saber:

Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) (1979). Establece que la expresión “discriminación contra la mujer” denotará toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo, que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los Derechos Humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera. (Cuevas, 2008, p. 19)

Declaración de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (1993) “Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino, que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada”. (Cuevas, 2008, p. 20)

Convención Interamericana para Prevenir, Castigar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Belem do Pará, 1994) menciona que “la violencia contra las mujeres es una violación a los Derechos Humanos, porque afecta gravemente una serie de Derechos Humanos y libertades fundamentales y limita total o parcialmente a la mujer en el reconocimiento, goce y ejercicio de tales derechos y libertades”. (Cuevas, 2008, p. 19)

Sistema Nacional de Atención y Prevención contra la Violencia Intrafamiliar y el Abuso Sexual Extrafamiliar (Decreto Ejecutivo 2664, Costa Rica)

Ley de penalización de la Violencia contra las Mujeres

En el año 2007 se aprobó en Sydney Australia, la Declaración sobre Salud Sexual, (Salud Sexual para el Milenio, OPS, 2009) considerando que la promoción de la salud sexual va de la mano con el bienestar de todas las personas, favoreciendo la calidad de vida de éstas, así como la equidad en las relaciones interpersonales, la autoresponsabilidad y la cultura de paz.

Literalmente indica lo siguiente:

Instamos a todos los gobiernos, organismos internacionales, sector privado, instituciones académicas, a la sociedad en general, y en particular, a todas las organizaciones miembros de la Asociación Mundial para la Salud Sexual a:

1. Reconocer, promover, garantizar y proteger los derechos sexuales para todos.

Los derechos sexuales son un componente integral de los derechos humanos básicos y por consiguiente son inalienables y universales. La salud sexual es un componente integral del derecho al goce del grado máximo alcanzable de salud. La salud sexual no puede obtenerse ni mantenerse sin derechos sexuales para todos.

2. Avanzar hacia la igualdad y la equidad de género.

La salud sexual exige igualdad, equidad y respeto, independientemente del género. Las inequidades y los desequilibrios de poder relacionados con el género entorpecen las interacciones humanas armónicas y constructivas y, por consiguiente, el logro de la salud sexual.

3. Condenar, combatir y reducir todas las formas de violencia relacionadas con la sexualidad.

La salud sexual no puede lograrse mientras las personas no estén libres de estigma, discriminación, abuso, coerción y violencia sexuales.

4. Proveer acceso universal a la información completa y educación integral de la sexualidad.

Para lograr la salud sexual, todas las personas, incluidos los jóvenes, deben tener acceso a la información completa y a la educación integral de la sexualidad, así como a los servicios de salud sexual en todo el ciclo de vida.

5. Asegurar que los programas de salud reproductiva reconozcan el carácter central de la salud sexual.

La reproducción es una de las dimensiones fundamentales de la sexualidad humana y, como tal, puede contribuir a fortalecer las relaciones y a la satisfacción personal, cuando se desea y se planifica. La salud sexual abarca la salud reproductiva. Deben ampliarse los programas actuales de salud reproductiva para abordar las diversas dimensiones de la sexualidad y la salud sexual de manera integral

6. Detener y revertir la propagación de la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual.

El acceso universal a la prevención eficaz, la orientación y las pruebas voluntarias, a la atención y el tratamiento integrales de la infección por el VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) son igualmente esenciales para la salud sexual. Es necesario reforzar de inmediato los programas que garantizan el acceso universal.

7. Identificar, abordar y tratar las preocupaciones, las disfunciones y los trastornos sexuales.

Debido a que las preocupaciones, las disfunciones y los trastornos sexuales repercuten en la calidad de vida, es fundamental reconocer, prevenir y tratar las preocupaciones, las disfunciones y los trastornos sexuales.

8. Lograr el reconocimiento del placer sexual como un componente de la salud y el bienestar total.

La salud sexual es más que la ausencia de enfermedades. En todo el mundo, debe reconocerse y promoverse el derecho al placer sexual. Es esencial que los planes de

acción internacionales, regionales, nacionales y locales para el desarrollo sostenible asignen una alta prioridad a las intervenciones de salud sexual, doten de recursos suficientes, aborden las barreras sistémicas, estructurales y comunitarias y hagan el seguimiento del progreso logrado.

En el siguiente capítulo se realizará una descripción del marco conceptual, con las definiciones afines del tema que nos convoca. Ha sido necesario clarificar la diversidad de terminología utilizada para referirse al asalto sexual o violación sexual, y las diferencias existentes - a nivel legal- con otros conceptos como el abuso sexual y de manera más inclusiva con la violencia sexual.

2.2 MARCO CONCEPTUAL

Los conceptos que se presentan a continuación – en orden alfabético- se orientan en tres áreas fundamentales: la sexualidad integral, los derechos humanos en torno al ejercicio de una sexualidad plena y las formas de discriminación y delito implicadas en la violencia sexual. Se realizará una descripción de definiciones ampliando el concepto en aquellos casos que así se consideró meritorio.

Asalto sexual

La Declaración de Principios y Creencias que presenta el Protocolo de Ottawa sobre Asalto Sexual (2006) señala consideraciones respecto al tema, entre las cuales están las siguientes:

1. El asalto sexual es un acto de agresión en el cual se utiliza el poder y el control para dominar y violar la individualidad. No es un acto de intimidación sexual.
2. El asalto sexual frecuentemente incluye la violación de la credibilidad hacia aquellos a los cuales se les percibe en una posición de poder y/o autoridad.
3. El asalto sexual es un crimen en el cual son los perpetradores, no las víctimas los responsables del asalto.
4. Toda persona que ha experimentado un asalto sexual debe recibir cuidado y protección sensible e inmediato. Los individuos que han experimentado asalto sexual podrían presentar una variedad de conductas que pueden no ser comprensibles para ellos mismos. Las víctimas/sobrevivientes responden usando estrategias de afrontamiento muy particulares.
5. El apoyo y el consejo hacia las víctimas/sobrevivientes de asalto sexual debe ir orientado hacia proveer opciones e información acerca de los servicios y el impacto del asalto sexual en aras de que éstos puedan tomar decisiones informados.

6. Un enfoque coordinado con la comunidad es esencial para proveer opciones hacia las necesidades particulares de las víctimas/sobrevivientes que han experimentado un asalto sexual.

Por su parte, el Protocolo para el abordaje de la violencia sexual (Bogotá, 2008) en Resolución 586 de 2002, Reglamento Técnico para el Abordaje Integral Forense de la Víctima en la Investigación del Delito Sexual, versión 01, noviembre de 2002, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias forenses): comprende el **Asalto Sexual** como:

una modalidad específica de agresión, caracterizada por actos de violencia física y/o psicológica ejercidos por un actor conocido o desconocido, perpetrador, sobre una víctima de cualquier edad o sexo, por el cual persigue un propósito sexual definido. En nuestro medio se asimila al término “violación sexual”.

Así mismo, definen **abuso sexual extrafamiliar** como

la acción de obligar a una persona a mantener contacto sexualizado, físico o verbal, o a participar en otras interacciones sexuales mediante el uso de la fuerza, intimidación, coerción, chantaje, soborno, manipulación, amenaza, o cualquier otro mecanismo que anule o limite la voluntad personal. Incluye entre otros, exhibicionismo, acoso sexual, exposición o participación en pornografía, sexo oral, penetración genital o anal. Implica la acción de una persona hacia otra en contra de su voluntad, sea conocida o desconocida y no integrante de su familia.

Con base en la lectura del Protocolo de Vigilancia de la Violencia Intrafamiliar y el Abuso Sexual Extrafamiliar (2000), resulta pertinente para la atención en casos de asalto sexual considerar los siguientes enfoques, a saber:

Abordaje interdisciplinario: es imprescindible la integración de las acciones específicas de acuerdo a cada disciplina tomando en cuenta al ser humano en sus componentes biopsicosocial.

Enfoque contextual: Toda propuesta de acción en torno al asalto sexual deberá ubicarse en un contexto histórico, sociocultural y económico de manera que identifique y responda a las necesidades específicas que el entorno demande.

Enfoque de género: reconocer aquellos condicionantes sociales que establecen una diferenciación entre hombres y mujeres respecto a su conducta y que han perpetuado relaciones de dominio y control.

Enfoque generacional: Es necesario que los protocolos de atención en abuso sexual extrafamiliar y particularmente en asalto sexual se adecuen a las necesidades de la población considerando el momento de desarrollo personal de acuerdo al ciclo vital – con las particularidades que esto conlleva.

Enfoque de riesgo: debe considerarse aquellos factores protectores y de riesgo que se encuentran tanto a nivel personal, comunitario y/o del entorno social en aras de fortalecer la prevención de los casos de asalto sexual en población mayoritariamente vulnerable tales como las niñas (as), las mujeres, las personas adultas mayores y aquellas con discapacidades o necesidades especiales.

Intersectorialidad: Es requerida la intervención de todos los actores sociales tanto los ciudadanos, como la sociedad civil organizada y las instituciones.

Integralidad de los derechos: Toda persona tiene derechos que son inalienables e irrenunciables.

Perspectiva de género: “entendemos la inclusión de las múltiples formas de subordinación y discriminación que frente a los hombres experimentamos las mujeres de distintas edades, etnias o razas, condiciones socioeconómicas, discapacidades, preferencias sexuales, ubicaciones geográficas, etc., dando lugar a una diversidad entre nosotras las mujeres, que influye en la manera en que experimentamos la mencionada subordinación y discriminación.” (Secretaría Técnica de Género, Poder Judicial, Costa Rica, 2008, p. 79)

Por otra parte, dentro de los abordajes de la violencia y particularmente en la Violencia Sexual, es imprescindible considerar los **niveles de prevención** en los cuales los profesionales en salud estamos comprometidos a actuar. A continuación una descripción detallada (UNFPA,. 2008), de los tres niveles de prevención, a saber:

Prevención primaria: actuaciones dirigidas a prevenir la violencia antes de que ocurra.

La prevención primaria tiene por objeto reducir la aparición de nuevos casos de violencia sexual. Se centra en la enseñanza de cómo evitar la violencia sexual y qué medidas tomar ante determinadas situaciones. Se recomienda involucrar en los alcances de este nivel de prevención a los niños, niñas, adolescentes y personas adultas (p. 35)

En este nivel los adultos educadores juegan un papel fundamental en la detección, reducción y eliminación de factores de riesgo y en el estímulo de factores protectores para la población más vulnerable. A continuación se presenta la tabla 1, la cual es una guía de temas para los programas de prevención con la población en riesgo de violencia sexual:

Tabla 1. Temas de programas de prevención primaria

<p>Desarrollo humano.</p> <p>Conocimiento de los Derechos de los Niños y las Niñas (Convención sobre los Derechos del Niño)</p> <p>Conocimiento de los Derechos Humanos, Sexuales y Reproductivos</p> <p>La equidad y la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres</p> <p>Respeto y valoración por el cuerpo:</p> <p>Diferencias entre caricias y manoseo o manipulación indebida de los genitales y del cuerpo</p> <p>Diferencias entre secreto apropiado y no apropiado</p> <p>Enseñar a decir NO ante situaciones amenazantes o desagradables (asertividad)</p> <p>Técnicas de autoprotección.</p>

Prevención secundaria: medidas centradas en las respuestas más inmediatas a la violencia, como la atención prehospitalaria, los servicios de urgencia o el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual después de una violación.

Se refiere a la intervención oportuna en niñas, niños, personas adultas y familias, para superar el riesgo a ser víctimas de violencia sexual, antes de que ocurra el hecho; además, al manejo oportuno de los factores de riesgo y garantía de derechos para quienes ya han sido víctimas de violencia sexual (p.36).

Prevención terciaria: intervenciones centradas en la atención prolongada después de actos violentos, como la rehabilitación y la reintegración, y los intentos por aminorar los traumas o las discapacidades de larga duración asociadas con la violencia.

Tiene como objetivo evitar la repetición de la violencia sexual o la revictimización, ofrecer servicios de calidad para tratar adecuadamente a las víctimas y a sus familias, disminuyendo las secuelas psíquicas y físicas. Los agresores deben ser tenidos en cuenta para incorporarlos a procesos de resocialización y a tratamientos encaminados a evitar que se perpetúen los

delitos sexuales. (p. 36) Incluye el seguimiento de los casos tanto a corto, mediano y largo plazo. Con la denuncia y el manejo multidisciplinario e intersectorial tanto a las víctimas como a los familiares y el apoyo en rehabilitación a los agresores.

A continuación se presentan la tabla 2, con los factores de riesgo y protectores tanto personales, familiares y sociales relacionados con la violencia sexual.

Tabla 2. Factores de riesgo y protectores

Factores de riesgo	Factores protectores
<p>Factores de riesgo personales</p> <p>Desconocimiento de los Derechos Humanos, Sexuales y Reproductivos</p> <p>Baja autoestima</p> <p>Escaso desarrollo de habilidades sociales</p> <p>Deprivación afectiva</p> <p>Carencia de conocimientos sobre lo que es y no es apropiado en contacto físico.</p>	<p>Factores protectores personales</p> <p>Conocimiento de los Derechos Humanos, Sexuales y Reproductivos</p> <p>Sana autoestima</p> <p>Adecuado desarrollo de habilidades sociales</p> <p>Adecuada expresión de emociones y sentimientos</p> <p>Conocimientos sobre lo adecuado y no en contacto físico (asertividad).</p>
<p>Factores de riesgo familiares</p> <p>Desconocimiento de los Derechos de Niñas y Niños</p> <p>Relaciones familiares fundadas en la violencia</p> <p>Historias de violencia sexual del padre o la madre</p> <p>Negación del acceso a información sobre la sexualidad</p> <p>Familias disfuncionales</p> <p>Fallas en la comunicación intrafamiliar, en especial de padres-madres-hijos e hijas</p> <p>Deterioro de la afectividad</p> <p>Baja autoestima del padre o la madre</p> <p>Desacuerdos en el ejercicio de la autoridad</p> <p>Sobrevaloración de la figura masculina</p> <p>Consumo de sustancias psicoactivas, incluido alcohol</p>	<p>Factores protectores familiares</p> <p>Convivencia democrática en la familia y respeto a los Derechos de los Niños y Niñas</p> <p>Buena comunicación</p> <p>Información científica, clara y oportuna de sexualidad</p> <p>Vínculo afectivo fortalecido</p> <p>Adecuado ejercicio de la autoridad</p> <p>Desarrollo adecuado de paternaje y maternaje</p> <p>Patrones de crianza coherentes con los Derechos Humanos</p> <p>Respeto a las diferencias de sexo</p> <p>Claridad en las normas familiares, especialmente lo referente al comportamiento sexual.</p>

<p>Factores de riesgo social</p> <p>Pobreza y desplazamiento forzado</p> <p>Vivir en zonas de situación de conflicto armado</p> <p>Problemas de entorno físico</p> <p>Hacinamiento crítico</p> <p>Vecindarios con altos índices delincuenciales y poco seguros (solitarios, oscuros, falta de seguridad, etc.)</p> <p>Trivialización de la violencia sexual en los medios de comunicación</p> <p>Fácil acceso a consumo de licor, pornografía infantil y sustancias psicoactivas.</p>	<p>Factores protectores sociales</p> <p>Ambientes respetuosos de los Derechos Humanos</p> <p>Necesidades básicas satisfechas</p> <p>Ambientes y entornos físicos seguros</p> <p>Redes sociales de apoyo</p> <p>Adecuada utilización del tiempo libre</p> <p>Estímulo a la construcción de masculinidades no violentas</p> <p>Conciencia social del problema de la violencia sexual y desarrollo de esfuerzos institucionales y sociales para evitarlo</p> <p>Control de los medios de comunicación por parte del Estado y la sociedad civil para evitar contenidos que estimulen y legitimen la violencia sexual</p> <p>Buena coordinación del trabajo intersectorial y conformación de redes efectivas contra el maltrato y la violencia sexual.</p>
<p>Factores de riesgo en adolescentes</p> <p>Citas con extraños a ciegas</p> <p>Rapto por Internet</p> <p>Subir al carro de desconocidos</p> <p>Descuidar sus bebidas en actividades sociales</p> <p>Consumo de sustancias psicoactivas, incluido el alcohol.</p>	<p>Factores institucionales</p> <p>Información desde los servicios de salud sobre Salud Sexual y Reproductiva y Derechos Sexuales</p> <p>Acceso oportuno a servicios de salud y Salud Mental</p> <p>También se recomienda intervenir a individuos o grupos con riesgo de cometer violencia sexual o de ser posibles agresores sexuales.</p>

Por otra parte, la evidencia ha señalado el riesgo de desarrollar el **trastorno de estrés postraumático** en eventos de violencia sexual. De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV TR) se define éste con las siguientes características diagnósticas (ver tabla 3):

Tabla 3. Criterios diagnósticos del TSPT (F43.1) [309.81]

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido (1) y (2):

(1) la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás

(2) la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos.

B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:

(1) recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones

(2) sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar.

(3) el individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de *flashback*, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse).

(4) malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático

(5) respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático

C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:

(1) esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático

(2) esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma

(3) incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma

(4) reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas

(5) sensación de desapego o enajenación frente a los demás

(6) restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor)

(7) sensación de un futuro desolador (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar

una familia o, en definitiva, llevar una vida normal)

D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (*arousal*) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:

- (1) dificultades para conciliar o mantener el sueño
- (2) irritabilidad o ataques de ira
- (3) dificultades para concentrarse
- (4) hipervigilancia
- (5) respuestas exageradas de sobresalto

E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.

F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

Agudo: si los síntomas duran menos de 3 meses

Crónico: si los síntomas duran 3 meses o más

Especificar si:

De inicio demorado: entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.

Violencia de género: Son todas las formas mediante las cuales se intenta perpetuar el sistema de jerarquías impuesto por la cultura patriarcal. Se trata de una violencia estructural que se dirige hacia las mujeres con el objeto de mantener o incrementar su subordinación al género masculino hegemónico. Esta violencia se expresa a través de conductas y actitudes basadas en un sistema de creencias sexista, que tienden a acentuar las diferencias apoyadas en los estereotipos de género, conservando las estructuras de dominio que se derivan de ellos. (Secretaría Técnica de Género, Poder Judicial, Costa Rica, 2008, p. 64).

Violencia sexual: Según señala la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (2002), la violencia sexual comprende:

una gran diversidad de actos, como relaciones sexuales bajo coacción efectuadas por el cónyuge, el ex cónyuge o el novio; violaciones por parte de extraños; violaciones sistemáticas durante conflictos armados; acoso sexual; abuso sexual de menores; prostitución forzada; matrimonios a temprana edad, y actos violentos contra la integridad sexual de las mujeres, como mutilación genital o inspecciones de virginidad

Sagot (2000) por su parte define **violencia sexual** como:

Todo acto por el cual una persona en relación de poder y por medio de la fuerza física, coerción o intimidación psicológica, obliga a otra a ejecutar un acto sexual contra su voluntad, o a participar en interacciones sexuales que propician su victimización y de las que el ofensor obtiene gratificación. La violencia sexual ocurre en una variedad de situaciones como la violación en el matrimonio o unión de hecho, el abuso sexual infantil, el incesto, el acoso sexual, y la violación en una cita. Incluye, entre otras: caricias no deseadas, relaciones emocionales sexualizadas, penetración oral, anal o vaginal con el pene u objetos, exposición obligatoria a material pornográfico, voyeurismo y exhibicionismo. (pág.141)

En resumen, la violencia sexual es el reflejo de la cultura patriarcal, en la cual la población femenina ha sido expuesta y vulnerable a daño y secuelas, por lo que se requieren acciones claras y contundentes de cambio, situación que involucra un esfuerzo de instancias políticas, y una labor preventiva y de promoción de nuevas formas de relación interpersonal.

A continuación, se describen los protocolos de atención a víctimas de asalto sexual, de los hospitales R. A. Calderón Guardia, Hospital San Juan de Dios, Hospital México y el protocolo interinstitucional de atención integral a víctimas de violación sexual.

CAPITULO TERCERO

PROTOCOLOS DE ATENCIÓN A VICTIMAS DE ASALTO SEXUAL EN COSTA RICA

Considerando la necesidad de realizar una revisión de protocolos en temática de asalto sexual a nivel de tres instituciones de Tercer Nivel de Atención en salud de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), se presentarán de manera resumida aquellos que fueron escritos entre los años 2006-2008 y utilizados por los Hospitales Calderón Guardia, San Juan de Dios, México y el protocolo interinstitucional para el abordaje de los casos de violación sexual (primeras 72 horas de ocurrido el evento).

Los inicios del abordaje de las agresiones sexuales a nivel hospitalario se realizaron en los años setenta en el servicio de emergencias del Hospital de Boston, Estados Unidos bajo la coordinación de Ann Wolbert Burgess y Linda Lytle Holmstrom, con un énfasis interdisciplinario de intervención en crisis y quienes desarrollaron el concepto de síndrome del trauma postviolación. (MYSU, p.16, 2011).

Ese programa forma parte del Departamento de Emergencias, encargándose de tres áreas específicas: la atención médica, la asesoría legal y el acompañamiento emocional de las personas involucradas, bajo la coordinación de Psiquiatría.

Cuando una persona llega a emergencias por una agresión sexual, se deriva al "Servicio para víctimas", en el cual el encargado de enfermería es el primer contacto quien lo dirige a la atención médica (pediatra para menos de edad, ginecóloga para la mujer adulta). Todas las personas reciben instrucciones escritas para el cumplimiento de la medicación y exámenes a realizar, además de seguimiento telefónico.

En lo que respecta al apoyo psicológico en crisis, se ofrecen éste por parte del equipo especializado, y se supervisan de manera especial aquellos casos con antecedentes psiquiátricos y/o otros factores psicosociales que puedan agravar el cuadro. Se decide referir a los servicios de salud comunitaria para la psicoterapia respectiva.

A continuación, se presenta un resumen de los protocolos nacionales de la presente revisión.

3.1 PROTOCOLO DE ATENCIÓN A LA PERSONA VÍCTIMA DE VIOLACIÓN. (2006) HOSPITAL CALDERÓN GUARDIA.

En el año 2006, las Clínicas de VIH de la CCSS presentaron un documento denominado “**Protocolo Atención a la Persona Víctima de Violación**”, el cual se estableció como una herramienta de acción para la prevención de infecciones de transmisión sexual y específicamente como profilaxis en la prevención del VIH post exposición (PPE) al asalto sexual. Se incluyó el flujograma de manejo, así como un anexo en el cual se especifica el aporte del profesional en Enfermería en estos casos.

Cabe resaltar para la revisión presente que ese protocolo *no describe las acciones del profesional en Psicología* – a pesar de que en la práctica se realiza un trabajo interdisciplinario en conjunto con enfermería, infectología y la persona par que acompaña los procesos de información y terapia de los usuarios de la Clínica de VIH.

A continuación los apartados que incluye el protocolo, así como una breve reseña de cada uno de ellos.

Definición de violación:

El “acceso carnal con otra persona”, dicho acceso puede tener lugar por vía oral, anal o vaginal. La penetración ha de ser con el pene. Se acepta como violación la introducción de dedos u otros objetos. Acceso carnal equivale a coito y éste debe entenderse como penetración del pene en la cavidad vaginal, no siendo necesario que sea completa, ni prolongada, ni que haya eyaculación del semen en la vagina (p.2).

Criterios de la Profilaxis Post Exposición: La profilaxis implica la administración de medicamentos antiretrovirales a una persona que ha estado en riesgo de infección por exposición al virus. Se administra en las 72 horas posteriores al evento y durante un período de 4 semanas. La prevención de la infección puede darse en un 80% de los casos según se ha encontrado en la literatura científica.

Riesgo de transmisión del VIH en caso de violación sexual: El riesgo de transmisión aumenta si la persona agresora es VIH positivo, cuanto mayor sea su carga viral, si presenta otras ITS, si hay abuso sostenido, si hay presencia de lesiones genitales y si se presentó eyaculación.

Pasos a seguir en el abordaje inicial: Quienes sean evaluados en la sección de delitos sexuales del OIJ deberán ser referidos al Hospital Calderón Guardia, Hospital México, Hospital San Juan de Dios y al Hospital Monseñor Sanabria, según le corresponda por área de atracción. Esta referencia debe realizarse en las primeras 72 horas del evento. En cada centro se hará la evaluación de riesgo de infección por VIH y el inicio de la terapia profiláctica si corresponde. Se realizará seguimiento serológico hasta por 6 meses.

Requisitos para instaurar el tratamiento: La exposición de riesgo de infección por VIH es esporádica y excepcional. Debe acudir antes de 72 horas tras la exposición. La persona debe estar dispuesta a llevar un control y seguimiento serológico, así como firmar un consentimiento informado obligatorio de la CCSS.

Procedimiento en cada Unidad de VIH: Se inicia con la valoración médica y las pruebas específicas de laboratorio: Monitoreo de función renal, hepática y hematológica. Serología de VIH basal, 6 sem, 3 meses, 6 meses, 1 año), VDRL, serología hepática B y C (VHB y VHC), prueba de embarazo, cultivo para gonococo y serología para Chlamydia y sífilis. Vacuna antitetánica.

Tabla 4. Tratamiento antirretroviral: Personas sanas

Zidovudina + lamivudina + efavirenz o lopinavir/ ritonavir

No utilizar efavirenz ante potencial embarazo

Dosis en adultos y adolescentes de más de 50 Kg:

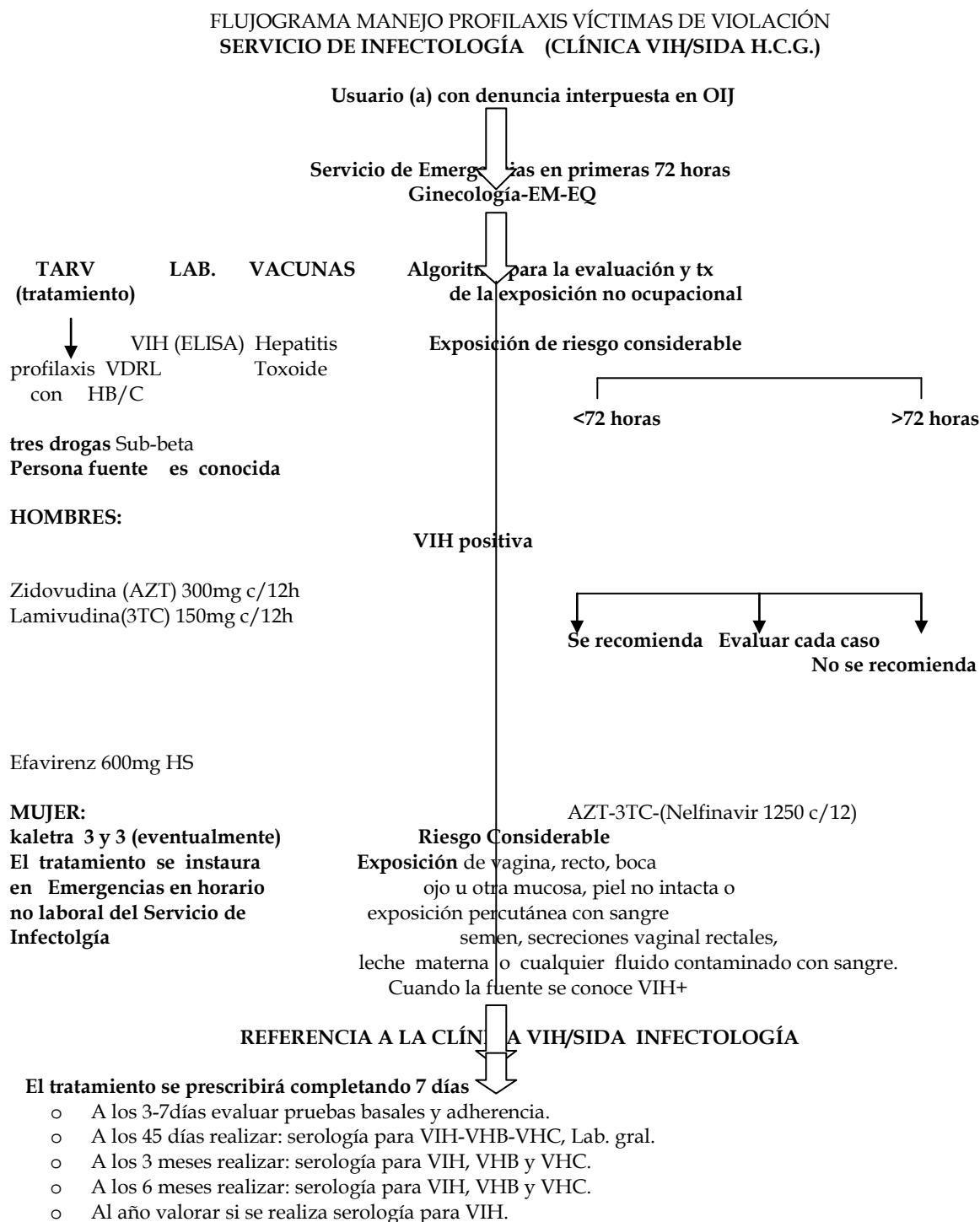
Zidovudina 300 mg c/12 hrs., lamivudina 150 mg c/12 hrs. ,

Lopinavir/ritonavir □: 3 cápsulas c/ 12 horas, efavirenz 600 mg HS

En caso no disponer de lopinavir/ritonavir se utilizará nelfinavir 1250 mg cada 12 horas

Horario de citas: A los 3 días evaluar prueba basal y verificar adherencia al tratamiento. A los 7 días verificar adherencia. A los 45 días: envío de laboratorio general, serologías. A 3 y 6 meses envío de serologías. Al año valorar si se realiza serología para VIH.

Ilustración 1. Flujograma manejo de profilaxis



De acuerdo al interés de la presente revisión bibliográfica es de resaltar que el documento *no describe las acciones del profesional en Psicología Clínica, siendo parte del equipo y una de las figuras principales en los procesos de acompañamiento, intervención en crisis, y psicoterapia de los y las usuarias de la Clínica de VIH.*

A continuación se hace una descripción detallada de las funciones de Enfermería, que están descritas en el protocolo (p.8-9) que literalmente dice:

Intervención de Enfermería en personas víctimas de violación

Ayudar a vivir y sobrevivir positivamente es una aportación de gran valor del quehacer de enfermería. El compromiso personal y profesional de la enfermera como agente de salud en el acto de cuidar, orientar, guiar, educar, entre otros constituye una fuerza humana y profesional de primer orden en ésta rama.

Objetivo General:

Brindar atención de enfermería a toda persona víctima de violación que acude al Servicio de Infectología, sección Clínica de VIH/SIDA.

Objetivos Específicos:

- Proporcionar orientación en cuanto al protocolo existente para víctimas de violación.
- Dar a conocer a la usuaria o usuario y acompañantes la atención integral que se le proporcionará en la clínica.
- Brindar educación en cuanto al tratamiento antirretroviral y su objetivo de administración.
- Informar sobre la posibilidad de adquirir una Infección de transmisión sexual y su objetivo de administración.
- Orientar sobre el seguimiento que debe continuar en la clínica por un período de 6 meses
- Vigilar por el cumplimiento de las medidas asistenciales que se incluyen en el protocolo.

- Llevar el registro epidemiológico de los casos.
- Proporcionar consultoría cada vez sea necesario.
- Dar seguimiento hasta cumplir con el protocolo.

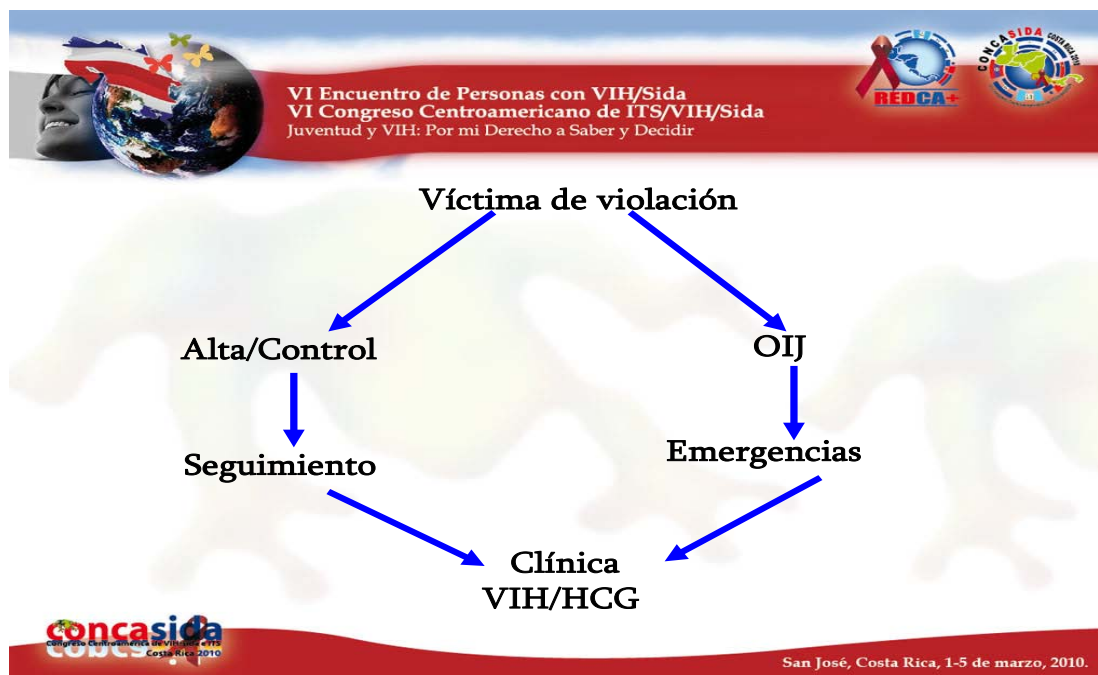
La atención de enfermería se brinda a toda persona víctima de violación que acude al servicio de Infectología previa valoración y atención en el Servicio de Emergencias con anteposición de la denuncia interpuesta en la sección de delitos sexuales del OIJ.

La atención se proporciona posteriormente al abordaje por el médico especialista con prescripción del TARV como parte de la profilaxis. Dicha atención forma parte de un manejo integral que permite a la persona víctima de violación conocer su evolución y tratamiento en la clínica.

Como parte de la *atención de enfermería* se contempla:

- Establecer empatía Enfermera-paciente lo que proporcionará un diagnóstico en cuanto al posible comportamiento a seguir por el usuario (a)
- Orientar sobre el camino a seguir, lo que incluye vigilancia por un año en pruebas de laboratorio, cumplimiento del tratamiento; factor fundamental para no permitir la replicación viral, con un enfoque concienzudo en la adherencia, parte importante de la terapia, por lo que se debe abordar éste rubro cabalmente, el apoyo es permanente.
- Vigilancia epidemiológica, con el registro oportuno de los casos.
- Dar educación sobre diversos tópicos, entre ellos los más importantes, VIH, sida, ITS.
- Brindar espacios de apoyo para que la ofendida o ofendido exprese sentimientos y emociones.
- Elaborar referencias para las áreas de apoyo que amerite el/la usuario(a).

Ilustración 2. Atención de la víctima en clínica VIH, HCG.



Tomado de: "Experiencia Intersectorial en la exposición al VIH en el contexto laboral y Violación sexual". Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia. MSc. Alina Gutiérrez Rodríguez. Enfermera Obstetra y Clínica en VIH, Marzo, 2010.

Ilustración 3. Atención en emergencias, HCG.



Tomado de: "Experiencia Intersectorial en la exposición al VIH en el contexto laboral y Violación sexual". Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia. MSc. Alina Gutiérrez Rodríguez. Enfermera Obstetra y Clínica en VIH, Marzo, 2010.

Ilustración 4. Atención a la víctima de violación en clínica de VIH, HCG.



Tomado de: "Experiencia Intersectorial en la exposición al VIH en el contexto laboral y Violación sexual". Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia. MSc. Alina Gutiérrez Rodríguez. Enfermera Obstetra y Clínica en VIH, Marzo, 2010.

Plan Piloto realizado en el Hospital Calderón Guardia:

De acuerdo con la información suministrada por la MSc. Gutiérrez, Enfermera de la Clínica de VIH (2010), la población víctima de violación atendida del 2006 al 2009 en la consulta externa del Servicio de Infectología (Clínica VIH/sida-HCG fue:

Tabla 5. Estadísticas de atención.

Año	2006	2007	2008	2009
Total	144	65	46	70

Fuente: Clínica VIH/sida, HCG

Algunos de los resultados encontrados por el equipo interdisciplinario de la Clínica de VIH fueron los siguientes:

95% sexo femenino, 5% al masculino. Nacionalidad costarricense 85%, Nivel educativo secundaria incompleta 49%. Estado civil, 77% soltera (o), 11% casada (o), 8% en unión libre, 3% divorciada (o), 1% en viudez. San José fue la provincia con mayor número de casos, seguido de Heredia, Cartago, Puntarenas y en menor porcentaje Alajuela, Limón y Guanacaste. El promedio de edades de las víctimas de los 15 a los 25 años. En la determinación basal el 3% resultó positiva. Ninguna persona en seguimiento presentó positividad en las determinaciones subsecuentes. El 91% recibió terapia antirretroviral, el restante acudió 72 horas pos exposición.

A partir de este Plan Piloto se recomendó la implementación del Protocolo en todo el territorio nacional, así como realizar campañas de detección temprana del VIH.

En resumen, como se ha comentado al inicio, este documento da énfasis al trabajo de Enfermería, siendo su labor principal la información y educación, así como la vigilancia del cumplimiento del protocolo de terapia antirretroviral; sin embargo, *está ausente la descripción de los aportes psicoterapéuticos del profesional en Psicología Clínica*, a pesar de que desde la Clínica de VIH del Hospital Calderón Guardia desde sus inicios se ha estado activamente trabajando en psicoterapia tanto individual como grupal con la población VIH positiva.

3.2 PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE LAS VÍCTIMAS DE DELITO SEXUAL POR VIOLACIÓN. (2008) HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

El documento utilizado en este centro se llama “**Protocolo de Atención de las Víctimas de delito sexual por violación**”. Los servicios colaboradores, según se especifica en el documento han sido Infectología y Clínica de VIH, Ginecología, Emergencias, Trabajo Social, Farmacia, Laboratorio Clínico, Salud Mental y el Departamento de Registros Médicos.

Tiene un énfasis en el manejo de la confidencialidad de los casos reportados así como la fortaleza en una descripción detallada de las funciones de Coordinación de Trabajo Social en la situación de crisis que resulta del asalto sexual.

Para el caso que nos compete en esta revisión de protocolos, solo se presenta mención de la referencia a “salud mental” *sin una especificidad de las funciones de Psicología Clínica, Psiquiatría y otro profesional posiblemente involucrado.*

Para su lectura el documento se divide en 4 apartados: 1. Atención de emergencias, 2. Trámites de Registros Médicos (oficina de citas), 3. Aspectos de Farmacia, 4. Aspectos de Laboratorio

1. Atención en emergencias

Se indica que las mujeres que ingresen por esta vía serán valoradas por emergencias ginecológicas y los hombres por emergencias quirúrgicas.

La boleta de atención deberá indicar el código **T74.2** que especifica el diagnóstico. Toda solicitud de laboratorio y referencias deberá indicar este código que engloba dos ejes: el diagnóstico de la víctima de violación y el carácter de URGENTE. Por asuntos de confidencialidad se especifica en el documento que no deberá indicarse el diagnóstico de violación, asalto sexual o similares.

Valoración por medicina

- Indicar pruebas de laboratorio urgentes y de control: sub B HCG, ELISA por VIH, serología por hepatitis B y C, VDRL. Se entrega orden para realizar pruebas a revisar 1 mes después.
- Toma de exudado vaginal (quienes ya han sido valoradas en Medicatura Forense)
- Prescripción de profilaxis antirretroviral por 30 días. (inicio en las primeras 48-72 horas post exposición).
- Referencia a Oficina de Citas para seguimiento en: Ginecología, Infectología, Trabajo Social, Salud Mental y Farmacia.

*Si la víctima ingresa en horario laboral la valoración posterior de medicina, la realiza Trabajo Social y Salud Mental. En caso contrario, deberá citarse para las 8 a.m. del día siguiente.

Valoración por Trabajo Social

Se realizará inmediatamente después de la valoración médica. Las acciones que se indican son:

- Intervención en crisis,
- Valoración social de necesidades inmediatas,
- Valoración de la Red Social de apoyo para adherencia,
- Valoración de la letalidad y acompañamiento de la víctima para trámites de confección de expedientes y los trámites de validación de derechos.

2. Trámites de Registros Médicos (oficina de citas): Si tienen documentación completa se les asigna la cita en Ginecología (mujeres) y a consulta en Medicina Familiar en Infectología. Si el paciente es atendido en horario extraordinario deberá regresar el día siguiente para la cita con Trabajo Social. Toda persona víctima de violación que ingrese al servicio de emergencias deberá ser atendido - aunque no

cuenta con el seguro vigente – y será apoyado por Trabajo Social para que normalice su condición de asegurado.

3. Aspectos de Farmacia: El médico que recibe la primera valoración en emergencias y completa la boleta con el código T74.2, el consentimiento informado para el TARV. Puede realizarlo el encargado de la farmacia, quien le entregará el tratamiento por 30 días.

4. Aspectos de Laboratorio: De acuerdo al protocolo la toma de las muestras para las pruebas basales serán realizadas en el laboratorio de emergencias y las de control en el laboratorio clínico. Todos los resultados, excepto el de sub B HCG serán reportados al expediente clínico. De no tener expediente se reportan a Trabajo Social.

Citas de control:

- Ginecología: Valoración de resultados de las pruebas sub Beta HCG, exudado vaginal. Muestra para Chlamydia.
- Infectología: Valoración de resultados de VDRL, ELISA por VIH, serología de Hepatitis B y C.
- Trabajo Social: Seguimiento social de acuerdo al riesgo detectado. Mínimo 2 citas durante los 28 días prescritos para tratamiento antirretroviral.

Resumiendo, el protocolo señalado mantiene como fortalezas el manejo de la confidencialidad, la aplicación detallada de la profilaxis post exposición al VIH, un flujograma del manejo, así como una valoración inicial por emergencias con un papel preponderante en el seguimiento por Trabajo Social.

Sin embargo, están invisibilizadas las funciones que la persona profesional en Psicología Clínica tiene en estos casos de urgencias como lo es el asalto sexual y la intervención psicoterapéutica respectiva.

En el Hospital San Juan de Dios existe además el “**Protocolo Social para el abordaje de personas sobrevivientes de abuso sexual**” (2008) en el cual se especifican acciones desde un abordaje de Trabajo Social.

Se considera una persona **sobreviviente de violación a aquella** que sufrió situación (es) de violencia sexual y dentro del flujograma de atención a éstas se indica que deberá ser enviada la interconsulta o referencia urgente para su atención inmediata (sea que provenga de Emergencias, Hospitalización o Consulta).

Así mismo, se indica **valoración del grado de letalidad, por** parte de Trabajo Social, en las que se especifica la presencia de ideación suicida, desrealización, psicosis, intervención en crisis, valoración social de la red de apoyo, educación y orientación para el fortalecimiento al tratamiento y coordinación y referencia a la red institucional. Incluye la coordinación inmediata al Servicio de Psiquiatría y/o Médico tratante, en aquellos casos de mediano o alto grado de letalidad.

El documento incluye anexos referentes a: Flujograma de atención, Componentes de la Intervención en Crisis, Instrumento para la valoración social de las necesidades inmediatas de la persona sobreviviente de asalto sexual, Valoración de la red social de apoyo para adherencia, Valoración de la letalidad (indicadores), Inventario de recursos (Red institucional de apoyo a la víctima).

Dado que es un protocolo que pertenece al servicio de Trabajo Social, *no describe el rol del profesional en Psicología Clínica, como parte del equipo requerido para el abordaje de los casos de asalto sexual en nuestro país.* Las acciones con esta población han estado coordinadas por trabajadores sociales, y los casos que ameritan intervención por Psiquiatría son referidos a este servicio.

Si bien, los profesionales en Psicología Clínica del Hospital San Juan de Dios realizan intervención terapéutica individual, como parte del seguimiento de los casos, no está definido su aporte en este protocolo revisado.

3.3 PROTOCOLO DE ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE AGRESIONES Y/O DELITO SEXUAL. (2008) HOSPITAL MÉXICO.

El Hospital México confeccionó el Protocolo de atención integral a víctimas de agresiones y/o delito sexual (2008) estableciendo pautas de actuación para la valoración de personas que han sido víctimas de delitos sexuales.

Fue el resultado del consenso y discusión en el marco del Comité de Abuso Sexual del Hospital, en cual está conformado por profesionales de medicina general, médico representante de Urgencias, especialista en Inmunología y Medicina Interna, Farmacia, Trabajo Social, Psicología y/o Psiquiatría.

Se propone como objetivo principal establecer una pauta de actuación normalizada y homogénea para los pacientes víctimas de violencia sexual, que son valorados en el Hospital México, tanto para la detección precoz como para la valoración y actuación ante los casos detectados y el seguimiento de los mismos. La finalidad última es ofrecer orientaciones al personal sanitario, para una atención integral - física, psicológica, emocional y social - a las mujeres hombres, víctimas de este tipo de violencia (p. 4).

Incluye además objetivos secundarios orientados a la sensibilización al personal del Hospital y de otros centros de salud en la temática de violencia sexual como un problema de salud.

Es de resaltar, para los fines de esta revisión bibliográfica, que *este protocolo de atención si presenta un desglose general de las funciones de Psicología Clínica y Psiquiatría en la intervención en crisis del servicio de emergencias-* lo cual es una fortaleza del protocolo del Hospital México que se evidencia en el documento.

El protocolo incluye los siguientes apartados (ver tabla 6):

Tabla 6. Apartados del protocolo Hospital México.

- Definiciones
- Marco Normativo
- Evaluación inicial
- Consentimiento informado o rechazo de evaluación
- Historia Clínica
- Exámen Físico
- Tratamiento médico
- Apoyo psicológico y psiquiátrico
- Valoración por Trabajo Social
- Criterios de Hospitalización de víctimas de abuso sexual
- Control y Seguimiento

Definición de violación: Cuando se haga acceder o tenga acceso carnal, por vía oral, anal o vaginal, con una persona de cualquier sexo, en los siguientes casos:

1. Cuando la víctima es menor de 12 años
2. Cuando la víctima sea incapaz o se encuentre incapacitada para resistir.
3. Cuando se emplee la violencia corporal o intimidación.

Se indica que un 80% de las mujeres violadas conocen al agresor y un 50% de las víctimas mayores de 30 años son abusadas por un compañero cercano. Un 30-50% de las víctimas de violencia doméstica han sido abusadas sexualmente. (p.11).

Marco Normativo:

Para lo que compete a la presente revisión bibliográfica, se menciona lo referente al Artículo 156 sobre Violación.

Será sancionado con pena de prisión de diez a dieciséis años quien se haga acceder o tenga acceso carnal, por vía oral, anal o vaginal, con una persona de cualquier sexo, en los siguientes casos: Cuando la víctima sea menor de doce años. Cuando la víctima sea

incapaz o se encuentre incapacitada para resistir. Cuando se emplee la violencia corporal o intimidación. La misma pena se impondrá si la acción consiste en introducir, por vía vaginal o anal uno o varios dedos u objetos.

Evaluación inicial

En este apartado se ofrece una guía de historia clínica que el profesional debe documentar y que incluye aspectos específicos del incidente, historia médica de la paciente, historia ginecológica adicional pertinente.

