

Cuadernos

**Aportes al debate en salud,
ciudadanía y derechos**

Época 2, N° 4, 2011

VIOLACIÓN SEXUAL: LA INTERVENCIÓN DESDE EL SISTEMA DE SALUD

**IMPORTANCIA
DE UN PROTOCOLO
PARA LA ATENCIÓN
DE VÍCTIMAS
DE VIOLACIONES**

Esta publicación ha sido realizada por MYSU
Salto 1267, Montevideo Uruguay
Tel: (598) 2410 3981, 2410 4619
www.mysu.org.uy

Con el apoyo de



Corrección, Laura Piedra Buena
Diseño, Jorge Martínez
ISBN: 978-9974-8080-9-6

© 2011 MYSU

mysu MUJER Y SALUD
EN URUGUAY
www.mysu.org.uy

La reproducción de la totalidad o parte del contenido de los artículos de los Cuadernos Aportes para el debate en salud, ciudadanía y derechos, sólo es posible si se cita debidamente la fuente.

Esta publicación contó con el apoyo de ONU Mujeres, Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de la Mujer. Tanto el análisis y las recomendaciones normativas de esta publicación no reflejan necesariamente las opiniones de ONU Mujeres, su Junta Directiva y los Estados miembros.

Cuadernos

Aportes al debate en salud, ciudadanía y derechos

VIOLACIÓN SEXUAL: LA INTERVENCIÓN DESDE EL SISTEMA DE SALUD

IMPORTANCIA
DE UN PROTOCOLO PARA LA ATENCIÓN
DE VÍCTIMAS DE VIOLACIONES

mysu MUJER Y SALUD
EN URUGUAY
www.mysu.org.uy

Apoya:



Auspicia:



ÍNDICE

Prólogo IMM	Pág. 5
Presentación	Pág. 7
VIOLENCIA SEXUAL Y POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD	
Desafíos de la intervención	Pág. 9
Principales objetivos de la atención	Pág. 11
El rol de los servicios de salud en un abordaje integral	Pág. 12
MODELOS DE INTERVENCIÓN	
Introducción	Pág. 14
Antecedentes del modelo hospitalario. El servicio de atención a víctimas de agresiones sexuales del Hospital de Boston, Estados Unidos	Pág. 15
La experiencia argentina. Hospital Pirovano, ciudad de Buenos Aires, Argentina	Pág. 18
PROTOCOLO DE ATENCIÓN: IMPORTANCIA Y PRINCIPALES ASPECTOS	
Prevención del riesgo de embarazo en casos de violaciones	Pág. 21
MARCO CONCEPTUAL	Pág. 25
Dimensión cuantitativa	Pág. 26
Violaciones. Una tipología posible	Pág. 26
Aspectos psicológicos	Pág. 27
Síndrome de estrés postraumático de la violación	Pág. 29
Abordaje psicológico con perspectiva de género	Pág. 32
La orientación a los familiares y allegados	Pág. 33
Modalidades de la intervención psicológica	Pág. 35
MARCO LEGAL	Pág. 37
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	Pág. 39
PROTOCOLO DE ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLACIONES	
Propuesta de Protocolo a atención a víctimas de las violaciones .	Pág. 42
Bibliografía	Pág. 48
ANEXO LEGAL	Pág. 50

Prólogo

La población uruguaya muestra una creciente conciencia social respecto a la necesidad de una actualización permanente de los derechos sexuales y reproductivos de mujeres y varones, y de la relevancia de construir relaciones de género equitativas. Esto ha llevado a que los temas de la salud sexual y reproductiva estén colocados en la agenda pública con un espacio político propio.

El empuje de las organizaciones de la sociedad civil, particularmente de los grupos de mujeres organizadas, sindicatos, movimientos académicos, y el involucramiento progresivo de actores gubernamentales, han permitido en los últimos años avances sustantivos en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos por parte de la ciudadanía. A la vez se perciben señales del compromiso del Estado como garante de los mismos, creando los marcos institucionales para su vigencia plena e integral.

El avance en la democratización de las relaciones sociales nos convoca a enfrentar núcleos duros que sustentan relaciones de opresión y dominación, y que deben ser erradicados con el compromiso de todos y la articulación intersectorial, particularmente de los actores del sector salud.

A medida que el colectivo social avanza en la conquista del ejercicio de derechos sexuales y reproductivos, y se van consolidando los espacios institucionales en el Sistema Nacional Integrado de Salud para asegurar la atención integral de los diferentes componentes de la salud sexual y reproductiva, se van colocando en la agenda nuevos desafíos relacionados a aspectos pendientes aún no afrontados satisfactoriamente.

En esta perspectiva, la atención de las víctimas de violaciones sexuales es uno de los tópicos que deben ser abordados por el sistema de salud, a efectos de avanzar en equidad, integralidad y calidad de las prestaciones vinculadas a la salud sexual y reproductiva.

La Intendencia de Montevideo ha sido pionera desde 1996 en marcar rumbos de equidad de género, integralidad y participación ciudadana en la salud reproductiva, a través de su Programa de Atención Integral de la Mujer (PAIM), cogestionado por la División Salud y la Secretaría de la Mujer.

En el mes de la mujer de marzo de 2011 la División Salud asume, con su red de policlínicas de Primer Nivel de Atención coordinadas desde el Servicio de Atención a la Salud (SAS), la responsabilidad de transitar el camino hacia la implementación del presente protocolo de atención a víctimas de violación, elaborado por MYSU con fuerte soporte técnico y académico. Implicará procesos de sensibilización, capacitación de los equipos y difusión comunitaria de las nuevas prestaciones.

Pero comienzo tienen las cosas, y es muy motivador el sentido de estas acciones: profundizar la equidad de género, avanzar en el ejercicio de derechos, humanizar nuestras prácticas sexuales y, finalmente, contribuir a la consolidación de la democracia en sus diversas y complejas dimensiones, desde un claro compromiso del gobierno departamental.

Lic. Pablo Anzalone (Director)
Dr. Wilson Benia

DIVISION SALUD
Departamento de Desarrollo Social
INTENDENCIA DE MONTEVIDEO

PRESENTACIÓN

La violencia sexual en tanto puede afectar distintas esferas de la vida de una persona, involucrando derechos fundamentales como la integridad personal, la libertad, la salud, la vida social, requiere de políticas y estrategias integrales y la complementariedad de los distintos sectores que tengan competencia y responsabilidad.

Incluir la violencia sexual como un tema de salud pública exige cambiar conceptos e ideas que todavía tienen mucha fuerza, como por ejemplo aquellos que insisten en percibir una división infranqueable entre lo público y lo privado, o los que, por otra parte, conciben las violaciones sexuales como un tema reservado exclusivamente al ámbito de la justicia.

Distintos factores han incidido en la gradual instalación de la violencia sexual como un tema de salud pública. El trabajo de información y concientización de organizaciones de mujeres y profesionales, los cambios en la situación de las mujeres y el mayor grado de percepción social acerca de la injusticia de la violencia han ido generando una dinámica compleja entre respuestas institucionales y demandas; demandas cada vez más claramente formuladas y ofertas cada vez más específicas o especializadas.

Hoy son justamente las demandas crecientes de la comunidad las que imponen a las violaciones –y no solo a ellas, sino también a otras formas de la violencia hacia las mujeres –, como un tema de las políticas de salud, por sus impactos tanto sobre la salud en general como sobre la salud sexual y reproductiva en particular.

Este documento fue elaborado a solicitud de MYSU, por la Soc. Silvia Chejter con la colaboración de las Dras. Beatriz Ruffa, Laura Díaz y Viviana Beguiristain, todas ellas argentinas y con amplia y reconocida trayectoria en el diseño e implementación de modelos de intervención integral para abordar el problema de la violencia contra las mujeres y muy especialmente la violencia sexual.

En el mismo se aportan ideas para un abordaje integral desde los servicios de salud en casos de violaciones hacia mujeres adultas; sobre las mejores estrategias de intervención así como sobre algunos nudos críticos en torno a la cuestión legal que conllevan las violaciones definidas como delitos.

Una primera versión del documento fue sometido a discusión de un grupo de expertos de distintas instituciones nacionales: organizaciones de mujeres, profesionales de la salud, tomadores de decisión e investigadores a los efectos de recoger sus aportes sobre la propuesta. Esta reunión tuvo lugar en Montevideo el 23 de abril de 2010 y en ella participaron integrantes de: Universidad de la República (de las facultades de Psicología, Medicina, Enfermería y Derecho; Intendencia Municipal de Montevideo (Secretaría de la Mujer y División Salud); Ministerio del Interior; Ministerio de Salud Pública; Parlamento Nacional; Red de Atención Primaria de la Administración de Servicios de Salud del Estado; Centro Hospitalario Pereira Rossell; Sociedad de Ginecología de la Infancia y la Adolescencia; Sociedad de Ginecología del Uruguay; Red de Organizaciones contra la violencia hacia las mujeres; Mujeres de Negro; Mujer Ahora y agencias del sistema de las Naciones Unidas. A todos/as quienes participaron vaya nuestro agradecimiento.

Hacia fines de 2010 se acordó con la División Salud de la Intendencia Municipal de Montevideo aunar esfuerzos para iniciar un proceso de implementación del protocolo en la red de servicios de salud municipal, con el firme compromiso de fortalecer la respuesta institucional frente a un problema que requiere de mayores esfuerzos articulados.

Desde MYSU se trata de contribuir a mejorar la calidad del abordaje que brindan los servicios de salud frente a la violencia contra las mujeres, en una de sus formas, la violencia sexual. Tal vez la más invisible y ante la cual se han generado un conjunto de estereotipos y prejuicios que ofician de barrera para su tratamiento oportuno, integral y respetuoso.

El proceso de elaboración técnica de una propuesta de protocolo, su proceso de discusión con distintos actores y expertos así como su publicación y divulgación -en particular hacia profesionales de la salud de las policlínicas municipales y agentes comunitarios de salud- ha sido posible gracias al apoyo brindado por ONUMUJERES a quienes agradecemos muy especialmente haber considerado esta iniciativa como una apuesta valiosa y necesaria de acompañar.

Montevideo,
MYSU 2011

VIOLENCIA SEXUAL Y POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD

Desafíos de la intervención

¿Qué consecuencias pueden tener las violaciones?

Las consecuencias de las violaciones y de otras agresiones sexuales dependen de varios factores: la gravedad del hecho en sí mismo; la edad, características y experiencias previas de la víctima; las respuestas del entorno, la posibilidad de encontrar ayudas adecuadas, los factores de autoafirmación y resistencia que puso en juego. Por tanto no existe un único patrón para evaluar las posibles consecuencias mediatas o inmediatas de las violaciones. Lo que se desprende del testimonio de las víctimas es que –aunque en diversos grados – **la violación es siempre una experiencia de fuerte impacto en la vida de una mujer¹.**

Es importante tener en cuenta que las consecuencias negativas de las violaciones se producen por efecto del episodio en sí mismo; pero también, a causa de la respuesta desfavorable del entorno. Muchas mujeres o niñas que han sido víctimas de abusos sexuales o violaciones sufren prolongadamente no sólo por la agresión, sino también por la indiferencia, la culpabilización y el silenciamiento que éste les devuelve. Esto incluye la respuesta de legos y profesionales, y tal vez aún más la de estos últimos, por la fuerza simbólica depositada en la «palabra profesional».

En algunos casos se produce por parte de las instituciones una auténtica revictimización: interrogatorios abusivos, revisiones reiteradas de los médicos forenses sin el cuidado necesario, incredulidad de la policía, interpretaciones y opiniones inoportunas, etc. Es importante, asimismo, tener en cuenta que las reacciones de las víctimas que expresan voluntad de supervivencia y de resistencia son factores decisivos en cuanto a los efectos que la

1 - En este texto se hace referencia específica a las mujeres y niñas porque son ellas mayoritariamente las víctimas, pero muchas de las afirmaciones son igualmente válidas para varones, tanto adultos como niños, que sufren agresiones sexuales.

violación pueda llegar a tener, en tanto expresan aspectos de la persona que se mantuvieron activos y que se enfrentaron a la agresión. No es lo mismo el «sometimiento sin resistencia» que la «resistencia posible» en situaciones adversas.

Es conveniente considerar que los efectos de las violaciones son importantes pero no insuperables. Dado que estas situaciones afectan distintas esferas de la vida de las víctimas, requieren respuestas interdisciplinarias e interinstitucionales. Probablemente será más fácil dar respuesta a un daño físico; algo más difícil, al impacto emocional; ciertamente complejo contribuir a paliar los efectos negativos de una mudanza obligada, la pérdida del trabajo o una ruptura matrimonial; y mucho más arduo reparar la humillación y el sentimiento de injusticia. Sin embargo, lo deseable sería que en los distintos ámbitos institucionales existiera una voluntad de escucha y una disposición a dar respuesta –cada cual desde sus posibilidades y especificidades– para cada uno de estos diferentes y singulares efectos. En síntesis, la respuesta del entorno es de fundamental importancia. Puede agravar seriamente los efectos de la violación, si se trata de respuestas culpabilizadoras, evasivas, prejuiciosas, negligentes. Puede, en cambio, ser de gran ayuda si se trata de actitudes y comportamientos que respetan, comprenden, contienen, disipan dudas y temores, aportan informaciones.

Es importante que las/ os operadoras/ es que atienden a una víctima de violación exploren estos recursos y abran la posibilidad de intervenciones que puedan fortalecer los aportes beneficiosos y problematizar aquellos que no lo son. Una responsabilidad principal de las instituciones **es evitar la revictimización**. Esto tiene relación no tanto con los saberes técnicos específicos, sino más bien con la revisión de preconceptos e ideas estereotipadas.

La prioridad de los profesionales de la salud no es «aclarar» la verosimilitud o no del relato, sino saber escuchar, incluso más allá de las reticencias, silencios y dudas de la víctima. Puede ocurrir que el testimonio de una adolescente o de una mujer en estas situaciones suene «confuso»; lo más probable es que éste sea un efecto de la necesidad de protegerse. En estos casos, detrás de omisiones, recortes e incluso aparentes fabulaciones, puede haber una verdad que no se puede contar tal cual es; la víctima puede sentir temor y de ahí tratar de «adaptar» su relato a ciertos esquemas que a ella le parezcan más «creíbles» o «aceptables» por parte del profesional que la está atendiendo.

La consulta por violación puede producirse en lo inmediato o tiempo después; a veces, pasados muchos años. Como sabemos, por distintas razones –

temor al descreimiento y a la revictimización, falta de información o de acceso a circuitos de atención, temor a represalias, creencia en que protege mejor su intimidad de esta manera, preocupación por no angustiar a los familiares o porque no encuentra una persona en quien confiar– hay mujeres que silencian y ocultan estos hechos traumáticos. Las experiencias así silenciadas –y a veces profundamente disociadas y negadas– pueden reactivarse provocando malestar psíquico, problemas en el área sexual o síntomas psicósomáticos, dando lugar a una demanda explícita de asistencia o pueden ser detectadas por algún profesional del equipo de salud. Es importante tener en cuenta, en cualquiera de estos casos, que la demanda implícita o explícita puede ser una oportunidad privilegiada –tal vez la única que la mujer en cuestión pueda permitirse– para abrir una instancia de confiabilidad y de intervención adecuada.

Principales objetivos de la atención

Protección: Conjunto de medidas que tienen por objetivo el resguardo de la víctima. Es obvio que la protección es un aspecto esencial en las situaciones de convivencia –por ejemplo, en la violación marital– o cuando el agresor es familiar o conocido y tiene fácil acceso a ella –exnovios o exmaridos, vecinos, amigos. Pero también es importante cuando el o los agresores son desconocidos, y además pueden conocer el domicilio o los lugares frecuentados por la víctima: trabajo, club, universidad, colegio, etc.

Recuperación: Conjunto de medidas y cuidados preventivos o terapéuticos con relación a los daños físicos y psicológicos.

Reparación: Conjunto de medidas destinadas a resarcir a la víctima por los daños a la integridad, libertad, dignidad y sentido de justicia.

Los distintos sectores institucionales y comunitarios tienen diferentes implicancias en la concreción policial y judicial, aunque también puede ser muy importante el papel del entorno familiar y las redes naturales de sostén. La **recuperación** corresponde mayoritariamente a la tarea de los equipos interdisciplinarios de la salud. La **reparación** –desde una perspectiva institucionalizada– estará en manos de la justicia, si bien también hay alternativas de reparación fuera del ámbito judicial. Los procesos de recuperación emocional o psicológica pueden tener puntos de contacto con los procesos de reparación, pero no son asimilables. El apoyo y la contención psicológica están relacionados con la superación de las consecuencias sobre la salud psíquica. Pero este proceso no siempre alcanza para reparar el sentimiento de humillación y de injusticia.

Por ende, en lo que respecta a la reparación suelen ser muy importantes las respuestas y señales del entorno, entre las cuales tienen un papel protagónico las jurídicas; si bien no son las únicas posibles ni necesariamente, a veces, las más efectivas. Los caminos de la reparación son variados y singulares. Algunas mujeres apelan a procesos de autorreparación, a través de la elaboración intrapsíquica o a través de actos y apoyo, la comprensión y la valoración de personas cercanas y significativas. Para otras, estos caminos pueden ser útiles pero no suficientes y necesitarán señales visibles de reparación institucionalizada y/o pública, como por ejemplo el castigo penal o la sanción social del violador, indemnizaciones, o hasta la trascendencia mediática.

El rol de los servicios de salud en un abordaje integral

Si bien las violaciones pueden afectar distintas esferas vitales, la responsabilidad de las instituciones de salud en estos casos deriva de la constatación de que algunas de las consecuencias más frecuentes de las violaciones son los daños a la integridad física y psíquica y los riesgos específicos de embarazo y de transmisión de VIH sida y otras infecciones de transmisión sexual.

Los servicios de salud pueden así responder a un objetivo prioritario, es decir la atención médica y psicosocial, y también a un objetivo complementario no menos importante de carácter político y estratégico: un objetivo de legitimación social e institucional, en el sentido de que un problema, considerado de salud pública, merece el reconocimiento social y facilita el pedido de ayuda al poner al alcance de las víctimas un dispositivo conocido e incorporado a los hábitos de consulta de las personas.

Los servicios de salud juegan un papel fundamental en la atención de víctimas de violaciones en varios sentidos:

- Son un ámbito adecuado para atender consecuencias de las violaciones en lo referente a la integridad y la salud psicofísica de las víctimas, tanto inmediatas como prolongadas.
- Disponen de tratamientos preventivos para reducir riesgos específicos asociados a la violencia sexual, en especial el riesgo de embarazo y de VIH sida y otras infecciones de transmisión sexual.
- Pueden activar la intervención de otros ámbitos institucionales para responder a las necesidades de las víctimas.
- Son un ámbito privilegiado para lograr la detección temprana; en especial, la de la violencia reiterada.

La garantía de atención a las víctimas de violaciones en los servicios de

salud representa, sin duda, una pieza esencial de la atención integral. Sin embargo, por sí sola no resulta suficiente. El abordaje integral requiere articulaciones con distintos sectores: justicia, seguridad, educación y desarrollo social, con las áreas de género y mujer, oficinas de atención a las víctimas y organizaciones de la sociedad civil.

La intervención del sistema de salud ante esta problemática puede alcanzar mayor eficacia y calidad impulsando tanto la capacitación de sus equipos profesionales y asegurando los *stocks* de insumos con el fin de lograr respuestas especializadas y expeditivas (es decir, con capacidad operativa para responder a las cuestiones urgentes), como teniendo en cuenta, al mismo tiempo, la perspectiva de las víctimas, la naturaleza social del problema y una predisposición abierta a las necesarias articulaciones con otros ámbitos involucrados. La responsabilidad del sector salud es, por tanto, incuestionable. También pueden realizar aportes sustantivos las organizaciones de la sociedad civil y, en un sentido más amplio, la comunidad en su conjunto.

En este documento se abordarán específicamente las respuestas asistenciales que requieren las víctimas de violaciones. Este aspecto es fundamental, pero no es el único.

En la búsqueda de un abordaje integral y transformador, el aspecto asistencial debe ser encuadrado dentro de un conjunto de estrategias más amplias: avances legislativos, políticas públicas, campañas de concientización de la ciudadanía, que apunten a construir consensos cada vez más amplios y claramente comprometidos en contra de la violencia sexista, el silenciamiento y la impunidad.

MODELOS DE INTERVENCIÓN

Introducción

Existen diversos modelos de intervención que se han realizado o se realizan en diversos países. A continuación, se presenta una breve reseña de ellos:

- **Centros de crisis de violación,**¹ de gran difusión en Estados Unidos y Canadá, y algunos países europeos, desde principios de los años setenta. En general responden a iniciativas de organizaciones de mujeres financiadas por administraciones locales o agencias internacionales. Tienen un enfoque centrado en las necesidades de las mujeres e intentan dar respuesta a los diferentes aspectos del problema: médico, psicológico, jurídico, social, etc. Ponen énfasis particular no solo en la superación del ‘trauma’ de la violación sino sobre todo en el empoderamiento de las mujeres afectadas y su concientización acerca de las determinaciones socioculturales del problema que se ponen en juego en estas situaciones. Estos centros fueron en muchos casos los primeros en atender mujeres agredidas sexualmente y al mismo tiempo que fueron recogiendo testimonios, documentando su propio trabajo, realizaron un trabajo para cambiar conceptos y lograr un reconocimiento y legitimación de la problemática en el sentido de que requería tanto respuestas sociales generales como intervenciones profesionales específicas.
- **Servicios focalizados en el ámbito jurídico.** Se trata de un modelo centrado en fiscalías especializadas. Este tipo de abordaje se ha desarrollado en la ciudad de México y en diversas ciudades de España, desde principios de los años ochenta. En Argentina, las oficinas de atención a las víctimas tienen un abordaje semejante. Es un abordaje que se basa principalmente en instrumentos jurídicos y en estrategias que tienden a compensar la posición de debilidad de las víctimas ante los procedimientos judiciales. La atención gira en torno a la denuncia y al proceso judicial. Se alienta la denuncia con la convicción de que la misma contribuye no solo a la posible reparación de la víctima sino

1 - Un texto ilustrativo de este modelo es el artículo de Joanie Vance, «Los centros de crisis para casos de violación», en *Atlantis*, núm. 2, Canadá, 1979 y que fuera publicado en *Travesías*, núm 2, *Cuerpos y palabras en lucha*, Ediciones CECYM, Buenos Aires, 1995.

también a la visibilidad social del problema. No obstante se contempla la posibilidad de que una mujer no quiera instar la acción penal. Las otras dimensiones del problema se encauzan a través de las correspondientes derivaciones.

- **Servicios dentro del ámbito hospitalario.** El modelo hospitalario toma como eje los cuidados médicos de emergencia y un enfoque interdisciplinario de abordaje de crisis encauzando la atención de los distintos aspectos a través de derivaciones intra y extrahospitalarias. Dentro de este modelo existen dos variantes:

Equipo interdisciplinario especializado.

Coordinación interna entre servicios involucrados en la problemática: entre otros, ginecología, infectología, guardia, salud mental, servicio social. Por lo general, se designa a uno o dos profesionales de alguno de estos servicios como referente/s particular/es del tema. Esta variante implica sensibilización y capacitación de los profesionales que eventualmente tienen que ocuparse de la atención de víctimas de violaciones, en el aspecto que corresponda según los respectivos servicios.

- **Redes intersectoriales:** agrupa un conjunto de estrategias dirigidas a potenciar y articular recursos asistenciales ya existentes, distribuidos en distintas asociaciones y organismos tanto gubernamentales como no gubernamentales, de ámbitos heterogéneos: salud, justicia y fuerzas de seguridad, educación, áreas mujeres, colegios y asociaciones profesionales, ONG especializadas, etc. En la práctica alguno de estos organismos suele asumir una responsabilidad más directa en la coordinación.

La elección o predominancia de uno u otro modelo depende de un conjunto de circunstancias entre las cuales cabe mencionar: tradiciones institucionales, enfoques teórico-metodológicos, definiciones ideológicas, contextos políticos, viabilidad práctica. En general, la puesta en marcha de alguna de estas modalidades a veces termina por definirse en función de iniciativas, liderazgos, o mayor permeabilidad de alguno de los sectores involucrados.

Antecedentes del modelo hospitalario.

El servicio de atención a víctimas de agresiones sexuales del Hospital de Boston, Estados Unidos

Este modelo tiene como antecedente histórico el servicio dirigido por Ann Wolbert Burgess y Linda Lytle Holmstrom, en el Hospital de Boston, a principios de los años setenta, que es uno de los primeros servicios de atención a víctimas de agresiones sexuales en Estados Unidos. Incluimos una breve referencia a este servicio porque influyó y fue tomado como modelo en diversos países.

Inicialmente fue un programa de asesoramiento, y luego se convirtió en un servicio, parte del Departamento de Emergencias del Hospital. Se ocupa de todos los aspectos médicos, legales y de las necesidades emocionales de las víctimas. Tiene un enfoque interdisciplinario, la coordinación está a cargo de personas con formación en psiquiatría (en otros casos la coordinación está a cargo de otros profesionales, por ejemplo en Argentina, está a cargo de profesionales de ginecología y obstetricia, como se verá mas adelante) y el resto del equipo está conformado por médicos y trabajadores sociales.

El servicio también establece articulaciones con otros programas locales, estatales o nacionales e incluye programas educativos sobre prevención de la violencia y de la violación a nivel comunitario.

¿Cómo funciona?

Cuando una persona adulta o niño/a que ha sufrido una agresión sexual llega al hospital es derivado al Servicio para Víctimas. El Servicio de Atención a las Víctimas desarrolló un proceso muy estructurado de atención. Y está organizado en distintas fases.

1. Una enfermera es el primer contacto de la persona que llega al servicio de emergencia del hospital. La enfermera inmediatamente acompaña al paciente a una sala privada y le asigna un/a coordinador/a del Servicio de Atención a las Víctimas. Esta es la persona encargada de atender a la persona mientras está en el servicio de emergencia. Cada turno tiene una persona encargada de esta coordinación.
2. Luego intervienen médico/as o enfermeros/ras según la edad y sexo de la persona que acude al servicio. Por ejemplo, será un pediatra que atenderá a una niña o niño y un especialista en ginecología el que atenderá a una mujer adulta. El número real de profesionales que atiende cada caso es el mínimo indispensable, y es el coordinador del servicio de emergencia quien coordina todo. Incluso coordina los servicios externos al hospital como puede ser el contacto con las autoridades de protección de menores o la policía. Para simplificar el proceso de atención a las víctimas hay un *kit* que contiene todos los insumos necesarios que debe ser repuesto luego de ser usado por el profesional.

3. En el protocolo de atención está previsto que la víctima decida hacer la denuncia. En ningún caso se la obliga. Sí se la informa. Para los casos que la haga, el hospital ha estandarizado el proceso. Pero tanto unos u otros son informados de sus opciones y esto incluye la posibilidad de rechazar algunos de los exámenes médicos. El protocolo se divide en tres partes: emocional, médico y médico legal. La secuencia en la cual se lo aplica puede variar frente a diferentes personas. El componente médico del examen incluye el tratamiento de lesiones, se indican exámenes de infecciones, especialmente de enfermedades de transmisión sexual; a las mujeres se les ofrece una posibilidad de test de embarazo y de prevención y /o tratamiento. Es importante destacar que en este protocolo se reúnen dos funciones del examen médico: el examen de cuidado de la salud de la víctima y la recolección de pruebas para los casos de denuncia. A tal efecto existe un *kit* para recolectar las evidencias legales.²
4. Todas las víctimas que son atendidas en este servicio reciben instrucciones escritas sobre los pasos médicos que deben dar, por ejemplo, continuación de los análisis, etc. También se les anticipa qué tipo de reacciones emocionales, físicas, de los familiares, etc., se pueden producir. También se les proporciona una lista de recursos en casos de que necesiten ayuda posteriormente.
5. En todos los casos se realiza un seguimiento y evaluación. Se hace un seguimiento telefónico, pocos días después. Si no se lo ha podido contactar se le envía una carta ofreciéndole que puede acercarse si necesita algo. Si en un mes no se ha recibido respuesta, se envía una nueva carta.
6. También se ofrecen sesiones de apoyo por parte del grupo especializado. Aquellas personas que tienen antecedentes psiquiátricos, o enfermedades o dificultades sociales, son especialmente supervisadas para que reciban la atención que necesitan. En caso que necesiten terapia son derivadas a otros programas comunitarios con los que el Servicio para Víctimas tiene permanente contacto, ya que el Hospital no tiene capacidad para ofrecer este servicio. La atención psicológica es un elemento fundamental del modelo, basado en la idea de las marcas psicológicas que deja un acto de agresión sexual. De hecho, Burgess y Holmstrom, fundadoras de este servicio, desarrollaron el concepto de *síndrome del trauma posviolación*, para dar cuenta del efecto a nivel psicológico de una violación.

¿A quienes atiende?

2- En el estado de Massachusetts ese kit está disponible desde noviembre de 1988.

El Servicio de atención a las víctimas de agresiones sexuales atiende a:

- Víctimas de violaciones y de todo tipo de agresiones sexuales, incluido el acoso sexual;
- Personas adultas, mujeres en su mayoría, pero también varones y niñas/os;
- Víctimas recientes y víctimas de abusos sexuales de larga data, aunque su fuerte es la atención de la situación inmediata;
- El protocolo para la preservación de pruebas en el caso de que se quiera hacer una denuncia es similar para personas adultas que para niñas/os. Es decir, el concepto de víctima es amplio.

Este enfoque de atención –que se caracteriza por la conformación interdisciplinaria del equipo y la articulación, dentro del mismo hospital, de la atención médica, psicosocial y también de la práctica forense destinada a la recolección de pruebas para la eventual denuncia– ha sido replicado en otros hospitales de Estados Unidos, de países europeos y de América Latina.

La experiencia argentina.

Hospital Pirovano, ciudad de Buenos Aires, Argentina

En los últimos años se han implementado en ciudad de Buenos Aires y algunas provincias y municipios, protocolos de atención a víctimas de violaciones en el ámbito hospitalario. En la ciudad de Buenos Aires, han tenido un papel pionero el Hospital Álvarez, el Hospital Muñiz, y más recientemente en el Hospital Pirovano.

En 2004-2005 se conformó un equipo especializado en el Hospital de Agudos Ignacio Pirovano de la ciudad de Buenos Aires.³ Tomamos como referencia el proceso llevado a cabo en este hospital, porque fue sede del proyecto «Evaluación de un modelo de atención a víctimas de violaciones en un hospital público», coordinado por el Centro de Encuentros Cultura y Mujer, y apoyado por el Population Council, lo cual permitió un análisis de las debilidades y fortalezas del modelo.

Esta experiencia pudo ser realizada porque:

3 - Una descripción de este proceso puede encontrarse en «Evaluación de un modelo de atención a víctimas de violaciones en un hospital público», www.cecym.org.ar

- En la ciudad se contaba con un marco legal específico: la Resolución 2557, que define un Protocolo de Atención a Víctimas de Violaciones;⁴
- Contó con el apoyo institucional del Centro de Coordinación de grupos de trabajo para la atención de mujeres víctimas de violencia sexual en los hospitales públicos;⁵
- Existía también en la ciudad el Programa para la Prevención y Atención de Mujeres Víctimas de Delitos contra la integridad sexual,⁶ creado por la Resolución 334 (noviembre de 2002): resolución conjunta de la Secretaría de Desarrollo Social del GCBA y de la Secretaría de Salud.

Durante este proceso se conformó el EVAS -Equipo de Atención a Víctimas de Agresión Sexual- que se ocupa de todos los aspectos médicos, emocionales y sociales de las víctimas. Está integrado por un equipo interdisciplinario de profesionales de los servicios directamente involucrados (tocoginecología, infectología, guardia, enfermería, servicio social, farmacia, salud mental). EVAS también establece articulaciones con otros programas y servicios para atender aspectos legales, u otros.

- El EVAS atiende a mujeres mayores de 15 años que acudan al hospital dentro de los seis meses de ocurrida la violación. En el caso de niñas (menores), depende de las edades, se atiende la demanda urgente y se deriva para seguimiento a servicios específicos. Esta población foco ha demostrado cubrir en la práctica casi la totalidad de las consultas. El enfoque no está destinado a la atención de varones, pero en los casos -hasta el momento poco numerosos- en que se ha presentado un varón violado, se lo atiende derivándolo a los servicios correspondientes.
- Una persona que ha sufrido una violación puede entrar al hospital por guardia o por otros servicios. Es inmediatamente derivada al Servicio de Guardia de Tocoginecología, que funciona 24 horas. El componente médico del examen incluye el tratamiento de lesiones, se indican exámenes de infecciones, especialmente de enfermedades de transmisión sexual; a las mujeres se les ofrece una posibilidad de test de embarazo y de prevención (Anticoncepción de Emergencia) y se

4 - El protocolo fue elaborado por el equipo del Hospital Álvarez, integrado por la Dra. Galimberti, el Dr. Guz y la Lic. Larcamón y el asesoramiento socio-jurídico del Centro de Encuentros Cultura y Mujer (Ver adjunto Protocolo) y toma en cuenta las recomendaciones realizadas en el taller «Violencia basada en género y violencia sexual», que tuvo lugar en el marco de las XXI Jornadas de Ginecología y Obstetricia, Buenos Aires, mayo 2003 y fue adoptado por la Secretaría de Salud de la ciudad de Buenos Aires, por la Resolución 2557, del año 2003.

5 - Este Centro está coordinado por la Dra. Diana Galimberti.

- evalúa la aplicación de los antirretrovirales para prevención de VIH – Sida. Es decir, se aplican las especificaciones del protocolo (ver anexo).
- Una profesional del equipo es la persona que acompaña a la víctima en todas las intervenciones necesarias
 - Existen permanentemente entre cinco y seis *kits* médicos, con los insumos que pueden necesitarse (Anticoncepción de Emergencia, los antirretrovirales, etc.). Toda práctica y medicación es explicada y se solicita el consentimiento informado. Esto incluye la posibilidad de rechazar algunos de los exámenes médicos o la medicación que se les propone. De todos modos se explica con claridad las razones de cada intervención o prescripción y los efectos, qué hacer en cada caso frente a esas situaciones.
 - La entrevista inicial a cargo de las integrantes del EVAS permite determinar si es necesario hacer una derivación a un servicio de asistencia psicológica o si se requiere una consulta psiquiátrica. En algunos casos se realiza una derivación a otro servicio o programa. Al mismo tiempo, el Servicio Social aborda los problemas o dificultades que se presenten en temas de su competencia.
 - En caso que corresponda, se le informa de la posibilidad u opción a la denuncia.
 - En todos los casos se realiza un seguimiento y evaluación. Se hace un seguimiento telefónico, pocos días después:
 - o A la semana, a los treinta días, a los tres y a los seis meses.
 - o El seguimiento psicológico se hace coincidir con el seguimiento médico.

El equipo brinda una atención centrada en las necesidades de las víctimas y una relación fluida con los servicios y profesionales que participan en los distintos momentos de la intervención. Asimismo están garantizadas las derivaciones a otros organismos públicos de la ciudad, a través de contactos directos y personalizados.

6- Integrado entre 2005 y 2008 por la Dirección General de la Mujer (Servicio Telefónico y Centro Integral de la Mujer Malharro), dependientes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, el Hospital Álvarez, el Hospital Muñiz, el Hospital Pirovano, la Oficina de Atención Integral a Víctimas de Delitos, el Colegio de Abogados de la Ciudad de Buenos Aires y los Centros de Salud 23 y 24 del Hospital Durand. Actualmente este programa sigue con recursos más limitados.

PROTOCOLO DE ATENCIÓN: IMPORTANCIA Y PRINCIPALES ASPECTOS

La importancia de procedimientos normatizados es que la intervención no queda librada a la decisión o discrecionalidad de los profesionales. La ventaja de los protocolos se incrementa cuando se puede contar, entre otros, con los siguientes factores favorables: apoyo de las autoridades, consolidación de un equipo interdisciplinario y sensible a esta problemática o al menos de referentes en las distintas especialidades involucradas; disponibilidad del *kit* de medicamentos; atención 24 horas o en el horario lo más extenso posible. También es importante la información a todo el personal del servicio de salud –profesional, técnico y administrativo- para que las víctimas que pueden llegar a cualquier servicio y a cualquier hora reciban la orientación precisa.

Una parte esencial de estos protocolos está destinada a la prevención del embarazo y del VIH-sida y otras ITS, medidas que deben ser tomadas con urgencia. De ahí la importancia de que las víctimas y la población general tengan información correcta y comprensible acerca de estos métodos preventivos con el fin de que las consultas se realicen en los plazos adecuados.

Prevención del riesgo de embarazo en casos de violaciones

Anticoncepción de emergencia (AE)

La **anticoncepción de emergencia (AE)** de tipo hormonal es un excelente método preventivo y de alta efectividad contra el riesgo de embarazo en los casos de violaciones. La principal ventaja de la AE es que permite evitar un embarazo no deseado en la última línea posible de prevención, después de una fuerte exposición al riesgo producto de una violación o de cualquier relación sexual sin protección. Por lo tanto debería tenerse en cuenta este recurso en otras situaciones en las que por ejercicio de violencia o presiones, las mujeres no pudieron utilizar métodos anticonceptivos. La aplicación de

este tratamiento es relativamente sencilla y por lo general es bien tolerado, salvo molestias que desaparecen pronto.

A los quince días de aplicado el tratamiento (si no se presentó una pérdida menstrual) conviene realizar un test para confirmar que no se ha producido embarazo. Aunque es un método que no produce efectos secundarios en la salud o la fecundidad futura, debe ser utilizado como tratamiento de emergencia y no como método anticonceptivo de rutina, principalmente por dos motivos: a) Porque usado en forma reiterada no pueden excluirse efectos no deseados para la salud,¹ b) porque no es un método adecuado para la prevención de ITS. El método que reúne los dos objetivos -prevención del embarazo y el ITS- es el de los preservativos, masculino y femenino.

Actualmente se recomienda el uso de AE hasta el quinto (insistentemente 72 horas de elección) día posterior a la exposición. Se debe comenzar con la primera toma lo antes posible, ya que la eficacia disminuye paulatinamente a medida que pasan las horas. La AE no es efectiva si ya existe un embarazo y no altera su curso.

Aborto posviolación

Un nudo crítico de la intervención se presenta cuando hay una consulta por un embarazo reciente producto de una violación y la mujer está decidida a interrumpir el embarazo. Existe en estos casos una expectativa de recibir una respuesta efectiva por parte del servicio de salud.

En la mayor parte de los países donde existen legislaciones avanzadas, el aborto en los casos de violaciones, no solo está despenalizado sino que se garantiza su atención en los servicios de salud. Enfrentar la interrupción del embarazo producto de una violación es un hecho que, al sumarse al impacto propio de la violación, representa un proceso de alto costo emocional. Las experiencias recogidas en los centros de atención de mujeres violadas en países en los cuales está despenalizado el aborto en casos de violaciones muestran que las mujeres que eligen esta opción cuando está legalizado y cuentan con la contención de los equipos profesionales tienen mejores posibilidades de elaborar este trance, dándole un sentido de reparación y de justicia.

1 - Con relación a una información que hasta ahora se mencionaba sobre la disminución de su efectividad, si bien no disponemos de estudios sistemáticos, no hay evidencia que esto suceda. Al menos es un aspecto abierto sujeto a debate.

En la región se pueden citar algunos estados de Brasil en los que está protocolizada la atención a víctimas de violaciones y despenalizado el aborto en esos casos.

En Argentina, si bien en las interpretaciones de juristas de prestigio el aborto producto de una violación es un caso de aborto no punible, en la realidad estos casos suelen ser rechazados por los comités de bioética y judicializados. En Uruguay, el aborto es considerado un delito por la ley 9763 de 1938, vigente en el país. A pesar de incluir la violación entre las causas atenuantes y/o eximentes de pena, en la medida que la ley nunca fue reglamentada, los servicios de salud no realizan el procedimiento en la gran mayoría de las circunstancias con excepción de riesgo de vida y/o grave de salud de la mujer.

A modo de ilustración se presenta el modelo de intervención del Centro de Atención Integral de la Mujer, CAISM – Universidad de Campinas, Brasil, para los casos de aborto posviolación.

El CAISM es un centro modelo y referencia local y regional para un abordaje integral de víctimas de las violaciones. En este centro cuando una mujer ha sufrido una violación y ha quedado embarazada –sea porque no consultó previamente, o consultó tarde de modo que no se pudo prescribir la AE– se aplica un protocolo que evalúa la interrupción del embarazo. Este protocolo incluye una entrevista con el equipo integrado por médica/o, trabajadora social y psicóloga. En todos los casos se realiza una ecografía. En la decisión interviene además el director del servicio de ginecología, el director de clínica médica y representantes de la comisión de ética del hospital. (Bedonde, Aloisio José y Aníbal Faundes: Atendimento Integral às Mulheres Vítimas de Violência Sexual: Centro de Assistência integral à Saúde da Mulher, Universidade Estadual de Campinas)

En 1988, una ley municipal de Río de Janeiro estableció la obligatoriedad de dar atención a los pedidos de aborto previstos en la ley y designó hospitales específicos para atender esta demanda. Poco después, el Municipio de São Paulo, a excepción del servicio de São Paulo, en el Hospital de Jabaquara, tuvo una actuación bastante más eficiente. Sin embargo, el progreso fue muy tímido hasta 1996, cuando una ONG (Centro de Pesquisas Materno-Infantil de Campinas, CEMICAMP), vinculada a uno de los tres hospitales que prestaban estos servicios, organizó el «Primer foro interprofesional sobre implementación del aborto previsto en la ley», en noviembre de 1996 (en la ciudad de Campinas, en el estado de São Paulo). (Faundes, A, 2001)

Riesgo de transmisión de VIH sida y otras ITS en casos de violaciones

Otros riesgos asociados a las violaciones y abusos sexuales son la transmisión de VIH sida y otras infecciones de transmisión sexual (ITS). En la actualidad existe un tratamiento altamente eficaz para prevenir una posible transmisión de VIH-sida, que debe comenzar a aplicarse durante las primeras horas de producido el episodio de violación. El mayor o menor riesgo de transmisión de VIH-sida depende del tipo de contacto que se haya producido durante el ataque sexual. Sin embargo, aunque no haya habido eyaculación o penetración completa, no se pueden descartar los riesgos de transmisión. Esta decisión debe ser evaluada por médicas/os del servicio de infectología. Este tratamiento tiene una duración aproximada de treinta días. Solo es efectivo si se cumple en su totalidad. Dado que en algunos casos produce molestias, algunas mujeres dudan en continuarlo. Por eso es muy importante darles una información clara desde el principio, sugerencias para una mejor tolerancia y seguimiento de apoyo. Asimismo, actualmente existen métodos muy efectivos para la prevención y/o detección y tratamiento precoz, según los casos, de la mayor parte de ITS (sífilis, gonorrea, HPV, hepatitis B, herpes, tricomoniasis, chlamydia).

Lo más conveniente es concurrir **cuanto antes** a un servicio hospitalario especializado, en el cual el personal de salud pueda evaluar los riesgos según las características del ataque y tomar las medidas que considere oportunas.

Otros aspectos

Además de las medidas preventivas los protocolos contemplan la curación de lesiones si las hubiera. Los protocolos no se circunscriben a los aspectos médicos, sino que, respondiendo a la necesidad de un enfoque integral incluyen abordaje psicológico, atención por parte del servicio social e información sobre la denuncia. Por lo general, el abordaje psicológico comprende la contención inicial, evaluación de riesgos e interconsulta psiquiátrica si se considera necesario. En las semanas siguientes se planifica un tratamiento breve y focalizado (seis-ocho entrevistas), destinado a elaborar síntomas postraumáticos y reorganizar la vida cotidiana, dejando abierta la posibilidad de prolongar el tratamiento si el caso lo requiere, por derivación intra o extrahospitalaria. Asimismo, los protocolos establecen cronogramas de seguimiento médico y psicosocial.

MARCO CONCEPTUAL

Las **violaciones** se producen en distintas circunstancias y contextos. Abarcan una multiplicidad de modalidades. Hablar de violaciones sexuales es hablar de prácticas sexuales impuestas a través de la fuerza física o el uso de armas u otras formas de intimidación (amenazas, chantaje emocional, abuso de poder o de confianza) o el aprovechamiento de situaciones, en las cuales la víctima no ha podido consentir libremente. Pueden ocurrir en el ámbito doméstico o en el ámbito público; pudiendo ser el o los agresores, familiares, allegados o extraños. A veces se trata de episodios aislados y, otras, de situaciones reiteradas.

Por influencia de estereotipos culturales y de figuras arraigadas en la tradición legal, muchas veces el concepto de violación se restringe al de la penetración vaginal. Sin embargo, no siempre coincide con la experiencia de las mujeres afectadas, para quienes, por ejemplo, la penetración con objetos o la coerción de practicar sexo oral o de masturbar al violador pueden ser tanto o más graves que la penetración vaginal.

Las **violaciones sexuales** son una de las formas de la **violencia sexual**, que incluye entre otras figuras, la explotación sexual, el acoso sexual, las violaciones incestuosas. A su vez todos estos conceptos deben ser incluidos dentro del concepto más amplio de **violencia de género**, que remite a «actos de fuerza o coerción, con una intención de perpetuar y promover relaciones jerárquicas de género».¹ Esta definición reconoce la dimensión social, basada en la estructura de poder de género y confronta con las viejas nociones hegemónicas patriarcales, que atribuían la violencia a alguna falla accidental o desviación.

¹ - Foro de Mujeres Asiáticas, 1990. Lori IESE, en *Violencia contra la Mujer: la carga oculta de salud*, Washington, OPS, 1994.

Dimensión cuantitativa

En Uruguay, como en muchos otros países, no hay datos que den cuenta de la incidencia y prevalencia de las violaciones y otras formas de abuso sexual. A pesar de las recomendaciones de los organismos internacionales de salud (OMS, OPS) de la importancia de diseñar e implementar registros específicos, esto no es todavía un hecho en la mayor parte de los servicios públicos de salud, al menos de los países de América Latina. En la bibliografía especializada se suele encontrar algunas citas aisladas que establecen que en diversos estudios se han relevado prevalencias que varían entre el 5,1% y 29% (Heise y cols., 1994; Goldind y cols., 1998) (Citado por Faundes y Andalaft, 2001). Estas variaciones sin duda se deben a que se usan distintas definiciones, y también a los métodos de registro, que no son comparables. En Uruguay, dado que no pudimos acceder a registros, citaremos las estadísticas de denuncias: los datos correspondientes al año 2009 indican un total de 212 violaciones consumadas y 90 en grado de tentativa. Como es de esperar los valores más altos corresponden a la ciudad de Montevideo (72 y 18 respectivamente) y le sigue Canelones con 52 y 24 denuncias. Cifras que no presentan variaciones significativas en los últimos años.

Pero lo que importa señalar es que la estadística de denuncias está lejos de dar cuenta del número real de violaciones. No hay criterios posibles para determinar el porcentaje de denuncias con relación a la cifra total. Sí es posible afirmar con certeza que el número real es mucho mayor.

Violaciones. Una tipología posible

Como hemos dicho, las violaciones pueden ocurrir en situaciones muy variadas. Son muchos los ejes que pueden tomarse para intentar tipologías. Con una intención orientativa y tomando en cuenta tres grandes conjuntos de factores (utilización o no utilización de violencia explícita; ámbito público o privado y vínculo entre el victimario y la víctima) puede construirse la siguiente tipología:

- Violaciones en situación de guerra o conflicto armado, o dentro de los dispositivos de control y represión del Estado (comisarías, cárceles).
- Violaciones sorpresivas por parte de extraño/s, con uso de armas, amenazas, fuerza física, secuestro o aislamiento. En algunos casos, pueden ir acompañadas de otros delitos como asalto o robo e implicar un grave riesgo a la integridad física para la víctima, incluso el de muerte.

- Violaciones por parte de familiares, allegados o conocidos, mediante engaño, coerción, abuso de poder y de confianza, chantaje emocional o utilización de debilitadores como las drogas y el alcohol. Pueden darse también en una relación ocasional con desconocido. Muchas veces el violador, para concretar su objetivo, pasa del engaño a la fuerza explícita.
- Violaciones que se producen en el marco de una relación de autoridad o dependencia (profesor-alumna; empleador-empleada; médico-paciente). En general, no hace falta la fuerza explícita, sino que basta la «seducción», el engaño, la presión o el chantaje emocional; pero en algunos casos, cuando la víctima se resiste, se utiliza la fuerza.
- Violación marital. Puede ser un episodio aislado o, más frecuentemente, se produce en forma reiterada, combinándose con otras manifestaciones de la violencia marital. Puede ocurrir con fuerza explícita o diversas formas de intimidación y coerción. Un subgrupo significativo son las violaciones de exparejas. Estas pueden ocurrir en el marco de una cita o encuentro acordado o de manera imprevista, en lugar público. Pueden producirse con violencia explícita o mediante diversos grados de coerción. Las violaciones de exparejas tienen una evidente intención de represalia sexista; el agresor golpea allí donde piensa que puede hacer más daño a esa mujer que ha desafiado su sentido machista de «propiedad».

Aspectos psicológicos

La especificidad de los efectos psíquicos de las violaciones deriva en gran medida de que se trata de un ataque sexual vivido en una cultura que naturaliza los nexos entre sexualidad, violencia y poder de género y que estigmatiza a las víctimas. Las mujeres que sufren una violación construyen el significado de esta experiencia traumática, inmersas en valores y creencias predominantes en su contexto cultural y los efectos mismos del trauma están connotados por esta dimensión social. Es más, vivencias frecuentes en algunas víctimas como los autorreproches y los sentimientos de culpa solo pueden ser cabalmente comprendidos y elaborados si se tienen en cuenta los estereotipos culturales.

Para comprender ciertas particularidades de los daños que provocan las violaciones es ineludible tener en cuenta que se trata de un trauma ocasionado por una agresión intencional, de carácter sexual y de connotación sexista. Las víctimas experimentan, por una parte, el dolor y el desamparo de una violencia interpersonal con voluntad de daño, durante la cual se han sentido

a expensas de la discrecionalidad del agresor, llegando incluso a temer por su vida.

El carácter sexual del ataque no por obvio es menos decisivo. Los estudios y la práctica clínica psicoanalítica han subrayado la importancia crucial de la sexualidad en la estructuración psíquica, en la consolidación de la autoestima y de la identidad sexual; es decir, el conjunto de componentes que permite que los seres humanos se valoren en tanto sujetos sexuados. Por otra parte, los estudios de la mujer han mostrado la influencia que tiene sobre estos procesos la construcción social de la sexualidad femenina y masculina.

Síntomas típicos que suelen aparecer son el asco, la repugnancia, la sensación de estar «sucio», el rechazo del propio cuerpo o la necesidad de esconderlo y los trastornos en las relaciones sexuales. Los daños son mucho más severos cuando la violación o el abuso se producen en la infancia, haya o no habido penetración. Si bien en este texto nos ocupamos de las violaciones en la vida adulta y existe una amplia y documentada bibliografía sobre los daños del abuso sexual infantil, vale la pena subrayar que varios factores contribuyen a la severidad de estos daños. Muy sintéticamente, podemos enumerar la inmadurez propia de la edad; la dependencia emocional en relación al victimario; en algunos casos, la exposición de la niña o el niño a la violencia del incesto; la reiteración de los episodios abusivos –algunas veces por etapas prolongadas– y el pacto de silencio, que suele rodear estas situaciones de victimización.

En la pubertad o la adolescencia –y más aún si la víctima no ha tenido experiencia sexual previa– también las consecuencias pueden ser muy severas, porque se trata de una etapa evolutiva y de una vivencia –la del inicio sexual– que son cruciales para el desarrollo futuro de una vida sexual placentera y saludable. En esta edad, si bien las chicas pueden estar preparadas biológicamente para la sexualidad, a veces no están maduras psicológicamente y, en cualquier caso, es fundamental que el comienzo de las relaciones sexuales pueda vivirse en los tiempos adecuados, sin violencia y en el marco de relaciones afectivas compatibles con los valores y educación de cada persona. Una violación sufrida en la pubertad o adolescencia y cuando la joven todavía no tiene experiencia sexual expone a un dispositivo psíquico aún inmaduro –en razón de la etapa evolutiva– a una vivencia que anuda sexualidad y violencia en la experiencia del inicio, generando un riesgo cierto y frecuente de que la víctima quede capturada por una imagen fija y angustiada que tiende a repetirse frente a posteriores acercamientos sexuales. El odio y rechazo a los hombres, el temor y retracción ante las relaciones sentimentales y sexuales y la asociación obsesiva entre sexo y violencia, son algunas de las marcas frecuentes y que más dolor producen en las víctimas y

también más difíciles de superar, si no media una adecuada intervención psicoterapéutica y/o experiencias afectivas reparadoras.

Pero además de sexual, la violación es un ataque de intencionalidad sexista; es decir, un ejercicio de poder que expresa hostilidad y desvalorización hacia las mujeres y que se propone someterlas y humillarlas en el corazón de su identidad femenina. La intencionalidad sexista, percibida a veces por la víctima de una manera consciente y explícita y, otras, de manera subliminal, genera algunos de los sentimientos más perturbadores y amenazantes como el odio y los deseos de venganza. Decimos que son amenazantes porque – de no ser bien canalizados– pueden volverse contra la propia víctima, tomando la forma de síntomas autodestructivos como la anorexia, las conductas sexuales de riesgo, las automutilaciones o las ideas y/o intentos de suicidio. También suele observarse, sobre todo cuando las víctimas son jóvenes, que el odio hacia el violador se desplaza a todos los hombres, con el consiguiente impacto perjudicial en el ulterior desarrollo de las relaciones sentimentales y eróticas.

No podemos dejar de considerar una problemática particularmente influida por la cuestión de género, que es la que se refiere a los temores al embarazo. En general, un cierto grado de preocupación al respecto está presente en todos los casos. A veces estos temores presentan manifestaciones exacerbadas y obsesivas; lógicamente ceden ante la posibilidad cierta de prevención. De ahí la importancia crucial de la anticoncepción de emergencia, ya que evitan por un lado que una mujer violada esté expuesta a enfrentar consecuencias dramáticas y, a la vez, la alivian de temores angustiosos en los momentos inmediatos a la violación. Si los cuidados preventivos no han podido aplicarse sobreviene una etapa de incertidumbre ligada al resultado del análisis, en la cual la angustia se incrementa por la idea de que era un problema que podía evitarse. Enfrentada a la realidad crucial de un embarazo producto de una violación, cualquier opción que pueda adoptar una mujer no soluciona el problema y compromete seriamente su salud psíquica y sus proyectos vitales. Un embarazo producto de una situación abusiva, unido a situaciones severas de indefensión, puede provocar grave desestructuración psíquica. Los profesionales deben enfrentar en estos casos un problema de gran complejidad no solo psicológica, sino que involucra también dimensiones ideológicas y éticas.

Síndrome de estrés postraumático de la violación

Cuando se trata del abordaje de situaciones irruptivas de violación, por la fuerza y con riesgo de vida, ha sido propuesta una entidad clínica específica,

Llamada **síndrome del trauma de violación** (Burguess, Ann y Holmstrom, Linda, Boston, 1974). La descripción de esta entidad psicopatológica toma como referencia el Trastorno del Stress Postrumático (TSPT) reconocido por la American Psychiatric Association (APA) e incorporado al Diagnostic and Statistical Psychiatric Manual of Mental Disorders (DMS) de los Estados Unidos.

Sintéticamente podemos decir que este síndrome, que incluye trastornos de comportamiento y síntomas somáticos y psicológicos, constituye una reacción aguda ante una situación traumática; es decir, aquella que desborda las posibilidades normales de reacción y adaptación, por su carácter de inesperada y grave.

Habitualmente el síndrome se desarrolla en dos fases. La primera de ellas es la **fase aguda**, en la cual son evidentes los síntomas físicos, el pánico y la desorganización en distintas facetas del funcionamiento cotidiano. El impacto de la violación puede ser tan fuerte que provoque estados de confusión y de shock. Es importante subrayar que se han descrito dos modalidades para esta primera fase: la *expresiva* (llanto, risas, insomnio, angustia) y la *controlada o controlada*, en la cual los sentimientos presumibles de miedo, ira, angustia, se presentan ocultos, enmascarados o disociados, con lo cual las víctimas aparecen tranquilas, sosegadas, y en ocasiones, deprimidas. Decimos que es importante esta distinción, porque a veces se desconfía de las víctimas que se mantienen «enteras»; la descripción del síndrome no deja lugar a dudas: **tan «normal» es una respuesta expresiva o alterada, como una reacción controlada o disociada.**

La segunda fase, que suele iniciarse dos o tres semanas después del ataque, se caracteriza por una paulatina **reorganización** del modo de vida habitual. Son frecuentes en esta etapa:

- los **temores sexuales** (particularmente para quienes no han iniciado aún su vida sexual) y **trastornos o malestares** para las mujeres sexualmente activas, sobre todo si la pareja presiona para la reanudación de las relaciones;
- las **fobias y pesadillas** recurrentes, y
- una **tendencia inusual a cambios y movilidad** (mudanzas, cambios de teléfono, viajes, búsqueda ansiosa de compañía).

En la mayor parte de los casos, los síntomas se van atenuando y el proceso de reorganización se encamina hacia una última fase llamada de **resolución**. El apoyo psicológico puede contribuir de una manera significativa a aliviar los síntomas o acortar los tiempos de la reorganización.

En algunos pocos casos, cuando la persona presenta antecedentes psiquiátricos u otro tipo de conflictos graves, suelen presentarse síntomas adicionales (reacción **combinada**) tales como depresión ansiosa, disociaciones psicóticas, conducta suicida, abuso de drogas o conductas sexuales de riesgo. En estos casos es necesario complementar el abordaje de crisis con un encuadre clínico más amplio.

Existe también un tipo de reacción **silenciosa o inhibida**. Se observa en la víctima que no habla con nadie –por miedo, vergüenza o para proteger su intimidad, o «cuidar» a otros. Este silencio forzoso le impide elaborar los efectos de la violación y por tanto soporta durante años una pesada carga psicológica. Estos casos suelen detectarse de manera indirecta; a veces, una agresión sexual en el presente reactiva una del pasado, que había sido silenciada. Otras veces la reiteración e insistencia de ciertos síntomas –somáticos, psíquicos o sexuales– que finalmente pueden ser «escuchados» en su latente significación, permiten a profesionales de la salud salir al encuentro de la demanda que hasta ese momento no había podido ser formulada.

El **síndrome del trauma de la violación** responde a la lógica y al lenguaje propios del campo psiquiátrico, y si bien Burgués y Holmstrom lo adaptaron a los casos de violaciones, de todas maneras se priorizan los aspectos sintomáticos y se soslayan algunas cuestiones básicas y específicas para los casos de las violaciones. En este sentido, puede señalarse que:

- No profundiza en las implicancias que tiene para la víctima el carácter intencional y sexista del hecho.
- Pone el énfasis en la indefensión de las mujeres –que sin duda existe- y no en la voluntad y capacidad de supervivencia y resistencia –que también existen.
- Si es usado con rigidez puede producir un efecto de «rotulación». Sabemos que este es un deslizamiento no intencional, pero tampoco infrecuente en ciertas intervenciones. La «rotulación» que habitualmente proviene de la «palabra del saber» (en este caso psiquiátrico) puede producir en la víctima una dinámica de adherencia a una identidad fija de «*mujer violada*».

Sin embargo, incluido en un enfoque que subsane estas limitaciones, representa un instrumento muy útil para la intervención. Por otra parte, resulta particularmente eficaz en el ámbito judicial a la hora de objetivar las consecuencias psicológicas de una violación. Abogados patrocinantes, fiscales o jueces, pueden encontrar en este concepto argumentos científicos legítimos.

Evidentemente, para la querella, la descripción de un daño científicamente diagnosticable puede convertirse en un elemento de peso.

Abordaje psicológico con perspectiva de género

La mujer que concurre en busca de ayuda psicológica a raíz de una violación puede manifestar gran variedad de sentimientos, tales como pánico, angustia, rabia, culpa, vergüenza, desamparo, desconfianza, deseos de venganza, sensaciones de suciedad y asco. Puede preguntarse por qué le ocurrió a ella, negar el hecho o sus repercusiones psicológicas; autorrecreminarse por no haber resistido lo suficiente o sentir rabia contra sí misma por no haber estado suficientemente alerta. Un clima de confianza, credibilidad y respeto es esencial para abrir un espacio de contención y de escucha a una persona que ha vivido un ataque que vulnera varias áreas vitales:

- su integridad física y psicológica,
- su integridad y libertad sexuales,
- su dignidad personal, y
- el sentido de justicia.

La perspectiva de género representa un aporte fundamental dentro del encuentro psicoterapéutico, ya que, tanto la mujer afectada como la persona que lleva a cabo la intervención, están inmersas en un contexto sociocultural que sostiene ideas prejuiciosas –tanto explícita como implícitamente– en relación con las víctimas de violaciones.

Creencias y prejuicios, largamente acuñados por la cultura patriarcal, las convierten en sospechosas, y les atribuyen comportamientos totalmente pasivos, sin advertir las estrategias de supervivencia y de resistencia que suelen poner en juego en una correlación de fuerzas adversa; silenciando o desmintiendo el relato de sus experiencias. Es por esto que el encuentro psicoterapéutico es un espacio privilegiado para que puedan enunciarse, escucharse y circular palabras que cuestionen los discursos de culpabilización y estigmatización.

En relación con los objetivos de la intervención psicológica, los saberes teórico-clínicos y la perspectiva de género se articulan en las propuestas de diversos grupos. Algunos de los más importantes son, entre otros:²

- Identificar y atender los puntos más urgentes.
- Evaluar riesgos y asegurar contactos con redes de protección y apoyo.

2 - Entendiendo que deben ser seleccionados y priorizados según el caso.

- Dar cabida a la expresión del sufrimiento, abriendo nuevas significaciones para que el hecho –aunque doloroso y traumático– pueda ser aceptado e incorporado a la historia personal.
- Disipar inquietudes y temores –reales o fantaseados– con base en informaciones claras, sencillas y precisas
- Analizar posibles dudas y dificultades acerca de a quién, cuándo y cómo hablar de lo sucedido y, en el caso de que la mujer ya lo haya relatado, valorar las respuestas que ha recibido, en particular de familiares y entorno cercano.
- Aportar elementos para que la mujer comprenda que la violación no se relaciona con sus características, comportamiento o historia personales, sino que **forma parte de su vulnerabilidad de género**. Estos argumentos pueden contribuir de manera significativa a aliviar los autorreproches, la vergüenza y la pregunta: ¿por qué a mí?
- Fortalecer su posición de sujeto. Valorar las estrategias de supervivencia y resistencia que puso en juego durante o después del ataque. Resignificar los aspectos «fallidos» de su autodefensa poniendo de relieve la desigualdad de fuerzas y de poder.
- Escuchar y viabilizar su reclamo de justicia y de reparación.
- Propiciar el fortalecimiento yoico y la desvictimización.
- Abrir alternativas para que pueda ir reorganizando las facetas de su vida que se han visto afectadas.
- Propiciar la recuperación del cuerpo y del placer sexual.
- Dar cabida a la expresión de sentimientos «peligrosos» o amenazantes como el deseo de venganza, entendiendo que la «puesta en palabra» atenúa los riesgos de un «pasaje al acto». Debe considerarse que los efectos perniciosos de ese mismo deseo destructivo pueden volverse contra la propia víctima, provocando síntomas severos como anorexia, automutilaciones o intentos de suicidio.
- Esclarecer y reafirmar el carácter imprevisible del hecho y aportar elementos que le permitan comprender que es doloroso pero superable.

La orientación a los familiares y allegados

Algunas mujeres llegan a la consulta psicológica acompañadas por familiares o amigos/os. En estos casos es importante abrir desde el primer momento un espacio de contención para ellas/os, así como ofrecer orientaciones sobre la mejor manera de apoyar a la víctima.

A veces, la consulta inicial no la realiza la mujer afectada, sino un familiar o allegado. En estas situaciones se indagan los motivos por los cuales no puede

realizarla ella misma y se asesora a la persona consultante para que pueda darle contención y/ o propiciar un acercamiento.

Cuando los familiares están muy presentes y se manifiestan muy involucrados y pendientes de las consecuencias del hecho, suelen prevalecer actitudes de sobreprotección hacia la víctima, al tratar de evitarle todos los peligros y esfuerzos posibles. En estos casos es fundamental que puedan comprender que su papel es ayudar a que la mujer recobre su confianza, tanto en sí misma como en el medio que la rodea, y que asuma su vida en condiciones normales tan pronto como pueda.

También puede ocurrir que la ira y los deseos de venganza alcancen expresiones violentas; entonces es esencial que los familiares asuman que – si bien se trata de sentimientos legítimos y comprensibles– es necesario que los controlen para no causar más daño a la víctima.

Algunas mujeres experimentan –como un nudo específico de la situación– ambivalencias y resistencias para contar a sus seres queridos lo que les ha pasado. Esto puede responder a motivaciones muy variadas: son frecuentes las intenciones de «cuidar» a las personas queridas, es decir, evitarles un dolor; o bien, para protegerse ellas mismas de situaciones de mayor violencia que pueden derivarse de los deseos de venganza de sus familiares.

Una cuestión especialmente delicada es el hecho de contarle a la pareja o no hacerlo. Pueden surgir los temores de no ser escuchada, no ser sostenida o que el relato del suceso se interponga entre ellos. Las mujeres suelen tener sospechas muy fuertes –lamentablemente muchas veces fundadas– acerca de que el ataque al narcisismo masculino que representa la violación de la mujer «propia», prevalezca sobre el afecto y la confianza.

Otra situación compleja se da cuando hay niños cercanos a la víctima, en especial sus hijos. Ellos necesitan un acercamiento particular en lo que respecta a qué y cómo saber lo ocurrido. Lo que los niños imaginan o sospechan puede ser más angustioso que conocer los hechos; el tratar de protegerlos a través del ocultamiento o la negación supone una apreciación errónea de su sensibilidad y capacidad de reacción.

Evidentemente, tiene que ser la mujer afectada la que debe decidir a quién contarle y cuándo. Es muy probable que necesite tiempo. En ningún caso se la debe presionar y menos aún informar a amigos o parientes sin consultarla, ya que esto es una violación a su privacidad y a la confidencialidad de la consulta; lo que puede aumentar los sentimientos de angustia y desamparo. Lo que sí puede hacer la persona que lleva a cabo la intervención psicológica es ofrecerle ayuda para aclarar y resolver – si cabe– sus reticencias.

Una vez que la mujer decide a quién comunicarlo, es necesario abrir un diálogo acerca de cómo lo va a relatar. En algunos casos puede querer hacerlo ella misma; en otros casos puede solicitar que lo haga el o la psicoterapeuta, o bien llevarlo a cabo conjuntamente. En cualquiera de estas circunstancias, lo crucial es el fortalecimiento de la víctima y la elaboración de expectativas lo más realistas posibles.

Sea que las personas allegadas conozcan el hecho desde el principio o hayan sido informadas después, la orientación psicológica resulta muy conveniente en un doble sentido. Por una parte, ellas son «víctimas secundarias»; pueden sentirse, con razón, muy dañadas y angustiadas por las posibles consecuencias presentes y futuras; necesitan expresar sus sentimientos y temores. Por otra, constituyen recursos muy valiosos para la contención y el acompañamiento afectivo de la mujer violada. Es decir, mientras mejor comprendan su estado emocional y las implicancias del ataque, mejor podrán contribuir a la superación de este momento doloroso.

No es infrecuente que alguno de los familiares significativos para la víctima –por ejemplo el marido, el novio, los padres– la culpabilicen o tengan hacia ella actitudes hostiles. Puede darse que ni siquiera se muestren accesibles al diálogo. Cuando –pese a las tensiones– el acercamiento se logra, es conveniente contextualizar el hecho con argumentos sociales y culturales y explicitar que su apoyo y comprensión son indispensables para la recuperación de la mujer afectada.

Modalidades de la intervención psicológica

En cuanto a las modalidades del abordaje psicológico, una de las más usuales es **la que se focaliza en los puntos de urgencia** y es, por lo general, de duración breve (de 3-4 a 8-10 entrevistas).

Una vez cumplida esta primera etapa, según evolución del malestar psicológico y/o los deseos de la consultante, puede formularse un nuevo acuerdo **de mayor duración (generalmente algunos meses)**. Aun cuando esta modalidad sea más prolongada, sigue respondiendo a objetivos acotados, que pueden relacionarse, por ejemplo, con trastornos que no han sido atenuados, o con problemas o decisiones que tiene que asumir la persona afectada: mudanzas, cambios de trabajo, dificultades en las relaciones sexuales y/ o de pareja, entre otros. Resulta muy beneficioso, además, que funcione como acompañamiento en los casos en que se está desarrollando el proceso judicial.

Sea breve o prolongada, es importante que al culminar los encuentros se realicen las devoluciones pertinentes y se deje abierta la posibilidad de que la persona pueda reanudar el contacto, para volver sobre efectos aún no

resueltos de la violación o para plantear una intervención psicológica de objetivos más amplios.

Otra modalidad frecuente es **la atención grupal**, la cual se inspira en la tradición de los grupos de ayuda mutua, también utilizados para problemáticas afines: mujeres maltratadas en las relaciones de pareja, adultas sobrevivientes del abuso sexual en la infancia.

La atención en grupo puede ser complementaria u opcional con respecto a la individual, pero la incorporación al grupo debe ser evaluada conjuntamente entre la coordinadora y la consultante, ya que no todas las mujeres están en condiciones de sostener una experiencia grupal.

Los grupos son, habitualmente, coordinados por profesionales. Algunos equipos de trabajo incorporan mujeres que han vivido y superado una violación como cocoordinadoras u observadoras testimoniales. Aunque es más excepcional, otros equipos de trabajo proponen la inclusión de un varón en la coordinación, buscando un objetivo de reparación.

Pueden ser grupos cerrados –es decir, que la totalidad de las integrantes se incorporan en la fase inicial–, o abiertos –es decir, que se pueden incorporar de manera escalonada. En general, y sobre todo en el primer caso, el número de sesiones se acuerda por anticipado. Lo más habitual es que los grupos se desarrollen por espacio de cinco- seis meses, con frecuencia semanal.

Por lo común se articulan distintas técnicas: reflexión sobre temas previamente establecidos o emergentes del trabajo grupal, juego de roles, técnicas corporales. En algunos casos incluye la discusión y concreción de acuerdos sobre acciones específicas por realizar, orientadas a la reorganización de la vida cotidiana.

El trabajo grupal es particularmente pertinente en ciertas circunstancias traumáticas ya que permite una intervención en diferentes niveles, al abrir un espacio de comunicación entre personas que han vivido experiencias similares:

- Contribuye a superar los sentimientos de desamparo, aislamiento y ruptura de lazos, así como la insistente obsesión de «ser la única» que ha atravesado una situación semejante.
- Da cabida a la expresión de sentimientos que de otra manera podrían experimentarse como intolerables; la persona tiene la oportunidad de encontrar una distancia emocional adecuada para expresar y compartir las emociones que la invaden.

MARCO LEGAL

En el Código Penal vigente en Uruguay, la violación está incluida en el capítulo IV, que regula los delitos de «Violencia carnal, corrupción de menores, ultraje público al pudor» (dentro del capítulo Título X, «De los delitos contra las buenas costumbres y el orden de la familia»).

Los delitos de «Violencia carnal, corrupción de menores, ultraje público al pudor» (artículos 272, 273, 274, 275, 276 y 277) son los de Violación (artículo 272); Atentado al pudor (artículo 273), Corrupción (artículo 274), Estupro (artículo 275), Incesto (artículo 276), Ultraje público al pudor (artículo 277).

La inclusión de la violación como un delito enmarcado en los «delitos contra las buenas costumbres y el orden de la familia» informa acerca de un incumplimiento en cuanto a la adecuación de la legislación penal a la legislación internacional de derechos humanos que el propio país suscribió y que se basa en el reconocimiento de los derechos de las mujeres. El compromiso del Estado se enmarca en obligaciones asumidas en convenios y acuerdos internacionales; en este caso, la Convención de Belem do Para, «Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer», ratificada por Uruguay el 2 de abril de 1996 y, en este sentido (si no hubo reforma como creo), hay un tema pendiente de adecuación del Código Penal a la Convención de Belem do Pará.

En la mayoría de los países de América Latina se han reformado los capítulos concernientes a este tipo de delitos y si bien hay diferencias relativas a cómo se define el bien tutelado, se han superado las concepciones ancladas en ideas medievales, o tradicionales, sobre las mujeres. Medievales, ya que es de esa época el concepto de que una violación daña el 'orden familiar' o las 'buenas costumbres', de manera que se ignora a la mujer, su libertad, su voluntad, disponer de su cuerpo. Anacronismos para una sociedad democrática, que ha reconocido avances en otras áreas relacionadas con los derechos de las mujeres

Desde un enfoque de género y derechos se pueden hacer algunos señalamientos. La violación es definida en el Código Penal como 'conjun-

ción carnal’ con ‘violencia’. La legislación con enfoque de género y derechos ha reemplazado la idea de ‘violencia’ por la de ‘no consentimiento’. De este modo se pretende superar una idea muy arraigada que asocia violencia con violencia física, e incluir la idea más cercana a las situaciones reales de violaciones, de no poder consentir libremente. Ya que el carácter coactivo y violento no se produce solo por el uso de la fuerza sino también porque hay relaciones sociales de poder y autoridad que actúan en el mismo sentido, tanto en el ámbito de lo privado como en el ámbito público, donde se pueden producir situaciones de intimidación, abuso de poder o de confianza.

Esta definición expresa mejor que la gravedad y carácter ultrajante de una violación deviene del hecho de que sea «contra la voluntad» y que el daño que puede causar no depende tanto del tipo de comportamiento sexual, mensurable de modo técnico y objetivo, sino de sus efectos físicos, psíquicos, morales y sociales sobre quienes han sido sometidos.

Enfatizar en la posibilidad o no del libre consentimiento y los factores que pueden inhibirlo corre el eje de las viejas discusiones que se suele encontrar en el discurso judicial sobre la resistencia ofrecida por las personas ultrajadas, o los comportamientos que pudieran ser incitadores y excitantes y pone en escena las distintas formas y niveles de coacción. Otro aspecto clave dentro del marco legal es lo que se refiere a la despenalización del aborto en los casos de violaciones. Es importante que la legislación contemple no solamente la despenalización, sino que garantice procedimientos expeditivos por parte de los órganos competentes del sistema de salud, sin intervención judicial; asesoramiento y contención para las víctimas; gratuidad en hospitales públicos y mecanismos expeditivos para resolver posibles objeciones de conciencia.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. La experiencia indica que es importante que la atención de víctimas de violaciones no dependa de la buena voluntad de unos pocos profesionales, sino que esté institucionalizada y protocolizada.
2. La atención de la mujer víctima de violencia sexual debe ser integral, no limitándose a la atención inmediata sino dando cobertura a todos los impactos, incluido el hecho de que pueda producirse un embarazo, de modo que el acceso al aborto, en esos casos, es parte de la atención integral. De ahí la importancia de contar con una legislación que garantice derechos reparatorios fundamentales de las víctimas de violaciones, como son los de evitar que se sumen al daño ya provocado por la violación, otros daños físicos y psicosociales, que pueden derivarse tanto de un aborto inseguro como de un embarazo forzado.
3. El diseño e implementación de un modelo de atención a víctimas de violaciones debe adaptarse a cada institución en particular, y debe tener en cuenta los diferentes modos y estilos de funcionamiento y de conducción. Sin embargo, y más allá de las formas que puede asumir su implementación, cuál sea el equipo, o servicio de referencia, cómo se diseñe el flujograma, hay criterios y pautas generales que deben ser tenidas en cuenta para dar respuesta a todas las dimensiones que se ponen en juego en los casos de violaciones.
4. Establecer cuál es la población foco: si solo personas adultas, si niñas /os. Esto depende de la existencia de equipos o servicios especializados para la atención de esas situaciones en la infancia.
5. Respecto a los criterios de inclusión de las víctimas en este protocolo, la experiencia de otros países indica la atención de consultas hasta transcurridos los seis meses posteriores al episodio de violación. De esta manera se diferencian estos casos de otros como las violaciones de larga data, que si llegan pueden ser derivadas a equipos especializados.
6. Más allá de la forma institucional, que depende de las características de cada institución –servicio, equipos, referentes por especialidad- la conformación de un equipo interdisciplinario, con integrantes de los

- distintos servicios involucrados –ginecología, obstetricia, infectología, psicología, servicio social- y con capacidad de atención las 24 horas o en el horario más amplio posible, resulta una herramienta fundamental.
7. Es imprescindible que tengan capacitación específica en el tema, actitud de compromiso y perspectiva de género.
 8. Un aspecto a definir es en qué espacio físico se atenderá a las víctimas. Teniendo en cuenta las condiciones que dicho espacio tiene que cumplir, sobre todo, condiciones de privacidad. En este aspecto surgen varias opciones: a) un servicio independiente, con su espacio físico propio y delimitado; b) un área de los servicios de emergencia (al estilo del Hospital de Boston); c) compartir espacios del servicio de ginecología y obstetricia (este es el formato que funciona en Buenos Aires, no solo por la especificidad de los cuidados médicos inmediatos, sino también porque se cuenta con guardia obstétrica durante 24 horas). Cada una de estas opciones y otras que puedan pensarse tienen ventajas y desventajas que deben evaluarse a la hora de decidir.
 9. Aspectos importantes que se deben tener en cuenta son, asimismo, el diseño de un flujograma que debe ser dado a conocer a todos los servicios; el diseño e implementación de la historia clínica (que puede ser específica o incorporarse a la historia clínica general de la consultante); y la sistematización de registros que permitirán ir conformando una base de datos acerca, si no de la prevalencia, al menos, del número de consultas, en una problemática deficitaria en datos fehacientes
 10. Un tema que surge es si el equipo (servicio, grupo, referentes) debe estar integrado solo por mujeres, si deber ser mixto o si el género de los profesionales es irrelevante. La experiencia en Argentina y en otros países, aunque no puede generalizarse, es que en general (y se trata de una situación de hecho) se involucran más profesionales mujeres, y en especial aquellas que además tienen sensibilidad social y de género. Cabe preguntarse si esto constituye o no constituye una ventaja. Este tema fue debatido en distintos ámbitos. Las opiniones divergen. Algunas personas opinan que es conveniente que las mujeres que han sufrido una violación sean atendidas por mujeres. Otras, en cambio, consideran que no importa el sexo de la persona que las atienda, sino que sean profesionales sensibilizados y con conocimiento de la problemática. Los dos argumentos son atendibles. Es posible que una mujer escuche mejor a otra mujer y empatice más fácilmente con el impacto de la victimización; también es indudable que el solo hecho de ser mujer no garantiza esa mayor sensibilidad; es decir, que en

cualquier caso, es importante la revisión de prejuicios que culpabilizan y estigmatizan a las víctimas. Por otra parte, lo cierto es que muchas mujeres violadas prefieren ser atendidas por otra mujer, sobre todo en los aspectos de mayor intimidad, como son los aspectos médicos y psicológicos. En ese caso, y si la mujer expresa su preferencia, es beneficioso complacerla y aunque no la exprese abiertamente, conviene darle la posibilidad de elegir.

11. La información a todo el personal del servicio de salud – profesional, técnico y administrativo- fue considerada crucial para que las víctimas –que pueden llegar a cualquier servicio y a cualquier hora- reciban la orientación precisa. De igual importancia se consideró la difusión en la comunidad, a fin de que la información circule y sea accesible a quienes puedan necesitarla.
12. La experiencia demuestra que existen puntos críticos que surgen de la necesidad de articular los objetivos de la intervención sanitaria con los requisitos legales y procesales.

PROTOCOLO DE ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLACIONES

PROPUESTA DE PROTOCOLO DE ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLACIONES

Población foco

El Protocolo está diseñado para la atención de mujeres víctimas de violaciones¹ en cualquier etapa de sus vidas y hasta seis meses después del episodio, si bien la mayor parte de los cuidados médicos y medidas preventivas incluidos en el mismo son de aplicación inmediata, entre las primeras horas y hasta cinco o seis días posteriores a la violación.

Sin embargo, pueden recibirse consultas después de tiempos más prolongados. En esos casos deben evaluarse las demandas y dar las respuestas pertinentes con recursos intra o extrahospitalarios. Una de las más frecuentes es la de atención psicológica, ya que la experiencia traumática de la violación, si no fue elaborada en su momento, puede causar malestar psíquico o trastornos psicósomáticos en el mediano o largo plazo.

Abordaje médico

1. Recepción

Esta deberá realizarse en un ambiente que garantice la privacidad, buscando crear un clima para la contención, escucha e información de los pasos a seguir, debiéndose al mismo tiempo aclarar que ningún paso será dado sin su consentimiento.

2. Tratamiento

Tratamiento de lesiones corporales y / genitales

El examen médico debe identificar todas las lesiones corporales, signos clínicos y evaluar sobre posibles derivaciones. Debe realizarse un minucioso

1 - Los casos de abuso sexual Infantil, otra de las problemáticas de la violencia sexual que provoca serios daños y tiene una importante dimensión cuantitativa, por tratarse de situaciones que ocurren en el ámbito intrafamiliar o entorno cercano y de una manera crónica o reiterada requieren un abordaje médico, psicosocial y jurídico diferentes del que está previsto en este Protocolo. Por tanto, las niñas, niños o adolescentes víctimas de abuso sexual deben ser derivados a servicios o equipos especializados. Las consultas de varones adultos que hayan sido víctimas de violación serán evaluadas por los profesionales a fin de determinar las derivaciones pertinentes.

examen ginecológico (genitales internos y externos), consignando y registrando todas las observaciones.

Anticoncepción de emergencia.

La AE es un método que previene el embarazo después de un acto sexual sin protección. Se han postulado varios mecanismos de acción. Depende de la fase del ciclo en que se use la anticoncepción de emergencia: inhibición de la ovulación, alteración del moco cervical, alteración del transporte de gametos y alteración de la función lútea. No hay evidencia científica de que se inhiba la implantación; los preparados usados no son efectivos si ya ha ocurrido.

- Levonorgestrel 1,5 g en una toma.
- Método de Yuzpe: fue el método usado originalmente. Consiste en la asociación de estrógenos 0,05 mg (etinilestradiol) con progestinas 1 mg (levonorgestrel). Se usan los anticonceptivos de 21 días, ingiriendo un número mayor de comprimidos hasta alcanzar la dosis equivalente al Levonogestrel.

Es aconsejable su uso antes de las 72 horas ya que en lapsos mayores, aunque puede evaluarse su uso, disminuye la eficacia. Ante la presencia de vómitos, se aconseja su uso intravaginal, luego de la toma de muestras.

Tratamiento preventivo de VIH sida

Comenzar inmediatamente, ideal antes de las 2 horas y hasta las 72 horas, luego de ese lapso evaluar el riesgo/beneficio.

Tabla 1: Riesgo de transmisión de VIH

RELACIÓN SEXUAL	CALIFICACIÓN
Anal receptiva	AR
Vaginal receptiva	MR
Anal insertiva	MR
Vaginal insertiva	MR
Oral receptiva con eyaculación	BR

Receptiva se entiende cuando la penetración la realiza una persona VIH positiva.

Insertiva es cuando la penetración la realiza una persona VIH negativa a una persona VIH positiva.

(AR) alto riesgo.

(MR) mediano riesgo.

(BR) bajo riesgo

Tabla 2: Tratamiento profiláctico de VIH según riesgo

VAGINAL	Receptiva	Régimen ampliado
	Insertiva	Régimen básico
ANAL	Receptiva	Régimen ampliado
	Insertiva	Régimen básico
ORAL	Con eyaculación	Régimen básico
	Sin eyaculación	No PPE

Nota:

Régimen básico: 2 INTR (Inhibidores nucleósidos de la transcriptasa reversa).

Régimen ampliado: Régimen básico + INNTR (Inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa reversa) o IP (inhibidor de la proteasa)

Régimen básico: 3TC Complex: 1 comp. cada 12 hs; [Zidovudina 300 mg – AZT- + Lamivudina 150 mg -3TC-.

Régimen ampliado. Dos opciones:

a) Régimen básico + INNTR: inhibidor no nucleósido de la transcriptasa reversa: Efavirens. Varía según peso:

10-15 kg: 200 mg

15-20 kg: 250 mg

20-25 kg: 300 mg

25-32,5 kg: 400 mg

Más de 32,5 kg, 600 mg (2 comp de 200 mg juntos antes de acostarse)

b) Régimen básico + IP: inhibidor de las proteasas: elegir entre Indinavir o Ritonavir o Nelfinavir.

Tratamiento profiláctico de ITS

Gonorrea y Sífilis en incubación:

Penicilina Benzatínica 2.400.000 U o 50.000 U/kg en dosis única o

Ceftriaxona sódica 125 a 250 mg intramusculares.

Chlamydia

Azitromicina, 1g por vía oral una sola dosis

Doxiciclina, 100 mg vía oral cada 12 horas durante siete días.

Tricomoniasis y Vaginitis Bacteriana:

Metronidazol, 2g por vía oral una sola dosis

Vacunación

Se indicarán si no presenta los esquemas completos

Tétanos: Suero hiperinmune y vacuna antitetánica

Hepatitis B. Vacunación antihepatitis B precoz y completar esquema indicado

3. Laboratorio Inicial

Serología VIH, VHB, VHC y sífilis

Hemograma

Pruebas de función hepática y renal

Test de embarazo

Pruebas toxicológicas en caso de sospecha de intoxicación por drogas

4. Toma de muestras

Diagnóstico de ITS

Recoger material para examen microscópico directo y para cultivos de contenido vaginal, endocervical, región anorrectal y eventualmente faríngeo.

5. Seguimiento

A las cuatro semanas	Hemograma Pruebas de función hepática y renal VDRL Test de embarazo en caso de atraso menstrual
A las seis semanas	Serología VIH A Serología VHB
A los tres meses	Serología VIH Serología VHB Serología VHC
A los cuatro meses	Serología VHC Serología VIH Serología VHC

Abortos posviolación

En caso de diagnóstico de embarazo resultado de la violación en el marco de la Ordenanza 369, Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo del Ministerio de Salud Pública (2004) e incluida en la ley 18426 de Defensa al Derecho a la Salud Sexual y

Reproductiva (2008) la mujer tiene derecho a solicitar asesoramiento e información en su servicio de salud frente a la situación así como atención posaborto.

Abordaje psicológico

Incluye la contención inicial, evaluación de riesgos e interconsulta psiquiátrica si se considera necesario. En las semanas siguientes se planifica un tratamiento breve y focalizado (seis-ocho entrevistas), destinado a elaborar síntomas postraumáticos y reorganizar la vida cotidiana, dejando abierta la posibilidad de prolongarlo si el caso lo requiere, por derivación intra o extrahospitalaria. También se debe tener en cuenta la atención de familiares y allegados de las víctimas.

En los casos en que el servicio no cuente con profesionales de la psicología deberán activarse las redes de derivación a efectos de brindar un abordaje integral a la situación.

Abordaje social

Entrevista diagnóstica de problemáticas familiares, sociales, laborales y orientación y asesoramiento para el fortalecimiento de la víctima en el ejercicio de sus derechos.

Recomendaciones

Si bien el protocolo puede ser aplicado por los profesionales de los distintos servicios, es aconsejable:

- consolidar un equipo interdisciplinario, o designar referentes en las distintas especialidades involucradas.
- garantizar atención las 24 horas. La experiencia indica que el servicio que puede garantizarlo es el de Tocoginecología.
- disponer del *kit* de medicamentos.
- crear las condiciones para que el relato del hecho sea realizado solamente una vez, al profesional capacitado para la intervención.
- derivación intra o extrahospitalaria personalizada.
- informar a todo el personal del servicio de salud -médico, técnico y administrativo- a fin de que las víctimas, que pueden llegar a cualquier servicio y a cualquier hora, reciban la orientación precisa.
- informar a la comunidad de la necesidad de la consulta inmediata.

- Llevar un registro de casos con fichas especialmente diseñadas teniendo en cuenta que los datos pueden ser requeridos por la justicia en casos de denuncia y tienen valor legal al igual que la historia clínica.
- facilitar que la atención sea realizada por un profesional del mismo sexo, si la víctima así lo requiere.

Flujo de atención hospitalaria

El acceso de las víctimas de violaciones puede producirse por guardia general o a través de consultorios externos de distintos servicios. Si se ha conformado un equipo especializado o se han identificado profesionales de referencia, la víctima deberá ser recibida y acompañada inmediatamente hasta dicho servicio. Cada servicio asistencial deberá diseñar un flujograma de acuerdo con su estructura.

Bibliografía

- Andalaff, Jorge, Faúndes Anibal, Violencia sexual y la respuesta del sector salud en Brasil, Simposio 2001 «Violencia de género, salud y derechos en las Américas» (Cancún, México, 4-7 de junio 2001).
- Burguess, Ann Wolbert y Linda Lytle Holmstron. Reacción de las mujeres víctimas de violación. Fichas bibliográficas, Serie 199, de CECYM, Artículo publicado en *The rape crisis intervention Handbook. A guide of victim care*. Sharon McCombie, Beth Israel Hospital, Boston, London, 1976.
- Burgues, Ann Wolbert y Linda Lytle Holmstron, *El síndrome postraumático de la violación*, Fichas bibliográficas, CECYM, Serie 1997.
- CAVV, Centro de Ayuda a Víctimas de Violaciones. *Protocolo de intervención con víctimas/sobrevivientes de agresión sexual*, Puerto Rico, 2006
- CECYM, *Violaciones y abusos sexuales ¿qué expectativas pueden tener las mujeres frente a la ley y la justicia?*, Buenos Aires, 1997.
www.cecym.org.ar
- Chejter, Silvia, Beatriz Ruffa, y Susana Larcamón, editoras, Violaciones. Aportes para la intervención desde del sistema público de salud.
- Chejter, Silvia y Rodríguez, Marcela, *Ley 25087. Reforma del Código Penal en lo relativo a los hoy llamados Delitos contra la Integridad Sexual de las Personas*. Boletín de CECYM y Centro Municipal de la Mujer de Vicente López , Buenos Aires, 1999.
- Drezett, Jefferson, Eliana del Pozo, *El rol de los servicios de salud en la atención a mujeres víctimas de violencia sexual*, IPAS, Bolivia, 2002.
- Ladi Londoño E., María; Ortiz A., Berta; Gil C., Ana Milena; Jaramillo J., Ana María; Castro, Raúl; Pineda Londoño, Natalia, *Embarazo por violación. La crisis múltiple*. Edición Fundación Servicios Integrales para la Mujer «Si Mujer» e ISEDER, Fundación para la Educación en Salud y Derechos Reproductivos de la Mujer, Cali, Colombia, 2000.

- Lara, Diana; García, Sandra; Stickler, Jennifer; Martínez, Hugo; Villanueva, Luis, «El acceso al aborto legal de las mujeres embarazadas por violación en la ciudad de México» en: *Gaceta Médica Mexicana*, vol. 139, suplemento nº 1, México, 2003.
- Minden, Pamela, «Servicio de atención a víctimas. Un programa para víctimas de agresiones sexuales». Fichas bibliográficas, CECYM, Serie 1997. Artículo publicado en *Archives or Psychiatric Nursing*, vol. III, nº 1, febrero de 1989, pp. 41-45.
- Ministerio de Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Area técnica saúde da mulher, «Norma técnica. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres». Brasília, 2005.
- OPS, Informe final: Simposio 2001: violencia de género, salud y derechos en las Américas. Disponible en www.paho/spanish/hdp/hdw/symposium2001finalreportsp.pdf.
- Rosas Ballinas, María Isabel, «Aborto por Violación. Dilemas éticos y jurídicos» en: *The Population Council. DEMUS, Estudio para la Defensa de los Derechos de la Mujer*. Lima, Perú, 1997.
- Rozanski, Carlos, Las víctimas de violaciones frente al dispositivo jurídico. Los instrumentos legales internacionales: ¿Cómo lograr que los nuevos recursos neutralicen los viejos obstáculos? Ediciones CECYM, 1998. www.cecym.org.ar
- Secretaria de Salud, Municipio de Florianópolis, *Protocolo de atención a víctimas de Violencia Sexual del Municipio de Florianópolis*
- Ruffa, Beatriz, «Víctimas de violaciones. Reparación jurídica. Otras formas de reparación», en *Travesías 7 Palabra y violencia*, Ediciones CECYM, Buenos Aires, 1998.
- Vance Joanie, «Los centros de crisis de violación», en: *Travesías 2 Violencia sexual. Cuerpo y palabras en lucha*, Ediciones CECYM, Buenos Aires, 1995.
- Velázquez, Susana, «Entrevistas de consulta y orientación en casos de violación: una propuesta de trabajo», en *Travesías 7 Palabra y violencia*, Ediciones CECYM, Buenos Aires, 1998-49

ANEXO LEGAL

CAPITULO IV DEL CÓDIGO PENAL URUGUAYO

De la violencia carnal, corrupción de menores, ultraje público al pudor

Artículo 272 (Violación)

Comete violación el que compele a una persona del mismo o de distinto sexo, con violencias y amenazas a sufrir la conjunción carnal, aunque el acto no llegara a consumarse.

La violencia se presume cuando la conjunción carnal se efectúa :

1. Con persona del mismo o diferente sexo, menor de quince años. No obstante, se admitirá prueba en contrario cuando la víctima tuviere doce años cumplidos;
2. Con persona que, por causas congénitas o adquiridas, permanentes o transitorias, se halla, en el momento de la ejecución del acto, privada de discernimiento o voluntad;
3. Con persona arrestada o detenida, siempre que el culpable resulte ser el encargado de su guarda o custodia;
4. Con fraude, sustituyéndose el culpable a otra persona.

Este delito se castiga, según los casos, con penitenciaría de dos a doce años.

Artículo 273 (Atentado violento al pudor)

Comete atentado violento al pudor, el que, por los medios establecidos en el artículo anterior, o aprovechándose de las circunstancias en él enunciadas, realizara sobre persona del mismo o diferente sexo, actos obscenos, diversos de la conjunción carnal, u obtuviera que esta realizare dichos actos sobre sí mismo o sobre la persona del culpable o de un tercero.

Este delito se castiga con la pena de la violación, disminuida de un tercio a la mitad.

Artículo 274 (Corrupción)

Comete corrupción, el que, para servir su propia lascivia, con actos libidinosos, corrompiere a persona mayor de quince años y menor de dieciocho.

Este delito se castiga con pena que puede oscilar entre seis meses de prisión y tres años de penitenciaría.

Comete el delito de proxenetismo y se halla sujeto a las penas respectivas el que ejecutare alguno de los hechos previstos por la ley especial de 27 de mayo de 1927.

Artículo 275 (Estupro)

Comete estupro el que, mediante promesa de matrimonio, efectua la conjunción con una mujer doncella menor de veinte años y mayor de quince. Comete estupro igualmente, el que, mediante simulación de matrimonio, efectua dichos actos con mujer doncella mayor de veinte años.

El estupro se castiga con pena que puede oscilar desde seis meses de prisión a tres años de penitenciaría.

Artículo 276 (Incesto)

Cometen incesto los que, con escándalo público, mantienen relaciones sexuales con los ascendientes legítimos y los padres naturales reconocidos o declarados tales, con los descendientes legítimos y los hijos naturales reconocidos o declarados tales, y con los hermanos legítimos.

Este delito será castigado con seis meses de prisión a cinco años de penitenciaría.

Artículo 277 (Ultraje público al pudor)

Comete ultraje al pudor el que, en lugar público o expuesto al público ejecutare actos obscenos o pronunciare discursos de análogo carácter.

Este delito será castigado con tres meses de prisión a tres años de penitenciaría.

La serie Cuadernos de Aportes al debate sobre salud, ciudadanía y derechos es una contribución de MYSU -Mujer y Salud en Uruguay- al tratamiento público de temas de interés colectivo.

Se enmarca en la misión institucional y en la visión feminista de promover los derechos humanos, desde la perspectiva de equidad de género y generaciones.

Este esfuerzo es posible gracias al apoyo de ONU Mujeres que, con su compromiso y vocación internacionalista, contribuye al trabajo de las organizaciones sociales, en los diversos lugares del planeta, para avanzar en el reconocimiento y respeto a las mujeres como ciudadanas plenas.

mysu MUJER Y SALUD
EN URUGUAY
www.mysu.org.uy

Apoya:



Auspicia:

