

PROTOCOLO INTERINSTITUCIONAL DE ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE VIOLACIÓN SEXUAL EN LAS PRIMERAS 72 HORAS DE OCURRIDO EL EVENTO (EDAD JÓVEN Y ADULTA)

COSTA RICA - 2011

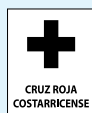


TABLA DE CONTENIDO

ANTECEDENTES.....	1
INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN	1
OBJETIVO GENERAL.....	3
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	3
GLOSARIO Y DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	3
MARCO JURÍDICO COSTARRICENSE.....	4
CRITERIOS DE REFERENCIA INMEDIATA PARA HOSPITALIZACIÓN	4
EVALUACIÓN DE RIESGO PARA PRESCRIPCIÓN DE TRATAMIENTO ARV.....	5
INTERVENCIONES INTERINSTITUCIONALES	5
ORGANIZACIÓN INTERINSTITUCIONAL CCSS CIENCIAS FORENSE Y MEDICINA LEGAL	8
1. ROLES EN LA INTERVENCIÓN INMEDIATA.....	9
2. DIAGNÓSTICO DEL ESTADO DE ÁREA AFECTADA Y PROTECCIÓN DE EVIDENCIAS PARA FINES MÉDICO LEGALES	11
3. PRUEBAS DE LABORATORIO CLÍNICO A REALIZAR.....	12
4. TERAPIA PROFILÁCTICA PARA INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (NO VIH).....	12
5. ANTICONCEPCIÓN.....	13
6. PROFILAXIS PARA VIH.....	13
Figura 1. Algoritmo para determinar necesidad de profilaxis para VIH.....	15
Figura 2. Algoritmo General de Atención a Víctimas de Violación sexual en Centros Hospitalarios de Referencia de la Caja Costarricense del Seguro Social	17
Anexo 1: Primeros auxilios psicosociales o Intervención en crisis	18

Anexo 2. Oficio de referencia por el PJ al servicio de emergencias de la CCSS.....	28
Anexo 3. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN, RIESGOS E IMPACTO Y EXAMEN FÍSICO-MÉDICO LEGAL.....	29
Bibliografía	38

ANTECEDENTES

En abril del 2008, la Comisión de Género del Poder Judicial y la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) establecieron mecanismos de coordinación mediante la conformación de un grupo técnico de trabajo con enfoque interinstitucional e interdisciplinario, para implementar procedimientos que facilitaran la ampliación de cobertura y acceso a la terapia Antirretroviral por exposición al delito de violación sexual.

Dada la importancia de la atención integral e integrada de este evento de salud, se establecieron las acciones y coordinaciones necesarias para la formulación e implementación de un protocolo interinstitucional que homogenizara los criterios técnicos de atención y la ruta inter e intrainstitucional de las personas afectadas por este delito sexual.

El grupo estuvo conformado por la Defensoría de los Habitantes, el Poder Judicial, Ministerio de Seguridad Pública, la Cruz Roja, el 911, PANI, INAMU y la CCSS.

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

La violencia sexual tiene un impacto negativo muy significativo en la salud de una población (salud sexual, embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual, salud mental, etc), por lo que se convierte dadas sus características en un problema de salud pública y de atención emergente en cualquier país.

En general y según lo indica las **“Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence”** de la Organización Mundial de la Salud (OMS), los servicios de atención de salud tienen la obligación de prestar servicios a pacientes víctimas de abuso sexual. Estas personas requieren un servicio amplio y sensible al género, con el fin de hacer frente tanto a la salud física como mental. Lo anterior cobra mayor relevancia dado que la mayoría de las víctimas de delitos sexuales buscan en primera instancia ayuda y acuden a servicios de asistencia médica general. Sin embargo, en muchos países el personal de salud no está capacitado para atender este tipo de casos sin afectar el proceso legal, situación que no sólo desfavorece la investigación como tal sino que además somete a la víctima a múltiples valoraciones en condiciones inadecuadas propiciando la revictimización

Además de proporcionar de inmediato la atención médica, el sector de la salud puede actuar como un importante punto de referencia para otros servicios que la víctima puede necesitar, por ejemplo, el bienestar social y la asistencia jurídica gratuita.

Este protocolo de atención a la víctima de violación sexual surge como una necesidad de minimizar las consecuencias psicoemocionales y biológicas de las personas afectadas, estandarizar procedimientos técnicos y procesos de recolección de evidencia.

Los abusos sexuales y las violaciones, por su impacto psicosocial deben ser abordados como una emergencia médica, debido que los daños y secuelas en la víctima no son sólo de índole física, el abordaje debe ser integral e transdisciplinario. La atención psicosocial debe ser inmediata dado al trastorno emocional que sufre la víctima.

Después de una violación sexual, la profilaxis post exposición (en adelante PPE) por el virus de la inmunodeficiencia humana (en adelante VIH) es una forma de prevención primaria de la infección; la cual consiste en la administración de fármacos antirretrovirales (en adelante ARV) por un período de tiempo determinado. Es posible prevenir el establecimiento de una infección activa por el VIH si se interviene tempranamente.

La PPE trata de reducir la infectividad de las partículas virales de manera que no todos los expuestos adquieran la enfermedad. Se ha comprobado que a los tres días de la exposición ya existen células infectadas con ADN proviral integrado en su genoma, por esta razón la profilaxis por el VIH debe ser precoz, idealmente debe iniciarse en la primera hora siguiente y hasta las 72 horas luego de la exposición.

Aunque las cifras de transmisión no son conocidas, se considera que el riesgo de infección es más alto en la violación sexual que en la relación coital consentida, principalmente por existir lesiones traumáticas, la probabilidad de transmisión aumenta si la persona víctima tiene lesiones genitales-anales. Otros factores incluyen coito anal, presencia de eyaculación, alta carga viral en el agresor etc.

En las primeras 72 horas de ocurrido el evento, la persona víctima de violación deberá asimismo recibir los primeros auxilios psicosociales por el primer funcionario que tiene contacto con ella, independientemente de la institución receptora del caso. El manejo debe potenciar el respeto, la seguridad y protección, coadyuvando en el control y estabilización del impacto social y sus emociones. Todo el personal que le compete la atención de este evento de salud debe estar sensibilizado y capacitado para brindar los **primeros auxilios psicosociales** o la intervención en crisis a estas personas, de esta manera disminuir su impacto psicológico y social (**anexo 1**).

Las personas víctimas de violación sexual evaluadas primeramente por el Organismo de Investigación Judicial (en adelante OIJ) deben ser referidas con oficio (anexo 2) del Ministerio Público u OIJ a los servicios de salud correspondientes para evaluar la prescripción de tratamiento antirretroviral profiláctico (**figura 1 y 2**).

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

Alcances:

Este protocolo va dirigido a los profesionales de las instituciones públicas del territorio nacional encargados de atender a las personas jóvenes y adultas que han sido víctimas de violación y su aplicación será exclusivamente en las primeras 72 horas de ocurrido el evento.

La Dirección de Farmacoepidemiología será la instancia que definirá y designará las áreas de salud y/o centros hospitalarios con provisión de TAR para la profilaxis por el VIH.

Toda persona víctima de violación sexual evaluada por el Organismo de Investigación Judicial (en adelante OIJ) debe ser referida a los servicios de salud con **Oficio del Ministerio Público** u OIJ correspondiente (**anexo 2**) para evaluar la necesidad o no de la prescripción de tratamiento antirretroviral profiláctico (**figura 1 y 2**)

OBJETIVO GENERAL

Proveer atención interdisciplinaria, integral y oportuna a la persona víctima de violación sexual en las primeras 72 horas de ocurrido el evento, con el propósito de disminuir la probabilidad de infección por VIH e ITS y la revictimización, así como obtener las evidencias legales, garantizando los Derechos de las personas usuarias.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Disponer de un protocolo interinstitucional para la atención integrada de la persona víctima de violación sexual en las primeras 72 horas de ocurrido el evento.
2. Custodiar la escena de delito sexual y garantizar la protección social a persona víctima de violación.
3. Intervenir interinstitucionalmente en forma oportuna **activando el sistema 911** desde las instituciones que reciben inicialmente a la víctima de violación sexual.
4. Dar oportuna atención, orientación, protección y soporte emocional en crisis a las personas víctimas de violación para disminuir impacto psicosocial y revictimización.
5. Recolectar evidencias fehacientes para el peritaje médico legal.
6. Informar a la víctima sobre sus derechos y deberes fundamentales con respecto a la aplicación del protocolo y el consentimiento informado para su decisión razonada.
7. Valorar la prescripción de antirretrovirales para evitar la infección por VIH.
8. Valorar la prescripción de terapia profiláctica para otras ITS.
9. Extender la cobertura del sistema de la Fiscalía especializada en asuntos de Género a través del OIJ en todo caso de personas víctimas de violación sexual.

GLOSARIO Y DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- MS: Ministerio de Salud
- CCSS: Caja Costarricense del Seguro Social.
- INAMU: Instituto Nacional de las Mujeres.
- OIJ: Organismo de Investigación Judicial.
- ONG: Organismo No Gubernamental.
- PANI: Patronato Nacional de la Infancia.
- DML: Departamento de Medicina Legal
- GAM: Gran Área Metropolitana.
- VIH: virus de inmunodeficiencia humana.
- ARV: antirretrovirales
- PPE: profilaxis post-exposición.
- ITS: infecciones de transmisión sexual.
- VDRL: *venereal disease research laboratory* (prueba tamizaje de sífilis)
- IM: intramuscular.
- VO: vía oral.
- Profilaxis: toda medida preventiva destinada a prevenir una enfermedad.
- Consentimiento informado: proceso constituido por dos elementos:
 1. Proveer información en forma clara a una persona que va a recibir un servicio de salud para que este pueda comprender sus implicaciones.
 2. Obtener el acuerdo y autorización de la persona que va a recibir este servicio.

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

MARCO JURÍDICO COSTARRICENSE

Este protocolo tiene como respaldo las obligaciones contraídas por el Estado costarricense al ratificar los distintos tratados internacionales de protección a los derechos humanos de las mujeres y muy particularmente, la "Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres (Belem do Pará)" en los artículos 2 inciso b, artículo 4 inciso b, artículo 7 inciso b.

La "Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW)" artículos 3 y 12.

Igualmente se han considerado las leyes ordinarias nacionales para la protección de las víctimas de violencia sexual y la Política de equidad de género del Poder Judicial.

Y muy especialmente, los lineamientos establecidos por la Organización Mundial de la Salud en su "Guía para la atención a víctimas de violencia sexual". (02 de junio del 2009 con participación de la Secretaria de Género del Poder Judicial y la Jefatura del Departamento de Ciencias Forenses del Organismo de Investigación Judicial)

En el siguiente cuadro se dan a conocer los criterios de referencia, con un solo criterio se debe hospitalizar, considerando diversos aspectos en las áreas biológica, psicológica y social

CRITERIOS DE REFERENCIA INMEDIATA PARA HOSPITALIZACIÓN

<p>BIOLOGICAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lesiones físicas severas que requieran tratamiento quirúrgico especializado (cirugía general, ginecología, etc.). ▪ Embarazada abusada sexualmente. ▪ Condición médica que ponga en peligro la vida de paciente. ▪ Condición médica que amerite tratamiento intrahospitalario.
<p>PSICOLÓGIA O PSIQUIATRIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Paciente con intento suicida o con ideaciones suicidas. ▪ Depresión moderada a severa con alta desesperanza. ▪ Psicosis y deseo profundo de muerte. ▪ Impulsividad marcada con ideas suicidas y homicidas.
<p>SOCIAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Amenaza de muerte o agresión física. ▪ Ausencia o débil red de apoyo. ▪ Persona menor de edad en alto riesgo social.

EVALUACIÓN DE RIESGO PARA PRESCRIPCIÓN DE TRATAMIENTO ARV

La terapia profiláctica antirretroviral prescrita oportunamente es un tratamiento efectivo para evitar la transmisión del VIH en casos que lo amerite. Este no es un tratamiento inocuo, por lo tanto es importante la valoración individualizada de cada persona víctima de violación; y así con base en el riesgo/beneficio determinar la necesidad de la prescripción.

La evaluación del riesgo para la prescripción del TAR le corresponde a la CCSS, cualquier profesional de esta institución que le brinde la atención a la persona víctima de violación sexual debe conocer y aplicar el algoritmo de la figura 1 (ver Pág. 16) el cual esquematiza la prescripción de ARV según el de riesgo de adquirir el VIH.

INTERVENCIONES INTERINSTITUCIONALES

El sistema de atención de este evento debe ser activado siempre a través del **911**.