Exámen físico

El exámen físico debe realizarse sin alterar la evidencia como parte del manejo agudo de la emergencia, orientado hacia el diagnóstico y tratamiento de lesiones graves e inicio de TARV. En caso de que la paciente no haya sido valorada por Medicatura Forense, el profesional en Medicina deberá llamar al OIJ y realizar el exámen en presencia del personal respectivo. La toma de evidencia y exploración ginecológica debe realizarse por el Médico Forense del Poder Judicial. El protocolo incluye de manera detallada la exploración física en la mujer y el hombre.

Laboratorio

El esquema Básico de análisis de laboratorio es el siguiente: 1. Hemograma, 2. Pruebas de Función Hepática, 3. Serología por HIV, 4. Serología por Hepatitis B, 5. Serología por Hepatitis C, 6. VDRL y 7. Prueba de embarazo. Se especifican otras pruebas adicionales tales como el estudio cito-bacteriológico, de acuerdo al tipo de penetración vaginal, anal, bucal, con el detalle de pasos a seguir.

Tratamiento médico

Farmacológico: Profilaxis de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y de embarazo, tratamiento de lesiones y prevención de secuelas psíquicas.

Profilaxis de ETS

VIH

El paciente atendido en el Servicio de Urgencias con prescripción profiláctica de terapia antirretroviral se presenta al Servicio de Farmacia en donde se procederá a preparar la receta con carácter de URGENCIA y se darán recomendaciones al usuario (esquema de tratamiento, dosis, horarios, combinación con comidas, etc). La educación sobre el tratamiento, adherencia y efectos secundarios deberá ser ofrecida por el encargado de Farmacia.

El esquema que se indica es el siguiente:

Biterapia AZT 300 mg c/12 horas + 3TC 150 c/12 horas

Triterapia AZT 300 mg c/12 horas + 3TC 150 c/12 horas + KAL 3 caps C/12 horas.

Se despacha para 3 días o 5 días (fines de semana con feriado) y la persona deberá asistir el siguiente día hábil al Consultorio Farmacéutico para la respectiva educación, y posteriores recetas (confeccionadas por el médico respectivo) que se entregarán cada semana, por un período de 4 semanas. Se incluyen en el protocolo especificaciones sobre el tratamiento farmacológico en la prevención y/o tratamiento de gonococia, clamidia, tricomonas y sífilis, hepatitis B y profilaxis antitetánica.

Apoyo psicológico y psiquiátrico

El protocolo del Hospital México describe los pasos a seguir luego de recibir una referencia del servicio de Emergencias, y post intervención de Ginecología (mujer) o Medicina Interna (hombre).

Dice así:

el Coordinador del Servicio entrega la interconsulta al profesional asignado (médico psiquiatra o psicólogo clínico, según disponibilidad) quien se trasladará a emergencias. Preferiblemente si el paciente está en condiciones es trasladado al servicio de Psiquiatría en aras de facilitar la privacidad y confidencialidad del caso.

El énfasis que define ese protocolo se orienta en la Intervención en Crisis, dar soporte y definir capacidades del paciente. Así mismo se indica completar historia clínica, exámen mental, enviar exámenes de laboratorio y recomendaciones, así como referencia a seguimiento externo. *Identificar capacidades personales: recursos, mecanismos de defensa, capacidades cognitivas e intelectuales, recursos familiares, sociales, económicos y acceso al servicio de seguridad social.* Documentar en el expediente en forma clara y concisa para efectos legales y datos del evaluador.

Valoración por Trabajo Social

El profesional en Trabajo Social recibe la interconsulta procedente del servicio de Urgencias especificando el motivo de referencia según el código T 74.2- Abuso Sexual (CIE-10). Se encarga de identificar factores de riesgo social en aras de definir la pertinencia de hospitalización. Orienta y/o interpone la denuncia ante el Ministerio Público, coordina con el Patronato Nacional de la Infancia (menores de edad). Realiza análisis interdisciplinario con otros profesionales de salud involucrados en el proceso de atención. Se entrega cita de seguimiento social en la Consulta Externa o bien referencia al área de atracción correspondiente. Confecciona informe social para expediente de salud.

Criterios de hospitalización de víctimas de abuso sexual

Una persona víctima de violación que presente al menos uno de los siguientes criterios DEBE ser hospitalizada:

Médico: Lesiones físicas severas que requieran tratamiento quirúrgico especializado (cirugía general, ginecología, etc). Embarazado. Datos de infección con respuesta sistémica. Impacto emocional incontrolable. Indicación de Psiquiatría y/o Trabajo Social.

Psiquiátrico/Psicológico: *Paciente con intento suicida y/o con evento recurrente, que considera seriamente quitarse la vida al carecer de apoyo familiar. Estado mental: depresión moderada a severa con alta desesperanza. Psicosis y deseo profundo de muerte. Intento de suicidio previo, impulsividad marcada. Características del hogar: familia disfuncional, ausencia de un adulto responsable en el hogar, desinterés familiar por el joven.*

Trabajo Social: Peligrosidad para la vida. Amenaza de muerte o agresión. Ideación suicida. Ofensor reside en el mismo domicilio o barrio. Ausencia o débil red de apoyo. Callejización o sin domicilio fijo. Persona menor de edad en alto riesgo social. Fuente: Comité de Vigilancia Abuso Sexual. Hospital México. C.C.S.S. (p.28).

Control y Seguimiento

- A los 10 días se debe valorar evolución de las lesiones físicas, repetir pruebas negativas en Urgencias (embarazo, gonococos y clamydias). *Valorar estado psicológico e informar de los recursos de apoyo en caso de no haberlos utilizado aún.*
- A las 4-6 semanas se valoran pruebas complementarias, repetir cultivos negativos al último control, repetir serología de sífilis y HIV negativos previamente. Dosis de hepatitis B. Valorar estado psicológico.
- A los 6 meses repetir serología HIV si fue negativa, realizar citología descartando VPH. Marcadores de hepatitis B y tercera dosis de vacuna si HBsAG es negativo. Pruebas positivas en el seguimiento (post primera intervención en servicio de Urgencias) se adjuntan a denuncia interpuesta.

Resumiendo, este protocolo describe las generalidades del rol del profesional en Psicología Clínica, en la intervención de la urgencia, *siendo parte del servicio de emergencias, y estando encargado de la evaluación del riesgo, la intervención en crisis y el acompañamiento del proceso posterior.*

Seguidamente, se presenta un resumen del Protocolo Interinstitucional (2010), presentado por la Secretaría Técnica de Género, junto con un equipo ad-hoc representado por la Defensoría de los Habitantes, el Poder Judicial, Ministerio de Seguridad Pública, La Cruz Roja, el 911, PANI, INAMU y la CCSS. El objetivo fundamental que tuvo ese equipo fue elaborar un protocolo nacional de atención integral a víctimas de violación y de esta forma homogenizar la intervención de urgencias - 72 horas post evento.

3.4. PROTOCOLO INTERINSTITUCIONAL DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS VÍCTIMAS DE VIOLACIÓN SEXUAL (primeras 72 horas de ocurrido el evento) (2010).

La Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, la coordinación del Programa de VIH-SIDA y la Secretaría Técnica de Género del Poder Judicial se dieron a la tarea de elaborar un protocolo nacional de atención integral a víctimas de violación con el apoyo de un equipo ad-hoc conformado por la Defensoría de los Habitantes, el Poder Judicial, el Ministerio de Seguridad Pública, la Cruz Roja, el 911, el PANI, INAMU y la CCSS.

El protocolo mencionado va dirigido a las instituciones públicas costarricenses que ofrecen atención a personas de todos los grupos etarios que han sido víctimas de violación y pretende ser aplicado **en las primeras 72 horas** de ocurrido el evento – considerando obligatoria una guía que incluya una evaluación de prescripción del tratamiento antirretroviral como forma preventiva de la transmisión del VIH; así mismo incluye la intervención de primeros auxilios psicosociales e intervención en crisis que corresponde para estos casos.

Como bien se indica en el documento:

la existencia de procedimientos técnicos-operativos sistematizados y la descripción clara del flujo del proceso de atención integral e interinstitucional de la persona víctima de violación, para la recolección de evidencias medico legales, la prevención, diagnóstico oportuno, manejo clínico-terapéutico y seguimiento, permitirá a las diferentes disciplinas e instituciones involucradas en la atención de este evento de salud, actuar según sus competencias en forma oportuna y efectiva en beneficio de la persona usuaria reduciendo la probabilidad no solo de la infección del VIH, sino de otras ITS y sobre todo evitar o minimizar la revictimización (p. 5-6).

Para los efectos que nos convoca esta revisión de protocolos de atención, encontramos una debilidad en el documento, dado *que no incluye la descripción del rol del profesional en Psicología Clínica en su apartado de “roles en la intervención inmediata”, sin embargo describe el rol del profesional en medicina, enfermería y trabajo social.*

A continuación un resumen del protocolo interinstitucional. Para facilitar la lectura y comprensión del protocolo, se entenderá como:

- **Revictimización** toda acción u omisión que empeore el estado físico y/o psíquico de la víctima.
- **Víctima:** persona que haya sufrido daños, inclusive lesiones físicas o mentales y sufrimiento emocional como consecuencia de acciones que violen la legislación penal vigente.
- **Violación:** acceso carnal con otra persona no consentido, dicho acceso puede tener lugar por vía oral, anal o vaginal. La penetración ha de ser con el órgano sexual masculino, el pene, o con la introducción de dedos, objetos o animales. En toda persona menor de 13 años, acceso carnal será considerado una violación (p.8).

Los siguientes hospitales del país se han definido de primera cohorte para atender casos de violación sexual y ofrecer profilaxis para VIH post-exposición: Calderón Guardia, México, San Juan de Dios, San Rafael de Alajuela, Max Peralta, Nacional de Niños, Hospital de las Mujeres, Monseñor Sanabria, Tony Facio, Anexión de Nicoya, Liberia, San Carlos, Escalante Pradilla, Golfito, Turrialba

Marco Jurídico Costarricense

El protocolo se sustenta en los tratados internacionales de protección a los derechos humanos de las mujeres (tanto la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres (Belem do Pará), la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW), así como por los lineamientos de la OMS en su "Guía para la atención a víctimas de violencia sexual", (2009) la cual fue creada con el apoyo de la Secretaría de Género del Poder Judicial y la Jefatura del Departamento de Ciencias Forenses del Organismo de Investigación Judicial. (p. 9).

Intervenciones interinstitucionales

El protocolo define de manera específica las posibles vías por las cuales una persona víctima de violación tendría contacto con las instituciones gubernamentales, para lo cual se describen en detalle las acciones obligatorias a ejecutar:

Servicio 911: Recepción de llamadas y activación del sistema interinstitucional

Instituto Nacional de Atención a la Mujer (INAMU): la oficina central en San José de la delegación de la mujer. Ofrecer contención y atención psicológica. Evaluar situación de riesgo social. Dar seguimiento. Apoyo social y asesoría legal. Grupos de apoyo. Albergue temporal previa valoración del caso.

Patronato Nacional de la Infancia (PANI): oficinas locales tanto en horario ordinario semanal, como extraordinario de 4 a 6 p.m., fines de semana y feriados (solo en San José). Evaluar riesgo. Acompañamiento a la víctima al proceso de Medicina Legal y/o centro hospitalario. Denuncia ante Ministerio Público y medidas de protección. En caso necesario, incluir en albergue con medida de protección respectiva. Seguimiento al proceso.

Fuerza Pública: Los funcionarios darán prioridad a la seguridad y asistencia médica de la víctima en coordinación con los cuerpos de atención pre-hospitalaria. En caso de lesiones físicas que indiquen riesgo a la integridad y la vida de la persona, de deberá trasladar al centro hospitalario. En aras de prevenir la revictimización, la entrevista policial verbal deberá ser general, lugar de los hechos y tiempo, y deberá esperar la intervención de la Fiscalía para la entrevista judicial pertinente.

Poder Judicial (PJ): A través del Organismo de Investigación Judicial se realiza la denuncia.

Ministerio Público "Fiscalías": Realiza entrevista breve y refiere al centro hospitalario para valorar prescripción de antirretrovirales (primeras 72 horas de ocurrido el

evento). La toma de la denuncia por el fiscal será preferible posterior a la valoración de prescripción de tratamiento. El fiscal debe trasladar a la víctima de Medicina Legal para la valoración Médico Forense.

Laboratorio de Ciencias Forenses: Se solicitan los siguientes estudios: Hemograma, pruebas de función hepática, pruebas de función renal, electrolitos. Muestra de sangre y orina para análisis por infecciones de Transmisión sexual. Prueba de embarazo. Serología de VIH, hepatitis B, hepatitis C y VDRL. Cultivo endocervical para gonococo. PCR o técnica de hibridación para chlamydia. Muestra cervicovaginal para *Trichomonas vaginalis*. Recolección de fluidos biológicos. Muestras para comparación de perfiles genéticos para identificación del donador de tales fluidos. Muestras de sangre y orina para investigar por drogas o medicamentos presentes. Fotografía Forense a la víctima y escena del crimen.

Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS): los servicios de emergencias y consulta externa principalmente.

- A. Primer escenario: Si la persona ya ha sido evaluada por servicios del Poder Judicial y es trasladada para evaluación clínica terapéutica, valorar riesgo y prescripción de profilaxis postexposición. La acompaña funcionario del OIJ.
- B. Segundo escenario: Si la persona acude directamente al hospital – sin haber ingresado por el OIJ – el médico debe activar el 911 (Medicina Legal, Fiscalía, etc) y el funcionario del OIJ trasladarse al centro de salud. La denuncia la toma este funcionario o debe dar la instrucción para que la persona proceda a realizarla a oficinas del OIJ (Ciudad de Ciencias Forenses). La información que recabe el profesional en salud debe quedar bien clara en el expediente clínico, garantizando que durante su valoración no se alteren las evidencias para fines legales.

El protocolo especifica que para personas menores de edad deberá ser referido al servicio de Trabajo Social, quien coordinará con el Comité de Niño Agredido local y la Oficina del PANI.

Se indica además lo siguiente:

La persona, independientemente de si ella misma acude por su cuenta o es referida por el Poder Judicial, deberá ser pasada de forma inmediata a un espacio acondicionado por el servicio de urgencias que garantice un ambiente de confidencialidad y calidez. Aquí debe ser atendido (a) inicialmente por personal de enfermería o medicina capacitado en brindar el apoyo de intervención en crisis.... Debe ser atendido por el médico disponible médico general o especialista del servicio de emergencias o consulta externa (p. 16-17)

Se recomienda además que las mujeres se atiendan en el área de ginecología, los hombres en cirugía o urología y los menores de edad en área de pediatría. Y continúa: *“No olvidar las referencias a Psicología, Psiquiatría y Trabajo Social” (p. 17).*

Es importante resaltar aquí la mención a Psicología, aunque no presenta la descripción de sus funciones en la intervención en crisis y en el proceso terapéutico posterior.

Roles en la intervención inmediata

Como se ha señalado anteriormente, se evidencia *la ausencia total de la descripción de funciones del rol del profesional en Psicología Clínica en la intervención inmediata por asalto sexual. Lo anterior confirma la necesidad de incluir estas funciones, evidenciar la práctica clínica que se realiza con la población implicada.*

A continuación el detalle de las descripciones de las funciones de cada profesional que conforma el equipo de trabajo:

- a) Cada centro hospitalario deberá velar por ofrecer un espacio confortable o Sala testimonio para la recolección de las evidencias, documentación y pruebas, que deberán ser remitidas al Departamento de Ciencias Forenses.

b) Atención de **Enfermería** en el abordaje a víctimas de violación sexual:

Literalmente se indica:

- Compromiso personal y profesional en el acto de cuidar, orientar, guiar y educar, disminuyendo los niveles de revictimización
- Proporcionar orientación en cuanto a los procedimientos existentes para valoración y manejo de personas víctimas de violación.
- Dar a conocer al paciente y acompañante la atención integral que se le proporcionará en el centro hospitalario.
- Brindar educación en cuanto al tratamiento antirretroviral y su objetivo de profilaxis.
- Evaluar la posibilidad de infecciones de transmisión sexual y la infección por el VIH, e informar al paciente, así como proporcionar el objetivo de la profilaxis y/o tratamiento.
- Evaluar los riesgos del embarazo y dar a conocer las opciones del manejo con el paciente, incluyendo los servicios de salud reproductiva.
- Ponerse en contacto con los servicios de atención a la víctima, llamar al 911 y también puede activar el código alfa 6 al número 22953311, del Poder Judicial para un contacto inicial con los pacientes (donde esté disponible) para que puedan ofrecer a los pacientes apoyo, intervención en crisis, la promoción, información, referencias y de la comunidad antes, durante y después del exámen.
- Asegurarse que a los pacientes les sean atendidas las necesidades inmediatas haciendo las referencias médicas necesarias.
- Orientar sobre el seguimiento que debe continuar en el hospital.
- Llevar un registro epidemiológico de los casos.
- Identificar situaciones sociales o psicológicas que requieran atención inmediata para su respectiva coordinación y referencia. (Ver tabla sobre criterios de hospitalización).

c) Atención de **Medicina** en el abordaje a víctimas de violación sexual:

- Manejar la ansiedad de la persona y brindar información sobre los procedimientos que se van a realizar.
- Realizar una historia clínica completa y un examen físico detallado, buscando especialmente lesiones secundarias a la violación.
- Detectar lesiones físicas que requieran tratamiento quirúrgico.
- Identificar y tratar oportunamente condiciones de salud que pongan en riesgo la vida de la persona.
- Evaluar la posibilidad de infecciones de transmisión sexual y la infección por el VIH y proporcionar los profilácticos y/o tratamiento.
- Documentar toda información en el expediente en forma clara y legible.
- Reforzar la educación acerca de cual va a ser la atención que se le brindará en el servicio.
- Identificar la condición de riesgo de la persona para utilización de los antirretrovirales.
- Informar sobre riesgos y beneficios de la profilaxis antirretroviral.
- Ponerse en contacto con los servicios de atención a la víctima, llamar al 911 y también puede activar el código alfa 6 al número 22953311, del Poder Judicial.
- Asegúrese de que a los pacientes les sean atendidas las necesidades médicas inmediatas haciendo las referencias médicas necesarias.
- Valorar condición mental de la persona con el objetivo de identificar situaciones urgentes que requieran atención especializada inmediata por psicología/psiquiatría (intentos de autoeliminación, psicosis, etc.).
- Identificar criterios de hospitalización en la persona (Ver Tabla sobre criterios de hospitalización).
- Completar los formularios normalizados para documentar los resultados del examen forense.
- En caso necesario por instrucción de los investigadores, fiscales y o jueces el profesional de salud deberá testificar ante el tribunal si así lo

solicitar un fiscal o juez, el PJ garantizará un adecuado entrenamiento a los profesionales en salud para las comparecencias.

d) Atención por parte de **Trabajo Social** en abordaje a víctima de violación sexual (en el caso de que exista acceso en el servicio de emergencias, sino, deberá llevarse la intervención por Enfermería).

- Valorar redes de apoyo y las personas de la familia en condición de riesgo social.
- Dar primero auxilios psicoemocionales.
- Proporcionar orientación en cuanto a los procedimientos existentes para valoración y manejo de personas víctimas de violación.
- Dar a conocer al paciente y acompañante la atención integral que se le proporcionará en el centro hospitalario.
- Ponerse en contacto con los servicios de atención a la víctima, llamar al 911 y también puede activar el código alfa 6 al número 22953311 para un contacto inicial con los pacientes (donde esté disponible para que puedan ofrecer a los pacientes apoyo, intervención en crisis, la promoción, información, referencias y de la comunidad antes, durante y después del examen.
- Identificar situaciones sociales o psicológicas que requieran atención inmediata.
- Coordinación interinstitucional.

Como se evidencia en estas descripciones, el rol de psicología clínica *no se considera en funciones específicas para la atención inmediata* (72 horas de ocurrido el evento de violación), tal como si se hace de las otras especialidades como enfermería, medicina y trabajo social.

Se incluye posteriormente algunas recomendaciones para la atención a la víctima, a saber:

Recomendaciones para la atención de la víctima por parte de los examinadores del Servicio de Salud

En este apartado, el Protocolo define aspectos clave para una atención de calidad a la víctima, a saber:

- Priorizar pacientes de delitos sexuales,
- Ofrecer privacidad y confidencialidad.
- Aceptar si la víctima desea un examinador de determinado género, considerando aspectos culturales (religión, idioma, costumbres, discapacidad, edad, género) durante el proceso de evaluación,
- Tomar en cuenta redes de apoyo a la víctima y ofrecer contención a la familia y amigos presentes.
- Utilizar el consentimiento informado para obtener la autorización correspondiente y respetando el derecho de la persona a rechazar procedimientos.
- Ofrecer información oportuna, y, finalmente,
- Discutir los resultados de los exámenes con los abogados, fiscales, ext., estando disponible para testificar ante el tribunal en caso de requerirse.

Valoración de necesidad de hospitalización

Una persona víctima de violación que presente al menos uno de los siguientes criterios DEBE ser hospitalizada:

Médico: Lesiones físicas severas que requieran tratamiento quirúrgico especializado (cirugía general, ginecología, etc). Embarazada, abusada sexualmente. Condición médica que ponga en peligro vida de paciente. Condición médica que amerite tratamiento intrahospitalario.

Psiquiátrico: Paciente con intento suicida o con ideaciones suicidas. Depresión moderada a severa con alta desesperanza. Psicosis y deseo profundo de muerte. Impulsividad marcada con ideas suicidas y homicidas.

Trabajo Social: Amenaza de muerte o agresión física. Ausencia o débil red de apoyo. Persona menor de edad en alto riesgo social.

Terapia profiláctica para infecciones de transmisión sexual (No VIH)

El servicio de urgencias debe proveer el tratamiento requerido para la prevención de otras infecciones de transmisión sexual (diferentes al VIH) (ver tabla 7), para lo cual se utiliza:

Tabla 7. Tratamiento

Vacuna antitetánica (si aún no ha sido vacunada). Una dosis 0,5 cc IM
 Vacuna contra hepatitis B en 3 dosis (al momento de la valoración, al mes y a los 6 meses). 10 mcg o 20 mcg equivalentes a 1cc IM. Tratamiento antibiótico sintomático contra clamidia, gonorrea, tricomonas y vaginosis bacteriana. (Esquema único por única vez). Ceftriaxone 250 mg: 125 mg IM dosis única + Azitromicina 500mg: 1g VO dosis única + Metronidazol 500 mg: 2 g VO dosis única (no en embarazo). Se sugiere incluir antiemético por efectos secundarios gastrointestinales.

Anticoncepción

El protocolo incluye un apartado para aquellos casos en los cuales la víctima tiene alta probabilidades de haber quedado embarazada post delito sexual. Para mujeres mayores de 15 años considerar consentimiento. En caso de menores de edad será necesario el de los padres, y de presentarse desacuerdos entre las partes, la decisión la tomará el médico bajo su responsabilidad y en coordinación con el PANI.