Las instituciones siguientes les compete valorar e intervenir a la persona víctima de violación sexual, la cual puede ingresar o demandar el servicio por cualquiera de ellas:

1. **Instituto Nacional de Atención a la Mujer (INAMU):** por la delegación de la mujer (solamente en San José).
2. **Patronato Nacional de la Infancia (PANI):** por las oficinas locales en horario ordinario en todas las provincias, o por oficina de atención integral en horario extraordinario de 4:00pm-6:00am, fines de semana y feriados (solamente en San José).
3. **Poder Judicial (PJ):** por el Organismo de Investigación Judicial.
4. **Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS):** usualmente por los servicios de emergencias y consulta externa.

Independientemente de la ruta de ingreso a cualquiera de estas instituciones, es necesario que **QUIEN** hace el primer contacto con la víctima, esté preparada para realizar un abordaje de intervención en crisis, que tranquilice al usuario(a) y facilite el proceso.

Servicio de 911:

- Recibe la llamada de alerta.
- El Operador verifica la llamada.
- Activa el sistema interinstitucional a través de la Fuerza Pública, Cruz Roja, OIJ, INAMU, PANI, CCSS.

Fuerza Pública:

- Al llegar al escenario del suceso, le dará prioridad a la seguridad y asistencia médica de la víctima (s), limitándose en este último aspecto y de ser necesario, la coordinación con los cuerpos de atención pre-hospitalaria. Luego de ello se dispondrá la custodia policial del suceso y la ubicación del presunto responsable (s).

- De no requerirse atención médica inmediata a la víctima, o porque el delito sexual ocurrió después de las 72 horas, realizará una entrevista policial de manera verbal, la cual se limitará a información general del hecho, así como establecer las circunstancias del tiempo y lugar.
- De los datos de la entrevista verbal realizada y del resultado de la intervención policial no se realizará Informe Policial alguno, siendo comunicado a la mayor brevedad el caso al representante del Ministerio Público o al Organismo de Investigación Judicial correspondiente. Se realizarán Actas de Decomiso de evidencia relacionada al caso, si la diligencia fuera así ordenada por el representante del Ministerio Público.
- Deberá esperar la intervención de la Fiscalía para la entrevista judicial pertinente, o en su defecto este la realizará por delegación de la Fiscalía.

Ministerio Público “Fiscalías”:

- Realiza una entrevista breve a la víctima, determinando si el evento esta entre las 72 horas o menos, si es necesario trasladar de inmediato a la persona al centro hospitalario cuando presenta lesiones físicas o patologías psiquiátricas que ameriten atención médica oportuna, además acompaña a la víctima en dicho traslado, **preferentemente dentro de las primeras 4 horas pos-evento.**
- Si la atención de la Fiscalía a la víctima de violación sexual está en las primeras 72 horas de ocurrido el evento debe referir inmediatamente al centro hospitalario para valorar prescripción de antiretrovirales. Esta referencia debe ir mediante Oficio “Costa Rica, Poder Judicial, Ministerio Público, Fiscalía adjunta contra la violencia y delitos sexuales”. En estos casos es preferible que la toma de la denuncia por el o la fiscal se realice después de la valoración para la prescripción de antiretrovirales.
- Se encarga de tomar la denuncia pertinente y dar curso a la misma.
- Traslada a la víctima a Medicina Legal para la valoración Médico Forense.

INAMU:

- Contención y atención psicológica.
- Evalúa situación de riesgo social.
- Da seguimiento en casos que definan como necesarios.
- Apoyo social y asesoría legal.
- Grupos de apoyo.
- Albergue temporal previa valoración del caso.

PANI:

- Evalúa situación de riesgo.
- Acompañamiento de víctima a Medicina Legal y/o centro hospitalario.
- Denuncia ante el Ministerio Público, solicita prisión preventiva del agresor si es conocido y toma todas las medidas necesarias para la protección de la persona menor de edad.
- Garantiza seguridad y protección a la víctima.
- En caso que se requiera se deberá incluir a la persona menor de edad en un programa de protección especial (albergue u organismo no gubernamental), con la medida de protección de abrigo especial respectiva.
- Seguimiento al proceso mediante estudio de caso, definición de la situación legal, social y psicológica.

**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL: (página 7 en adelante)

Las personas víctimas de violación pueden ingresar a los servicios hospitalarios a través de dos escenarios:

- A. Primer Escenario:** Cuando la persona víctima es valorada inicialmente por los servicios del Poder Judicial, funcionarios del Organismo de Investigación Judicial o de la Policía administrativa y debe ser trasladada a los servicios de salud para evaluación clínica terapéutica por razón necesaria y valoración de riesgo para la prescripción de profilaxis post-exposición, ésta debe ir acompañada por un funcionario de OIJ o quien se designe, con su debida identificación.
- B. Segundo Escenario:** cuando la víctima acude directamente al servicio hospitalario, sin haber ingresado por el OIJ, el médico tratante deberá informar de inmediato al 911 para que se active de inmediato el sistema a Fiscalía y demás instituciones.

En el caso de personas menores de edad, se debe seguir el protocolo ya disponible en el sistema de salud y estipulado nacionalmente para la atención de este grupo de edad. Todo menor de edad víctima de violación deberá ser referido al servicio de trabajo social, el cual deberá coordinar con el Comité de Niño Agredido local y la Oficina del PANI correspondiente.

La persona, independientemente de si ella misma acude por su cuenta o es referida por el Poder Judicial, deberá ser pasada de forma inmediata a un espacio físico acondicionado por el servicio de urgencias que garantice un ambiente de confidencialidad y calidez. Ahí debe ser atendido(a) inicialmente por personal de enfermería, trabajo social o medicina capacitado en brindar el apoyo de

PRIMEROS AUXILIOS PSICOSOCIALES O INTERVENCIÓN EN CRISIS

Ver Anexo 1

Como parte de la atención integral de la persona víctima de violación sexual en los servicios hospitalarios de referencia de la CCSS el o la paciente debe ser atendido por el médico disponible médico general o especialista del servicio de emergencias o consulta externa.

Dada las condiciones de riesgo socioepidemiológico de estos casos se recomienda:

- La confección de un expediente de salud.
- Brindar la atención con enfoque de género, y según la infraestructura del servicio de salud, los hombres deben ser atendidos preferentemente en el área de cirugía o urología, las mujeres

en el área de ginecología, y en el caso de los menores de edad preferiblemente en el área de pediatría.

- Dar las referencias para el seguimiento y control a los servicios de Psicología, Psiquiatría, Trabajo Social, Medicina interna o Infectología, según la valoración del caso y la organización interna del centro hospitalario para la atención integral de este evento de salud.

ORGANIZACIÓN INTERINSTITUCIONAL CCSS-MEDICATURA FORENSE

Dada la importancia de dar una atención inmediata para dar inicio precozmente a la quimioprofilaxis con ARV, toda persona víctima de violación sexual deberá ser evaluada inicialmente por los servicios de emergencias, las referencias y el seguimiento médico deberá continuarse en los servicios de la consulta externa, en medicinas o medicina interna y por razones necesarias en infectología.

Cuando hay lesiones físicas que ponen en riesgo la vida de la persona *tanto la Fiscalía como el Médico Legal se deberán trasladar al centro hospitalario previa coordinación mediante el servicio de 911, conformándose equipos interdisciplinarios CCSS-Poder Judicial (Medicina Legal-Fiscalía)* como parte del equipo de evaluación clínica y médico legal con el afán de mediante una única valoración en el hospital se determine la condición clínica, médico legal y además se tome la denuncia correspondiente de la persona afectada. Por ninguna razón ningún paciente en estas condiciones deberá ser trasladado al centro de referencia prescriptor de ARV, lo que **SÍ** deberá establecer coordinación de inmediato con el jefe de emergencias respectivo para el envío de los medicamentos, de allí la importancia de hacer una buena evaluación de los algoritmos para la intervención adecuada (ver pag 15 y 17)

Cuando no hay evidencia de lesiones que comprometen la vida de la persona, y en su defecto el personal de Medicina Forense no pudiera desplazarse al centro médico, esta persona deberá ser llevada por el OIJ a la Ciudad Forense en San Joaquín de Flores para su respectiva evaluación en tanto la CCSS realizará las funciones conforme a su ámbito de competencias en materia de la atención clínica.

“Esta conformación de equipo interinstitucional estará sujeta a la factibilidad del recurso humano médico legal y de laboratorios en ciencias forenses disponible en las áreas de salud. En tanto no sea posible, cada institución deberá asumir compromiso y responsabilidad con calidad en la atención según su competencia para los fines pertinentes”.

En aquellas áreas donde no hay perito médico forense disponible en horas no hábiles, el PJ deberá realizar un proceso de capacitación y entrenamiento, para que los médicos de los servicios de salud preserven al máximo las evidencias para fines legales.

En zonas donde no exista Médico Legal disponible en horario vespertino, fines de semana y feriados, el **PJ garantizará** la valoración respectiva por algún profesional formado y contratado para dicho fin.

**Para lograr una adecuada profilaxis para VIH post-violación se debe:*

Toda persona víctima de violación, durante las primeras 72 horas luego de ocurrido el evento, debe ser referida lo antes posible al servicio de Emergencias del hospital de referencia correspondiente, idealmente la profilaxis con ARV deberá ser iniciada en las primeras 2 horas y como período límite 72.

1) ROLES EN LA INTERVENCIÓN INMEDIATA

- a. **En la mejor medida posible y según los recursos disponibles, cada centro hospitalario deberá velar por la disposición de un espacio confortable y amigable** para la atención de las víctimas del delito por violación sexual, el cual debe de incluir el equipamiento necesario para la recolección de las evidencias, así como documentación y las pruebas que no son de solicitud frecuente. De no contar con estas condiciones, deberá garantizar un espacio y trato digno para la atención con los principios de humanización y confidencialidad.

Las pruebas reunidas ayudan a su investigación legal y se remiten al Departamento de Ciencias Forenses cuando por razones necesarias esta instancia así lo solicitara (**anexo 3**).

b. **Atención por parte de enfermería en abordaje a víctima de violación sexual:**

- Compromiso personal y profesional en el acto de cuidar, orientar, guiar y educar, disminuyendo los niveles de revictimización.
- Proporcionar orientación en cuanto a los procedimientos existentes para valoración y manejo de personas víctimas de violación.
- Dar a conocer al paciente y acompañante la atención integral que se le proporcionará en el centro hospitalario.
- Brindar educación en cuanto al tratamiento antiretroviral y su objetivo de profilaxis.
- Evaluar los riesgos del embarazo y dar a conocer las opciones del manejo con el paciente, incluyendo los servicios de salud reproductiva.
- Ponerse en contacto con los servicios de atención a la víctima, llamar al **911** y también puede llamar al Jefe de servicio del Poder Judicial al número **22953311** para lo que corresponda.
- Orientar sobre el seguimiento que debe continuar en el hospital.
- Llevar el registro epidemiológico de los casos.
- Identificar situaciones sociales o psicológicas que requieran atención inmediata para su respectiva coordinación y referencia (Ver Tabla sobre criterios de hospitalización) como personas con discapacidad, menores de edad, adultos mayores. En el caso de la atención a las personas menores de edad deben ser evaluadas con acompañamiento de algún familiar, en su defecto por al menos dos profesionales del centro hospitalario o cualquier representante del centro hospitalario.

c. **Atención por parte de medicina en abordaje a víctima de violación sexual:**

- Manejar la ansiedad de la persona y brindar información sobre los procedimientos que se van a realizar.
- Realizar una historia clínica completa y un examen físico dirigido, buscando especialmente lesiones secundarias a la violación y a criterio médico.

- Detectar lesiones físicas que requieran tratamiento quirúrgico.
- Identificar y tratar oportunamente condiciones de salud que pongan en riesgo la vida de la persona.
- Evaluar los riesgos del embarazo y dar a conocer las opciones del manejo con el paciente, incluyendo los servicios de salud reproductiva.
- Evaluar la posibilidad de infecciones de transmisión sexual y la infección por el VIH y proporcionar los profilácticos y / o tratamiento.
- Documentar toda información en el expediente en forma clara y legible
- Reforzar la educación acerca de cual va a ser la atención que se le brindará en el servicio.
- Identificar la condición de riesgo de la persona para utilización de los antiretrovirales.
- Informar sobre riesgos y beneficios de la profilaxis antirretroviral.
- Ponerse en contacto con los servicios de atención a la víctima, llamar al **911** y también puede llamar al Jefe del Poder Judicial al número **22953311**.
- Asegúrese de que a los pacientes les sean atendidas las necesidades médicas inmediatas haciendo las referencias médicas necesarias, incluyendo la respectiva a la Oficina de Atención a la víctima si fuese necesario.
- Valorar condición mental de la persona con el objetivo de identificar situaciones urgentes que requieran atención especializada inmediata por psicología/psiquiatría (intentos de autoeliminación, psicosis, etc).
- Identificar criterios de hospitalización en la persona (Ver Tabla sobre criterios de hospitalización).
- Completar los formularios normalizados para documentar los resultados del examen forense.

d. Atención por parte de Trabajo Social en abordaje a la víctima de violación

- Intervención en crisis. En aquellos servicios de emergencias donde no se dispone del servicio de Trabajo social, la contención debe ser dada por personal de enfermería o medicina y la persona víctima debe ser referida al día siguiente a Trabajo social para seguimiento.
- Valorar redes de apoyo y las personas de la familia en condición de riesgo social.
- Dar primeros auxilios psicoemocionales.
- Proporcionar orientación en cuanto a los procedimientos existentes para valoración y manejo de personas víctimas de violación.
- Dar a conocer al paciente y acompañante la atención integral que se le proporcionará en el centro hospitalario.
- Ponerse en contacto con los servicios de atención a la víctima , llamar al **911** y también puede **activar el código alfa 6 al número 22953311** para un contacto inicial con los pacientes (donde esté disponible) para que puedan ofrecer a los pacientes apoyo, intervención en crisis, la promoción, información, referencias y de la comunidad antes, durante y después del examen.
- Identificar situaciones sociales o psicológicas que requieren atención inmediata.
- Coordinación interinstitucional.

Una vez que se ha valorado la condición biopsicosocial de la persona se procede a continuar con los siguientes procedimientos:

2. DIAGNÓSTICO DEL ESTADO DE ÁREA AFECTADA Y PROTECCIÓN DE EVIDENCIAS PARA FINES MÉDICO LEGALES

Toda información recabada por el profesional de salud debe quedar claramente anotada en el expediente de salud. Si por alguna circunstancia el profesional médico perito legal o profesional designado no se apersona al servicio de salud para la examinación simultánea, entonces la persona víctima de violación deberá ser abordada por el equipo interdisciplinario del centro de salud, deberá proveer un protector diario o toalla sanitaria garantizando que durante la valoración médica y toma de muestras para fines clínicos no se alteren las evidencias para los fines legales de la ofendida y el ofensor y posteriormente referir a la Ciudad de Ciencias Forenses para la valoración médico-legal respectiva (**anexo 3**).

Los examinadores del servicio de salud deben documentar de forma detallada todos los datos del examen físico y otros aspectos relevantes durante la valoración, reduciendo la exposición a materiales infecciosos, (evitando la contaminación cruzada) ya que en este tipo de caso, una de las evidencias de gran relevancia son los fluidos biológicos, los cuales son portadores potenciales de enfermedades infectocontagiosas.

Recomendaciones para la atención de la víctima por parte de examinadores del servicio de salud:

- Dar prioridad a los pacientes de delitos sexuales y responder de manera oportuna. Proporcionar la mayor privacidad posible, garantizando confidencialidad.
- Aceptar la solicitud de la víctima en cuanto a seleccionar un examinador de un determinado género, tanto como sea posible. Informar a la persona afectada que debe evitar cualquier medida de higiene antes de la valoración médica por el médico forense.
- Reconocer que el examen médico forense es un proceso interactivo que debe adaptarse a las necesidades y circunstancias de cada paciente.
- Garantizar la custodia de las evidencias.
- Estar consciente de los problemas comunes que enfrentan las víctimas de poblaciones específicas. Por ejemplo, ciertas características como la cultura, la religión, los conocimientos lingüísticos / modo de comunicación, discapacidad, género y edad) pueden influir en el comportamiento de la víctima durante el proceso del examen posterior a un asalto sexual.
- Tomar en cuenta los servicios de apoyo a la víctima que pueden ofrecer intervención en crisis, información y referencias, además de asegurar que los intereses de los y las víctimas están representados, respetando sus deseos y defendiendo sus derechos. Proveedores / promotores también pueden ofrecer apoyo a los miembros de la familia y amigos que están presentes.
- Es muy importante el consentimiento informado. Antes de iniciar el examen y antes de cada procedimiento, describir lo que implica y su finalidad a los pacientes. Asegurarse de que la comunicación y lenguaje satisfacen las necesidades de la persona víctima, y que la información se transmite de una manera que los y las pacientes entiendan. Después de proporcionar esta información, los y las pacientes pueden dar la autorización de proceder y se debe de respetar su derecho de rechazar cualquier parte del examen.
- Dar seguridad, este tipo de pacientes tienen razones legítimas para temer nuevas agresiones de sus atacantes. La aplicación de la ley puede ser capaz de ayudar a los y las pacientes en las necesidades de seguridad.

- Proporcionar información que sea fácil de entender y que pueden revisarse a su conveniencia.
- Discutir los resultados de pruebas con los investigadores, fiscales y abogados defensores a lo solicitado (de acuerdo con la política de competencia).

3. PRUEBAS DE LABORATORIO CLÍNICO A REALIZAR

En el servicio de urgencia se solicitarán y tomarán al momento los siguientes estudios:

- Hemograma, pruebas de función hepática, pruebas de función renal, electrolitos.
- Serología de VIH, hepatitis B, hepatitis C y VDRL.
- Prueba de embarazo.

En el caso del cultivo endocervical para gonococo, la PCR o técnica de hibridación para clamidia y la muestra cervicovaginal para *Trichomonas vaginalis*, se recomienda mejor realizar una semana después del tratamiento profiláctico, **esto con el afán de no revictimizar** a la paciente, dado que estas pruebas también son realizadas por la Medicatura Forense

Se le debe informar y explicar verbalmente al paciente cuáles estudios se están realizando y la importancia de cada uno de ellos, así mismo la persona debe expresar su consentimiento para la realización de dichos exámenes.

4. TERAPIA PROFILÁCTICA PARA INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (NO VIH)

El abordaje en el servicio de urgencias debe considerar la profilaxis así como tratamiento de otras infecciones de transmisión sexual si se encontraran presentes.

Se recomienda como terapia preventiva:

- Vacuna antitetánica: si hubo daño a la integridad y no tiene esquema al día o en caso de que persona no está previamente vacunada, en una dosis 0,5 cc IM.
- Vacuna contra hepatitis B. Iniciar esquema en caso que la persona no esté vacunada. Esquema de vacunación: 1^{ERA} dosis, segunda dosis al mes y tercera a los 6 meses.

Dosis 20 mcg (adultos) equivalentes a 1 cc IM (no debe ser colocada en el glúteo).

- Tratamiento antibiótico sintomático contra clamidia, gonorrea, tricomonas y vaginosis bacteriana. El Comité Central de Farmacoterapia en sesión 2009-20 celebrada el 03 de junio del 2009 analizó y avaló la propuesta de manejo profiláctico en víctimas de violación, con esquema que por su dosificación apoye ventajas al ser un esquema único por única vez, para la cobertura global de ITS y manejo antibiótico (9).

Con base en lo anterior, se avaló como manejo antibiótico el siguiente esquema de tratamiento:

Ceftriaxone 250 mg dosis única
Azitromicina 1g VO dosis única
Metronidazol 2 g VO dosis única

Se podría anexar un antiemético, debido a que efectos secundarios gastrointestinales pueden ocurrir con esta combinación.

5. ANTICONCEPCIÓN

Es imprescindible la consejería y el **consentimiento informado** claro y específico en el cual se le explique a la paciente en qué consiste este método anticonceptivo, cómo funciona, eficacia y efectos secundarios.

Debe ser ofrecida a mujeres que por el tipo de delito sexual pudiesen quedar embarazadas. La anticoncepción sólo debe emplearse dentro de las 72 horas de ocurrida la violación.

Se prescribe el siguiente esquema de medicamentos, disponible en la institución:

- Norgestrel 0,5 mg con Etinilestradiol 50 µg (2 tab STAT y luego 2 tab a las 12 hrs) ó
- Levonorgestrel 0,150 mg con Etinilestradiol 30 µg (4 tab STAT y luego 4 tab a las 12 hrs).

En caso de que ocurra vómito dentro de la primera hora después de haber tomado la medicación, se puede considerar repetir la dosis prescribiendo un antiemético una hora antes.

La aplicación de esta anticoncepción en el caso de las jóvenes mayores de 15 años, se asume que al estar autorizadas para consentir las relaciones sexuales, de igual forma están autorizadas para consentir el uso de anticoncepción sin que medie autorización explícita parental.

En caso de las personas menores de 15 años, será necesario el consentimiento informado de los padres.

En caso de no poder contar con la presencia de los padres o que hubiese un desacuerdo entre la persona menor de edad y los padres (aunque son los padres los que tienen la representación legal), será el médico quien tome la decisión bajo su responsabilidad e informará al PANI

En todos los casos la persona menor de edad debe ser informada al respecto y puede emitir su opinión, sin embargo solamente las mayores de 15 años pueden tomar la decisión por si mismas.

6. PROFILAXIS PARA VIH

Indicaciones para la profilaxis.

En general, la recomendación se hace según el riesgo de adquirir la infección por VIH con base en la exposición sufrida por la persona (**ver figura 1**). Se considera imprescindible que la persona esté dispuesta a seguir el tratamiento y los controles necesarios durante todo el tiempo de seguimiento. El consentimiento informado **ES ESENCIAL**. La evaluación para la definición si se prescribe o no los ARV deberá ser muy exhaustiva, dando a conocer en forma muy clara los riesgos y beneficios de ésta.

La prescripción inicial de los fármacos se hará en el Servicio de Emergencias y se dará solamente por 5 días de tratamiento farmacológico, las entregas posteriores se harán por el servicio de consulta externa con solicitud de evaluación por la clínica de atención del VIH del hospital de jurisdicción al menos una vez durante los 28 días.

La prescripción debe acompañarse de una referencia al servicio de farmacia que especifique el diagnóstico de violación, la cual deberá entregarse en dicho servicio. La farmacia coordinará la educación de la persona víctima en cuanto a la toma del tratamiento y seguimiento, así como posteriores entregas del mismo.

Terapia antirretroviral a utilizar

La evidencia ha demostrado que la PPE administrada antes de 72 horas y continuada por 28 días puede reducir el riesgo de adquirir la infección por VIH después de la exposición mucosa y no ocupacional. Entre más pronto se inicie la terapia profiláctica, más probabilidad de interrumpir la infección sistémica (10).

Se recomienda la siguiente combinación de antirretrovirales como parte de la terapia profiláctica, en el caso de adultos y adolescentes (> 12 años), mayores de 50 kg, iniciar con dos ARV

- o Zidovudina 300 mg, 1 comprimido cada 12 horas
- o Lamivudina 150 mg, 1 comprimido cada 12 horas

En el caso particular que se conozca que agresor sexual es VIH positivo, se debe prescribir este esquema y documentar el alto riesgo en el expediente.

- o Zidovudina 300 mg, 1 comprimido cada 12
- o Lamivudina 150 mg, 1 comprimido cada 12 hrs
- o LOPINAVIR/
RITONAVIR 400/100 mg c/12 hrs

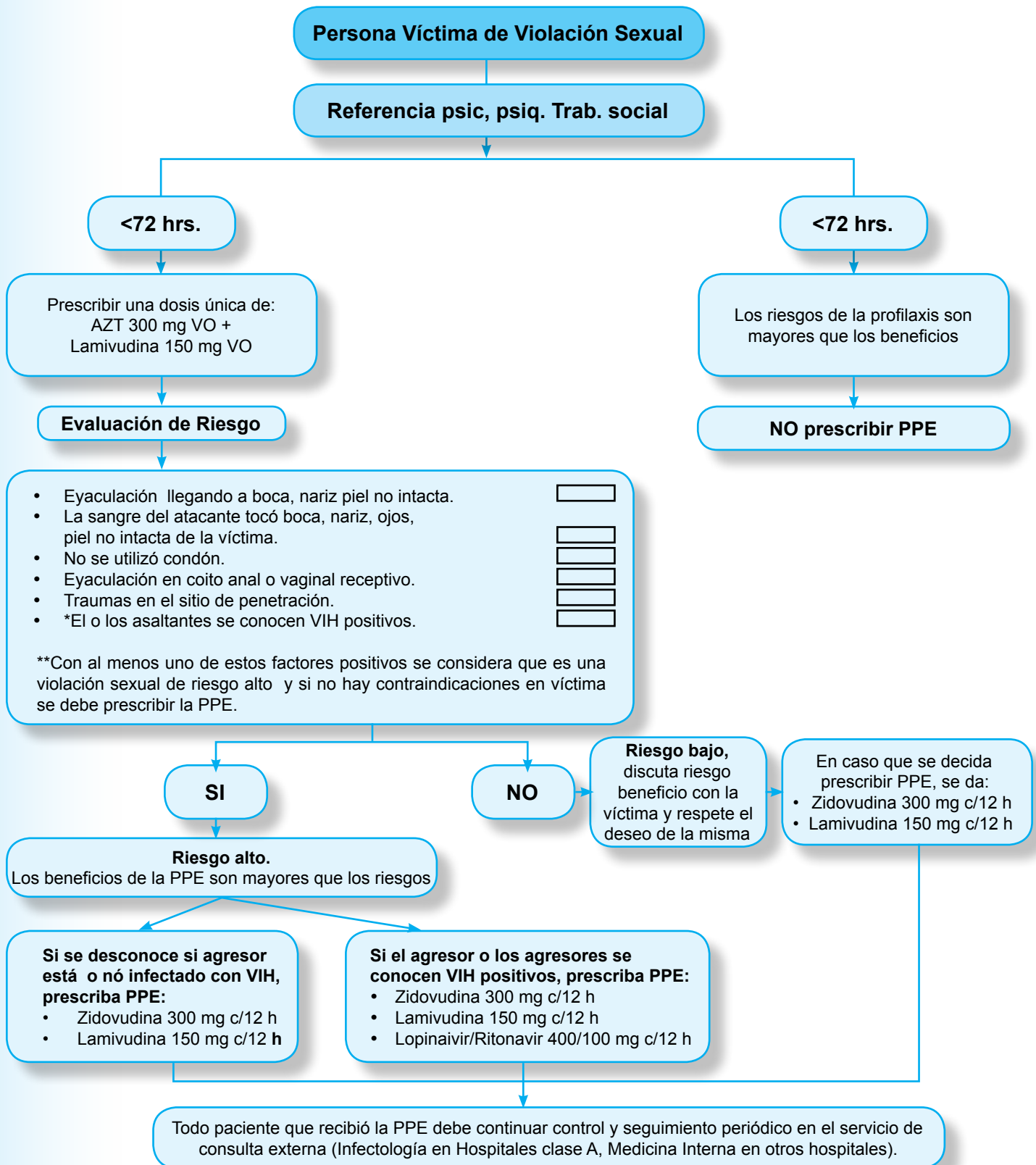
Como alternativa al LOPINAVIR/
RITONAVIR se podría utilizar Efavirenz 600mg HS (en hombres) o Nelfinavir 1250 mg c/12 h (en mujeres).