Profilaxis para VIH

Es necesario que la persona víctima esté dispuesta a seguir el esquema de tratamiento antirretroviral postexposición que se le prescribe, mediando el consentimiento

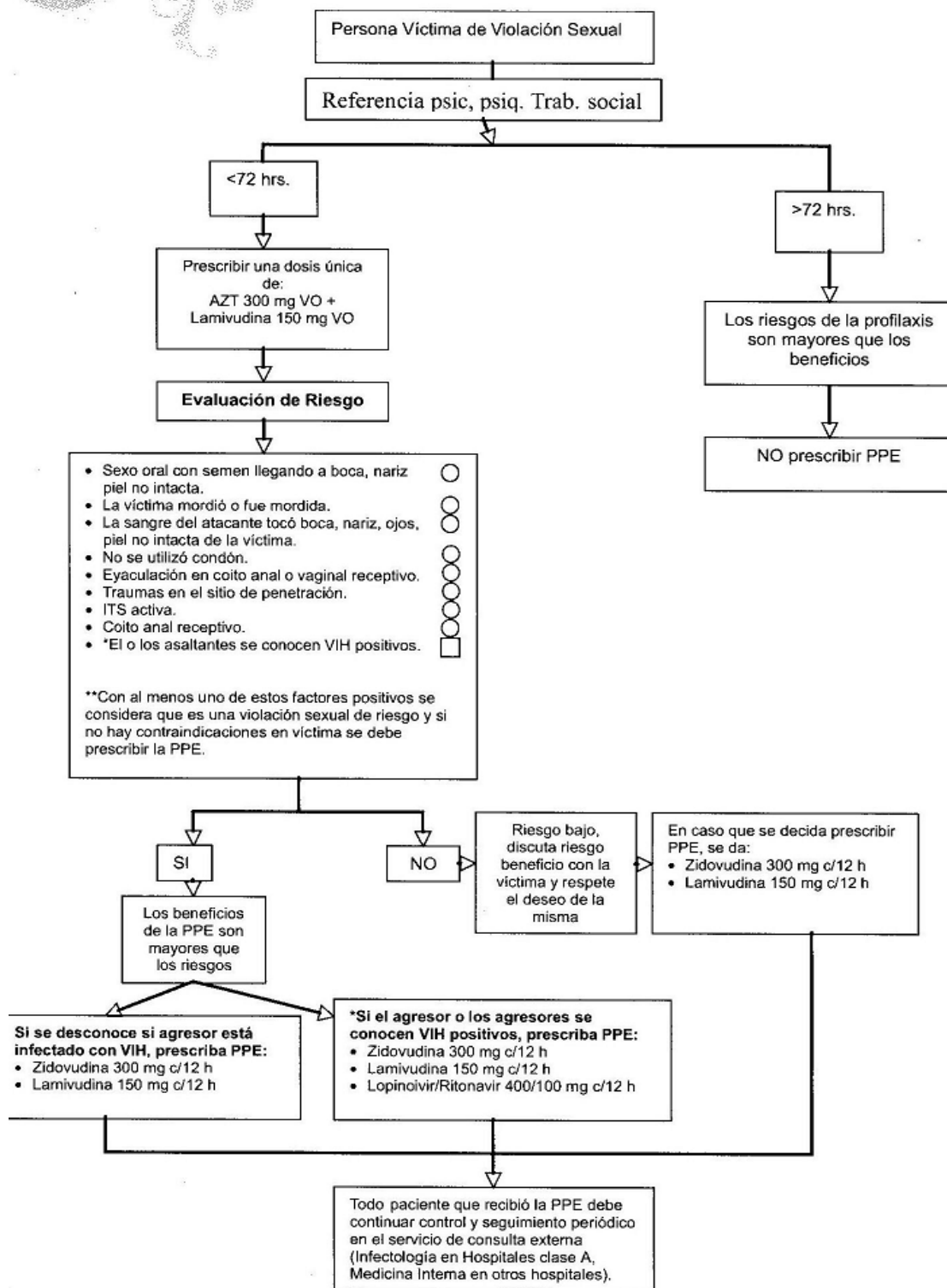
informado. El Servicio de Emergencias ofrece tratamiento por 5 días, luego la persona deberá solicitarlo en consulta externa con referencia a Clínica de VIH. La prescripción incluye referencia a farmacia, contención psicológica, psiquiátrica y de trabajo social.

El esquema recomendado es el siguiente:

- Adultos y adolescentes mayores de 12 años, mayores de 50 kg: Iniciar con dos dosis ARV Zidovudina 300 mg c/12 hrs Lamivudina 150 mg c/12 hrs
- Si el agresor se conoce VIH positivo se prescribe **además** Lopinavir/Ritonavir 400/100 mg c/12 hrs. Como alternativa a éste se puede utilizar: Efavirenz 600 mg HS (en hombres) o Nelfinavir 1250 mg c/12 h (en mujeres).
- Se prescribe por 4 semanas (28 días) con despacho de recetas semanal en aras de evaluar cumplimiento y tolerancia al tratamiento.
- Debido a teratogenicidad potencial: No Efavirenz en embarazo o edad reproductiva que puedan quedar embarazadas durante terapia profiláctica.

Seguidamente se presenta el diagrama de flujo (ver figura 1) en el cual se describen los pasos a seguir en la atención inmediata de las víctimas de violación. Se evalúa el nivel de riesgo de infección, la indicación de profilaxis, así como el control y seguimiento respectivo.

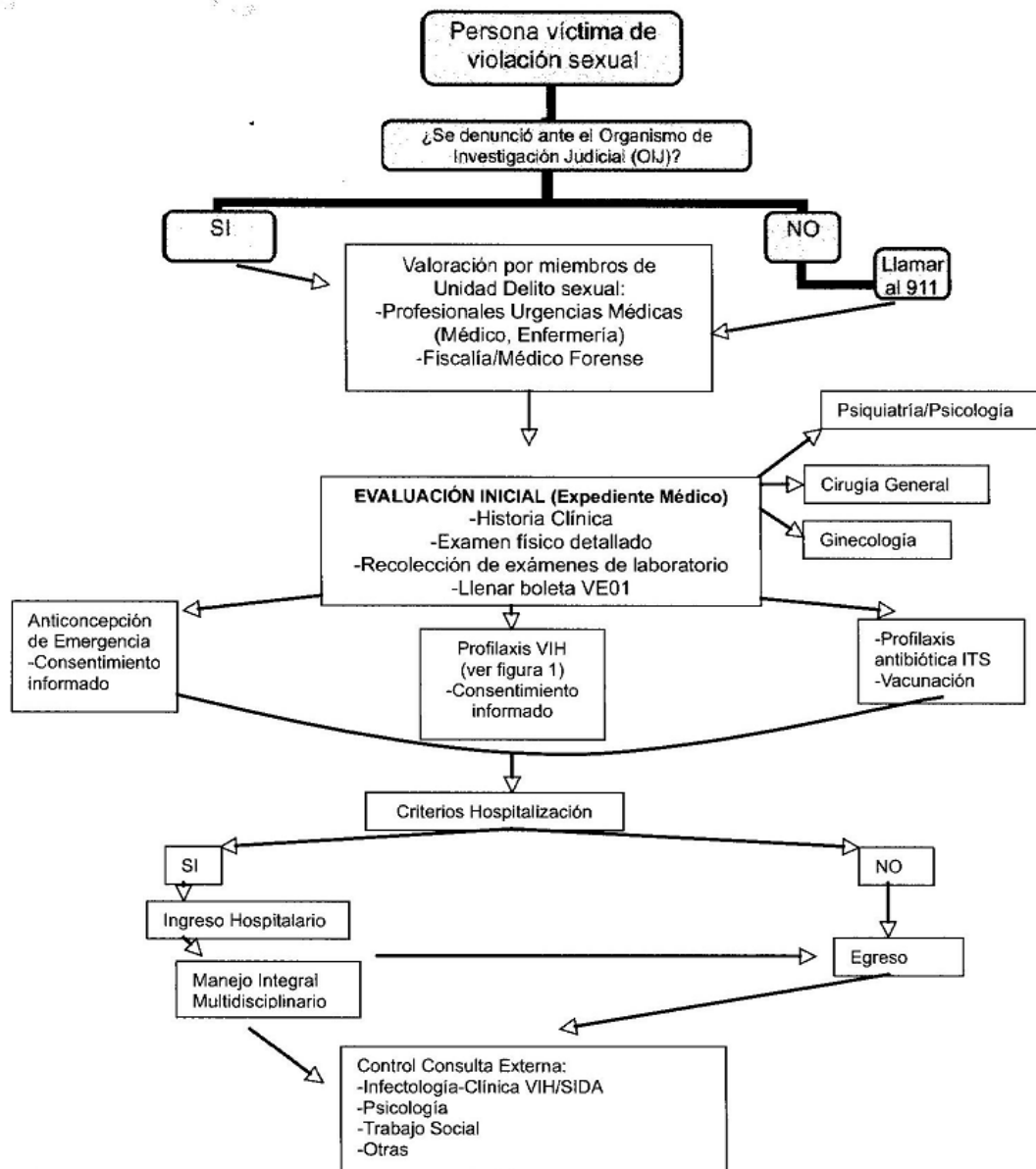
Figura 1. Algoritmo para determinar necesidad de profilaxis para VIH



Fuente: Comité Clínico Terapéutico VIH/SIDA, C.C.S.S., 2009.

Tomado de: Instrumento de Trabajo y Consulta. Protocolo Intersinstitucional, p. 30. 2010.

Figura 2. Algoritmo General de Atención a Víctimas de Violación sexual en Centros Hospitalarios de Referencia de la Caja Costarricense del Seguro Social



Tomado de: Instrumento de Trabajo y Consulta. Protocolo Intersinstitucional, p. 34.

2010

Seguimiento posterior al egreso de paciente del servicio de urgencias

Infectología: Ofrecer servicio en los 5-7 días naturales posterior a atención inicial, con seguimiento clínico y serológico.

Psicología Clínica: Citar en los 5-7 días naturales posterior a atención inicial. Duración y frecuencia de psicoterapia de acuerdo a criterio profesional.

Trabajo Social: Citar con carácter prioritario. Ofrecer seguimiento periódico, apoyo y orientación.

Otras especialidades: Según el caso lo amerite puede quedar en control por psiquiatría, ginecología, proctología, pediatría, etc.

Resumiendo, el protocolo interinstitucional de atención integral a las víctimas de violación sexual (primeras 72 horas de ocurrido el evento) (2010) es una guía de importancia indiscutible en un panorama de violencia sexual, que sin embargo para los efectos que nos convoca esta revisión bibliográfica, *deja de lado la descripción de las funciones de intervención del profesional en Psicología Clínica.*

Adolece de una descripción detallada de su rol y con la indicación de referencia a la semana posterior del evento, no considera el aporte del profesional en la urgencia inmediata de la revelación del evento y la estabilización psicológica de la persona víctima.

A continuación (Tabla 8), se expone claramente la comparación de los distintos protocolos presentados clasificado en apartados.

Seguidamente, en el capítulo 4 se presenta el resumen de algunos protocolos internacionales de atención a la víctima de asalto sexual, en aras de conocer otros modelos de actuación en estos casos y enriquecer la descripción de las funciones sugeridas para el (la) profesional en psicología clínica en los protocolos nacionales.

Comparación de los protocolos nacionales de atención en asalto sexual en Costa Rica

EJES DEL PROTOCOLO	PROTOCOLO HOSPITAL CALDERÓN GUARDIA	PROTOCOLO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	PROTOCOLO HOSPITAL MÉXICO	PROTOCOLO INTERINSTITUCIONAL
AÑO	2006	2008	2008	2010
Descripción de violencia sexual y definiciones clave	X	X	X	X
Marco normativo legal	Ausente	Ausente	X	X
Profilaxis post exposición VIH	X	X	X	X
Aspectos de laboratorio	X	X	X	X
Flujograma de manejo	X	X	X	X
Valoración médica en emergencias	X	X	X	X
Criterios de hospitalización / Valoración de letalidad	Ausente	X	X	X
Intervención en crisis	x	X	X	X
Rol de farmacia	X	X	X	
Rol detallado de Enfermería	X	Ausente	Ausente	X
Rol detallado de Trabajo Social	Ausente	X	X	X
Rol de Psicología Clínica	Ausente	Ausente	X	Ausente
Denuncia en delitos sexual al OIJ	X	X	X	X
Indicación referencias a consulta externa	X	X	X	X
Consentimiento informado	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente
Fuente: elaboración propia				

CAPITULO CUARTO

PROTOCOLOS INTERNACIONALES DE ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE ASALTO SEXUAL

A continuación se presentarán resúmenes de protocolos para la atención de personas víctimas de asalto sexual, que se han escrito en países latinoamericanos - a saber: Colombia, Argentina, Uruguay y México - en aras de ofrecer insumos en el apartado específico del rol del profesional en Psicología Clínica - al modelo de protocolo costarricense en atención a esta población.

4.1 La experiencia de Colombia.

PROTOCOLO PARA EL ABORDAJE INTEGRAL DE LA VIOLENCIA SEXUAL DESDE EL SECTOR SALUD. Bogotá, Colombia (2008).

Las estadísticas en Colombia de abuso sexual contra las mujeres indican una cifra de 119,870 casos entre los años 2002 y 2009, y de 14,421 casos reportados en 2002 a 21,288 en el 2009. Específicamente el acto de violación sexual en mujeres, según Vallejo y Córdoba, 2012 debe ser entendida como:

uno de los síntomas del trauma psicosocial que ha dejado la guerra, el cual va mas allá de simples actos delictivos callejeros y se constituye en una problemática de tipo estructural. Los grupos armados ilegales y algunos integrantes del Estado pertenecientes a las fuerzas militares (policía, ejército, armada y aviación) son los protagonistas de crímenes violentos y abusos sexuales en mujeres de diferentes comunidades (p.21).

Con este panorama, el protocolo de abordaje viene a ofrecer a las víctimas una atención de calidad en los servicios de salud, evitando la revictimización y dando apoyo a las tres áreas principales, médica, legal y psicosocial.

Para los efectos de la presente revisión se comentarán los contenidos de cuatro capítulos a saber: Capítulo 6 “Proceso de atención integral en violencia sexual”, Capítulo 12 “Atención en salud mental”, Capítulo 13 Atención Área Social - Trabajo Social y Capítulo 14 Participación del o la profesional de enfermería en la detección y atención a víctimas de violencia sexual

El capítulo 6 “Proceso de atención integral en violencia sexual” señala la necesidad de conformar un equipo interdisciplinario para la atención a víctimas de violencia sexual definiendo su rol específico de manera que no se dupliquen funciones y se prevenga la revictimización. Debe incluir profesionales en salud mental, área social y área de atención médica. Y requerirá de un facilitador o coordinador general que será el encargado de velar por la comunicación intersectorial, al interno de la institución y del equipo. Se sugiere que sea un profesional en **Trabajo Social** quien ejerza esta función.

El primer contacto con una posible víctima de violencia sexual de cualquier edad y género (ver tabla 8), debe seguir los siguientes pasos, a saber:

PRIMER CONTACTO CON UNA POSIBLE VÍCTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL DE CUALQUIER EDAD Y GÉNERO

Tabla 8. Guía de atención a víctimas de violencia sexual.

Se debe:

- Recibir y atender de forma inmediata
- Atender en espacios adecuados, con privacidad
- Brindar acompañamiento por personal de salud
- Explicar sobre sus derechos y en qué consiste el proceso de Atención Integral
- Entregar a la víctima la cartilla Mis Derechos
- Hacer el proceso de Consentimiento Informado
- Avisar de inmediato a Policía Judicial a la Línea 123
- Obtener o crear historia clínica con la información pertinente a salud. Si existe relato espontáneo de los hechos, se debe consignar lo referido de manera textual en la historia clínica y aclarar quién lo relata; debe quedar claro en la historia clínica que es un “relato espontáneo”. Policía Judicial hará la entrevista en detalle de los hechos relacionados con Justicia.
- Diligenciar el Protocolo del Informe Pericial Integral en la Investigación del Delito Sexual (ver Guía de consulta abreviada para el examen sexológico forense, informe pericial y manejo del kit para la toma de muestras en los sectores forense y de salud).
- Realizar examen físico completo, búsqueda clínica y paraclínica de GESTACIÓN e Infecciones de Transmisión Sexual: N. Gonorrhoeae, Chlamydia Trachomatis, Trichomona Vaginallis, herpes 2, hepatitis B, VIH/Sida (incluyendo la consejería de VIH), condilomas, Gardenella Vaginalis, hongos (Guía del menor y la mujer maltratados).
- ADMINISTRAR PROFILAXIS POSTEXPOSICIÓN, SEGÚN EL TIEMPO DE LOS HECHOS.

- Realizar simultáneamente el proceso de cadena de custodia: búsqueda y toma de evidencias físicas, rotulación, embalaje, almacenamiento, llenado de registros y entrega de elementos materia de prueba a Policía Judicial, a la línea 123.
- Dar manejo integral a otras patologías simultáneas: intoxicaciones, lesiones y otras.
- GARANTIZAR LA ATENCIÓN EN CRISIS DE SALUD MENTAL (son varias sesiones, ver capítulo Salud Mental).
- Diligenciar la cartilla Mis Derechos con las intervenciones realizadas, esta cartilla es el control de garantía de derechos que la víctima debe llevar siempre.
- Realizar el estudio social e identificar necesidad de protección institucional.
- HOSPITALIZAR si las condiciones clínicas lo ameritan o si se requiere protección institucional, mientras actúa el Sistema de Protección.
- Diligenciar la FICHA SIVIM (Red de entidades centinela para la vigilancia epidemiológica de la violencia intrafamiliar, violencia contra la mujer y maltrato al menor de la Secretaría Distrital de Salud); esta notificación es muy importante en la articulación para la continuidad del proceso integral de atención y en la vigilancia epidemiológica para la garantía de derechos.
- Activar las redes institucionales que amerite el caso.
- Asegurar la lectura de los exámenes tomados y la continuidad del proceso de atención integral bio-psicosocial.
- Si es necesario el desplazamiento a otro nivel de complejidad o a otra institución, se debe garantizar el transporte a la víctima de violencia sexual y su acompañante.
- Se debe enviar, por fax, copia de búsqueda clínica y paraclínica de embarazo e ITS al Instituto Nacional de Medicina Legal, a la Jefatura Grupo Clínica Forense, tel. 3 33 48 06 Carrera 13 No. 7-46 piso 2. (p. 50-51).

Funciones del equipo interdisciplinario de atención

Valoración inicial

Le corresponde al primer profesional que recibe a la persona víctima. Debe realizar la historia clínica, con genograma y valorar los motivos de consulta, los síntomas, signos o los hallazgos de exploración clínica, y luego clasificar los casos en tres grandes grupos, así:

- Grupo A. Criterios para aviso inmediato a justicia
- Grupo B. Sospecha fuerte de violencia sexual
- Grupo C. Sospecha leve de violencia sexual”

Debe además hacer las referencias pertinentes incluyendo fortalezas, debilidades, habilidades que facilite la formulación del plan de atención. Realizar además las órdenes de laboratorios y acompañar a la víctima para que inicie la activación de expediente clínico.

Diagnóstico

La OMS, en la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE- 10, codifica diagnósticos como:

- Abuso sexual (Código T 742)
- Agresión sexual con fuerza corporal (Código Y 05)

Comunicación interdisciplinaria

En el protocolo se indica la necesidad de definir el profesional responsable o coordinador y determinar los indicadores de seguimiento de la intervención y los efectos de la misma. Dado que la violencia sexual es una urgencia es necesario:

- Realizar Valoración físicamente
- Definir la ruta de intervención de los diferentes profesionales
- Valorar o remitir a profesionales de salud mental
- Remitir a profesionales del área social
- Valorar el riesgo y las necesidades de protección

Asignación de la responsabilidad para ejecutar las intervenciones

Una vez se crea el equipo de atención para el caso, se establece un eje de atención; es decir, un(a) médico(a) tratante o un profesional de la salud que haga las veces de coordinador de este equipo y que se responsabilice por sus acciones. Esta persona debe:

- Aclarar las creencias que la víctima o su familia tengan sobre la experiencia de violencia sexual
- Explicar la ruta de atención (remisiones a servicios y a instituciones)
- Explicitar los Derechos Sexuales y Reproductivos y los Derechos de las Víctimas

Ejecución del plan terapéutico integral incluye:

- Profilaxis de VIH/Sida y violencia sexual.
- Anticoncepción de emergencia.
- Atención Área Social, Trabajo Social.
- Atención en salud mental

En el capítulo 12 “Atención en salud mental” se presente de manera *específica las funciones y competencias de los profesionales en Psiquiatría y Psicología Clínica*, así como de otras disciplinas que participan del equipo de atención para los casos de asalto sexual.

Las directrices de intervención (p. 85-86) se desglosan a continuación:

- Las sesiones de evaluación inicial incluyen valoraciones por profesional de psiquiatría o psicología clínica, en sesiones de 1 hora (2 sesiones), y una evaluación por trabajo social, de acuerdo con las actividades previstas para este profesional dentro del POS (no como actividades PAC).
- Todas las sesiones de psicoterapia posteriores a la valoración inicial tendrán una duración de 40 minutos. Adicionalmente, en cuanto a la extensión y características de los procedimientos para la intervención terapéutica para la atención en crisis, se tomará en cuenta lo siguiente:
 - Intervención terapéutica - atención en crisis: se desarrollará mediante 8 sesiones, conducidas por psiquiatra y/o psicólogo, de acuerdo con las necesidades clínicas del paciente. Se programará una frecuencia de 2 sesiones semanales, para lograr una cobertura de 8 sesiones durante los 30 primeros días de tratamiento.
 - Intervención por trabajo social en período de crisis: se desarrollará simultáneamente con la intervención terapéutica en crisis, mediante la modalidad de “terapia de familia” (cubierta por el POS para este tipo de profesional), en sesiones de 1 hora, máximo 3 sesiones en los primeros 30 días de tratamiento.

A continuación se presenta el cuadro explicativo (ver tabla 9). (Léase Plan Obligatorio de Salud, POS).

Tabla 9. Intervención Interdisciplinaria para las personas víctimas de asalto sexual

FASE	DURACIÓN	FRECUENCIA	RESPONSABLE	PROCEDIMIENTO INTERVENCIÓN APLICABLE	PLAN BENEFICIOS
EVALUACIÓN	Mínimo dos (2) sesiones de 45 minutos para cada área profesional.	Previa al tratamiento ambulatorio y posterior a la atención de urgencias, en el menor tiempo posible.	Psiquiatría(*) Psicología clínica(*) Trabajo social	Consulta externa por médico especialista Psicoterapia individual por psicólogo Consulta Social	POS POS PAB
INTERVENCIÓN TERAPEUTICA- ATENCIÓN EN CRISIS	Mínimo cuatro (4) sesiones de 45 minutos con la víctima. Mínimo tres (3) sesiones de 90 minutos con la familia protectora.	1 Semanal 1 Semanal	Psiquiatra y/o Psicólogo clínico según necesidades detectadas en la evaluación(*). Psiquiatras y/o Psicólogo clínico y/o trabajador social según necesidades detectadas en la evaluación.	Psicoterapia individual por psiquiatra o psicólogo. Psicoterapia de grupo familiar por psiquiatra o psicólogo. Consulta social de familia.	POS POS PAB
INTERVENCIÓN TERAPEUTICA DE CONTINUACIÓN	Si al juicio del clínico la crisis persiste o se ha reactivado se reprogramaran: Mínimo cuatro (4) sesiones de 45 minutos con la víctima. Mínimo tres (3) sesiones de 90 minutos con la familia protectora.	1 Semanal 1 Semanal	Psiquiatra (*) y/o Psicólogo clínico según necesidades detectadas en la evaluación. Psiquiatra (*) y/o Psicólogo clínico y/o trabajador social según necesidades detectadas en la evaluación.	Psicoterapia individual por psiquiatra o Psicólogo. Psicoterapia de grupo familiar por psiquiatra o psicólogo. Consulta Social Familiar.	POS POS PAB
INTERVENCIÓN DOMICILIARIA	Mínimo tres (3) sesiones de 90 minutos	1 Mensual	Trabajador social o Psicólogo comunitario.	Seguimiento de casos	PAB
CIERRE	Mínimo una (1) sesión de 45 minutos.	Al finalizar objetivos	Psiquiatra Psicólogo clínico Trabajador social	Consulta Externa por Médico Especialista. Psicoterapia Individual por psicólogo. Consulta Social	POS POS PAB
SEGUIMIENTO	Mínimo 6 (seis) sesiones de 45 minutos.	Por cada área profesional que intervino programar 1 al mes de haber concluido el tratamiento, 1 a los 6 meses de finalizado y 1 al año.	Psiquiatra Psicología (clínica y comunitaria en conjunto). Trabajador social	Consulta Externa por Médico Especialista. Psicoterapia individual por psicólogo y seguimiento de casos. Seguimiento de casos	POS POS/ PAB PAB
INTERVENCIÓN TERAPEUTICA EN GRUPO CERRADO	De 12 - 15 sesiones una vez concluida la Intervención individual en crisis o de continuación si fue requerida.	Semanales	Psiquiatras y/o Psicólogos	Psicoterapia de grupo por psiquiatra o psicólogo.	POS
GRUPO ABIERTO DE APOYO Y AUTOGESTIÓN	Según consenso de grupo	Según consenso de grupo	Psiquiatras y/o Psicólogos y/o trabajadores sociales.	Grupos Formados e Informados. Fortalecimiento redes locales/ Fomento a la participación comunitaria en salud	PAB

Fuente adaptado a partir de "Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Consejo Distrital para la Atención Integral a Víctimas de Abuso y Explotación Sexual, Lineamientos para la Atención Terapéutica a Víctimas de Violencia Sexual. Comité Técnico para el Aboraje Terapéutico Documento Preliminar, Junio 2004" (18).