Si se va a utilizar la terapia antirretroviral post-exposición, el consentimiento informado por parte del personal médico tratante debe incluir la siguiente información:

- a. Las conocidas toxicidades de los antirretrovirales.
- b. La necesidad de seguimiento médico periódico.
- c. Los beneficios de la adherencia a las dosis recomendadas.
- d. La necesidad de la iniciación temprana del tratamiento profiláctico antirretroviral según el algoritmo respectivo, para optimizar los beneficios potenciales (lo mas pronto posible posterior a la violación sexual y máximo 72 hrs después de la misma).
- e. Compromiso por parte de la víctima en el proceso de la adherencia farmacológica.

El tratamiento se debe prescribir por **4 semanas (28 días)**, se recomienda un despacho semanal para hacer seguimiento de cumplimiento y tolerancia por el servicio de Farmacia.

Figura 1. Algoritmo para determinar necesidad de profilaxis para VIH



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

Efectos secundarios y toxicidades potenciales de los antiretrovirales

- Zidovudina (AZT): supresión médula ósea (anemia, neutropenia); intolerancia gastrointestinal; cefalea; insomnio; astenia; miopatía.
- Lamivudina (3TC): mínima toxicidad; acidosis láctica y esteatosis hepática.
- Lopinavir/ Ritonavir (KALETRA, o su genérico): diarrea, náuseas, vómitos, astenia; elevación de transaminasas; hiperglicemia; redistribución grasa; anormalidades lipídicas; posibilidad de incremento de sangrado en pacientes hemofílicos; pancreatitis.
- Efavirenz (SUSTIVA): contraindicado en embarazo; rash; síntomas sistema nervioso central (ej: mareos, disminución de concentración, insomnio, pesadillas); elevación de transaminasas.

Casos Especiales

- Mujeres embarazadas abusadas sexualmente: en los últimos años se ha acumulado experiencia sobre el uso seguro y apropiado de antirretrovirales durante el embarazo, tanto por el beneficio en la salud de la mujer infectada por VIH como en la prevención de la infección en el recién nacido. Debido a su teratogenicidad potencial, efavirenz NO debe utilizarse en ninguna terapia profiláctica postexposición durante el embarazo o en mujeres en edad reproductiva que puedan quedar embarazadas durante la terapia profiláctica. En estas circunstancias se puede utilizar un régimen basado en un inhibidor de la proteasa (ejemplo: Lopinavir/ritonavir + lamivudina+ zidovudina).
- Niños (<12 años): ver anexo de protocolo del Hospital Nacional de Niños en cuanto a manejo integral del niño abusado sexualmente.

1. VALORACIÓN DE NECESIDAD DE HOSPITALIZACIÓN (ver cuadro pagina 4)

Una persona que presente criterios psiquiátricos de hospitalización deben ser ingresados preferiblemente en servicios de Psiquiatría (ejemplo: Hospital Nacional Psiquiátrico, Hospital Calderón Guardia. Si el o la paciente no requiere hospitalización, se egresará siempre con citas de control ambulatorio en psicología o psiquiatría, según especialidad requerida.

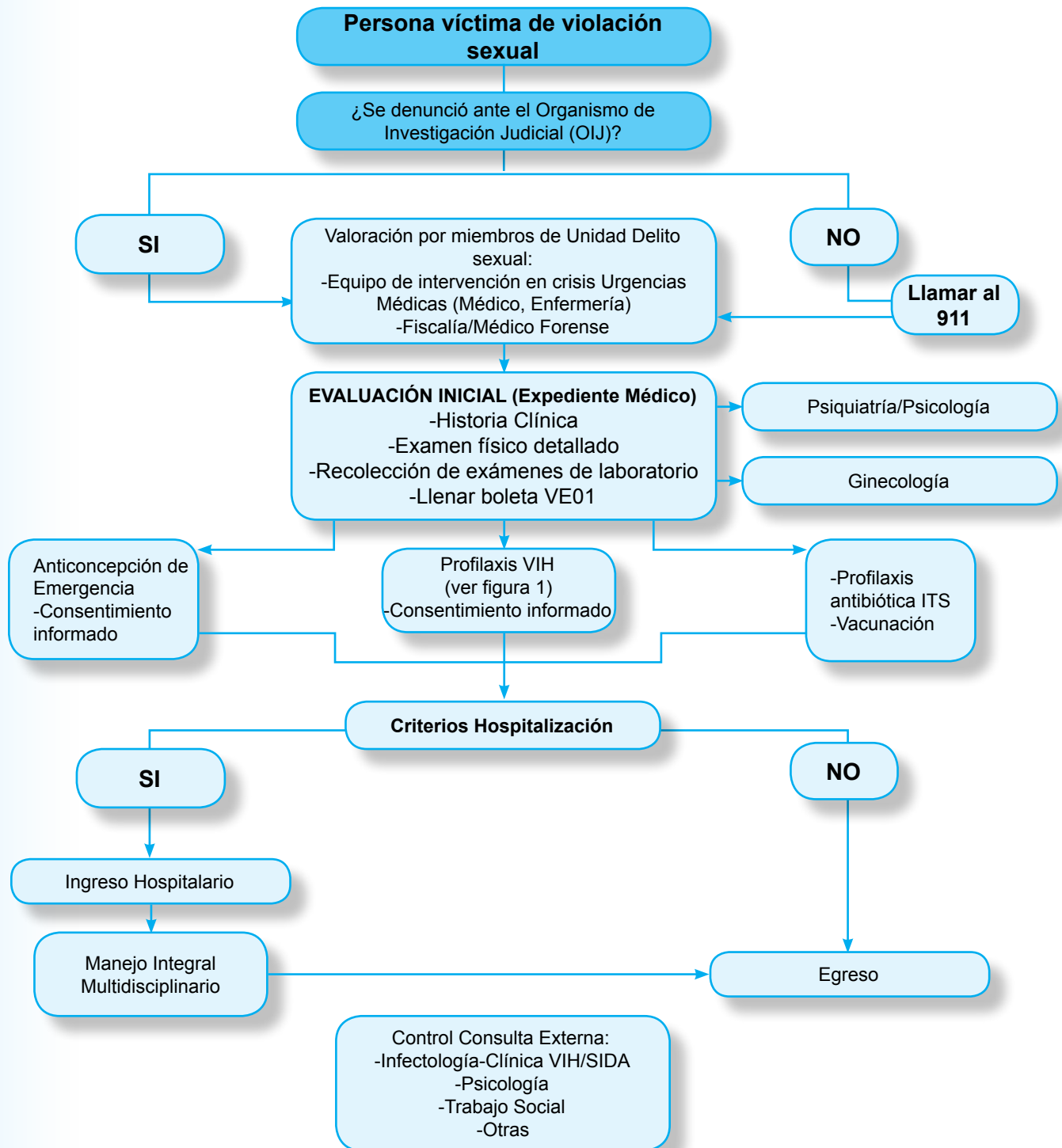
2. CONTROL Y SEGUIMIENTO DE CASO EN EL ÁMBITO DE CONSULTA EXTERNA, en caso de alto riesgo solicitar la valoración por la clínica del VIH del hospital del área de adscripción.

Posterior a egreso de paciente del servicio de urgencias el mismo debe quedar en control en los siguientes servicios:

- Medicina Familiar, Medicina Interna y o Infectología: se le debe citar en este servicio en los 5-7 días naturales posterior a atención inicial. Ahí recibirá seguimiento clínico y serológico según criterio médico especialista (usualmente a los 45 días, 3 meses, 6 meses, al año).
- Psicología clínica, Salud Mental y o Psiquiatría: se le debe citar en este servicio en los 5-7 días naturales posterior a atención inicial. La psicoterapia se dará con la frecuencia y duración estipulada por el profesional respectivo.
- Trabajo Social: se le debe citar en este servicio con carácter prioritario, con el objetivo de que la valoración se dé lo más pronto posible después del evento. Ahí recibirá seguimiento y según las circunstancias del centro hospitalario podrá ser referido al nivel local para el seguimiento periódico previa coordinación con el área de salud respectiva.

- Otras especialidades: paciente puede quedar en control conjunto en otras especialidades médico-quirúrgicas según lo determinado en valoración inicial. (por ejemplo: psiquiatría, ginecología, proctología, pediatría, etc.).

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



Anexo 1:
Primeros auxilios psicosociales O Intervención en crisis

Componente	Objetivo	Que hacer	Que NO hacer
Área psicosocial	Apoyar a la víctima a reducir las ansiedades y reestablecer los sentimientos de auto control	<ul style="list-style-type: none"> - Mantener una escucha activa. - Garantizar seguridad y apoyo, estableciendo una relación de empatía. - Contribuir en la recuperación de la víctima - Creer su historia de abuso, sin emitir juicios y prejuicios. - No culpabilizar sobre lo sucedido. - Explorar el evento del asalto sexual, si la persona así lo desea. - Orientar sobre asuntos prácticos que enfrentara en aspectos de: salud, legal, protección y emocional. - Reconocer que no se puede cambiar el evento de violación. - ASPECTOS CLAVES DE ESTA ETAPA Escucha empática sin emitir juicios respeto acompañamiento informar sobre sus derechos y deberes 	<ul style="list-style-type: none"> - Preguntas que puedan ocasionar mayor inseguridad o culpabilidad, como: <i>¿Por qué, se quedo ahí?, ¿Por qué, no pidió ayuda?, ¿Por qué vestía así?, ¿Qué hacía a esa hora?</i> - Intentar resolverlo todo. - Tomar decisiones que comprometan por largo tiempo. - Realizar promesas. - Comparaciones con otras situaciones. - Minimizar el evento, pese a que su objetivo sea ayudar. - Obligar a la persona a denunciar, (la víctima toma la decisión). - Aventurarse a llamar a redes de apoyo, sin el consentimiento de la víctima, esta decide si llama a alguna persona y a quien desea llamar. - Contar su propia historia. - Ignorar o minimizar sentimientos ni hechos - Juzgar, regañar o tomar partido - Confrontar o interpretar.

Fuente: Adaptado de Protocolo Social Para el Abordaje de Personas Sobrevivientes de Abuso Sexual, Servicio de Trabajo Social, Hospital San Juan de Dios, Caja Costarricense del Seguro Social, 2007-2008.

INTERVENCIÓN EN CRISIS

Consideraciones para cualquier profesional iniciador del proceso de atención a la víctima

Introducción

A lo largo de la vida de todos los seres humanos se nos presentan una serie de sucesos que llevan a enfrentar un estado emocional tal que de no ser resuelto adecuadamente nos arrojaría a un desequilibrio total, o sea, a lo que en Salud Mental llamamos: crisis.

Una persona que atraviesa por un estado de crisis se encuentra en una etapa vivencialmente importante para continuar el curso de su vida. No importa qué tipo de crisis sea, el evento es emocionalmente significativo e implica un cambio radical en su vida. El individuo enfrenta un problema ante el cual sus recursos de adaptación, así como sus mecanismos de defensa usuales no funcionan. El problema rebasa sus capacidades de resolución y por lo mismo se encuentra en franco desequilibrio. Como resultado de todo esto la persona experimenta una mayor tensión y ansiedad, lo cual la inhabilita aún más para encontrar una solución.

La intervención en crisis es un proceso que busca influir activamente en el funcionamiento psíquico de una persona durante un periodo de desequilibrio para aliviar el impacto inmediato de los eventos estresantes, y ayudar a reactivar las actividades afectadas por la crisis. La evaluación e intervención adecuadas son esenciales para garantizar la seguridad del paciente y de terceros, ayudarlo a afrontar eficazmente el problema, y de empoderarlo para hacer frente a futuros acontecimientos vitales de manera eficaz.

Se estima que 4% de las consultas a médicos de atención primaria tienen que ver con crisis psiquiátricas o sociales causadas por eventos estresantes agudos. (OPS, 2006).

El presente documento pretende ser un modelo de estandarización Institucional para la Intervención en Crisis debido a la diversidad de elementos y modelos de trabajo existentes en la actualidad en el tratamiento de ésta misma temática, como por el ejemplo los aportes de diferentes centros atención como en el Centro de Control del Dolor y Cuidados Paliativos, en el Servicio Infanto-Juvenil del Hospital Dr. Calderón Guardia y de los Hospitales Psiquiátricos Nacional Chapuí y Chacón Paut.

1. Definición del concepto de crisis

La crisis se presenta cuando todos los mecanismos que posee la persona para adaptarse al medio que le rodea han sido utilizados sin obtener un resultado satisfactorio. Es decir, la crisis se presenta cuando faltan en la persona o la familia, recursos de afrontamiento (Slakieu, 1998).

Podría decirse entonces que la crisis es un período crucial en la vida de una persona, cuya vivencia provocará un impacto en el estado físico y emocional de la persona que la experimenta (Cruz Roja, 2005).

Etiología

Según el momento en que aparecen, existen diferentes tipos de crisis que se podrían enfrentar a lo largo de la vida y que se pueden dividir en 2 grandes grupos:

- Las crisis del desarrollo: que se son aquellas que se presentan cuando se da un cambio en las diferentes etapas de crecimiento y desarrollo de la persona o de alguno de los miembros del núcleo familiar. Por ejemplo: adolescencia, matrimonio entre otras.
- Crisis circunstanciales: Son aquellas que ocurren en cualquier momento de la vida, son totalmente inesperadas. Entre ellas podemos encontrar: un accidente de tránsito, una enfermedad Terminal, el fallecimiento de un ser querido entre otras. La Cruz Roja Costarricense (2005) nos habla de una serie de características particulares que poseen las crisis circunstanciales:
 - Inesperadas
 - Son repentinas
 - Urgentes
 - Masivas
 - Exponen tanto al peligro como a la oportunidad

Los estados de crisis presentan tres momentos a lo largo de su desarrollo:

- El factor precipitante: Es aquel que desencadena el estado de crisis, el cual debemos indagar al instante de desarrollar la intervención, pues es quien nos indicará cómo se ha presentado la situación.
- La respuesta desorganizada: Ante la situación de crisis tanto la persona como su familia, responden de una manera desorganizada, pues ya han utilizado todos los recursos que han tenido disponibles, los cuales han resultado infructuosos.
- La intervención: Esta es la etapa en la que se busca estabilizar a la persona o a la familia ante la situación de crisis.

Cuando las personas se enfrentan a una crisis podrían reaccionar de diversas formas:

- Evitando los estímulos asociados con el evento que les hace sentir amenazados: En el caso de familiares de pacientes con diagnóstico de enfermedad Terminal por ejemplo, podrían mostrarse periféricos ante la atención de su familiar ó bien no colaborar en las tareas de cuidado en el hogar.
- Mostrarse irritables: Por ejemplo en pacientes con diagnóstico de enfermedad oncológica terminal ó bien crónica; la persona podría reaccionar ante la constante presencia de dolor con enojo e irritabilidad; la cual es posible que pueda ser lanzada a la familia o al mismo personal de salud, por lo que a ambos se les debe educar con relación al manejo de este tipo de reacciones.

- Presentarse menos flexible o menos sociable: Las personas en crisis podrían mostrarse con tendencia al aislamiento, lo cual es considerado un factor de riesgo ante la crisis, pues visto desde un modelo cognitivo-conductual-emocional; quien se aísla podría tender a la rumiación de ideas ó bien a los encadenamientos de pensamientos fallidos, lo cual eleva los riesgos de desarrollar estados depresivos, ideación suicida entre otras manifestaciones.
- Podría comportarse con las personas que le rodean distinto a su actuar de antes: Ante lo cual se debe educar a la familia, buscando una mayor tolerancia, entendimiento así como facilitando el que se brinde apoyo ante la situación, de una forma adecuada a las condiciones psicoafectivas que muestra el paciente.

2. Objetivos

2.1. Objetivos Generales

- a) Elaborar un manual con el que se permita direccionar las acciones propias para restablecer la capacidad del individuo de afrontar las situaciones de estrés en las que se encuentra.
- b) Brindar herramientas para el abordaje de personas en crisis.

2.2. Objetivos Específicos

- a) Brindar una guía técnica respecto a la atención de emergencia a usuarios que presentan crisis emocionales, facilitando su contención y favoreciendo su canalización a los servicios de atención clínica existentes en la comunidad.
- b) Promover la adecuada utilización del servicio para que sea utilizado principalmente por grupos vulnerables como niños, adolescentes, hombres, mujeres, personas de edad avanzada, discapacitados y personas de escasos recursos.
- c) Brindar servicio de calidad mediante los cuatro tipos de servicios: información, canalización, apoyo psicológico y psicoterapia breve y de emergencia.

3. El manejo de la crisis

La intervención llevada a cabo por profesionales de la Salud Mental, puede ofrecer una ayuda inmediata para aquellas personas que atraviesan por una crisis y necesitan restablecer su equilibrio emocional. La intervención terapéutica resulta tan atingente como la de un paramédico cuando procede a proporcionar soporte de vida a un herido de gravedad.

Los métodos por los cuales se auxilian a las víctimas de una crisis a lograr su recuperación son conocidos genéricamente como técnicas de intervención en crisis, y tienen un par de propósitos esenciales:

- a) Restablecer la capacidad del individuo para afrontar las situaciones de estrés en las que se encuentra.
- b) Proveer asistencia a estos individuos para reordenar y reorganizar su mundo social destruido.

Lo que a continuación se presenta son los aspectos fundamentales a tener en cuenta en lo que se denomina **la primera ayuda psicológica**. Para ello se va a recurrir a los planteamientos realizados por Slaikeu (1984).

El objetivo principal que se debe realizar según este autor es restablecer la capacidad para enfrentar inmediatamente una crisis, en ese sentido, se parte de la noción que todo ser humano enfrenta en el transcurso de su vida diversas situaciones de crisis, para lo cual ha desarrollado diferentes habilidades, destrezas y estrategias para solucionarlo, de modo que lo que se busca es que vuelva a recuperarlas para poder enfrentar esta nueva situación de crisis. Así se propone:

“Para la persona en crisis, lo esencial del problema es que él/ella se siente sencillamente incapaz de tratar las circunstancias abrumadoras confrontadas en ese momento. La finalidad primordial del ayudante es entonces, ayudar a la persona a que tome las medidas concretas hacia el enfrentamiento de la crisis, que incluye el manejo de sentimientos o componentes subjetivos de la situación, e iniciar el proceso de solución de problemas” (Slaikeu, 1984:75-76)

¿Cuáles podrían ser los principios de una intervención en crisis?

- Oportunidad: La terapia breve de urgencia con tiempo limitado, es el tratamiento que se elige en situaciones de crisis; el proceso de ayuda para que las personas puedan recuperar el equilibrio después del incidente puede tomar en promedio de 1 a 6 semanas. Puesto que la experiencia de crisis es un periodo de alto riesgo para la persona como para su familia, se requiere que la ayuda esté disponible de modo inmediato y en una ubicación de fácil acceso. El énfasis en la oportunidad se calcula para reducir el peligro y, al mismo tiempo, para capitalizar la motivación del paciente para hallar un nuevo planteamiento para enfrentarse con las circunstancias de la vida.
- Metas: Ayudar a la persona a recuperar un nivel de funcionamiento equilibrado que tenía antes del incidente que precipitó la crisis o potencialmente creativo que le permita superar el momento crítico.
- Valoración: Es importante que la valoración abarque tanto la fortaleza como la debilidad de cada una de los sistemas implicados en la crisis. La información acerca de qué está vulnerable en la vida de una persona se complementa con la información acerca de qué es aún funcional. Las fuerzas y recursos sociales pueden y deben utilizarse para ayudar a una persona a arreglárselas con la crisis.

COMPONENTES DE LA PRIMERA AYUDA PSICOLÓGICA

Los componentes expuestos por Slaikeu que se convierten en pasos cuando se realiza una intervención en crisis son:

1. Hacer contacto psicológico
2. Examinar las dimensiones del problema
3. Explorar las soluciones posibles
4. Ayudar a tomar una acción concreta
5. Registrar el progreso de seguimiento

1. Hacer contacto psicológico:

Es importante que la persona que se encuentra en una situación de crisis en el momento de dialogar con ella, se sienta comprendida, no cuestionada o interrogada, es decir, la persona necesita que sienta que quien está con ella es alguien que busca entender su situación para ayudarla y que no está ahí para juzgarla, para ello se pueden tomar medidas importantes como:

- Invitar a la persona a hablar
- Estar atento a los hechos y sentimientos de la persona
- Resumir/reflejar hechos y sentimientos de la persona
- Comunicar interés
- Proporcionar un ambiente en la relación que facilite que la persona se calme, baje su situación de estrés

Todas las acciones que se realizan tienen el objetivo del hacer sentir a la persona escuchada, comprendida, aceptada y apoyada, donde se busca que se disminuya la angustia emocional y se reactiven las capacidades para solucionar problemas. Es valioso agregar que en algunas ocasiones el contacto psicológico se lleva a cabo por acciones no verbales, tales como el contacto físico como abrazar.

2. Examinar las dimensiones del problema:

En este segundo componente se lleva a cabo un espacio de investigación, donde buscamos fundamentalmente comprender ¿Cuáles son las necesidades inmediatas y las necesidades posteriores de la persona? En ese sentido hay que aclarar que el interés no es en función de lo más importante en la vida de la persona en relación a su problemática, sino de detectar las necesidades centrales en ese momento para poder establecer en orden de importancia cuáles tienen que abordarse en ese instante y cuáles posteriormente, valga decir, el punto central son las necesidades y su orden jerárquico.

De esta manera se tiene que preguntar en función de su pasado inmediato: sobre el suceso precipitante (quién, qué, dónde, cuándo, cómo, valga decir, quién está involucrado, qué y cuándo pasó, etc.), todo esto bajo la forma de un diálogo sencillo y agradable, evitando el modelo tipo interrogatorio.

A su vez, se revisa ¿Cómo se siente en ese momento la persona? Y ¿Cuáles han sido sus fantasías al respecto de la situación?, es decir, hay que valorar sus procesos afectivos, explorando sus fuerzas y debilidades, por ejemplo en la autoimagen, amigos(as), conductas, si le ha pasado esto antes, qué ha hecho, entre otros.

Además se debe incluir ¿Cuál es el impacto de la crisis en la vida de la familia y en los amigos?, a su vez se debe explorar las redes de apoyo familiar, amigos y social que la persona tiene, discriminando muy bien si algunos miembros de esas redes es un factor precipitante de la crisis, por ejemplo, violencia intrafamiliar.

Por último, se debe valorar el riesgo suicida u homicida, preguntándolo directamente, sobre todo, revisar si tiene o ha tenido en otros momentos planes concretos para llevarlo a cabo, incluyendo el riesgo físico que la persona puede tener debido a actos de violencia de otras personas hacia ella.

La depresión, esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno de personalidad limítrofe, y el abuso o dependencia de sustancias aumentarán en gran medida el riesgo suicida.

De ser necesario se deberá contactar a un familiar o amigo cercano para recoger información adicional y para garantizar la seguridad del paciente y un seguimiento adecuado.

Aunque es conocido que hay muy poco tiempo en el proceso de intervención en una crisis, los aspectos mencionados son claves para determinar las acciones a seguir en el paso siguiente, sobre todo, en lo que tiene relación con lo que pone en riesgo la vida.

3. Explorar las soluciones posibles

El objetivo de este tercer paso es identificar una o más soluciones a las necesidades inmediatas y posteriores detectadas en el paso anterior.

Es importante resaltar que la persona no debe salir de la intervención en crisis que se está realizando, sin contar al menos con una solución a una necesidad inmediata (por ejemplo dónde pasar la noche).

Para ello se debe explorar de manera muy sutil y comprensiva, lo que la persona ha intentado hacer hasta ahora para enfrentar esta crisis u otra similar en su vida, buscando revisar lo que la persona es capaz de hacer para enfrentar esta nueva situación de crisis. En ese sentido, conociendo lo que ha realizado la persona para enfrentar la crisis, se debe revisar alternativas que sean viables y en función de las necesidades inmediatas, que se muestren como efectivas.