(*) En caso de detectarse síntomas psicóticos o riesgo activo de auto o hetero agresión en la superviviente o hacia ella y previo concepto por el médico especialista en psiquiatría, podrá recurrirse a otras medidas terapéuticas de mayor complejidad, según necesidades detectadas, tales como la atención integral en salud mental en hospitales de día o la hospitalización en Unidad de Salud Mental, actividades incluidas en el POS.

La intervención terapéutica de continuación se desarrollará tomando en cuenta las siguientes consideraciones:

- Se adelantará a través del recurso incluido en el POS como terapia grupal, conducida en una sesión semanal por psiquiatría o psicología.
- Se debe tener en cuenta que son las necesidades clínicas y objetivos terapéuticos que se persiguen con el paciente índice -en este caso la víctima de violencia sexual- los que determinan de manera exclusiva cuál es el tipo de grupo que debe ser convocado por el terapeuta para efectuar su trabajo.

Desde esta perspectiva, bajo la modalidad de “terapia grupal” pueden ser convocados, en cada caso particular: el grupo familiar, el grupo de personas significativas que brindan apoyo, el grupo constituido por la o el paciente y su pareja, u otro grupo que el terapeuta identifique como significativo.

- Además, debe considerarse que en cualquier modalidad de intervención grupal, algunas sesiones pueden ser reservadas para intervenciones individuales con alguno de los miembros del grupo intervenido que así lo requiera, incluida la propia víctima de violencia sexual.
- Mediante el esquema de sesión semanal, el psiquiatra o psicólogo planeará una intervención que se mantendrá durante de 12 sesiones, a lo largo de las cuales podrá efectuar convocatorias a diferentes grupos humanos o individuos pertenecientes a ellos, cuya intervención terapéutica resulte de utilidad para el logro de los objetivos terapéuticos trazados con el paciente índice.
- Igualmente, podrá planearse un esquema de trabajo en que participe un solo tipo de terapeuta -psiquiatra o psicólogo- durante toda la intervención, o en el cual se trabaje en equipo, bien sea mediante asistencia simultánea del psiquiatra y el

psicólogo a las mismas sesiones, o bien mediante un esquema de trabajo en que estas personas se alternen en la conducción de las intervenciones; es decir, el psiquiatra en unas sesiones y el psicólogo en otras; ambos coordinados para el logro de objetivos terapéuticos unificados. No se recomienda en este momento la iniciación de una terapia con grupo de pares supervivientes de violencia sexual.

- La inclusión de terapia con grupo de pares que atraviesen por una crisis similar debe reservarse solo para la etapa final del tratamiento, una vez realizado el cierre de las intervenciones terapéuticas en crisis y de continuación, en las cuales se prepara a la o el paciente para que su inclusión en el grupo de seguimiento con pares resulte provechosa desde un punto de vista terapéutico.
- De manera simultánea a las intervenciones de continuación efectuadas por psiquiatra y/o psicólogo, y en apoyo de éstas, se programarán 5 sesiones de terapia de familia por trabajo social (1 semanal). Se continuará con 5 sesiones socioeducativas igualmente realizadas por trabajo social, con frecuencia de 1 sesión semanal máximo.

La etapa de seguimiento se inicia luego de realizar el cierre de todos los componentes descritos para las terapias de intervención en crisis y de continuación. Es en este momento que la o el paciente puede ser ingresado en una terapia de grupo mensual, en la cual comparta experiencias y aprendizajes con otros y otras supervivientes de agresiones sexuales, durante un año.

Estas son algunas consideraciones para tener en cuenta al organizar las terapias de seguimiento grupal:

- Deben organizarse grupos terapéuticos de seguimiento diferenciados por sexo, edad y tipo de agresión sexual sufrida.
- Debe procurarse la permanencia de un mismo profesional o grupo de profesionales como conductores de cada grupo terapéutico.

- Pueden programarse grupos terapéuticos abiertos o cerrados para cumplir con esta fase del tratamiento.

En cuanto a las intervenciones domiciliarias: de acuerdo con necesidades específicas planteadas por cada caso, pueden ser coordinadas en cualquier momento del tratamiento con el hospital de la localidad y el comité local de seguimiento a casos de violencia sexual.

Principios del acto psicoterapéutico

Se espera que el profesional en Psicología Clínica oriente su intervención considerando los siguientes puntos:

- Realizar *intervención inmediata* de manera que se prevenga las estrategias de afrontamiento maladaptativas en la persona víctima
- Facilitar la estabilización y restauración de la sensación de control y seguridad. Activación de redes de apoyo social y familiar.
- Ofrecer escucha activa que favorezcan el relato del paciente, la reelaboración con explicaciones alternativas que la desculpabilicen y promuevan expresión de emociones.
- Seguir el enfoque en la resolución de problemas
- Restaurar la sensación de autoeficacia en la persona víctima, promoviendo visión positiva de sí misma.
- Realizar referencias a servicios de salud mental más complejos en caso de requerirse.

La valoración urgente por parte de Psiquiatría se dará en caso de presentarse los siguientes síntomas o conductas:

- Ideación de autolesión o presencia de lesiones autoinducidas
- Ideación heteroagresiva estructurada
- Presencia de psicosis

- Capacidad de autocuidado deteriorada
- Insuficientes redes de apoyo social disponibles
- Síntomas depresivos
- Impulsividad manifiesta

Para finalizar, en ese capítulo se indica que las intervenciones de psicoterapia individual de apoyo en la fase crítica o inicial (aquella que puede prolongarse hasta por 30 días) así como las terapias grupales de apoyo son un recurso válido en los casos de asalto sexual. Así mismo, el seguimiento social, apoyo a la familia, socioeducación en violencia sexual, etc. se consideran pertinentes.

Posteriormente el capítulo 13 llamado “Atención Área Social - Trabajo Social” hace énfasis en el rol del profesional en Trabajo Social quien funge como organizador de todas las acciones de abordaje de los casos. Las funciones puntuales que se le asignan son las siguientes (p. 89-90):

Elaborar la historia social con la siguiente información:

- Registro de los datos de identificación de la víctima y del grupo familiar (vivienda, educación y trabajo).
- Composición del grupo familiar.
- Datos socio-demográficos y económicos.
- Dinámica familiar: indagar sobre roles, relaciones, vínculos familiares -si es posible de otros contextos sociales-, comunicación, mitos, creencias, circunstancias socioeconómicas, etc. Para identificar las dificultades en el funcionamiento familiar que propicia la situación de vulnerabilidad y de agresión sexual y los factores resilientes. Esta información puede ser ilustrada a través del genograma y ecomapa. Realizar el APGAR familiar para evaluar funcionamiento familiar
- Abordar algunos aspectos de la historia de vida de la víctima y de la familia. Identificar antecedentes de abuso sexual, crisis, conflictos, origen y tipo de dificultades personales y/o familiares no resueltos y alternativas de solución implementadas, potencial de cambio, etc.

- Identificar factores protectores y de riesgo presentes en el grupo familiar que posibilitan la violencia intrafamiliar o que se convierten en obstáculo en el proceso de recuperación.
- Reconocer la red de apoyo familiar, social e institucional; igualmente las necesidades de salud, protección y justicia.
- Formular el diagnóstico social de acuerdo a la información obtenida y al análisis de la situación según los parámetros establecidos por la OMS.

Intervención de Trabajo Social:

Formular un plan de acción de acuerdo a las necesidades identificadas tanto en la víctima como en su familia, realizando un análisis con el equipo interdisciplinario para establecer las siguientes acciones:

- Otras atenciones médicas especializadas, tratamiento en salud mental (psicología y /o psiquiatría) o las requeridas.

Establecer estrategias de protección y prevención intra o extrainstitucionales.

- Direccionar los trámites legales pertinentes para la denuncia y/o realizar seguimiento mediante la contrarreferencia con la entidad remitente, siguiendo la ruta de atención. Si es necesario se debe realizar el acompañamiento para el trámite correspondiente.
- Coordinar actividades de remisión institucional e interinstitucional.
- Establecer un plan de seguimiento conjuntamente con el grupo familiar, para generar compromisos y garantizar la intervención clínica.
- Realizar visitas domiciliarias en los casos e instituciones requeridas, con el fin de realizar seguimiento al grupo familiar, determinar necesidades e implementar acciones que orienten los procesos requeridos.
- Garantizar el reporte de los casos al Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Secretaría Distrital de Salud, a través del SIVIM –Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Violencia Intrafamiliar, Maltrato Infantil y Violencia Sexual-.
- Realizar procesos de capacitación y actualización permanentes.
- Atender las solicitudes de las instancias legales para el manejo o seguimiento de los casos.

- Asistir a las reuniones de la Red de Buen Trato local, con el fin de actualizarse en las políticas y manejo de los pacientes.

El protocolo incluye un capítulo 14 “Participación del o la profesional de **enfermería** en la detección y atención a víctimas de violencia sexual” en el cual se describen cuatro funciones básicas del proceso, a saber.

- Promoción de la salud y prevención de enfermedad (educación).
- Apoyar los procesos de capacitación del personal administrativo logístico y científico, de manera que se sensibilice y se orienta a la prevención de la revictimización.
- Toma de muestras o de evidencia física para el proceso judicial.
- Escuchar a familiares, al cuidador o a la persona que acompaña en caso que sea menor. Esta función se realiza junto con el profesional en Trabajo Social.

Como es evidente en este protocolo, se describe de forma detallada las funciones de Psicología/Psiquiatría (equipo de salud mental) siendo un trabajo terapéutico conjunto en la intervención en crisis de la persona víctima. Se busca la estabilización emocional, su seguridad y el desarrollo de estrategias de afrontamiento adaptativas – dentro de un modelo cognitivo conductual.

Seguidamente, un esquema resumen del protocolo de México, Argentina y Uruguay, en el área que nos convoca, la intervención para víctimas de violación sexual.

4.2 La experiencia de México

PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA PERSONAS QUE HAN SUFRIDO EL DELITO DE VIOLACIÓN (2009)

La violación sexual se clasifica como un delito que debe ser denunciado ante las autoridades judiciales, y en este protocolo se indica un registro del año de 1997 11664 casos y para el 2006 aumentó la cifra para 13 953 víctimas.

Se indica además que la violación sexual es un problema de salud pública que implica a profesionales en medicina, leyes, psicología, psiquiatría y sociología, en un abordaje a corto y largo plazo.

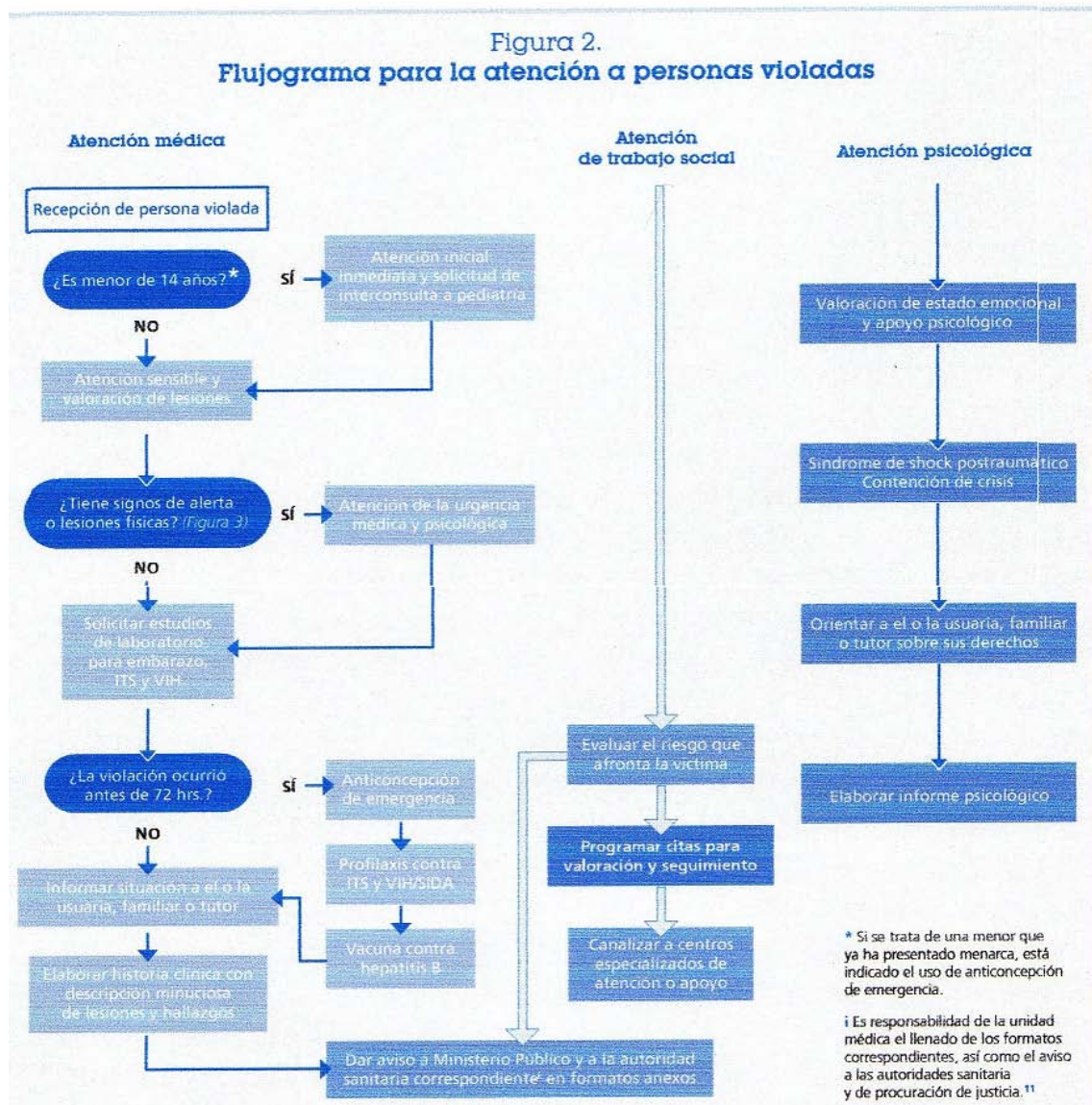
En relación con la atención psicológica este protocolo describe de forma amplia el tipo de intervención que el profesional debe realizar en la entrevista sin culpabilizar a la víctima, indicándole que sus reacciones fueron las necesarias para sobrevivir, escuchando y creyéndole su versión de los hechos.

De igual forma incluye una serie de reacciones posibles de la víctima tales como miedo a que el agresor regrese, pérdida de confianza, sensación de aislamiento, sentimientos de enojo, pérdida de control, frustración asociada al proceso legal, así como secuelas físicas tales como cicatrices, transmisión de infecciones sexuales, embarazo no deseado, entre otros. Con esta información se orienta al profesional a atender los patrones de crisis que pueden generarse en el proceso de la intervención.

Se recomienda al profesional en Psicología trabajar durante las primeras semanas en la sintomatología postraumática, evitación, reexperimentación, disregulación fisiológica. Luego en una segunda etapa hasta los 12 meses post evento, orientarse a trabajar la depresión, inseguridad, autoestima, cambios de humor drásticos, y en una tercera etapa aquellos sentimientos de desvalorización, angustia, pérdida de interés en actividades, aceptación de la situación vivida.

Por su parte, en un documento mexicano de atención médica a personas violadas (2004) se incluye el siguiente flujograma, el cual es claro en indicar como primeros pasos en la urgencia, la atención inmediata médica y psicológica, con valoración del estado emocional, contención en la crisis, evaluación del síndrome de estrés postrauma, entre otras funciones requeridas para apoyo a la víctima. (ver figura 3).

Figura 3. Flujograma para la atención a personas violadas.



Tomado de: Atención médica a personas violadas. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Secretaría de Salud. México, 2004, p. 11.

4.3 La experiencia en Argentina

PROTOCOLO PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE PERSONAS VÍCTIMAS DE VIOLACIONES SEXUALES (2011)

Como objetivo fundamental se especifica la atención médica y el énfasis psicológico y social para las personas víctimas de una violación, considerando que las consecuencias más frecuentes de las violaciones son los daños a la integridad física y, sobre todo, a la integridad y a la salud psíquica, sexual y reproductiva” (pág. 10).

De acuerdo con estadísticas del país, en el año 2007 se realizaron 11 181 denuncias por delitos sexuales, siendo 3276 violaciones y considerando que un porcentaje significativo de personas no presentan la denuncia correspondiente.

Respecto al rol de psicología clínica, se indica como responsable de la contención inicial la evaluación de riesgos e interconsulta con psiquiatría. Es necesario realizar la entrevista completa diagnóstica en las áreas familiares, laborales, y ofrecer información sobre el ámbito legal y sus derechos.

Se ofrece tratamiento terapéutico breve y focalizado (6-8 sesiones), para el restablecimiento de la vida cotidiana y la elaboración de síntomas postraumáticos. Posteriormente se derivan para el trabajo de larga duración en caso de requerirlo, siendo la regla la intervención en los primeros seis meses del evento traumático. Se debe incluir un espacio para el trabajo con la familia y allegados que conozcan de la situación en caso de ser necesario.

4.4 La experiencia de Uruguay

VIOLACIÓN SEXUAL: LA INTERVENCIÓN DESDE EL SISTEMA DE SALUD. IMPORTANCIA DE UN PROTOCOLO PARA LA ATENCIÓN DE VÍCTIMAS DE VIOLACIONES (2011)

En este documento se hace énfasis en la situación de violencia por condiciones de género y la necesidad imperante de tener protocolizadas las acciones para el abordaje de los casos.

Según las estadísticas, en Uruguay se presentaron denuncias en el año 2009 con un total de 212 violaciones consumadas y 90 tentativas de violación, y se indica que no existe un registro detallado y actualizado que pueda dar cuenta de la severidad de la situación.

En lo que respecta a la intervención del profesional en Psicología Clínica se describen las mismas funciones del protocolo argentino – en modelo de terapia breve. Así mismo, el equipo de intervención en crisis deberá estar conformado por ginecología, obstetricia, infectología, psicología, servicio social- y *con capacidad de atención las 24 horas* o en el horario más amplio posible, resultando una herramienta fundamental.

Como se observa, el protocolo de Colombia y México ofrecer una descripción más detallada de las funciones del profesional en psicología clínica, se incluye marco teórico acerca de la sintomatología asociada al asalto sexual, la intervención en TSPT, así como el trabajo interdisciplinario.

A continuación se proponen aspectos centrales esperados en la intervención oportuna del profesional en psicología clínica, como aportes a los protocolos nacionales actuales.

CAPITULO QUINTO

PROPUESTA DEL ROL DEL (A) PROFESIONAL EN PSICOLOGÍA CLÍNICA EN LA ATENCIÓN A PERSONAS VÍCTIMAS DE ASALTO SEXUAL

A partir de la revisión realizada de los protocolos nacionales en torno al asalto sexual, y constatando la forma escueta en la que ha sido presentado y descrito el rol del profesional en Psicología Clínica, en algunos casos, ausente en su totalidad, realizaremos una propuesta para ser considerada en futuros documentos oficiales de atención integral a víctimas de asalto sexual.

Para ello vamos a entender **Psicología Clínica**, y según López Core, 2009) como:

una especialidad de la Psicología que se ocupa de la conducta humana y de los fenómenos psicológicos y relacionales de la vertiente salud-enfermedad en el campo de la salud mental en los diversos aspectos de estudio, explicación, promoción, prevención, evaluación, tratamiento psicológico y rehabilitación, entendiendo la salud en su acepción integral (biopsicosocial), todo ello fruto de la observación clínica y de la investigación científica, cubriendo los distintos niveles de estudio e intervención: individual de pareja, familiar, grupal, comunitaria y esto en relación al nivel especializado de los Servicios de Salud Mental (p.4).

Como se ha podido constatar en los distintos artículos y protocolos revisados, la intervención del profesional en Psicología Clínica en el servicio de Urgencias de ámbito hospitalario es de vital importancia en el caso que nos convoca – las víctimas de asalto sexual – en nuestro país.

El impacto de la violación para la salud de las víctimas genera un deterioro en la salud de éstas, y un impacto psicológico si la persona no recibe atención terapéutica por especialistas en salud mental de forma oportuna y adecuada.

Para resumir, (ver tabla 10), algunas de las manifestaciones más frecuentes del asalto sexual son (FIGO, 2008, p. 2):

Tabla 10. Sintomatología postraumática

Sentimientos que pueden cambiar continuamente, tales como:
Pérdida de sensación de poder y control: sensación de desamparo, vulnerabilidad
Enojo y agresión: ante los sentimientos de impotencia
Miedo: Es frecuentemente exagerado, e incluye pesadillas y flashbacks
Pérdida de confianza
Pérdida de sentido a futuro
Pérdida de sensación de sí mismos
Sensación de no estar presentes emocionalmente, desconectados. Pueden sentirse incapaces de expresar normalmente sus emociones de amor y aprecio hacia las personas cercanas, inclusive hacia los niños
Sensación de pérdida de deseo, dolor
Miedo al contacto físico y al sexo
Desorientación, pérdida de concentración, con consecuencias en la memoria
Pesadillas: frecuentemente se perciben vulnerables, impotentes, y con terror
Flashbacks: Usualmente son visuales con imágenes relacionadas con la violación, o bien, olfativas, auditivas, gustativas o de contacto
Trastornos del sueño: Dificultad para conciliar el sueño, insomnio
Trastornos de alimentación: tanto disminuyendo el apetito o bien, aumentándolo
Reacción exagerada de defensa personal, desconfianza y suspicacia
Sentimientos de haber sido responsable de lo ocurrido, con culpa asociada

De acuerdo con Buró y Hendrick (2007), la psicoterapia es útil para ayudar a las víctimas de violación siendo la estrategia cognitivo –conductual, de apoyo, psicodinámica, así como la terapia grupal, en la cual se ofrezca una escucha empática y el apoyo de otras mujeres que han tenido una experiencia similar.

Por ello, uno de los objetivos fundamentales en la intervención terapéutica es el fortalecer la certeza de seguridad y de esperanza de que las personas víctimas van a lograr recuperarse de la situación experimentada, y que logran mayor control sobre sus vidas.

A continuación se desarrollarán los ejes principales de intervención:

5.1 Propuesta del rol del (la) profesional en Psicología Clínica en la atención a personas víctimas de asalto sexual. Intervención oportuna de la víctima durante la crisis de la revelación.

Es recomendable que inmediatamente después de un evento de asalto sexual, la persona víctima requiere de un equipo de trabajo que le ofrezca empatía, escucha y apoyo. Durante las primeras horas y días, psicológicamente podría estar experimentando sintomatología postraumática, con dificultad para sostener la atención, concentrarse y recordar datos de su vida, por lo que la historia clínica inicial - realizada usualmente por el profesional en medicina del servicio de Urgencias debe realizarse en un ambiente de privacidad, respeto y suma tranquilidad.

La víctima podría sentirse incómoda por no poder ofrecer la información clara, y es requerido indicarle que sus reacciones y sensaciones son esperables, para la situación vivida, y valorar la necesidad de tener un familiar informante que pueda dar cuenta de algunos detalles de la historia personal.

Luego de la atención médica de urgencias, en la cual se realiza el consentimiento informado, la historia clínica y se cumplen los pasos para el examen físico y examinación genito-anal, y la evidencia forense pertinente, es requerida la intervención del profesional en Psicología Clínica, según los datos ya aportados en las investigaciones y protocolos revisados.

Seguidamente, se describen las fases de la intervención en psicología clínica, incluyendo la intervención inicial de crisis, la evaluación inicial y la psicoterapia de seguimiento.

FASE I

Intervención inicial en crisis

El (a) profesional en Psicología Clínica realiza la intervención inicial de crisis situacional en la cual la persona víctima podría presentar un “estado temporal de trastorno psicológico caracterizado por ansiedad, confusión y desorganización, causado por un suceso inesperado que es vivenciado como amenaza o pérdida y que resulta insuperable con los mecanismos habituales de la persona para enfrentar problemas” (Raffo, 2005, p. 1)

De acuerdo con Slaikeu, 1988, (citado por Raffo, 2005), la **intervención en crisis** es entonces:

el método de ayuda dirigido a auxiliar a una persona y/o familia o grupo para que puedan enfrentar un suceso traumático de modo que la probabilidad de efectos negativos (daño físico y psicológico, estigmas emocionales) se aminore y se incremente la probabilidad de crecimiento (nuevas habilidades, opciones y perspectiva de vida). (p. 3)

En este sentido, la intervención oportuna busca básicamente lograr ese equilibrio emocional, dada la sensación de pérdida de control, lograr un funcionamiento adaptativo y promover los recursos propios que las personas experimentan haber perdido post violación.

Para ello será requerida la empatía, la escucha activa, buscando además regular sus sensaciones posibles de temor y ansiedad. Desculpabilizar a la persona, y resaltar además que todas sus reacciones y decisiones tomadas fueron el resultado esperado de una situación inesperada, que se orientaron proteger su vida, todo ello en aras de disminuir las sensaciones de culpa, de responsabilidad sobre la agresión sexual, y ofrecer comprensión sincera.

Es imprescindible descartar cualquier presencia de ideas de daño a sí misma, conductas de daño, y establecer un contrato verbal de resguardo de su integridad física, y diseñar un plan de seguridad en la que se descarten posibles actores de agresión hacia la víctima, con la coordinación de Trabajo Social en redes de apoyo familiar y social, informando a familiares de alta confianza – de acuerdo a lo que la persona autorice y facilitando números de teléfono de la red de apoyo interinstitucional.

Se valorará la necesidad de interconsulta con psiquiatría en aquellos casos de ideación autolesiva activa, impulsividad, síntomas disociativos y/o psicóticos, escaso o inexistente apoyo familiar, así como valoración para internamiento hospitalario.

De acuerdo con Eberhard-Gran M, Schei B, Eskild A. (2007), existen cuatro ejes en el manejo de la situación de crisis ante la revelación de un asalto sexual, a saber: apoyo psicosocial, tratamiento médico, prevención de ITS y prevención de embarazo.

En el **apoyo psicosocial** se incluye habilidades del profesional de salud (sensibilidad, confidencialidad, escucha), ofreciendo apoyo emocional, y enfatizando en los recursos de apoyo personal, familiar y comunitario.

Considerando la situación de crisis es posible que la persona no se encuentre capaz de comprender la información en su totalidad, por lo que es necesario tener disposición para explicarles con detalle todos los aspectos implicados en la medicación profiláctica en prevención de ITS.

Es necesario además identificar y prever sintomatología de reexperimentación, así como pensamientos de daño a sí mismo, siendo frecuentes los trastornos de sueño, sentimientos de culpa, recuerdos fragmentados, evitación de actividades y lugares que reactivan los síntomas de trauma.

La **evaluación inicial** conductual se desarrolla siguiendo el perfil CASIC. A continuación el detalle:

El perfil CASIC

Los cinco subsistemas de la crisis y que orientan al profesional en su evaluación inicial son:

Conductual: Hace referencia a las conductas manifestadas por la víctima, incluyendo los patrones de sueño y vigilia, de apetito, las acciones encaminadas a la solución, las conductas evitativas y/o de búsqueda de apoyo, etc. Se busca identificar los excesos de conducta, y las carencias, así como conductas antecedentes al evento que puedan ofrecernos un patrón actual. Habilidad para toma de decisiones.

Afectivo: Se identifican las emociones presentes, acerca de sí mismo, de los demás y de la vida. Es importante evaluar antecedentes de sintomatología psiquiátrica, formas de expresión de tales emociones, si ha requerido medicación al presente. Así como su capacidad previa al evento de expresar sentimientos y manifestarlos coherentemente con la situación.

Identificar y fortalecer estrategias activas de control emocional: alternativas que ha utilizado en un evento anterior o frecuentemente para afrontar situaciones y disminuir malestar emocional Ej. relajación, ejercicio, buscar apoyo, etc

Somático: Da cuenta de las sensaciones corporales que la persona experimenta, tanto en la percepción del tacto, olfato, gusto, sonido y visión. Se evalúa el funcionamiento físico general, la presencia de algún dolor particular o sensación representativa. Es frecuente la referencia a sintomatología gastrointestinal, dolores de cabeza, y secuelas de la violación en el área genito-anal. En esa área se confirma y/o descarta reactivación fisiológica asociada al síndrome de estrés postrauma.

Interpersonal: Se evalúan las redes de apoyo, tanto familiares, comunitarias, como amigos, compañeros de trabajo cercanos a la paciente. Se busca un patrón de su vínculo con los demás, facilidad o no de establecer relaciones interpersonales

satisfactorias. Es muy frecuente que esta área se vea afectada por la desconfianza postrauma.

Cognitiva: Se describen aquellos pensamientos e imágenes disfuncionales sobre sí misma, sobre los otros, sobre la vida, y su pasado, así como evaluación de la presencia o no de ideación de daño a sí mismo o ideas de desesperanza. Expectativas de autoeficacia y competencia para manejar eficazmente la situación. Se valoran aspiraciones y/o metas próximas y a futuro. Evitaciones cognitivas como negación, intelectualización. Dificultades de atención-concentración, memoria. Además, se especifican las imágenes de sueños y/ pesadillas, pensamientos recurrentes obsesivos, y se descarta la presencia de flashback y/o cualquier otra idea recurrente que sea disruptiva para la persona víctima.

Los objetivos fundamentales son: lograr la estabilización emocional de la persona, la movilización de sus propios recursos personales, la expresión emocional de la situación vivida, aumentar su autoeficacia, y potenciar un funcionamiento adaptativo.

Duración del proceso: La intervención terapéutica para la atención en crisis se sugiere desarrollarse desde el momento del primer contacto y por un lapso de 8 sesiones semanales (recomendable psicoterapia breve).

El siguiente formato (ver tabla 11), se sugiere utilizarlo para aquellos casos en los cuales haya quedado información incompleta, considerando revisar la información ya suministrada por la persona víctima - en expediente clínico durante la entrevista del especialista en medicina de Urgencias - de forma tal que se evite realizar preguntas repetidamente.

Tabla 11. Formato general de evaluación conductual

1. Información demográfica
2. Motivo de consulta (de urgencia médica). Cómo la persona relata la situación: interpretaciones, creencias, temores, preocupaciones.
3. Descripción de la persona y observaciones durante la entrevista
4. Condición médica y tratamiento actual (información ya detallada en expediente clínico)
5. Comorbilidad con otras condiciones médicas y/o psiquiátricas (antecedentes premórbidos físicos y e historia previa de enfermedades mentales). Cuáles condiciones médicas y/o físicas han estado presentes? Internamientos? Duración, frecuencia, intensidad de la sintomatología? De qué manera han tenido influencia las condiciones médicas y/o psicológicas en el funcionamiento de la persona?
6. Historia personal/familiar (valorar presencia de violencia intrafamiliar)
7. Factores de riesgo modificables (uso de drogas, consumo de alcohol, conductas sexuales de riesgo, estilo y calidad de vida)
8. Descripción de problemas conductuales (antecedentes, consecuencias, análisis de la ocurrencia, estrategias de afrontamiento que han resultado positivas en un pasado) Evaluar la naturaleza del evento vital estresante: tipo, intensidad, duración, frecuencia Evaluación de ideas y/o conductas autolesivas en el pasado y presente.
9. Habilidades, intereses, recursos personales, redes de apoyo
10. Validación y validez de la información reportada (de ser necesario se solicita la entrevista con un informante confiable que amplíe los datos recopilados)
11. Plan de Intervención (a corto, mediano y largo plazo)
12. Impacto Potencial en la vida del consultante
13. Prevención de recaídas
14. Exámen mental
15. Impresión diagnóstica CIE-10 / DSM IV

FASE II

Posteriormente se sugiere un seguimiento semanal individual y luego la integración a procesos grupales hasta por un lapso de seis meses a un año en promedio.

Si bien la experiencia práctica señala que la adherencia a estos procesos terapéuticos podría verse disminuida por condiciones socioeconómicas, de acceso a la cercanía del centro de salud, por razones conductuales de evitación, temor a la reexperimentación, y a los flashback (presentes en la sintomatología de estrés postrauma), etc. se recomienda al profesional en psicología clínica ofrecer esta continuidad de sesiones e ir permitiendo que el vínculo de confianza se establezca.

Durante la intervención se apoyará a la paciente a ejecutar algunas acciones concretas, paso a paso, aumentando el sentido de autoeficacia e informándole lo importante del proceso de adherencia al protocolo médico (prevención de ITS, incluida la profilaxis por VIH, prueba de embarazo, etc).

La persona requiere de un acompañamiento cercano, para lo cual podría apoyarse con un familiar de confianza, en aras de que asista puntual a todas las citas médicas que se le indican, a la denuncia en el juzgado, así como al proceso de evaluación de psicología forense, en los siguientes meses post evento.

Resumiendo, se proponen como las funciones del **rol del (la) profesional en psicología clínica**, en la atención a personas víctimas de asalto sexual, las siguientes:

Primer contacto de la urgencia.

- Ofrecer un espacio físico de privacidad, escucha activa y empatía en la entrevista de evaluación.
- Establecer una comunicación abierta, sincera, con vocabulario comprensible para la persona. Ofrecer información (preferiblemente escrita) acerca de los derechos de la atención en salud y de ser orientada en todos los aspectos que ésta requiera. Asegúrese de que la persona comprende la información ofrecida.
- Realizar la evaluación conductual en aras de identificar y/o descartar riesgo de daño a sí mismo y/o a terceros. Establecer un plan de seguridad. En caso de riesgo inminente realice interconsulta con el especialista en psiquiatría.
- Es importante identificar el riesgo inminente de daño a la integridad física de las víctimas dado que podrían estar experimentando sintomatología postraumática, con inestabilidad emocional, enojo, frustración, miedo, culpa, ideación autolesiva, así como desconfianza, desorientación, pérdida de concentración, alteraciones en la memoria y disociación, entre otros síntomas,.
- Valorar el CASIC analíticamente, es decir los cinco componentes de la intervención en crisis, a saber: conductual, afectivo, somático, interpersonal y cognitivo.

- Identificar el evento desencadenante de la situación de crisis, relatado por la persona víctima, de forma que se clarifique las estrategias de afrontamiento utilizadas hasta el presente.
- Aplicación de escalas de evaluación de riesgo, emocionales, estrés postrauma; así como estrategias de afrontamiento, entre otras.
- Aplicación de técnicas de regulación fisiológica en aras de restablecer el equilibrio del organismo, para ello es indispensable realizar de técnica de respiración y relajación.
- Resaltar los recursos y las fortalezas personales en la situación experimentada, buscando establecer una base firme de opciones de resolución de la crisis.
- Considerando el estado psicológico de la persona, establezca las coordinaciones necesarias con el equipo de salud - trabajo social y enfermería - para asegurarse que tenga un acompañamiento de algún familiar y/o amistad identificada por la víctima para las citas, y trámites posteriores.
- Realizar las coordinaciones puntuales de referencia a psicología clínica y psiquiatría en consulta externa para el **proceso psicoterapéutico de intervención en crisis** las primeras 6-8 semanas.

En el proceso psicoterapéutico de seguimiento: elaboración y resignificación del evento experimentado:

- Psicoterapia individual hasta por un lapso de seis meses a un año. Apoyo por especialista en psiquiatría para aquellos casos que lo ameriten.
- Psicoterapia grupal: se recomienda integrar a la persona a grupos terapéuticos posterior a un proceso personal de elaboración y resignificación del evento traumático.
- Psicoterapia y/o grupos de apoyo para familiares. En conjunto con Trabajo Social.

5.2. Beneficios de una intervención interdisciplinaria en el abordaje de las víctimas de asalto sexual.

El trabajo de equipo en la atención por asalto sexual ha sido la recomendación internacional - a través de los estudios realizados por la OMS y otras instancias en salud. (Assis et al., 2009; Bernik, Laranjeiras & Corregiari, 2003; Menicucci et al., 2005), citados por Vallejo y Córdoba (2012).

Si bien, la Caja Costarricense de Seguro Social mantiene una cultura organizacional particular que los distingue, cada centro hospitalario de tercer nivel de atención responde a características particulares de dirección, coordinación, ejecución y población meta, por lo que, para el caso que nos compete de atención por asalto sexual, se encuentran diferencias significativas en la conformación de equipos de urgencias.

La cultura organizacional de la institución ha ido marcando las pautas de cómo se hacen las cosas en ésta; y esto se observa claramente en las particularidades de los protocolos revisados de los tres hospitales de tercer nivel de atención en salud.

El rol de intervención de la crisis post asalto sexual realizada por el profesional en Psicología Clínica se evidencia más claramente en el protocolo del Hospital México, y en equipo interdisciplinario con psiquiatría y medicina general, en su función en el ámbito de emergencias - tal como se ha venido señalando como una necesidad para la población implicada.

Sin embargo, tanto en el Hospital Calderón Guardia como en el San Juan de Dios, esta función del psicólogo clínico como parte del equipo de emergencias no está presente, siendo en el primer caso una labor de enfermería con énfasis en salud mental, (con posterior referencia a la Clínica de VIH donde si existe un rol activo del psicólogo clínico), y en el caso del San Juan de Dios en donde la atención en crisis es coordinada por trabajo social y posterior referencia a psicología clínica.

Estas particularidades, que podrían ser el resultado de diversos factores tanto histórico, políticos e inclusive económicos - en acceso a plazas especializadas - definen actualmente las formas de accionar de tales instituciones.

Tal situación es conveniente analizar dado que se pretende protocolizar la atención integral a las víctimas de asalto sexual, y es esperable que existan y se cumplan políticas en salud que apoyen la apertura de equipos especializados para estos casos, conformándose como unidades de atención hospitalaria en situaciones de emergencia por violencia sexual, con cobertura las 24 horas.

El trabajo en equipo interdisciplinario se debe ofrecer desde el inicio de la intervención, con resultados satisfactorios cuando se logran cumplir **los objetivos fundamentales de la urgencia, a saber:**

1. la evaluación del riesgo y de la estabilidad psicológica de la paciente,
2. la valoración médica y prescripción detallada del tratamiento farmacológico (embarazo, ITS, profilaxis VIH, etc),
3. la valoración de las redes de apoyo y el riesgo social inminente.
4. el proceso médico forense con asesoría para la denuncia correspondiente

Posterior a la intervención en crisis, durante el proceso de psicoterapia individual, se va a requerir nuevamente del apoyo de psiquiatría, para aquellos casos que requieran inclusive prescripción de fármacos, y/o que manifiesten cuadros de descompensación que así lo ameriten.

Así mismo, el profesional en trabajo social quien se encarga de las coordinaciones institucionales y de la red de apoyo, realizará intervenciones grupales (de pareja, de familia), teniendo como coterapeuta- preferiblemente- el profesional en psicología clínica.

De igual forma, el perfil de enfermería en salud mental, ofrece acompañamiento en técnicas de regulación fisiológica, información sobre la

medicación prescrita y su adherencia, los efectos secundarios de la profilaxis por VIH, etc.

Por ello, cada profesional desde su especialización es una figura clave dentro del engranaje, y se requiere de una coordinación desde el servicio de urgencias de cada hospital, para definir las pautas a seguir, buscando enriquecer los protocolos existentes, conformando equipos capacitados en temáticas de género, en aras de prevenir la revictimización de la persona, previniendo la burocratización del proceso de atención, agilizando los trámites y mejorando el acceso oportuno a los servicios en salud.

El especialista en psicología clínica ha sido formado para realizar evaluación psicodiagnóstica, así como intervenciones terapéuticas desde muy distintos modelos y metodologías; principalmente, ha sido capacitado para establecer escucha activa, empatía, y generar procesos de cambio en la experiencia subjetiva y resignificar el evento de forma que se logre un crecimiento y una mejor adaptación psicosocial.

A continuación, una descripción de posibles abordajes para el tema que nos convoca:

5.3 Modelos de intervención psicoterapéutica.

Existen una diversidad de abordajes psicoterapéuticos para los casos de violencia sexual, y específicamente para el trabajo con personas víctimas de asalto sexual. De acuerdo con un metaanálisis realizado por Cochrane (2007), la terapia cognitivo conductual enfocada en el trauma, y la terapia de desensibilización y reprocesamiento con movimiento ocular (EMDR) han mostrado evidencia en la eficacia de sus intervenciones.

5.3.1 Terapia cognitivo- conductual

Foa y Olasov (1998), presentan un libro traducido como “Tratamiento del trauma por violación. Terapia cognitivo-conductual en el desorden de estrés postrauma”, así como otro documento de trabajo llamado “Regresando a tu vida después de una experiencia traumática” (2007) los cuales describen una serie de estrategias metodológicas y el proceso de intervención en los casos de asalto sexual.

El programa debe iniciar con una evaluación conductual y valoración de la presencia del Trastorno por estrés postraumático (F43.1) [309.81] DSM IV-TR descrita en el capítulo segundo.

Se consideran 3 opciones de programas desde el enfoque cognitivo conductual.

1. Exposición prolongada, 2. Exposición prolongada + reestructuración cognitiva, 3. Exposición prolongada + psicoeducación.

Tabla 12. Cuadro de técnicas cognitivo-conductuales

TECNICA	Programa I Exposición prolongada	Programa II Exposición prolongada + reestructuración cognitiva	Programa III Exposición prolongada + psicoeducación
Exposición en imágenes	X	X	X
Exposición en vivo	X	X	X
Entrenamiento en respiración	X	X	X
Reestructuración cognitiva		X	X
Detención del pensamiento			X
Autoinstrucciones			X
Relajación			X
Modelaje y juego de roles			X

Duración del programa: Consiste en promedio de 9 sesiones (una sesión semanal) de 90 minutos cada una. Se sugiere ofrecer tres sesiones adicionales – en caso de que no se logre el 70% de mejoría de los síntomas de estrés postrauma – evaluado con la escala de diagnóstico del DSPT.

Consideraciones para el tratamiento de las víctimas de asalto sexual

La **principal meta** en las primeras dos sesiones es establecer la alianza terapéutica con el cliente. Lograr que éste se sienta comfortable con el terapeuta y el programa de intervención.

Para ello Foa y Olasov (1998, p. 92) sugieren:

- Adoptar una actitud de NO juicio. “a pesar de que quizás la persona cometió un error de juicio”, ella no es la responsable de haber sido asaltada sexualmente.
- Muestra una actitud comfortable cuando la clienta describe la experiencia vivida. Ella necesita saber que el (la) terapeuta va a escuchar todo aquello que ella necesita decir.
- Demuestre conocimiento y experticia acerca del desorden de estrés postraumático. La cliente necesita escuchar que sus sentimientos de “volverse loca” y todas sus reacciones son comunes en esa situación, de manera que se logre normalizar tales reacciones
- Exprese confianza en la eficacia del programa de tratamiento. La cliente podría sentir temor de no lograr superar el trauma, por lo que el terapeuta debe comunicar que estará allí para lograr que las metas se cumplan.
- Utilice los recursos personales del (la) terapeuta y el coraje para trabajar con los problemas de la cliente .
- Normalice las respuestas de la cliente hacia el asalto sexual. Expresarle que es una reacción normal ante una situación de trauma, para ofrecerle esperanza y alivio a su pena y culpa por no recuperarse pronto del mismo.

Consideraciones específicas en la aplicación del programa cognitivo-conductual para el tratamiento de asalto sexual (Foa y Olasov, 1998, p. 95-96)

- Personas con trastorno de ansiedad usualmente pueden presentar pensamientos irracionales y preocupaciones no realistas, como por ejemplo el miedo a tener un ataque al corazón, contraer VIH de sentarse en un baño público.
- En cambio, una mujer sobreviviente de un ataque sexual está fuertemente arraigado en la realidad. De allí que es importante evaluar qué tan realistas o no son estos miedos cuando se utiliza la técnica de jerarquías y se asigna la exposición en vivo. Se habla entonces de “niveles aceptables de riesgo” y no de situaciones peligrosas o seguras – ya que una violación ha sido una situación inesperada en donde se pierde el concepto de certidumbre y seguridad.
- Las víctimas de asalto sexual con DEPT (desorden de estrés postraumático) se caracterizan por extrema evitación cognitiva y conductual.
- Esta evitación puede interferir en el tratamiento de diversas maneras:
- La cliente debe estar dispuesta a atender sesiones que se enfocan en la **confrontación con imágenes estresantes, pensamientos y situaciones asociadas al evento traumático.**
- Por ello la empatía es importante y expresar su comprensión al respecto. ES NECESARIO indicarle a la persona que la evitación es uno de los síntomas y causa de los problemas psicológicos crónicos asociados al desorden y que es esencial **“aprender a encarar las memorias traumáticas”**
- Estamos dispuestos a cambiar más citas y permitir más cancelación de las mismas – dada la particularidad del motivo de consulta.

Guía adicional para el terapeuta (Foa y Olasov, 1998)

- Sea activo y directivo en motivar al cliente a involucrarse en las sesiones, para acceder a las instrucciones terapéuticas, aprender nuevas habilidades, y practicarlas durante las tareas para la casa.
- Ofrezca apoyo y sensibilidad cuando el cliente confronta las memorias del trauma, sentimientos y pensamientos.
- Recuerde que el programa de tratamiento es de tiempo limitado. Ofrezca ayuda para que el cliente desarrolle apropiados recursos.

*Recuerde: la meta es aliviar los síntomas del trastorno de estrés postrauma - no cambiar personalidad o resolver problemas no relacionados con el asalto sexual (p. 96).

En la siguiente tabla 13 se incluye la guía de entrevista que las autoras proponen.

Tabla 13. Entrevista de información e historia del asalto sexual (AIHI)

1. Información general: (edad, género, estado civil, orientación sexual, religión, etc), estado laboral, labores que realiza, nivel educativo, con quién vive, ingresos.
2. Información previa al asalto sexual: Se sondea situaciones violentas de la vida - previas al asalto- Ej. haber sido testigo-víctima de violencia, abuso sexual, etc.
3. Información post- asalto sexual: sondear otros eventos posteriores de violación, edad que tenía cuando fue el asalto sexual
4. Información detallada del asalto sexual o violación. Incluye preguntas sobre "qué piensa ella sobre el porqué el asalto sexual ocurrió" - SONDEA atribuciones de la paciente al evento.
5. Reacciones y síntomas de Desorden de estrés post-trauma relacionadas con el asalto sexual
6. Otros desórdenes de salud mental posteriores al evento: SONDEAR ideación suicida, estado anímico, visitas al hospital asociadas al evento.
7. Uso de alcohol y drogas
8. Problemas ginecológicos y exámenes realizados. Embarazo como resultado del asalto sexual? Abortos? Traumatismos o daños a órganos sexuales? Salud física en general.
9. Cambios en la vida posteriores al evento y acciones legales: cambio de teléfono, dirección, ruptura de pareja, problemas familiares, conseguir un arma, cambio de trabajo, etc. Poner denuncia. (p. 249).

Técnicas en atención a víctimas de violación

1. Entrenamiento en respiración

El propósito es enseñar a la persona a controlar su propio nivel de activación – ej. disminución de ansiedad- a través de la modificación directa de las condiciones fisiológicas sin ayuda de recursos externos. Respire inhalando el aire por la nariz con la boca cerrada. Exhale lentamente con su boca cerrada o bien, durante la exhalación repita una palabra de calma “reeeeeelax”, “caaaaalma” Cuente lentamente hasta 4 y luego inicie nuevamente la inhalación. Practique ejercicio varias veces al día haciendo 15 respiraciones cada vez.

- Entrenamiento autógeno: Representaciones mentales de sensaciones de calor – pesadez
- Relajación progresiva: Discriminación perceptiva tensión / relajación muscular
- Relajación condicionada: asociar relajación a una palabra clave: ej. relax, paz, calma
- Respiración: para control voluntario de la activación fisiológica
- Meditación / Yoga

2. Unidades subjetivas de discomfort (SUD's)

Es una técnica para crear las jerarquías de situaciones de miedo y evitación. Es una escala de 0 a 100. 0 significa experiencia de total relajación y comfort y 100 experiencia máxima activación (incluye palpitations, sudoración, dificultad, para respirar, etc.

Se utiliza SUD's para monitorear el progreso durante la exposición en vivo de situaciones. Es además un termómetro de la ansiedad y el paciente puede hablar de la “temperatura de sus síntomas de malestar”.

3. Exposición en imágenes. Pasos:

- Presente el modelo de exposición
- Esté alerta a niveles de ansiedad del paciente
- Explique que será grabado
- Paciente cierra los ojos
- Se incentiva al paciente a recordar el trauma vivido, hablar en tiempo presente.
- Inicialmente el paciente recordará lo que pueda, luego el terapeuta hará preguntas específicas sobre el evento.
- Cada 10 minutos se pregunta por SUD's
- Continúe por 30 a 60 minutos

Al final el terapeuta permite que el paciente logre estar en calma. Utilice ejercicio de respiración. Motive al paciente a hablar sobre sus reacciones durante el ejercicio.

El terapeuta está dispuesto a hablar con el paciente por teléfono ENTRE sesiones, de ser necesario.

Ahora voy a pedirle que traiga a su mente los recuerdos del asalto sexual. Es mejor que usted cierre los ojos, y yo no lo distraeré. Le voy a pedir que traiga esos recuerdos tan vívidos como sea posible. La idea es que usted lo describa en tiempo presente como si estuviese pasando ahora mismo. Me gustaría que cerraras los ojos y me vaya diciendo qué va pasando durante el asalto sexual con detalles. Vamos a trabajar en esto juntos. Si empiezas a sentir miedo o incómoda y quieres correr o evitar la imagen, yo voy a ayudarle a continuar. Vamos a grabar la sesión para que luego usted escuche esto en casa como tarea.

Cada cierto tiempo, mientras usted está recordando la situación, yo voy a preguntarle por su nivel de ansiedad de 0 a 100, en donde 0 es nada de ansiedad y 100 indica nivel de alta ansiedad o pánico que usted siente aquí estando en mi oficina (NO la ansiedad durante el evento). Usted responda por favor pronto y no deje de traer las imágenes a su mente. Tienes alguna pregunta antes de iniciar? (p.159)

Los principios de la exposición por imágenes son los siguientes (Foa y Olasov, 1998):

- **Procesamiento emocional:** Revivir el trauma (de esta manera guiada) ayuda a organizar la memoria y procesar el trauma. El paciente puede aprender que pensar acerca del evento no es peligroso – aunque genere ansiedad o tristeza.
- **Habitación:** Revivir el trauma por largos períodos puede bajar la ansiedad y desconfirmar la creencias de que será para siempre.
- **Discriminación entre el recuerdo y estar siendo re-traumatizado:** Revivir puede ayudar a darse cuenta de que recordar el evento no es estar siendo violentado de nuevo.
- **Aumento del dominio:** Las exposiciones en imágenes mejoran su sentido de dominio, autocontrol y competencia subjetiva. Progresivamente se sentirá mejor y aprenderá a dominar sus miedos.
- **Diferenciación:** La técnica puede disminuir la generalización del miedo específico de asalto sexual y similares pero seguras situaciones. (p.161)

5.3.2 Terapia EMDR

El método EMDR (Shapiro, 2001) es empleado para

ayudar al cliente a aprender a partir de las experiencias negativas del pasado, desensibilizar los detonadores actuales que ocasionan una angustia injustificada, e incorporar patrones de conducta positivos para el futuro, que permitan al cliente destacarse individualmente y dentro de su propio sistema interpersonal (p. 2).

Inicialmente es requerido explicar el método EMDR a la persona consultante, y decidir por el Desarrollo e Instalación de Recursos, cuyo objetivo es aumentar la capacidad del cliente para cambiar de estado (afectivo y conductual) adaptativamente, al aumentar su acceso a las redes funcionales de recuerdo. 8p. 402).

Esta decisión de establecer inicialmente una base fuerte de recursos personales se define para aquellos casos, como en asalto sexual, en donde se puede observar si la persona víctima está siendo capaz o no de brindar narraciones coherentes acerca del suceso angustioso reciente, si muestra poco control de impulsos, si la persona no confía en sus propias percepciones o en sus sentimientos, o bien, si se muestra agobiado por los sentimientos y sensaciones corporales.

Básicamente los recursos apropiados son de tres tipos:

- Recursos de dominio en los cuales hay recuerdos de su capacidad para afrontar y manejar situaciones y experiencias afectivas, de cómo cuidar de sí mismo, y procurarse tranquilidad. Así como una posición física o movimiento que evoque seguridad y capacidad para responder ante la adversidad.
- Recursos relacionales que incluyen imágenes de modelos a seguir, personas que le brindaron apoyo, cuidado y protección.
- Recursos simbólicos como objetos, símbolos de la naturaleza, recuerdos, imágenes, cuentos o historias en donde se evoque estado emocional positivo.

El programa consta de ocho fases esenciales (Shapiro, 2004, 69-76).

Fase primera: se realiza el historial clínico y se planifica el tratamiento. Se valora la capacidad para manejar altos niveles de perturbación dado el procesamiento de la información traumática. Se valora la estabilidad de la persona, descartando disociación. Se describen y eligen los tipos de estimulación bilateral más favorables del cliente (horizontal, vertical, transversal, circular, en forma de 8). Se establecen las metáforas respectivas, la señal convenida de detención del proceso. Se determinan los llamados “blancos específicos” que son los sucesos o detonadores de la crisis, y los tipos de conducta y actitudes positivas para el futuro.

Fase segunda: se establece la alianza terapéutica, se le explica el proceso de EMDR, el procedimiento de relajación, se practica con el paciente las técnicas de visualización guiada, y se ofrece información teórica de las bases neurobiológicas del reprocesamiento. Se establece el “lugar seguro” con la técnica de estimulación bilateral.

Fase tercera: Evaluación en donde se identifica los componentes del blanco detonador elegido (cognición negativa, la imagen, nivel de perturbación), así como la cognición positiva y la evidencia de la misma. Se utiliza la guía respectiva de blancos.

Fase cuarta: Es el inicio de la desensibilización centrándose en los sentimientos y emociones disfuncionales. El clínico repite las series de estimulación bilateral, hasta que los niveles de discomfort (USD) lleguen o se acerquen a cero (0), o bien a (1) lo cual es ecológicamente válido.

Fase quinta: Instalación que incluye en acentuar e incrementar la fuerza de la cognición positiva, así como la evidencia de esa creencia en el cliente con la escala de nivel de validez de la cognición (EVC) de 0 a 7. Se pide a la persona que mantenga la creencia positiva junto con el blanco perturbador y se continúa aplicando las series de movimientos oculares. Un ejemplo de cognición positiva es “ya pasó, por fin estoy a salvo”.

Fase sexta: La exploración corporal que se realiza una vez instalada la creencia positiva, y busca explorar el cuerpo mentalmente de arriba abajo buscando cualquier sensación de tensión o malestar y continuar con la serie de reprocesamiento.

Fase séptima: Final del tratamiento y clausura logrando restituir a un estado de balance, se le pide al cliente llevar un diario con pensamientos, emociones, sensaciones, sueños, recuerdos que puedan surgir en el proceso, así como practicar las técnicas de visualización.

Fase octava: El seguimiento incluye evaluación de los procesamientos aplicados, los efectos del tratamiento, los cambios de conducta, en aras de valorar si han surgido nuevos blancos de intervención, y si se ha logrado la asimilación del proceso hacia una compensación sana y adaptativa.

Algunas de las técnicas del modelo son:

Imaginería del lugar seguro: en donde el cliente evoca un lugar especial, con sensaciones de aromas, colores, texturas, temperatura, sonidos, imágenes agradables que le den confianza.

Visualización en video: Permite que la persona recree en su imaginación las situaciones experimentadas como si fuesen una película, viendo pasar cada imagen y dejándola ir, concentrándose en las sensaciones que le producen cada una de ellas.

Técnica del río, del tren, la nube y el cofre: Busca que la persona visualice alguna de las formas que más le agrada y coloque allí todas las sensaciones displacenteras, las cogniciones perturbadoras, las imágenes traumáticas.

La técnica del río de luz: se concentra en las sensaciones corporales, las formas, colores, tamaños, en qué lugar del cuerpo se sienten, etc. Y luego el cliente elige un color preferido con el cual asocia la palabra sanación o curación y bienestar, y se imagina que es una luz con ese color especial que va cubriendo todo su cuerpo, desde la cabeza hasta los pies, suavemente, logrando la relajación y la sensación de bienestar buscada por la persona.

El modelo EMDR se ha recomendado por la Asociación Americana de Psiquiatría, como un tratamiento efectivo para el estrés agudo y el Trastorno de Estrés Postrauma (APA, 2004). Algunos autores han señalado la ventaja del EMDR con respecto a otras técnicas en cuanto al tiempo de resolución de las crisis y de la sintomatología traumática, por lo que resulta un método atractivo para el trabajo con la población víctima de asalto sexual que presente cuadros de estrés postrauma.

5.3.3 Terapia sensoriomotriz

Considerando que los traumas por violación tienen implicaciones directas en el cuerpo de la víctima, y en sus manifestaciones sintomáticas inmediatas, se presenta el modelo de intervención llamado terapia sensoriomotriz, el cual aborda el cuerpo como un elemento central dentro del campo terapéutico de la conciencia.

De acuerdo Ogden, Minton y Pain (2009), la psicoterapia sensoriomotriz ha recaer su interés en la conciencia física presente, las experiencias sensoriales que la persona tiene sobre sí mismo, dado que se parte de la premisa de que las vivencias se “encarnan” en los estados fisiológicos, siendo “la traumatización reescenificada a través de la respiración, los gestos, las percepciones sensoriales, los movimientos, las emociones y los pensamientos.” (p.32)

Entonces, desde este modelo, el terapeuta cumple el rol de un **regulador psicobiológico relacional** el cual trabajar con la hipoactivación y la hiperactivación del paciente para descubrir las sensaciones fisiológicas y aprender nuevas formas de orientarse.

Como bien mencionan los autores

proponemos añadir las intervenciones “ascendentes” (bottom-up) con objeto de tratar las sensaciones físicas reiteradas y espontáneas, las inhibiciones motrices y las intrusiones somatosensoriales características de las experiencias traumáticas no resueltas. Los pacientes traumatizados están atormentados por la reaparición de las reacciones sensoriomotrices relacionadas con el trauma bajo la forma de vivencias intrusivas tales como imágenes, sonidos, olores, sensaciones corporales, dolores físicos, constricción, entumecimiento o insensibilidad, y la incapacidad para modular o regular la activación fisiológica...(p. 40).

Los **objetivos del terapeuta** se orientan a reducir la sintomatología, regular sus vivencias físicas, aumentar la integración del paciente, establecer la capacidad de la persona para analizar sobre su situación, evaluar los eventos traumáticos, disminuyendo la intensidad de la activación fisiológica, estableciendo acciones

adaptativas, y propiciando un cambio a nivel emocional, cognitivo y relacional del paciente consigo mismo y con el mundo que lo rodea.

Las **tareas fundamentales** del proceso sensoriomotriz son:

- ayudar a los pacientes a generar una sensación física de control estableciendo para ello límites físicos claros,
- utiliza la respiración y el movimiento corporal para la regulación de la activación fisiológica,
- analizar las experiencias anteriores que la persona ha mostrado – sus estrategias previas exitosas – de seguridad y competencia (autoeficacia),
- activar sus recuerdos de fuerza y capacidad (p. 33).

Las **fases del tratamiento** se dividen en:

I Fase: Desarrollar los recursos somáticos necesarios para la estabilización

- Entrevista inicial de evaluación.
- Estabilizar recursos internos y externos (medicación, económicos, apoyo social) creando un espacio seguro para trabajar con la exploración somática.
- Identificar y verbalizar las sensaciones corporales, dirigiendo la conciencia de las zonas de tensión, y relajación, dolor y/o malestar, buscando “rastrear el cuerpo” mientras se analiza la situación traumática vivida.
- Establecer las sensaciones de destreza y de placer en la persona, como recursos de afrontamiento exitosos.

II Fase: Procesar los recuerdos traumáticos y restablecer los actos de triunfo

- En esta fase, el terapeuta ayuda al paciente a llevar a cabo un movimiento corporal que quedó inconcluso, estancado, en el momento del trauma; por ejemplo, empujar, levantar los brazos, gritar, correr, etc., lo cual se hace de forma progresiva.
- Se evoca un fragmento de la memoria no verbal del trauma, y se insta al paciente a efectuar estos movimientos en el espacio seguro del dispositivo terapéutico, analizando cada sensación de bienestar que se descubra.

II Fase: Integración y el desenvolvimiento óptico en la vida normal

- El proceso completo pretende que la persona se integre nuevamente a sus actividades cotidianas, se acerque a sus seres queridos recuperando la confianza en sí mismo, y en el mundo que lo rodea, así como identificar nuevos intereses, habilidades, para su desarrollo y autorealización.
- Para ello, se busca aumentar la capacidad de mentalización, que permite estar conscientes de nuestras experiencias internas (p. 472), de autoregularnos, de predecir e interpretar nuestro entorno, y aumentar la capacidad para el placer, la aproximación social.

En esta línea, a continuación se presenta un enfoque de crecimiento ante la adversidad, de forma tal que un evento de trauma pueda resignificarse desde un lugar de aprendizaje y triunfo personal.

5.3.4 Enfoque de psicología positiva. El concepto de crecimiento postraumático.

Tedeschi y Calhoun (1996), (citados por Kinori, F., Guila, S. y Orisa, F, 2012) desarrollaron el concepto de crecimiento postraumático, en aras de darle una lectura y un manejo alternativo, distinto del modelo tradicional patológico, a los eventos de la vida traumáticos. Los autores hablan de “dominios de cambio positivo” y los dividen en tres dimensiones, a saber:

- Cambios en uno mismo (p. ej. sentirse más fuerte, más autorreafirmado, con más experiencia y más capacidad para afrontar dificultades futuras),
- Cambios en las relaciones interpersonales (p. ej. los vínculos con otras personas se estrechan o fortalecen y aumenta la necesidad de compartir y expresar sentimientos)
- Cambios en la espiritualidad y la filosofía de vida (p. ej. se aprecia más lo que se tiene, se valoran más los detalles, mayor facilidad para discernir prioridades.

Por su parte, Cruz (2012) en un artículo llamado “Posibles deconstrucciones del trauma. Una aproximación posmoderna” ofrece aportes refrescantes acerca de cómo comprender y entender los eventos traumáticos.

El autor señala:

Para poder ayudar a una persona a superar el recuerdo de los eventos traumáticos (que ya no existen de modo concreto, pero sí como narración presente o disponible), se debe facilitar la construcción (o reconstrucción) de nuevas narrativas de los hechos (o —hechos recordados-interpretados) que sean alternativas más saludables a los relatos anteriores y signifiquen reconceptualizaciones del yo y del ser-en-el-mundo (p. 181)

Se parte de la experiencia de personas que no solamente han logrado recuperarse de un evento traumático, sino que han crecido y aprendido del mismo.

La experiencia de crecimiento postraumático no elimina el sufrimiento; de hecho suelen coexistir, pero resulta sumamente esperanzador constatar datos que indican, por ejemplo, que del 100% de las personas que reconocen algún efecto negativo del hecho traumático vivido, el 60% son capaces de reconocer algún efecto positivo de la experiencia adversa sobre sus vidas (p.188).

En esta línea, el trabajo de elaborar y reelaborar los significados de un evento a través de una narración alternativa del mismo, reinventándose la propia persona y su entorno, rescatando aquellas fortalezas y recursos que es tiempo de evidenciarlos e integrarlos a la vivencia personal.

5.3.5 Abordaje grupal en personas sobrevivientes de violencia sexual.

Se presenta a continuación la descripción del modelo de terapia grupal, para aquellas pacientes adolescentes que han experimentado un evento de violencia sexual bajo la Coordinación de la MSc. Adriana Cortés Ojeda, Hospital Calderón Guardia,.

Las temáticas que se abordan son:

- Mitos en torno al abuso sexual.
- Tipos de violencia. Ciclo de la violencia.
- Características del agresor y la mujer agredida.
- Estereotipos en torno al abuso sexual.
- Impacto del abuso sexual. Tipos de abuso emocional, físico, sexual, patrimonial.
- Autoestima - Cuestionario
- Testimonios de participantes
- Comunicación con figuras parentales
- Conflictiva grupal - análisis del proceso al interno del grupo
- Habilidades personales y autoestima
- Embarazo adolescente
- Sexualidad
- Relaciones de noviazgo no violentas

Las metas en la terapia grupal se orientan hacia el autoconocimiento, la autoaceptación, el aprendizaje de habilidades sociales, el empoderamiento personal, el fortalecimiento de estrategias de afrontamiento asertivo, así como el cambio conductual general.

La línea transversal de la terapia se enfoca en torno a la **esperanza y el optimismo** de un cambio posible, darse cuenta de que no están solas en la situación vivida, y de que son capaces de establecer nuevamente un vínculo de confianza y autenticidad con seres queridos.

De acuerdo con Yalom (2000) “ la mejor prueba disponible de la investigación sostiene de modo arrollador la conclusión de que la terapia exitosa tiene lugar mediante una relación entre terapeuta y paciente que está caracterizada por la confianza, la cordialidad, la comprensión empática y la aceptación” (p. 46).

Como bien señala este autor,

además de ofrecer apoyo mutuo, generalmente estos grupos incorporan un **enfoque cognitivo** de la terapia, ofreciendo instrucción explícita sobre la naturaleza de la enfermedad del paciente o sobre su situación vital, y examinando las concepciones erróneas... (...) la explicación de un fenómeno es el primer paso hacia su control (p. 32-33).

El rol de la terapeuta **en el aquí y el ahora** permite además a las pacientes ejecutar acciones concretas, lograr mayor percepción de autoeficacia, y lograr un cambio en sus vidas. Por ello, una **intervención oportuna** y adecuada a las necesidades de la paciente puede cambiar el rumbo y el pronóstico de esta persona, favorecer el crecimiento y mejorar la relación consigo misma y con su entorno.

El profesional en psicología clínica ha sido capacitado para desarrollar sus competencias en ámbitos de la salud, tanto en la promoción, prevención, evaluación e intervención, por ello, se confirma la necesidad de especificar tales funciones, definir las coordinaciones interdisciplinarias requeridas, en aras de la atención especializada e integral a las personas víctimas de asalto sexual.

CAPITULO SEXTO

CONCLUSIONES

La violencia sexual, y específicamente el delito de asalto sexual se enmarca dentro de las conductas humanas de irrespeto a los derechos de las personas, siendo las mujeres la población más afectada.

Investigaciones de distintas organizaciones han denunciado y evidenciado las consecuencias para la salud de las mujeres en todos los ámbitos de sus vidas, psicológico, biofísico, social, laboral, etc.

Las instancias gubernamentales han realizado un esfuerzo por establecer un marco legal para prevenir y denunciar los actos de violación contra la humanidad, de forma tal que los países tienen la obligación de hacer cumplir con estas leyes.

En el ámbito hospitalario, se establecen protocolos de actuación para la atención integral de las personas víctimas de asalto sexual, teniendo como ejes comunes tres áreas de intervención principales:

- i. Médico-farmacológico
- ii. Salud mental y apoyo social
- iii. Abordaje legal en tanto delito.

Existen líneas de acción comunes (como por ejemplo, la profilaxis por VIH, el tratamiento farmacológico de ITS, la toma de evidencia médico forense); sin embargo, se han encontrado diferencias en cuanto al protocolo de abordaje de la crisis, y la coordinación de los equipos de urgencias, con especialistas especializados en la temática.

Como se ha señalado en la presente revisión, a nivel internacional, las primeras intervenciones en crisis estuvieron a cargo de médicos especialistas en psiquiatría (experiencia del Hospital de Boston, 70`s), y conformando un equipo interdisciplinario de salud mental con psicología clínica.

Los protocolos revisados de países en Latinoamérica (México, Colombia, Argentina y Uruguay) son claros en indicar una evaluación inicial de urgencias, que incluyen valoraciones por profesional de psiquiatría y/o psicología clínica.

En el protocolo de Colombia se incluye una descripción detallada de ambas intervenciones de prioridad, y en los otros documentos se indica de manera general las funciones de Psicología Clínica y la referencia a Psiquiatría para aquellos casos de inminente riesgo de daño para sí mismos, o terceros, y para aquellos casos de descompensación psíquica (episodios psicóticos, por ejemplo).

Para el caso de Costa Rica, los protocolos nacionales (Hospital Calderón Guardia, San Juan de Dios y México) y el protocolo intersinstitucional de profilaxis por VIH, presentan diferencias marcadas en cuanto a las descripciones del rol de psicología clínica en los documentos escritos, en cuanto al especialista que coordina los equipos de atención, y en relación con la práctica diaria que se ejecuta en las instituciones.

De los cuatro documentos, **solamente** el protocolo del Hospital México hace una descripción general de las funciones del profesional en Psicología Clínica.

En los demás casos, a diferencia de las descripciones detalladas de otros especialistas como Trabajo Social, Enfermería y Medicina, para el caso de Psicología Clínica se presenta una *escueta mención* de referencia, sin especificar funciones esperadas para la intervención inmediata y las coordinaciones posteriores.

En la práctica clínica del Hospital San Juan de Dios se observa un rol preponderante de Trabajo Social en la intervención en crisis, y posterior referencia a Psicología Clínica. Y para el caso del Hospital Calderón, el rol de intervención en crisis lo ejerce el médico de guardia (psiquiatría), y el profesional en enfermería de salud mental, con posterior referencia a Psicología Clínica (Clínicas de VIH, y áreas de atracción).

Dentro de la propuesta presente de funciones para el rol del(a) profesional en Psicología Clínica se especifican primordialmente 1. Identificar el riesgo a la integridad física y emocional de las víctimas en el momento de la revelación del asalto sexual, 2. Valorar los cinco componentes de la intervención en crisis, a saber: conductual, afectivo, somático, interpersonal y cognitivo, 3. Aplicar técnicas de regulación fisiológica, 4. Potenciar recursos y fortalezas personales, 5. Ofrecer psicoterapia individual en elaboración y resignificación del evento traumático, terapia familiar, grupos de apoyo y 6. Establecer las coordinaciones necesarias con el equipo de salud para el seguimiento respectivo.

En este panorama, la presente revisión bibliográfica evidencia la necesidad concreta de incluir en tales documentos de acción, las funciones esperadas de Psicología Clínica, frente al delito de asalto sexual, en aras de la intervención oportuna en salud y la prevención de sintomatología postraumática, de la población afectada, principalmente las mujeres, según lo señalan las alarmantes estadísticas mundiales.

CAPITULO SEPTIMO

RECOMENDACIONES

- Solicitar a la Coordinación Nacional de Psicología Clínica de la Caja Costarricense de Seguro Social, la conformación de un equipo de asesoría y análisis, que incluya al Ministerio de Salud, y a la Secretaría Técnica de Género (Poder Judicial), para la revisión interinstitucional de los diversos protocolos hospitalarios de atención en violencia sexual y particularmente en asalto sexual, de forma tal que resulte en un documento oficial nacional actualizado al 2013.
- Integrar estas distintas guías de acción, que se han evidenciado en los protocolos nacionales revisados, de forma tal que se establezca la conformación de Equipos Interdisciplinarios de Urgencias, como unidades de apoyo en crisis, que incluyan a profesionales de medicina con especialidad en ginecología, pediatría, psiquiatría, psicología clínica, trabajo social y enfermería.
- Solicitar a las coordinaciones de los servicios de psiquiatría y psicología en los hospitales de tercer nivel de atención, su intervención en sesiones de análisis y elaboración de un protocolo particularizado para la población infantil y adolescente - en cuanto al estilo de entrevista, el manejo de la información, la atención inmediata requerida, las particularidades en el abordaje médico y forense, etc. por lo que se recomienda un apartado especial para esta población.
- Las acciones concretas que actualmente se realizan - por parte de los profesionales en Psicología Clínica - deben estar escritos en documentos oficiales de las instituciones para las cuales trabajan, por lo que se recomienda a los y las colegas aportar descripciones detalladas de su quehacer cotidiano con la población víctima de violencia sexual - y asalto sexual.
- Esta labor deberá resultar en un documento oficial del Colegio de Psicólogos para lo cual se solicita que este ente rector enuncie la necesidad concreta de visibilizar la labor del profesional en sus ámbitos de prevención, intervención e investigación científica en torno al tema.

BIBLIOGRAFÍA

American Psychological Association. (2002). *Manual de Estilo de Publicaciones de la American Psychological Association* (Adaptado para el Español por Editorial el Manual Moderno) (2a ed.). México, D.F.: México. (Traducción de la 5a edición en inglés, publicada en 2001).

American Psychiatric Association (2004). *Practice Guideline for the Treatment of Patients with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder*. Arlington, VA: American Psychiatric Association Practice Guidelines.

U.S. Department of Justice Office on Violence Against Women. *A National Protocol for Sexual Assault Medical Forensic Examinations Adults/Adolescents*. September 2004 NCJ 206554 President's initiative DNA.

Alderman, McCarthy y Marwood (2009). *Farmacoterapia para el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT)*. RET, Revista de Toxicomanías. N°. 58

Allen, Rojas y Salas (2002). *Informe de Violencia: un Problema de Salud Pública*. Ministerio de Salud. Costa Rica.

Arcila (2005). *Breviario de definiciones sexuales relacionadas con los delitos contra la libertad, integridad y formación sexuales, de que trata el título IV del libro segundo del código penal colombiano*. Edición Virtual 2005.

Arkansas commission on child abuse, rape and domestic violence. University of Arkansas for Medical Sciences *Healthcare Protocol Manual for Sexual Assault*, 2005.

Batres (1998). *Tratamiento grupal: Adultas y adolescentes sobrevivientes de incesto y abuso sexual. Manual para terapeutas*. / Gioconda Batres Méndez. - 2. ed., rev., aum. - San José,

Costa Rica : (LANUD. *Programa Regional de Capacitación contra la Violencia Doméstica*, 1998. p. 146.

Brief, J., Bollinger, A.R., Vielhauer, M.J., Berber-Greenstein, J.A., Morgan, E.E., Brady, S.M., Buondonno, L.M. y Keane, T.M. (2004). *Understanding the interface of HIV, trauma, post-traumatic stress disorder, and substance use and its implications for health outcomes*. *AIDS Care*, 16 , 97-120.

Burt y Hendrick (2007). *Manual clínico de salud mental de la mujer*. Barcelona: Ars Médica.

Caja Costarricense de Seguro Social. *Protocolo de atención integral a víctimas de agresiones y/o delitos sexuales* (2008). Hospital México, Costa Rica.

Caja Costarricense de Seguro Social. *Protocolo de atención de las víctimas de delitos sexual por violación* (2008). Hospital San Juan de Dios, Costa Rica.

Caja Costarricense de Seguro Social. *Protocolo social para el abordaje de personas sobrevivientes de abuso sexual* (2008). Hospital San Juan de Dios, Costa Rica

Caja Costarricense de Seguro Social. *Protocolo de atención a la persona víctima de violación* (2006). Hospital Calderón Guardia, Costa Rica.

Castillo, S. *Delitos sexuales valorados en el Consejo Médico Forense y su seguimiento en el proceso judicial*. *Med. leg. Costa Rica*, set. 2001, vol.18, no.2, p.57-67. ISSN 1409-0015.

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. *Atención médica a personas violadas*. Secretaría de Salud. México, 2004, p. 11.

Centro de Investigación en Estudios de la Mujer (CIEM). *Primera Encuesta Nacional de Percepción sobre el Estado de los Derechos de las Mujeres* (ENPEDEMU 2008), Costa Rica.

Chen, L. y otros (2012). *Sexual Abuse and Lifetime Diagnosis of Psychiatric Disorders: Systematic Review and Meta-analysis*. *Mayo Clin Proc.* 2010;85(7):618-629

Claramunt, C. (2000). *Abuso sexual en mujeres adolescentes*. Serie Género y salud pública. Programa mujer salud y desarrollo. San José, Costa Rica: Organización panamericana de la salud, OPS, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud.

Contreras, J. M.; Bott, S.; Guedes, A.; Dartnall, E. (2010) *Violencia sexual en Latinoamérica y el Caribe: análisis de datos secundarios*. Iniciativa de Investigación sobre la Violencia Sexual.

Cuevas y cols. (2008). *Embarazo por Violación*. Colombia.

Cruz, L. (2012). *Posibles deconstrucciones del trauma. Una aproximación posmoderna*. En: *Rev. Sociedad & Equidad* N° 3, Enero de 2012. Pp.172-194

De Andrés (2006) *Salud y violencia de género*. Jornadas Estatales: Sinergias Invisibles. III Jornadas sobre Violencia de Género y VIH. Madrid, 28 de Noviembre de 2006. Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer. Resolución de la Asamblea General 48/104 del 20 de diciembre de 1993. Artículos 1 y 2.

Duval, M., y Zadra, A. *Frequency and Content of Dreams Associated with Trauma*. *Sleep Med Clin* 5 (2010) 249-260

Eberhard-Gran M, Schei B, Eskild A. *Somatic symptoms and diseases are more common in women exposed to violence*. *J Gen Intern Med* 2007;22: 1668-73

Franco, Urrego, Andrea y Báez (2007). *Aproximación narrativa a las intervenciones en salud para mujeres y niñas supervivientes de violencia sexual en la Red Suroccidental de Bogotá, 2003-2004* *Rev. Colomb. Psiquiat.*, vol. XXXVI / No. 3 / 2007

Ferrando (2007). *Salud mental y género en la práctica clínica*. Barcelona: Ars Médica.

Fino, E.; Cuevas, L., *Mortalidad relacionada con el embarazo*. Colombia 1985 -2005, Tesis de especialización, Universidad de Antioquia, Medellín, 2007.

Foa, E., Olasov, B. (1998) *Treating the Trauma of Rape. Cognitive-Behavioral Therapy for PTSD*. New York: The Guilford Press.

Follette, V., Ruzek, J., Abueg, F. (1998) *Terapia Cognitivo conductual para el trauma*. En The Guilford Press, New York.

Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, *Normas y guía clínica para la atención en servicios de urgencia de personas víctimas de violencia sexual*, abril, 2004.

Heather K. DeVore, MDa,b,* , Carolyn J. Sachs. *Emerg Med Clin N Am* 29 (2011) 605–620

Herrera, González, Vargas, Conde y Dallos (2005). *Respuestas fisiológicas y psicogenética en el trastorno de estrés post-traumático*. Volumen XXXVII(2005),No 1, Salud UIS. Revista de la Facultad de Salud de la Universidad Industrial de Santander.

Hidalgo Solís, Ana Lorena. *Algunos aspectos sobre el debate actual en torno a la violación sexual*. Med. leg. Costa Rica, sep. 2004, vol.21, no.2, p.37-47. ISSN 1409-0015.

Homberg y Vidal. *Propuesta de protocolo interdisciplinar de actuación en casos de abuso sexual infantil en las islas baleares*. Asociación La RANA Pepa Horno Goicoechea. Coordinación: Asociación La RANA, Save the Children.

Ironson, Freund, Strauss y Williams (2002). *Comparison of Two Treatments for Traumatic Stress: A Community-Based Study of EMDR and Prolonged Exposure*. Journal of clinical psychology, Vol. 58(1), 113-128 (2002)

Israelsky, D.M., Prentiss, D.E., Lubega, S., Balmas, G. García, P., Muhammad, M., Cummings S., y Koopman, C. (2007) *Psychiatric co-morbidity in vulnerable populations receiving primary care for HIV/AIDS*. AIDS Care, 19(2), 220-225.

Jacques, Skinner, McCormack, Havart y Bevan (2006). *The Ottawa Sexual Assault Protocol*

Jina R, et al, *Report of the FIGO Working Group on Sexual Violence/HIV: Guidelines for the management of female survivors of sexual assault*, Int J Gynecol Obstet (2010), doi:10.1016/j.ijgo.2010.02.001

Jina R, Jewkes R, Loots L, Christofides N, editors. *Caring for survivors of sexual assault: A training programme for health care providers in South Africa*. Participant's Manual. Pretoria: National Department of Health; 2008

Kinori, F., Guila, S., Eiroá Orosa, F. *Recomendaciones clínicas para el tratamiento de pacientes con trastorno por estrés postraumático y trastornos por uso de sustancias*. 13º Congreso Virtual de Psiquiatría.com. Interpsiquis 2012. www.interpsiquis.com - Febrero 2012 .Psiquiatría.com

Kotliarenco, M.; Cáceres, I; Fontecilla, M (1997). *Estado del arte en resiliencia*. Fundación Kellogg, Organización Panamericana de la Salud.

Labrador, F., Fernández-Velasco, M., Rincón, P. (2005). *Eficacia de un programa de intervención individual y breve para el trastorno por estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica*. En: International Journal of Clinical and Health Psychology, 2006, Vol. 6, N° 3, pp. 527-547, Madrid, España.

Londoño, ML.; Ortiz, B.; Gil, Ana, et al. (2004). *Embarazo por violación. La crisis múltiple*. Convenio Fundación Servicios Integrales para la mujer "Si mujer", Colciencias-BID, 3ª edición, Colombia, noviembre, 2004.

López-Ibor, J. (2002) *DSM IV Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Barcelona: MASSON, S.A.

López-Ibor, J. (1992). *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Madrid: MEDITOR.

López, R. *Programa académico de la especialidad en psicología clínica 2009*. Costa Rica: Universidad de Costa Rica, San José.

Trejo, B., Trejo, J. *Una revisión del trastorno de estrés postraumático (TEPT)* *Psicologia.com*. 2011; 15:56. <http://hdl.handle.net/10401/4640>

Medina, Borges, Lara, Ramos, Zambrano y Fleiz (2005). *Prevalencia de sucesos violentos y de trastorno por estrés postraumático en la población mexicana*. En: *Salud Pública de México* / vol.47, no.1, enero-febrero de 2005.

Ministerio de Salud. *Protocolo para la atención integral de personas víctimas de violaciones sexuales*. Argentina, 2011).

Ministerio de Salud. *Normas y guía clínica para la atención de servicios de urgencia de personas víctimas de violencia sexual*. En: *Rev Chil Obstec Ginecol* 2005; 70(1)

Ministerio de salud. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. *Salud de las mujeres en Costa Rica, un análisis desde la perspectiva de género*, San José, Costa Rica, Abril 2005

Moreno, Garrosa, Morante y Rodríguez. *El estrés traumático secundario: evaluación, prevención e intervención*. Universidad autónoma de Madrid, 2004. *Terapia Psicológica*, Vol. 22 N 1, 69-76.

Navarro (2008) *El primer equipo interdisciplinario de Costa Rica*. *Medicina Legal de Costa Rica*, vol. 25 (1), marzo 2008.

Oficina de Democracia, Derechos Humanos y Trabajo. *Informe Anual por Países sobre Prácticas de Derechos Humanos del 2011. Sección 6. Discriminación, abusos sociales y trata de personas*. Resumen ejecutivo. Costa Rica.

Ogden, Minton y Pain (2009). *El trauma y el cuerpo. Un modelo sensoriomotriz de psicoterapia*. España: Editorial Desclee de Brouwer.

Olasov, b., Foa, E., y Hembree, A (2007) *Reclaiming your life from a traumatic experience*. Workbook. New York: Oxford University Press.

Olley, B., Zeiers, M., Seedat, S. y Stein, D. (2005) "Post-traumatic stress disorder among recently diagnosed patients with HIV/AIDS in South" *AIDS Care*, 17(5), 550-557.

Organización Mundial de la Salud. (1992). *CIE 10 Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid, España.

Organización Mundial de la Salud (2011) *Violencia contra la mujer. Violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer*.

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>. Recuperado en septiembre de 2011

Organización Mundial de la Salud. (WHO). *Gender and Reproductive Rights*. www.who.int/reproductive-health/gender/sexual_health.html SALUD SEXUAL PARA EL MILENIO 2009.

OMS, *Informe mundial sobre la violencia y la salud*, 2002.

ONU Mujeres. *Mujer y salud de Uruguay. Violación sexual: La intervención desde el sistema de salud. Importancias de un protocolo para la atención de víctimas de violaciones. Cuadernos Aportes para el debate en salud, ciudadanía y derechos*, Uruguay, 2011.

Organización Panamericana de la Salud. *La violencia social en Costa Rica*/Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud . -- San José, C.R.: OPS, 2004. p.64; 28 cm. - (Serie Análisis de Situación de Salud ; no. 9)

Ortiz, J. *Buenas prácticas para la atención de la violencia sexual contra las mujeres*. Federación Latino Americana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología, Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos, Perú 2010.

Palomero. Cuadernos de medicina forense. Año 3, N 1, pag. 43-50. *Protocolos forenses para víctimas de delitos contra la integridad sexual*. Poder Judicial. Exp: 06-000436-0006 - PE Res: 2008-0 0924 SALA TERCERA DE LA CORTE SUPREMA DE JUSTICIA. San José, a las diez horas cincuenta minutos del veintisiete de agosto de dos mil ocho.
<http://scij.org.poder-Judicial.go.cr/scij/busqueda/jurisprudencia>

Paras ML, Murad MH, Chen LP, et al. *Sexual abuse and lifetime diagnosis of somatic disorders; a systematic review and meta-analysis*. JAMA 2009;302: 550-61.

Pratchett, L, Pelcovitz, M, y Yehuda, R. *Trauma and Violence: Are Women the Weaker Sex?*. Psychiatr Clin N Am 33 (2010) 465-474

Raffo, S. (2005). *Intervención en crisis*. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Sur , Chile . Universidad de Chile.

Regehr, LeBlanc, Blake, Barath y Daciuk (2007). *Previous Trauma Exposure and PTSD Symptoms as Predictors of Subjective and Biological Response to Stress*. Can J Psychiatry 2007;52:675–683 The Canadian Journal of Psychiatry, Vol 52, No 10, October 2007

Rincón (2003). *Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica: evaluación de programas de intervención*. Memoria presentada para optar al grado de doctor. Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Psicología. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos.

Rojas y cols. (2005). *Salud de las mujeres en Costa Rica, un análisis desde la perspectiva de género*. Costa Rica: Ministerio de Salud, OPS, OMS.

Rothbaum BO, Foa EB, Riggs DS, Murdock T, Walsh W. *A prospective examination of posttraumatic stress disorder in rape victims*. J Trauma Stress 1992;5:455–75.

Slaikeu, K. *Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación*. 2ª. Ed. México, Distrito Federal: Editorial Manual Moderno. 2000.

Sagot, Carcedo y Guido (2000). *Ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina (estudio de caso de diez países)*. Organización panamericana de la salud. Programa mujer, salud y desarrollo. OPS/OMS. 2000. San José, Costa Rica.

Sánchez (2007) *Protocolo de atención sanitaria a víctimas de agresiones / abusos sexuales*. Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad. Dirección general de salud pública.

Secretaría Técnica de Género del Poder Judicial. *Protocolo de atención a víctimas en los Juzgados de violencia doméstica*. Costa Rica, (2008).

Secretaría Distrital de Salud – Fondo de Población de Naciones Unidas, UNFPA

Bogotá, 2008 *Protocolo para el abordaje integral de la violencia sexual desde el sector salud*. Bogotá, Colombia (2008).

Secretaría de Seguridad Pública. Subsecretaría de Prevención, Vinculación y Derechos Humanos. Dirección General de Derechos Humanos. *Protocolo de atención para personas que han sufrido el delito de violación*, México. (2009)

Secretaría Técnica de Género del Poder Judicial. *Protocolo interinstitucional de atención integral a las víctimas de violación sexual (primeras 72 horas de ocurrido el evento)*, Costa Rica, 2010.

Servicio Nacional de la Mujer. *Plan Nacional para la prevención de la violencia intrafamiliar en Chile*. Septiembre 2011 - Agosto 2012. Unidad de prevención en violencia intrafamiliar. Programa Chile ACOGE. 2012.

Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2010. Sexual Assault and STDs. Centers for Disease Control and Prevention. Available at: <http://www.cdc.gov/std/treatment/2010/sexual-assault.htm>. Accessed March 30, 2010.

Sexual Assault Emergency Response Protocol Sarnia-Lambton. Adapted in part from the work of Sexual Assault Network in Ottawa, Sexual Assault Protocol in Ottawa, and Region of Peel Sexual Assault Protocol. (sin fecha).

Shapiro, Francine. (2004). *Desensibilización y reprocesamiento por medi de movimiento ocular*. EMDR (siglás en inglés). Editorial Pax México, Librería Carlos Cesarman, S.A.

Solano Calderón, Leslie, Vargas Sanabria, Maikel y Paguaga López, Max. *Perfil de las víctimas de delitos sexuales valorados en el II trimestre de 2009 en la sección de clínica médico forense*. Med. leg. Costa Rica, sep. 2009, vol.26, no.2, p.43-51. ISSN 1409-0015.

Stacey P, Falik M. *Prevalence of violence and its implications for women's health*. Women's Health Issues. 2001;11(3):244-58

State of New York. *Protocol for the Acute Care of the Adult Patient Reporting Sexual Assault* November 2004. DNA Evidence Collection Revised 10/08
www.health.state.ny.us/nysdoh/sexual-assault/index.htm.

Távora (2005). *Rev Per Ginecol Obstet* 2005; 52(1):15-20VOL 52 No 1 Enero-Marzo 2006. Simposio: *Violencia basada en género. Manejo de la violencia sexual*.

Tarakeshwar, N., Fox, A., Ferro, C., Khawaia, Sh. Y Kochman, A. (2005). "The connections between childhood sexual abuse and human immunodeficiency virus infection: Implications for interventions". En: *Journal of Community Psychology*. 33 (6): 655-672.

Tarakeshwar, N., Hanse, N., Kochman, A., Fox, A., y Sikkema, K. (2006), *Resiliency among individuals with childhood sexual abuse and HIV: perspectives on addressing sexual trauma*" En: *Journal of Traumatic Stress*. 19 (4): 449-460.

UNFPA - Fondo de Población de las Naciones Unidas, *Violencia contra las niñas y las mujeres*. Prioridad de salud pública, <http://www.unfpa.org>

U.S. Agency for International Development. *Guide to programming gender-based violence prevention and response activities*. Gender-Based Violence Working Group April 2009

Tolin DF, Foa EB. *Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: a quantitative review of 25 years of research*. *Psychol Trauma* 2008;S(1):37-85

Vallejo, A. y Córdoba, M. (2012). *Abuso sexual: tratamientos y atención*. *Revista de Psicología* Vol. 30 (1), 2012. Pontificia Universidad Javeriana, Colombia

Vieweg, Julius, Fernandez, Brooks, Hettema y Pandurangi (2006). *Posttraumatic Stress Disorder: Clinical Features, Pathophysiology, and Treatment*. *The American Journal of Medicine* (2006) 119, 383-390.

Wang SH, Rowley W. *Rape: How men, the community and the health sector respond*. Geneva: Sexual Violence Research Initiative and the World Health Organization; 2007 WHO. Violence against women. Geneva: WHO, June 2000.

WHO. *Gender and Reproductive Rights*. www.who.int/reproductive-health/gender/sexual_health.html SALUD SEXUAL PARA EL MILENIO 2009.

Yalom (2000). *Psicoterapia existencial y terapia de grupo*. Barcelona: Editorial Paidós.

ANEXOS

Protocolo para el abordaje integral de la violencia sexual desde el Sector Salud

Modelo de consentimiento informado para atención a posible víctima de violencia sexual^{64, 65}

Nombres y apellidos completos: _____

Dejo constancia de que se me ha dado información suficiente, que he comprendido adecuadamente, que decido libremente de acuerdo con mis valores, y que soy competente para tomar decisiones con relación a la atención brindada por ser víctima de posible violencia sexual.

Entiendo que si no informo adecuadamente y con la verdad todos los datos necesarios, se pueden ocasionar confusiones en el diagnóstico o errores en la selección de los tratamientos, sin que estos resultados sean atribuibles al médico(a).

De acuerdo a lo anterior, en este acto médico, el (la) doctor(a)

_____ en calidad de _____
_____, previo análisis de mis antecedentes
y de la historia clínica:

- Realizará el examen físico pertinente.
- Ordenará exámenes diagnósticos para aclarar el problema por el cual consulté.
- Tomará evidencia física o elementos materiales probatorios.
- Enviará muestras para el Laboratorio Forense.⁶⁶
- Sin perjuicio del secreto profesional, informará a la Policía Judicial sobre mi caso.⁶⁷

Igualmente, me fue comunicado el(los) tratamiento(s) o procedimiento(s) que se consideran idóneos para mi caso y los riesgos previsibles de éstos, tales como: _____

Así mismo, tengo entendido que puedo, si lo decido así, no realizar los exámenes diagnósticos ordenados. En este caso, si no cumpla los tratamientos ordenados y/o no acepto las intervenciones sugeridas por mi médico(a) tratante, ello no significa la pérdida de mis derechos a la atención profesional posterior.

He entendido los cuidados que debo tener, estoy satisfecha(o) con la información recibida del médico(a) tratante, quien me ha dado la oportunidad de preguntar y resolver las dudas a satisfacción. Además, comprendo y acepto el alcance y los riesgos justificados de posible previsión que conlleva el procedimiento que aquí autorizo. En tales condiciones consiento que se me realice _____

Firma del paciente _____
D.I. _____

Firma del Profesional _____
D.I. _____ R.M. _____

Ciudad y fecha _____

64 En todo caso, deberá obtenerse el consentimiento escrito de la víctima o de su representante legal, cuando fuere menor o incapaz, y si estos no lo prestasen, se les explicará la importancia que tiene para la investigación y las consecuencias probables que se derivarían de la imposibilidad de practicarlos.

65 En cumplimiento de la normatividad vigente: Ley 23 de 198 y Ley 906 de 2004.

66 Toma de muestras de sangre, fluidos corporales, semen u otros análogos.

67 Artículos 67 y 68 de la Ley 906 de 2004.

Tomado de: La experiencia de Colombia. Protocolo para el abordaje integral de la violencia sexual desde el Sector Salud. Bogotá, Colombia (2008).