Puede ser que para poder encontrar posibles soluciones sea necesario redefinir el problema, la ayuda externa e inclusive proponer un cambio ambiental. Este último aspecto por ejemplo, se valora en casos de violencia. También se tiene que analizar los posibles obstáculos que se pueden enfrentar para poder tomar las medidas pertinentes.

4. Ayudar a tomar una acción concreta

Este es un aspecto muy clave, porque es pasar directamente a la acción, en donde se ayuda a la persona a tomar alguna acción concreta para enfrentar la crisis, puede ser desde realizar un acuerdo con la persona para que acuda a determinados servicios hasta la hospitalización de urgencia. Esto puede implicar tener que brindar consejos que tiene relación no solo con acciones a ejecutar sino también con formas de pensar o visualizar los acontecimientos, también se pueden tomar acciones concretas para que las actividades o comportamientos que se revisaron como necesarios para enfrentar la crisis se lleven a cabo.

Es necesario primero tener una valoración de la persona en los siguientes términos: si la persona es tiene la capacidad de actuar en su propio beneficio o si por el contrario no es capaz de actuar en su propio beneficio, incluso llegando a procesos de autoeliminación (por ejemplo dañarse o el suicidio).

Por ello, en el proceso de ayuda a tomar una acción concreta, si la persona es capaz de actuar en su propio beneficio, la persona que está realizando la intervención lo que tiene es una actitud facilitadora: hablemos y usted es la que llevara a cabo las cosas, hagamos un convenio entre usted y yo de que usted va a realizar lo siguiente; se pasa entonces desde el escuchar atento y activo hasta el dar un consejo.

Para la persona que no es capaz de actuar en su propio beneficio, la persona que está realizando la intervención tiene una actitud más bien directiva: vamos a hablar, pero yo voy a actuar en su beneficio, se incluyen a la familia, amigos(as) y otros recursos comunitarios con los cuales se hacen convenios para realicen determinadas acciones; se pasa desde llevar a cabo movilización de recursos de modo activo hasta controlar la situación.

5. Registrar el progreso de seguimiento

El seguimiento es un aspecto o paso que tiene que contemplarse ya sea por el personal que realizó la intervención, o por un o una profesional pertinente para llevarlo a cabo, dependiendo de la gravedad de la situación presentada por la persona, o porque la crisis se encuentra instalada en un problema social o mental que trasciende la formación o capacidad de la persona que realizó la intervención en crisis.

Los objetivos principales del seguimiento son: la situación de la persona se encuentre reducida, valga decir, se haya restablecido la capacidad de enfrentar la crisis, las soluciones encontradas en un primer momento se hayan ejecutado y el valorar nuevas soluciones, el riesgo de muerte se haya neutralizado; y en caso de que no se hayan aplicado las soluciones, el riesgo de muerte se encuentre presente o no se hayan activado recursos personales o familiares para enfrentar la crisis, se tiene que regresar a la etapa dos de la intervención y plantearse un nuevo proceso.

Por ello, antes que la persona se retire del encuentro en el contexto de una intervención en crisis, se hace necesario establecer contratos o acuerdos, un cronograma y formas de evaluar el cumplimiento de las soluciones o el progreso.

CONSIDERACIONES PRÁCTICAS

Slaikau (1984), propone algunas consideraciones al aplicar los cinco pasos en una primera ayuda psicológica en una intervención en crisis, a saber:

COMPONENTES	¿QUÉ HACER?	¿QUÉ NO HACER?
1. Contacto	Escuchar de manera cuidadosa y genuina sentimientos y hechos. Comunicar aceptación.	Contar tu “propia historia” Ignorar sentimientos o hechos Juzgar, regañar o tomar partido
2. Dimensiones del problema	Plantear preguntas abiertas Llevar a la persona a una mayor claridad Evaluar la mortalidad	Depender de preguntas de sí/no Permitir abstracciones continuas. Soslayar las señales de “peligro” Dar la razón del “problema”
3. Posibles soluciones	Alentar la lluvia de ideas Trabajar de manera directa por bloques Establecer prioridades	Permitir la visión de pasar por un túnel Dejar obstáculos sin examinar Permitir una mezcla de necesidades
4. Acción concreta	Dar un paso cada vez Establecer metas específicas de corto plazo Confrontar cuando sea necesario Ser directivo, sólo si debes serlo	Intentar resolverlo todo ahora Tomar decisiones que comprometan por largo tiempo Ser tímido o prometer cosas Retraerse de tomar decisiones cuando parezca necesario
5. Seguimiento	Hacer un convenio para re-contactar Acordar un segundo encuentro Evaluar los pasos de acción	Dejar detalles en el aire o asumir que el paciente continuará la acción de plan por sí mismo Dejar la evaluación a alguien más

Las reacciones de crisis que ocurren después del impacto están relacionadas con las siguientes variables:

- Edad, sexo, grupo étnico, nivel socio-económico.
- Estructura de la personalidad y estado de salud psicológica.
- Mecanismos habituales de defensa.
- Intensidad de los múltiples estresores que aparecen después del impacto.
- Disponibilidad y educación de las redes de apoyo social.
- Extensión del significado de las pérdidas personales experimentadas.
- Recursos de ayuda de emergencia disponibles.

Integrando esta información y usándola en beneficio de cada individuo se pueden estimar los problemas que cada víctima habrá de enfrentar y su manera usual de resolverlos apoyándolo a lograrlo en mejores condiciones.

1.5 Orientaciones técnicas finales

- Insistir en la búsqueda de medidas de autoprotección
- Facilitar la expresión del dolor
- Mantener la noción de intervención temprana permanentemente
- Utilizar el reencuadre de normalización
- Enfatizar el análisis transgeneracional del hecho
- Extender el tiempo de duración de la crisis.

RECOMENDACIONES CLAVES

Escuchar: ante una crisis emocional la persona necesita de alguien que la escuche con respeto, es importante entender el problema que está detrás de lo que se está escuchando. Valga recordar que cuando una persona está en crisis generalmente no tiene la claridad suficiente para expresar lo que le está sucediendo, lo que realmente le molesta. No es recomendable desgastar energía y esfuerzo rebatiendo la decisión de la persona, es más importante hacerle saber que es entendido y que su sufrimiento tiene un valor y una razón de ser. También es necesario hacerle saber que es muy probable que buscando la ayuda adecuada pueda salir adelante sin necesitar recurrir a un acto autodestructivo, como puede ser el intento suicida.

Evaluar el riesgo: escuchando a la persona y habiendo explorado si existe o no riesgos sobre todo de suicidio, esto se refleja a través de aquellas acciones tendientes a la autodestrucción.

Tómelo con seriedad: siempre que una persona que esté en crisis exprese ideas o pensamientos depresivos o suicidas es necesario prestarle atención. En muchas ocasiones una persona puede disimular lo mal que se siente y debajo de su aparente calma puede esconderse un conflicto que encierre profundos sentimientos de angustia.

No tema preguntar si la persona muestra depresión o ha abrigado pensamientos de suicidio: El que la persona pueda expresar abiertamente sus sentimientos o sus intenciones suicidas, ha demostrado, a través de la experiencia, que disminuye la probabilidad de que un evento se agrave o se lleve a cabo. Con frecuencia la persona agradece la oportunidad de hablar abiertamente sobre el tema y sabe que cuenta con alguien dispuesto a escucharla y a tomarla en serio.

No se deje engañar: específicamente en el caso de las intenciones suicidas, muchas veces los jóvenes dicen haber pasado la crisis y que no necesitan más atención en ese sentido. Esto sucede porque inicialmente sienten un alivio que suele ser temporal, sin embargo, suele ocurrir que los mismos sentimientos surgen nuevamente, por lo tanto, el seguimiento es crucial.

Sea positivo y solidario: es muy importante ofrecer fortaleza y un vínculo fuerte a la persona afligida. Es necesario hacerle saber que se está procediendo de la manera adecuada y que se hará todo lo posible para darle apoyo y la ayuda que necesita. Felicítelo por hacer lo correcto aceptando ayuda.

Evalúe los recursos disponibles: haga una exploración de reconocimiento de los recursos con los que cuenta la persona, pues de seguro contará con elementos internos como mecanismos de racionalización, entendimiento, imitación y otros, los cuales deben ser fortalecidos y sostenidos. Tome en cuenta también recursos externos como amigos(as), familiares, consejeros(as), docentes, entre otros.

Actúe con eficacia: es importante que la persona sienta que la conversación le sirvió de algo, por lo tanto es necesario plantearse metas al terminar la misma. Pregúntele terminada la conversación, sobre cómo se siente y háblele sobre las opciones o personas que usted ha pensado que le pueden ayudar. Se trata de darle algo tangible a lo cual asirse.

Intervención en crisis: se debe tomar en cuenta aspectos básicos como: hacer contacto psicológico, examinar las dimensiones del problema, explorar posibles soluciones, ayudar a tomar una acción concreta, seguimiento para comprobar progreso.

Plan de emergencia: se debe en conjunto con la persona elaborar un plan de emergencia donde se involucren también a otras personas que puedan apoyar el proceso, fundamentalmente recursos externos al Establecimiento de Salud.

Anexo 2. Oficio de referencia por el PJ al servicio de emergencias de la CCSS

COSTA RICA, PODER JUDICIAL, MINISTERIO PÚBLICO, FISCALIA ADJUNTA CONTRA LA VIOLENCIA DOMÉSTICA Y LOS DELITOS SEXUALES.

XXXXXXXXXX
Membrete del PJ

OFICIO N° 000-UEDSVD-00

00 de xxxxx del 0000.

A quien corresponda:

**Hospitales del Servicio de Seguridad Social
Caja Costarricense de Seguro Social.**

Quien suscribe, Fiscal Auxiliar de la Fiscalía Adjunta Contra la Violencia Domestica y los Delitos Sexuales de San José, le informo que en esta oficina se tramita la causa numero 00-000000-000-PE (000-5-00) seguida contra XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, en perjuicio de XXXXXXXXXXXX, por el delito de VIOLACIÓN, en relación con hechos ocurridos en fecha _____ al ser aproximadamente las _____ horas.

De acuerdo con lo anterior y teniendo conocimiento de la posibilidad de aplicar tratamiento ANTIRETROVIRAL a las víctimas de violación para evitar un posible contagio por VIH en casos como el presente, le solicito atienda a la víctima portadora de este documento con el fin de valorar la viabilidad de que se aplique el tratamiento indicado.

Atentamente,

**XXXXXXXXXXXXX
Fiscal Auxiliar**

Recibe: _____

_____ hrs del ____ / ____ / _____

Anexo 3.

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN, RIESGOS E IMPACTO Y EXAMEN FÍSICO-MÉDICO LEGAL

Definición de violación

Para los propósitos de este protocolo se define violación como “acceso carnal con otra persona” no consentido, dicho acceso puede tener lugar por vía oral, anal o vaginal. La penetración ha de ser con el órgano sexual masculino, el pene, o con la introducción de dedos, objetos o animales.

En el caso de menores de 13 años aunque el acceso carnal sea consentido se considerará como violación. Toda violación está mediada por intimidación, la cual debe ser entendida como el anuncio por parte del agresor a la víctima, de la realización de un mal a la víctima si se niega u opusiere resistencia al acceso carnal, o a la introducción de dedos u otros objetos.

En caso de que exista violencia corporal ésta no necesariamente implica la utilización de una fuerza física irresistible o absoluta.

Profilaxis en Infecciones de Transmisión Sexual (no VIH)

Las infecciones por *Trichomonas vaginalis*, vaginosis bacteriana, gonorrea, clamidia son los diagnósticos más comunes entre mujeres que han sido violadas sexualmente. Debido a que la prevalencia de estas infecciones es alta entre mujeres sexualmente activas, su presencia después de una violación no indica necesariamente su adquisición durante la violación. Sin embargo, la valoración post violación es una oportunidad para identificar y prevenir las infecciones de transmisión sexual, sin importar cuáles de ellas fueron adquiridas durante la violación. También, la infección por el virus de Hepatitis B puede ser prevenida por la administración post exposición de la vacuna de la Hepatitis B (1).

Profilaxis Post exposición para Infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana

Otro de los riesgos en los casos de violación es la infección de la víctima con el virus de inmunodeficiencia humana. Sin embargo, existe la posibilidad de brindar un tratamiento altamente efectivo que puede prevenir la transmisión del virus en más del 70% de los casos.

La profilaxis luego de una exposición (PPE) y específicamente luego de una violación, es una forma de prevención secundaria de la infección por VIH. Consiste en la administración por una corta duración (4 semanas) de fármacos antirretrovirales (ARV), a personas que han sufrido una exposición accidental al virus. Este abordaje se fundamenta en:

1. *La plausibilidad biológica de la PPE para prevenir la infección por VIH:* una de las características en relación a la patogénesis de la infección por VIH es el período de tiempo entre la exposición por VIH y la replicación del virus en los ganglios linfáticos (2). Inmediatamente después de la exposición al VIH, hay una infección de las células dendríticas en el sitio de inoculación.

Estas células infectadas van a migrar a los ganglios linfáticos regionales durante las primeras 24-48 horas (3). El inicio de la infección sistémica está marcado por el establecimiento de las células dendríticas infectadas en los ganglios linfáticos. Teóricamente, la administración de ARV profilácticos durante este período y antes del establecimiento en los ganglios linfáticos puede prevenir el desarrollo de la infección sistémica.

2. *Información obtenida de ensayos clínicos o de estudios observacionales*, en relación a la prevención de la transmisión materno-fetal, así como la profilaxis posterior a accidente ocupacional, que indican que con la profilaxis post-exposición se puede lograr una prevención cercana al 80% (4).
3. *Estudios de costo-efectividad y costo-beneficio de la profilaxis post-exposición de VIH*: demostrada costo-efectividad de la terapia con zidovudina, lamivudina e indinavir posterior a una exposición ocupacional de alto riesgo (5). Otros estudios evidenciaron costo-efectividad de la PPE en los siguientes casos: sexo anal receptivo cuando existe alto riesgo de que la persona fuente esté infectada, y sexo vaginal receptivo cuando la fuente es conocida VIH positiva (6).
4. *La probabilidad de que la transmisión por VIH posterior a una violación sexual es mayor que el riesgo posterior a una exposición ocupacional percutánea*: la violación sexual típicamente tiene varias características que incrementan el riesgo
5. de transmisión del VIH si el perpetrador ó agresor está infectado. Estudios estadounidenses han examinado la tasa de infección por VIH en sus perpetradores ó agresores, evidenciando una prevalencia del 1% de VIH en convictos sentenciados a prisión por delito sexual, comparado con un 3% entre los prisioneros y 0.3% en la población masculina general (7); en Costa Rica aún no contamos con datos de prevalencia de VIH en estos grupos de riesgo. Además, existen estudios prospectivos que han documentado una mayor incidencia de laceraciones vaginales en una violación (40 % mujeres violadas, 70% en nulíparas) en comparación con la relación sexual consentida (5 % mujeres) (8).

En general, existe riesgo de infección solamente si el agresor es VIH positivo, más cuanto mayor sea su carga viral, si padece otras ITS, la víctima tiene lesiones genitales y hubo eyaculación.

Según Report on the Global AIDS Epidemic. UNAIDS/WHO July 2008, en Costa Rica para el 2008 se estimó la prevalencia de infección por VIH en la población general en un 0,4%.

Por otra parte ONUSIDA estimó para Costa Rica en el 2007 en adultos y niños el rango de 6100-15000 individuos con infección por VIH.

Riesgos específicos de transmisión del VIH

Exposición sexual general

Cuando se desconoce si la persona fuente está infectada por VIH, la valoración del riesgo de adquirir el VIH es dependiente del tipo de acto sexual (9).

- Coito oral receptivo: 0 – 0,04 %
- Coito vaginal insertivo: 0,03 – 0,09 %
- Coito anal insertivo:.....0,03-0,09%
- Coito vaginal receptivo:.....0,01-0,15%
- Coito anal receptivo:.....<3%

Fuente: Proposed recommendations for the management of HIV post-exposure prophylaxis after sexual, injecting drug or other exposures in Europe. *Euro Surveill.* 2004.

Las recomendaciones de “**A National Protocol for Sexual Assault Medical Forensic Examinations**” del **U.S. Departamento of Justice**” y debe ser llevada a cabo por un equipo multidisciplinario de respuesta a las víctimas de asalto sexual, integrado por representantes de:

- Los servicios de salud
- Defensoría
- Fiscalía
- Investigaciones Criminales
- Laboratorio Forense

Impacto psicológico/psiquiátrico en una víctima de violación sexual

La violación es un delito con implicaciones médicas, psicológicas, legales y sociales. Más que un acto sexual es un ataque agresivo con expresión sexual que produce en la víctima complejas reacciones emocionales a menudo más significativas que la lesión física (10).

La **fase aguda** empieza desde el momento de la violación y puede durar varias semanas. Las víctimas llegan a las salas de urgencias en estado afectivo mixto que incluye llanto, cólera, miedo e incredulidad. Pueden presentar además:

- Auto-acusación.
- Miedo de ser asesinada.
- Degradación.
- Despersonalización.
- Ideas de suicidio.
- Ansiedad.
- Depresión.
- Inseguridad
- Confusión

A **largo plazo** constituyen un trastorno por estrés postraumático con:

- Reexperimentación del proceso traumático.
- Aislamiento del mundo exterior.

- Síntomas autonómicos (sudoración, temblor).
- Rumiación de lo sucedido.
- Incapacidad para concentrarse.
- Rechazo y miedo a los hombres.
- Pesadillas donde se le revive el evento.
- Culpabilización por no haber prevenido el ataque.
- Desconfianza.
- Desórdenes alimenticios.

Cuando los profesionales de la salud de la CCSS son **los examinadores forenses** que llevan a cabo el examen. Es fundamental que los mismos, independientemente de su disciplina, se hayan comprometido a proporcionar una atención de calidad y compasiva para los pacientes que revelan la agresión sexual, además de la recolección de pruebas de forma competente, incluyendo también el potencial testimonio en el tribunal cuando sea necesaria.

Todo profesional de la salud deberá recibir previamente un proceso de **Educación y Entrenamiento por el Complejo de Ciencias Forenses en coordinación con la Universidad de Costa Rica**. El proceso de formación capacitante debe acompañarse de entrenamiento adicional, en fotografía forense y visitas a laboratorios forenses.

Realización de Historia Médica

De acuerdo a lo indicado en “A National Protocol for Sexual Assault Medical Forensic Examinations” del U.S. Departamento of Justice, se debe realizar una historia médico forense después de darle a la víctima los cuidados médicos iniciales y antes de la recolección de la evidencia, los objetivos principales de dicha historia son:

- Coordinar la historia médico forense con la entrevista para la investigación.
- Obtener aspectos forenses relacionados con el delito sexual que sirven como guía para el proceso de examinación, la recolección de la evidencia y los análisis que laboratorio forense va a realizar sobre la evidencia recolectada
- Recolectar información para que le ayuden a los investigadores a capturar al sospechoso.
- Obtener información para los fiscales de tal forma que estos puedan cumplir con los requerimientos legales correspondientes.
- Minimizar la repetición de preguntas.

Examen físico médico legal

Debe realizarse y anotarse un examen físico detallado de la víctima haciendo énfasis en:

- Semiología médico-legal del área genital femenina y masculina:
 - Recolección de elementos pilosos, fibras, manchas y otros indicios en la vulva.
 - Descripción de lesiones en la vulva.
 - Descripción de la condición del himen.
 - Descripción de las lesiones y recolección de indicios en la vagina.
 - Descripción de lesiones en pene y escroto.

- Semiología medicolegal del área anal:
 - Descripción de signos de violencia reciente (desgarros de pliegues anales, desgarros recto perineales, hemorragia incoercible en desgarros de paredes anorrectales o perineales, existencia de fisuras, cicatrices ó ano infundibiliforme).
- Evidencia de coito reciente:
 - Determinar presencia de semen en la vagina, recto y/o boca de la víctima.
- Semiología medico legal del área paragenital y extragenital (boca, cuello, muslos, tórax, abdomen).
- Evidencias del uso de fuerza física y/o no consentimiento de parte de la víctima (ejemplo: presencia de sangre, equimosis, hematomas, heridas, contusiones, excoriaciones, laceraciones, mordeduras y otras lesiones consistentes con resistencia).

Evidencia de otras lesiones y enfermedades que pudieran ocurrir durante el abuso, así como las secuelas potenciales de estas patologías.

Equipos y suministros necesarios para la evaluación de Víctimas de Delitos Sexuales en los centros de salud:

- Una copia del protocolo más actualizado de acuerdo a la jurisdicción.
- Habitación para el examen con equipo estándar y suministros para una evaluación física y examen pélvico. Las necesidades de los pacientes con discapacidad física deben tenerse en cuenta.
- El asalto sexual y la recopilación de pruebas relacionadas con el suministro de equipos (Kit de recolección de evidencias para Abuso Sexual) relacionados con los suministros podrían incluir pinzas, cinta adhesiva, tijeras de uñas y raspadores, tijeras, hilo dental, la recogida de papel, solución salina o agua destilada, hisopos adicionales, contenedores, sobres, bolsas de papel y bolígrafos / lápices.
 - Un método o dispositivo para el secado de las evidencias. El Secado de pruebas es fundamental para prevenir el crecimiento de hongos y bacterias que pueden destruir a una muestra de prueba. Con cualquier método de secado o dispositivo utilizado, garantizar un mínimo la contaminación de la prueba, y mantener la cadena de custodia. El kit de diseño también puede ayudar en el proceso de secado (por ejemplo, proporcionando instrucciones claras y suministros para permitir que se produzca el secado).
- Una cámara y suministros conexos (con la más actualizada posible la tecnología) para la fotografía forense inicial y seguimiento durante los exámenes. Podría incluir los suministros relacionados con el cine, las baterías, el flash, y una regla de pulgadas o escala de referencia para el tamaño.
- Pruebas y tratamiento de los suministros necesarios para evaluar a los pacientes y la atención médica. Además, el suministro de pruebas que pueden ser necesarias para propósitos forenses y que no están incluidos en el kit de recolección de evidencias. Por ejemplo, los suministros para pruebas de toxicología a menudo no están en el kit.

- Una fuente de luz alterna (usando la tecnología más actualizada) puede utilizarse en la valoración de los cuerpos, pelo y ropa de los pacientes. Se utiliza para buscar pruebas, como secreciones, fibras fluorescentes no visibles en la luz ambiental.
- Un anoscopio para utilizarse en los casos de trauma anal / rectal. Este instrumento puede ayudar a visualizar una lesión anal, además de la recolección de hisopos rectales fiables (sin contaminación), y la identificación y recopilación de pruebas.
- El material escrito para los pacientes.

Kit de recolección de evidencia para Abuso Sexual

En algunos lugares han desarrollado su propio Kit de recolección de evidencia de asalto sexual (para las pruebas de las víctimas) o han comprado kits de vendedores comerciales. Estos Kits pueden variar de unos a otros en los tipos de muestras, técnicas de recolección, los materiales utilizados para la recolección, y los términos utilizados para describir las categorías de las pruebas. A pesar de las variaciones, sin embargo, es fundamental que cada equipo cumpla con lo mínimo recomendado por las directrices:

Un recipiente para el Kit: se sugiere que este contenedor o bolsa tenga una etiqueta con espacios en blanco para la identificación de la información y la documentación de la cadena de custodia. La mayoría de los elementos recolectados durante la recopilación de pruebas se guardan dentro de este contenedor, después de ser secados, envasados, etiquetados y sellados de acuerdo con la política de competencia. Las bolsas se proveen para los elementos más voluminosos que no caben en el recipiente (por ejemplo, ropa). Algunas jurisdicciones proporcionan grandes bolsas de papel para sostener el recipiente y bolsas de pruebas adicionales.

- Una hoja de instrucciones o una lista de guías para los examinadores y el mantenimiento de la cadena de custodia.
- Los formularios para la recopilación de pruebas y análisis, incluida la autorización de los pacientes para la recolección de pruebas y la información necesaria, la historia médico forense y diagramas anatómicos.
- Materiales para la recolección y preservación de las siguientes pruebas, de acuerdo a la competencia:
 - Ropa interior
 - Materiales para la recolección de diferentes tipos de evidencias presentes en el cuerpo de la víctima como sangre, las secreciones secas, fibras, pelos sueltos, la vegetación, el suelo y los desechos, raspaduras de los dedos de la mano, aplicadores para semen, saliva, etc.
 - Secador de pruebas (incluida vello púbico y muestras)
 - Aplicadores vaginal / hisopos y frotis cervical; Aplicadores y frotis de pene;
 - Aplicadores Anales / perianal hisopos y frotis; Aplicadores orales/ frotis
 - Tarjeta FTA para la recolección de sangre para comparaciones por ADN

Proceso de recolección de la evidencia forense

Procedimiento para la recolección de evidencia traza

Considerando los casos de Delitos sexuales y otros que hayan ocurrido en un lapso de tiempo menor a las 24 horas (o 72 horas según las recomendaciones internacionales, y sobre todo según las

consideraciones especiales relacionadas con el caso), el personal a cargo de llevar a cabo la entrevista debe de explicarle a la víctima, cómo preservar evidencia física hasta que puedan ser recolectadas, indicándoles que deben evitar: el cambio de Ropa, orinar, defecar, fumar, beber, comer, cepillarse el cabello o los dientes, lavarse la piel o ducharse, esto según el sitio donde el imputado haya depositado un fluido biológico. También se le debe de explicar a la víctima que las prendas de vestir podrían ser utilizadas como prueba, por lo que es necesario que alguna persona cercana (familiar, amigo etc) le traiga un cambio de ropa limpia para el examen. Si no se ha cambiado de ropa desde el delito, se le puede solicitar que entregue las prendas, especialmente si no las ha lavado. La evidencia debe de ser debidamente embalada.

Para la recolección de las prendas de vestir, ropa interior, exterior realice lo siguiente:

- Coloque un pliego de papel limpio en el suelo como una barrera.
- Luego coloque el papel de recolección (generalmente se utiliza papel kraf doblado como se indica en la ilustración) sobre el papel anterior, tenga cuidado para evitar la transferencia de elementos traza externos; es por lo anterior que se debe de documentar cualquier observación importante.

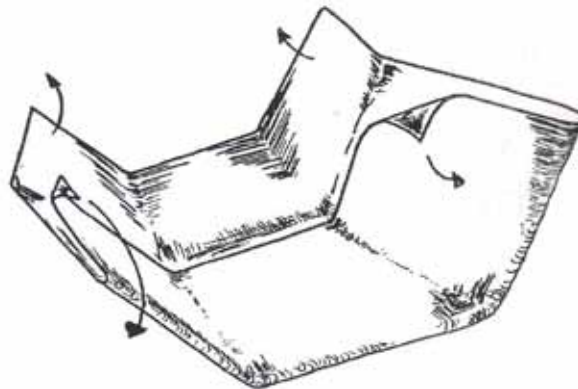


Fig N° 1: Forma de desplegar la hoja de recolección con la finalidad de que la parte no expuesta sea donde se recolecten los indicios con un mínimo de contaminación.

- La víctima debe retirarse la ropa lentamente sobre el papel de recolección para capturar cualquier material extraño presente. Si la víctima necesita ayuda, la persona que le ayude debe de utilizar guantes, gorro o cubre cabello (para evitar contaminar la ropa de la víctima con elementos trazas propios de la persona presente) y cubrebocas.
- Cada una de las prendas deben de ser entregada al investigador responsable para que sea debidamente embalada (en bolsa de papel, de forma individual, lacrada y con la cadena de custodia correspondiente, según el Manual de Recolección de Indicios) y transportada lo más pronto posible al Departamento de Ciencias Forenses. Si la ropa se encuentra húmeda se debe de cumplir con las normas para el manejo y transporte de evidencia húmeda indicadas en el Manual de Recolección de Indicios del Departamento de Ciencias Forenses, versión 2004.

- La recolección de la ropa interior se debe de realizar cuando se lleva a cabo la valoración médico forense (si es de interés para el caso), incluyendo también la recolección del protector diario. Si la víctima es una mujer menstruando, se debe de recolectar las toallas sanitarias y tampones.
- Posteriormente solicítele a la víctima que se retire de la hoja de recolección y se le entrega la ropa que le han traído, para que se pueda vestir.
- Doble cuidadosamente la hoja de recolección de tal forma que quede en el interior del plegado la zona donde la víctima ha estado apoyada, doblando de la forma que venía originalmente (ver la ilustración).
- Embale y lacre cada una de las prendas, procediendo a iniciar la cadena de custodia
- Continúe con el procedimiento para recolectar muestras anatómicas.

Recolección de muestras anatómicas

Penetración vaginal:

1. Peinado público: Utilizando un peine limpio, se debe de recolectar algún elemento piloso que se encuentre suelto, ya que el mismo podría ser del agresor, para ello coloque un papel kraft en la camilla antes de que la víctima se acueste sobre ella, y posteriormente realice la recolección.
2. La toma de las muestras se efectuará con espéculo lubricado con suero fisiológico y se dará prioridad a las tomas de muestras para estudio por semen, del fondo del saco posterior.
3. Se deben de tomar cuatro aplicadores vaginales utilizando aplicadores estériles y secos para la investigación por semen, los cuales deben introducirse individualmente rotándolos, rotulando según el orden de recolección como 1, 2, 3, 4.
4. Posteriormente se debe de tomar los aplicadores estériles para estudio de Enfermedades de transmisión sexual, utilizando el aplicador en medio de transporte de Stuart o similar para el cultivo por gonococos, y el aplicador de dacron para la investigación por Chlamydia o similar. Se introducirán los aplicadores en la cavidad unos 2 cm rotando durante 10-20 segundos.
5. Si es necesario se puede tomar aplicadores de los genitales externos utilizando aplicadores humedecidos con agua destilada o agua desionizada estéril.
6. Se debe de dejar secar los aplicadores y posteriormente empacarlos como se ha mencionado y remita al Departamento de Ciencias Forenses de inmediato y en cadena de frío.
7. Posteriormente se debe de tomar los aplicadores estériles para estudio de Enfermedades de transmisión sexual, utilizando el aplicador en medio de transporte de Stuart o similar para el cultivo por gonococos, y el aplicador de dacron para la investigación por Chlamydia o similar. Se introducirán los aplicadores en la cavidad unos 2 cm rotando durante 10-20 segundos.
8. Si es necesario se puede tomar aplicadores de los genitales externos utilizando aplicadores humedecidos con agua destilada o agua desionizada estéril.
9. Se debe de dejar secar los aplicadores y posteriormente empacarlos como se ha mencionado y remita al Departamento de Ciencias Forenses de inmediato y en cadena de frío.

Penetración anal:

1. Se deben de tomar cuatro aplicadores anales utilizando con aplicadores estériles y secos para la investigación por semen, introducir individualmente rotando el aplicador como 1, 2, 3, 4.
2. Posteriormente se debe de tomar los aplicadores estériles para estudio de Enfermedades de transmisión sexual, utilizando el aplicador en medio de transporte de Stuart o similar para el cultivo por gonococos, y el aplicador de dacron para la investigación por Chlamydia o similar, cuando corresponda dicha investigación.
3. Se debe de dejar secar los aplicadores y posteriormente empacarlos como se ha mencionado. Remita al Departamento de Ciencias Forenses de inmediato y en cadena de frío.

Penetración oral:

1. Se deben de tomar cuatro aplicadores orales utilizando con aplicadores estériles y secos para la investigación por semen (idealmente), introduciéndolos de forma individual.
2. La muestra se recoge mediante impregnación y movimiento rotacional del aplicador en los pliegues entre la mucosa labial (superior e inferior) y los alvéolos dentarios mandibulares o maxilares.
3. Se debe de dejar secar los aplicadores y posteriormente empacarlos como se ha mencionado. Remita al Departamento de Ciencias Forenses de inmediato y en cadena de frío.

Bibliografía

- Agudelo L. Urgencias. Psiquiatría. Cuarta edición. Corporación para Investigaciones Biológicas. Medellín, Colombia, 2004.
- Almeda J, Casabona Barbara J, Simon B, Gérard M, Rey D, Puro V, Thomas T. Proposed recommendations for the management of HIV post-exposure prophylaxis after sexual, injecting drug or other exposures in Europe. *Euro Surveill.* 2004; 9 (6): pii=471.
- Basset I, Freedberg K, Walensky R. Two drugs or Three? Balancing Efficacy, Toxicity, and Resistance in Postexposure Prophylaxis for Occupational Exposure to HIV. *Clinical Infectious Disease.* 2004; 39: 395-401
- Blackham J, Almeda J, European Project on Non-Occupational Postexposure Prophylaxis for HIV (Euro-NONOPEP). Differences between new United States recommendations and existing European guidelines on the use of postexposure prophylaxis (PEP) following non-occupational exposure. *Euro Surveill.* 2005;10(4):pii=2627.
- Cardo DM, Culver DH, Ciesielski CA, Srivastava PU, Marcus R, Abiteboul D, Heptonstall J, Ippolito G, Lot F, Mckibben PS, Bell DM. A case-control study of HIV seroconversion in health care workers after percutaneous exposure. Centers for Disease Control and Prevention Needlestick Surveillance Group. *N Engl J Med.* 1997, 20; 337 (21): 1485-1490.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Notice to readers: updated information regarding antiretroviral agents used as HIV postexposure prophylaxis for occupational HIV exposures. *MMWR*, [S.I.], v. 56, p. 1291-2 , 2007.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). *Updated U.S. Public Health Service guidelines for the management of occupational exposures to HIV and recommendations for postexposure prophylaxis.* Atlanta: CDC, sep. 30, 2005.
- Cobo Plana, Juan Antonio. 1998. Manual de asistencia integral a las mujeres víctimas de agresión sexual. Formularios y Guía de exploración y Toma de muestras. Masson, s. a. España.
- Departamento de Ciencias Forenses. 2004. Manual de Recolección de Indicios. Departamento de Publicaciones e Impresos. Poder Judicial. Costa Rica.
- Ernoehazy W, Murphy-Lavoie H. Sexual Assault. eMedicine Specialties. *Emergency Medicine.* Emergency Department Fraser Memorial Hospital, Florida. U.S.A. 2008.
- Hazelwood, Robert R. and A. W. Burgess. 2001. Practical Aspects of Rape Investigation. A Multidisciplinary Approach. Third Edition, CRC Series, United States.
- LANDOVITZ, R. J.; CURRIER, J. S. Postexposure Prophylaxis for HIV Infection. *N. Engl. J. Med.*, [S.I.], v. 361, p. 1768-75, 2009.
- Lauber AA, Souma ML. Use of toluidine blue for documentation of traumatic intercourse. *Obstet Gynecol* 1982; 60: 644-648.

- Ledray, Linda E. Ph.D. 2001. Evidence Collection and Care of the Sexual Assault Survivor *The SANE-SART Response*. Minnesota Center against violence and abuse. USA.
- Leonardo Claudia y Marta Mora. 2002. Diagnóstico del trabajo conjunto de los Departamento de Ciencias Forenses y Departamento de Medicina Legal. Organismo de Investigación Judicial, Poder Judicial, Costa Rica.
- Lorente, José A., Ph.D. 2002. Manual y Guía para oficiales de policía ante la recogida de evidencias biológicas para análisis con ADN. Universidad de Granada. España.
- Myles JE, Hirozawa A, Katz MH, Kimmerling R, Bamberger JD. Postexposure prophylaxis for HIV after sexual assault. *JAMA*. 2000 Sep 27; 284 (12): 1516-1518.
- Naciones Unidas, Asamblea General. 1999. Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. Instituto Nacional de las Mujeres. Costa Rica.
- Organización de Estados Americanos. 2003. Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la Violencia contra la Mujer, Convención Belem do Pará. Instituto Nacional de las Mujeres. Costa Rica.
- Pinkerton AD, Holtgrave DR. Cost-effectiveness of chemoprophylaxis after occupational exposure to HIV. *Arch Intern Med*. 1997; 12 (9): 1067-1078
- Pinkerton AD, Holtgrave DR. Bloom FR. Cost-effectiveness of chemoprophylaxis following sexual exposure to HIV. *AIDS*. 1998 sep 22; 157: 1972-1980.
- Protocolo Social Para el Abordaje de Personas Sobrevivientes de Abuso Sexual, Servicio de Trabajo Social, Hospital San Juan de Dios, Caja Costarricense del Seguro Social, 2007-2008.
- Protocolo de Atención Integral a Víctimas de Agresiones y/o Delito Sexual Hospital México, 2008.
- Protocolo Atención a la Persona Víctima de Violación, Clínica VIH, Hospital Calderón Guardia, Caja Costarricense del Seguro Social 2006.
- Saags Ms. Candidate antiretroviral agents for use in post exposure prophylaxis. *Am J Med*. 1997; 102: 25-31.
- Smith DK, Grohskopf LA, Black RJ, Auerbach JD, Veronese F, Struble KA, et al. Antiretroviral Postexposure Prophylaxis After Sexual, Injecting-Drug Use, or Other Nonoccupational Exposure to HIV in the United States. Recommendations from the U.S. Department of Health and Human Services. *MMWR Recomm Rep* 2005; 54(RR02):1-20.
- Spaulding A, Salas C, Cleaver D, et al. HIV seroprevalence in male sexual offenders in Rhode Island: implications for post-exposure prophylaxis. Presented at the 8th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Chicago, Illinois, February 2-4, 2001.
- Spira AI, Marx Pa, Patterson BK; et al. Cellular targets of infection and route of viral dissemination after an intravaginal inoculation of simian immunodeficiency virus into rhesus macaques. *J Exp Med*. 1996; 183: 215-225.

- Vargas E. Delitos contra la libertad sexual. Medicina Legal. Editorial Trillas. Segunda Edición. Segunda Reimpresión. México. 2002. 250-262.
- Trussel K, Koenig J, Ellerston C, Stewart F. Preventing unintended pregnancy: the cost-effectiveness of three methods of emergency contraception. *Am J Public Health*. 1997; 87: 932-937.
- U.S. Department of Justice. Federal Bureau of Investigation Laboratory Division. 2003. Handbook of Forensic Services. Quantico, Virginia. USA.
- U.S. Department of Justice. Office on Violence Against Women. September 2004. A National Protocol for Sexual Assault Medical Forensic Examinations. Adults/Adolescents. NCJ 206554. USA.
- World Health Organization. 2003. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence.