



International
Planned
Parenthood
Federation

FEDERACION INTERNACIONAL DE
PLANIFICACION DE LA FAMILIA
REGION DEL HEMISFERIO OCCIDENTAL

Estrategias para el tratamiento y la prevención de la

**violencia
sexual**

**violencia
sexual**

IPPF/RHO le agradece a la Asociación Médica Americana (*American Medical Association - AMA*) por concederle el permiso para traducir este documento *Strategies for the Treatment and Prevention of Sexual Assault* (copyright 1995) al español y disseminarlo en América Latina y el Caribe.

La traducción y publicación de este documento al español se posibilitó con el apoyo económico del Programa de la Comisión Europea sobre VIH/SIDA en Países en Desarrollo y la Fundación Bill y Melinda Gates. El contenido de este documento no ha sido aprobado por ninguna de estas organizaciones y no les compromete legalmente en ninguna manera.

La Asociación Médica Americana (AMA) agradece las contribuciones de su grupo de asesores expertos, que incluye a las siguientes personas: Stephen Allen, MD, SUNY Health Science Center, Syracuse NY; Suzanne Boutler, MD, American Academy of Pediatrics; Mary Ellen Bradshaw, MD, AMA, Advisory Committee on Women Physician Issues; Warren Brown, Hollywood CA; Diana Fite, MD, Houston, TX; Janet Gans, PhD, AMA, Department of Adolescent Health; Teresita Hogan, MD, American College of Emergency Physicians; Williams H. Hulesch, MD, American Academy of Family Physicians; Kristie Mulcahey, MD, American College of Obstetricians & Gynecologists; Andrea Parrot, PhD, Cornell University; Cynthia R. Pfeiffer, MD, American Psychiatric Association; Winston Price, MD, National Medical Association; y Toby Simon, MEd, Brown University.

También se agradecen las contribuciones del siguiente personal de la AMA:

Linda B. Bresolin, PhD; Lynn Gittleman, MA; Deborah Greenberg; Vicki Grosso; John J. Henning, PhD; Damon Marquis, MA; Marsha Meyer; Lydia Steck y Lucie Watel.

Por último, la AMA agradece las contribuciones de: Bennett Braun, MD, Chicago IL; Mark Cavins, Cook County Illinois; Trent Mac Kay, MD, MPH, Centers for Disease Control and Prevention; D. Stewart Reingold, MD, American College of Emergency Room Physicians; Phil Sallee, Forensic Scientist, State Police of Illinois; Benjamin Schatz, JD, Esq, Gay y Lesbian Medical Association.

La sección sobre América Latina fue elaborada por Rosamaría Roffiel y Adriana Ortiz-Ortega y revisada por María Cecilia Claramunt y Patricia Vargas Sagot. Se agradece el apoyo de las doctoras Nohemí Ortega, Rosi Beléndez y Guadalupe Mainero, México, así como el material de: CIMAC, UNIFEM, Isis Internacional, la Red Feminista Latinoamericana y del Caribe contra la Violencia Doméstica y Sexual y la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe.

Se agradece también a Doris Bertzeletos por su apoyo en la compilación de los directorios de organizaciones en Latinoamérica y el Caribe.

Traducido al español por Claudia-Díaz Olavarrieta, MC; asistencia técnica, Francisco Paz. Subdirección General de Investigación, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía de México.

Coordinación editorial: Rosamaría Roffiel.

No se pretende que estos lineamientos sean considerados o sirvan como una norma de atención médica. Los estándares respecto a la atención médica son determinados con base en todos los hechos y circunstancias involucrados en los casos individuales y están sujetos a cambios, a medida que el conocimiento científico, el avance tecnológico y los patrones de práctica médica evolucionan. Estos lineamientos son puntos de vista de expertos científicos y de reportes en la literatura hasta octubre de 1995.

Estrategias para el tratamiento y la prevención de la

violencia sexual

ÍNDICE

Introducción	4	Apéndice 1	36
<i>Definiciones legales</i>		<i>Síntomas reportados por pacientes que han sufrido ataque sexual</i>	
<i>El papel crucial del proveedor de salud</i>		Apéndice 2	37
<i>Aspectos generales clínicos y de diagnóstico</i>		<i>Mitos y concepciones erróneas más comunes</i>	
Manejo crítico de víctimas de ataque sexual	7	Apéndice 3	41
<i>Apoyo clínico e historia</i>		<i>Historias de caso</i>	
<i>Un ambiente seguro</i>		Situación en América Latina	43
<i>Dificultad con las transiciones</i>		<i>Rasgos generales</i>	
<i>Cómo obtener una historia médica</i>		<i>Patrones culturales</i>	
<i>Historia clínica</i>		<i>Aspecto legal</i>	
<i>Preguntas acerca del ataque sexual</i>		<i>Algo para reflexionar</i>	
<i>Examen físico y de evidencia</i>		Notas	48
<i>Examen de evidencia</i>		Organizaciones No Gubernamentales	50
<i>Elementos comunes de un protocolo de violación</i>			
Infecciones de transmisión sexual	19		
<i>Deberes legales del médico en centros de emergencia</i>			
<i>Profilaxis de ETS en centros de emergencia</i>			
<i>VIH</i>			
Embarazo	23		
Obligación de reportar el caso	24		
Tratamiento en un centro de atención primaria	25		
<i>Trauma psicológico</i>			
<i>Diagnóstico y tratamiento en centros de atención primaria</i>			
Poblaciones especiales	30		
<i>Hombres</i>			
<i>Adolescentes</i>			

Introducción

La violencia sexual es el delito más grave y que aumenta de manera más acelerada en la actualidad en Estados Unidos.¹ De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre el Delito de Victimización realizada por el Departamento de Justicia, cuyos resultados fueron dados a conocer en agosto de 1995, más de medio millón de mujeres y aproximadamente 49.000 hombres reportan ataques sexuales cada año en ese país. Se calcula que una de cada cinco mujeres es atacada sexualmente antes de cumplir los 21 años.³ Aproximadamente el 61% de las víctimas femeninas de ataque sexual son menores de 18 años.¹

Definiciones legales

Tradicionalmente, el término legal de “violación” ha sido definido como el conocimiento carnal forzado de una mujer por parte de un hombre. Hoy en día, muchos estados norteamericanos utilizan el término neutral en cuanto a género denominado ataque sexual. En Estados Unidos, la definición legal de ataque sexual criminal es: “Cualquier penetración genital, anal u oral de una parte del cuerpo del acusado o de un objeto, utilizando la fuerza o sin el consentimiento de la víctima”. Aunque existen variantes, la mayoría de los estados también incluyen bajo el término de ataque sexual criminal cualquier ataque que: 1) ocurre entre miembros de una familia cuando la víctima es menor de 18 años, 2) ocurre cuando la víctima tiene entre 13 y 18 años y el acusado es mayor de 17 años y además es el albacea, tutor, profesor o niñera de la víctima.⁴ La falta de consentimiento incluye la incapacidad para otorgar el consentimiento, debido a una función mental alterada producida por el alcohol y/o las drogas, el sueño o la inconsciencia.

El ataque sexual criminal con agravantes ocurre cuando cualquiera de las siguientes circunstancias acompañan al ataque:

- Utilizar o mostrar un arma
- La vida de la víctima o de alguien más se encuentra en peligro o se ve amenazada
- La víctima es mayor de 60 años, presenta impedimentos físicos o retraso mental profundo
- El agresor le produce daño corporal a la víctima
- El ataque ocurre mientras se comete otro delito
- Se utiliza la fuerza a través de violencia física o amenaza de daño corporal.⁴

Existen diferencias legales y médicas importantes entre abuso sexual y ataque sexual. Ambos son delitos sexuales y bajo circunstancias específicas ambos delitos se agravan. El tratamiento de las consecuencias de abuso sexual se presentan en otro de los lineamientos de la AMA.⁵

El papel crucial del proveedor de salud

Los proveedores de salud son el grupo de profesionales que tiene más probabilidades de encontrarse con víctimas de ataque sexual. Los médicos en las salas de urgencias, los médicos familiares, internistas, gineco-obstetras y pediatras atenderán a víctimas de ataque sexual en algún momento de su carrera. Mientras que muchas víctimas no buscan ayuda en las 72 horas después del ataque, la mayoría de los hombres y las mujeres consultan a su médico por lo menos una vez al año. Por lo tanto, los médicos se encuentran en una posición excelente para educar a sus pacientes respecto a las estrategias de precaución para prevenir ataques sexuales potenciales y para tratar las secuelas médicas, psicológicas y sociales de los ataques que ya han ocurrido. La educación preventiva requiere de un ambiente médico en donde las cuestiones sexuales de los pacientes sean tratadas con respeto e interés, en particular para aquellos grupos de pacientes que son especialmente vulnerables a la agresión incipiente o repetida.

Aspectos generales clínicos y de diagnóstico

El ataque sexual afecta a hombres y mujeres desde la infancia y la adolescencia hasta la edad adulta. Esta monografía se limita a describir la valoración, el tratamiento y el seguimiento para la atención de adolescentes y adultos que han sido víctimas de ataque sexual.

Los proveedores de salud enfrentan una compleja variedad de cuestiones médicas, psicológicas, sociales y legales cuando tratan a víctimas de ataque sexual. Éstas incluyen:

- Las manifestaciones clínicas variables, parciales y disfrazadas en los pacientes, las cuales dificultan una valoración precisa
- La obligación legal de los proveedores de salud de reportar el ataque ante algunas instancias
- La responsabilidad de los proveedores de salud si no informan al paciente sobre los riesgos para su salud y las opciones médicas a su alcance.

Debido a que existen aspectos del tratamiento médico y psiquiátrico para víctimas de ataque sexual que pueden coincidir, muchos proveedores de salud no están preparados para diagnosticar y ofrecer un tratamiento global contra

los efectos agudos y a largo plazo de este tipo de ataque. Pocas escuelas de medicina tratan el tema de manera sustantiva en la educación médica ya sea de licenciatura o de postgrado. Algunos hospitales y departamentos de urgencias cuentan con protocolos para ayudar a los médicos en los servicios de emergencia, pero no existe ninguna norma nacional. Los proveedores de salud en las áreas de atención primaria enfrentan un problema aún más complejo debido a que muchos de ellos y de sus pacientes no están familiarizados con el tema y se sienten incómodos al tratar la historia sexual de sus pacientes como parte del cuidado médico tradicional

Manejo crítico de víctimas de ataque sexual

Los estudios muestran que un porcentaje pequeño (alrededor de un 17%) de las víctimas de ataque sexual acude a una sala de urgencias en busca de atención médica inmediata. El manejo en cuanto a procedimientos y cuestiones clínicas para víctimas que llegan a las salas de urgencias es sumamente distinto de aquellos en sitios de atención primaria.

Apoyo clínico e historia

El trauma del ataque sexual crea desorganización física y psicológica. Las víctimas se pueden comportar de maneras muy diversas. Algunas pueden estar sorprendentemente tranquilas y aparentar que están en control de sus emociones mientras que otras pueden estar agitadas, perturbadas, aprehensivas o llorosas. El proveedor de salud puede asumir que cualquier manifestación extrema representa un intento de la víctima por recuperar el equilibrio mental y fisiológico.

Las prioridades de un proveedor de salud en clínicas de emergencia es determinar el estado de salud del paciente. El ABC (vías respiratorias, respiración y circulación) también se aplica a las víctimas de ataque sexual igual que se haría en la valoración de cualquier persona con una lesión aguda. El médico debe examinar al paciente para descartar problemas respiratorios, shock físico o hemorragia interna.⁶

La prioridad siguiente es crear un ambiente seguro que establezca lo suficientemente al paciente como para:

- Obtener consentimiento informado
- Reunir la historia médica y sexual necesaria
- Iniciar el examen físico y de evidencias.

El papel principal del proveedor de salud es valorar y tratar las necesidades médicas inmediatas de la persona. Sin embargo, la estabilización médica se debe poner en una balanza junto con la necesidad de proteger una evidencia física que esté en riesgo de diluirse y puede servir para sustentar el hecho de que se trata de un delito sexual. Aunque es útil para la víctima contar con el apoyo de un miembro de su familia, un amigo o un consejero experto en casos de violación, el proveedor de salud debe valorar esto en relación a la necesidad de reunir evidencia médica. En la mayoría de los casos no se recomienda retrasar mucho el examen físico mientras se esperan los servicios de apoyo.

La mayoría de los departamentos de urgencias pueden llevar a cabo un examen para reunir evidencias. Sin embargo, si el paciente se encuentra en una institución que no puede hacerlo, debe informársele que es necesario transferirlo tan pronto como sea posible. La mayoría de las víctimas de ataque sexual no están de acuerdo con esto si ellos tienen que trasladarse solos, por lo que deben ser acompañados a una institución que pueda ofrecer el cuidado de seguimiento necesario y realizar el examen de evidencia.

Un ambiente seguro

- Coloque al paciente en un área tranquila y privada
- No lo deje solo
- Hable en voz baja
- Muévase lentamente
- Pida permiso para llamar a un amigo, miembro de la familia o consejero de un centro de apoyo a personas violadas.

La empatía y el apoyo basado en el sentido común son muy importantes. Cuando el trauma producido por el ataque sexual satura los mecanismos reguladores y de adaptación de una persona, su capacidad para superar los estímulos internos y externos se altera.

Un ambiente seguro que sea tranquilo y protegido reduce los factores externos que pueden alterar el sistema nervioso. Esta protección ayuda al paciente a restablecer de manera parcial su barrera de estímulos.

Dificultad con las transiciones

El ataque sexual es una de las negaciones más explícitas que existen del derecho que una persona tiene sobre su propio cuerpo. Debido a que, en general, los ambientes médicos y las salas de urgencia también pueden resultar amenazadoras para los límites físicos de las personas, es muy importante preparar al paciente antes de iniciar cualquier procedimiento. Esto ayudará a que la persona recupere su equilibrio fisiológico y emocional, así como su capacidad de predecir y controlar lo que está sucediendo en su cuerpo.

- Infórmele por anticipado al paciente sobre las características del procedimiento, cuando éste empiece, mientras dura y cuando esté por terminar
- Pídale al paciente que le indique cuándo iniciar el procedimiento, y dígame que puede pedir que éste se detenga si él/ella se encuentra incómodo/a o presenta dolor.

Ayudar al paciente con la transición de un evento médico al siguiente le permite recuperar su percepción de que el medio ambiente tiene un orden. De esta manera, podrá anticipar y prepararse mental y físicamente para aquello por lo que va a pasar.

Cómo obtener una historia médica

Obtener una historia general antes del interrogatorio directo sobre el ataque o el examen físico puede ayudar a que el paciente se sienta más relajado y pueda establecer la comunicación con el proveedor de salud. Entonces se puede hacer una transición gradual desde las preguntas personales hasta llegar a revelar los detalles del ataque.

Al recopilar la historia, el médico **debe**:

- Informar al paciente que es necesario hacer algunas preguntas muy personales
- Utilizar lenguaje coloquial o cotidiano
- Hacer preguntas sencillas, en voz baja, de manera amable y directa
- Hacer las preguntas de modo que se obtengan respuestas breves.

El proveedor de salud **no debe**:

- Mostrar juicio alguno mediante el tono de voz o manierismos
- Hacer que el paciente elabore o explique el ataque.

Una plática bien intencionada, pero que lleve a detallar el ataque puede traumatizar todavía más al paciente. Además, el ataque sexual con frecuencia altera las percepciones cognoscitivas haciendo que los recuerdos de aquello que pasó sean incompletos o inexactos. Un interrogatorio extenso también puede crear discrepancia entre lo que el paciente señala en el expediente médico y sus declaraciones subsecuentes a la policía. Estas discrepancias pueden disminuir la credibilidad del testimonio si se quieren presentar cargos en contra del agresor.

Tal vez sea bien intencionado, pero erróneo, suponer que si se alienta al paciente a relatar los eventos y a “elaborar el ataque” se sentirá mejor y más tranquilo. El ataque sexual es una circunstancia de tal magnitud que durante la fase aguda no responde a una liberación emocional o catarsis.

Historia clínica

- ¿Tiene el paciente alguna enfermedad médica?
- ¿Ha pasado por alguna cirugía reciente?
- ¿Está tomando actualmente algún medicamento?
- ¿Tiene alguna alergia a alimentos/medicamentos?
- ¿Cuándo fue su última vacuna contra el tétanos?
- ¿Está siendo tratado o recientemente terminó un tratamiento para combatir alguna enfermedad de transmisión sexual?
- ¿Está utilizando algún método anticonceptivo?
- ¿Cuándo fue su experiencia sexual consensual más reciente? Específicamente, ¿ocurrió el coito dentro de los últimos siete días?
- ¿Tomó el paciente en forma voluntaria alguna droga y/o alcohol antes del ataque? Si lo hizo, ¿qué tomó, cuánto y cuándo?
- (Sólo para mujeres premenopáusicas) ¿Ha estado embarazada alguna vez? Si lo ha estado, ¿cuántas veces y cuándo fue su último parto? ¿Podría haber estado embarazada cuando fue atacada? ¿Cuándo fue la fecha de su última menstruación?
- (Para propósitos de evidencia) Desde el ataque, el paciente:
 - ¿ha tomado alguna medicina que se le haya recetado, drogas compradas en la calle o alcohol? En caso afirmativo, ¿qué ha tomado, cuánto y cuándo?
 - ¿ha orinado, defecado, se ha hecho un lavado vaginal o se ha puesto un enema?
 - ¿se ha bañado, se ha lavado las manos o la cara, se ha cepillado los dientes, ha hecho gárgaras o se ha cambiado de ropa?
 - ¿ha fumado, bebido líquidos o comido algo?

Preguntas acerca del ataque sexual

De manera amable informe al paciente que se le van a hacer preguntas específicas sobre lo que el atacante(s) hizo. Puede ser útil reconocer que para muchos pacientes es muy difícil hablar del ataque, por lo que las preguntas se deben hacer de alguna forma que les permita contestarlas brevemente. También puede ser útil asegurarle al paciente que puede interrumpir el interrogatorio y pedir que continúe cuando esté listo otra vez.

- ¿En algún momento durante el ataque el paciente perdió el conocimiento?
- ¿Cuándo ocurrió el ataque sexual?
- ¿En dónde ocurrió el ataque sexual?
- ¿Cuántos atacantes tuvieron contacto sexual con la víctima?
- ¿Incluyó el ataque sexual cualquiera de los siguientes actos?:
 - caricias
 - intento de penetración vaginal/penetración vaginal
 - intento de penetración anal/penetración anal
 - besos
 - intento de penetración oral/penetración oral
 - eyaculación o secreciones vaginales. De ser así, en qué partes del cuerpo.

El asaltante:

- ¿Utilizó condón?
- ¿Utilizó algún lubricante o anticonceptivo? ¿De qué tipo?
- ¿Utilizó algo para restringir los movimientos de la víctima?
- ¿Utilizó violencia? ¿De qué tipo?
- ¿Utilizó la fuerza o amenazó con usar violencia?
- ¿Utilizó un arma? ¿De qué tipo?
- ¿Utilizó un objeto para penetrar a la víctima? ¿Qué utilizó y cómo lo utilizó?

Además de facilitar la tarea de contestar preguntas que resultan vergonzosas, el uso de un formato de preguntas sencillas ayuda a lograr un expediente médico conciso. Esta precisión disminuye las inconsistencias entre los registros médicos y los legales, y por lo tanto previene posibles riesgos respecto a la credibilidad de la víctima si se quiere hacer una denuncia legal.

Examen físico y de evidencia

Sólo se puede llevar a cabo un examen físico, el cual debe realizarse dentro de los tres días posteriores al ataque sexual para que sea legalmente válido. Sin embargo, el examen tiene el doble propósito de valorar médicamente el estado de salud del paciente y reunir evidencia forense que pueda ser utilizada para probar cuándo, cómo y quién atacó al paciente. Mientras que no es responsabilidad del proveedor de salud probar que se ha cometido un delito, el expediente médico puede brindar un apoyo crucial para incriminar al atacante. Por lo tanto, el examen médico de las víctimas de ataque sexual debe documentar:

- Un traumagrama, o sea un diagrama de la figura desnuda donde el proveedor de salud marca la ubicación de todas las lesiones visibles
- Una descripción por escrito del color, tamaño y ubicación de cada lesión, abrasión y laceración que el paciente haya recibido.

El expediente médico no debe incluir ninguna declaración sumaria, inferencia o conclusión acerca de las circunstancias del ataque. El expediente debe parafrasear al paciente cuando sea posible.

Examen de evidencia

El examen de evidencia reúne información para establecer el momento y lugar del ataque y determinar la identidad del atacante. Cada estado norteamericano cuenta con procedimientos legales para reunir esta evidencia, organizada por lo general en un protocolo llamado paquete de violación (*rape kit*). Los protocolos de evidencia estatales y locales varían de manera considerable, y los proveedores de salud se deben familiarizar con los requisitos que exige su comunidad. Algunos hospitales y centros de servicios de emergencia también han establecido protocolos para el examen físico de pacientes víctimas de ataque sexual.

Los médicos que sepan que van a ser llamados para examinar a víctimas de ataque sexual deben:

- Documentar las lesiones y el tratamiento médico que puedan servir como evidencia legal de la condición del paciente
- Reunir las muestras y muestras de laboratorio indicadas por la ley, de manera competente, de acuerdo con los requisitos locales y que no obstaculicen las opciones del paciente para presentar cargos criminales
- Asegurarse de que la “cadena de evidencia” legal respecto a la recolección de muestras forenses permanezca intacta.

Los proveedores de salud *no* deberán:

- Probar que se ha cometido un delito
- Influir en la decisión del paciente de presentar o no una denuncia legal contra el atacante.

El proveedor de salud debe ceñirse a los protocolos estatales de violación a menos que se determine que las necesidades médicas especiales del paciente son atenuantes en contra de éste. Cuando sea posible, se debe preparar gradualmente a los pacientes para los procedimientos físicos. Donde sea indicado, primero lleve a cabo los procedimientos que sean menos invasivos. De ser posible, se debe evitar repetir procedimientos como toma de muestras de sangre, examen corporal o genital.

Elementos comunes de un protocolo de violación

A continuación se presenta una lista de los componentes que con frecuencia se incluyen en un protocolo de violación. Los protocolos respecto al ataque sexual están en un proceso continuo de revisión debido a la creciente importancia de las muestras de ADN. Existe controversia acerca de la forma de reunir evidencia de cabellos, la importancia del semen, el reporte obligatorio, las pruebas de embarazo y la profilaxis para enfermedades de transmisión sexual.⁷

Los proveedores de salud deben determinar hasta qué grado los siguientes lineamientos se aplican o no a su estado o país.

Por lo general, los paquetes de violación incluyen formas de laboratorio, formas de registro de examen de violación y equipo y etiquetas para muestras clínicas. Estos materiales aseguran una documentación correcta y están diseñados para facilitar el que la cadena de evidencias se mantenga. Después de reunir las muestras de laboratorio apropiadas, éstas se refrigeran de inmediato y toda la evidencia se mantiene bajo llave o vigilancia directa hasta que sean entregadas a las autoridades policíacas designadas. Los resultados *no serán* devueltos al proveedor de salud para ser utilizados en el tratamiento del paciente. El médico debe, por lo tanto, anticipar cuándo se necesita una muestra doble para manejo clínico o informarse si un procedimiento médico se puede llevar a cabo al mismo tiempo que se está obteniendo una muestra de evidencia.

Pídale al paciente que se desvista sobre una prenda de ropa o sobre una sábana de papel limpia. Pídale que ponga cada prenda de ropa en una bolsa de papel separada y luego pídale que ponga la ropa o la sábana que usó para desvestirse en una bolsa de papel adicional. Este procedi-

miento permite reunir partículas de evidencias del lugar donde ocurrió el ataque, así como evidencia física de cabello o fibras pertenecientes al atacante. La ropa también puede contener fluidos corporales del agresor. La víctima es la única persona que debe tocar la sábana de papel o la ropa, de modo tal que el contacto físico de otra persona no contamine la evidencia. En caso de ser necesario, personal entrenado utilizando guantes puede ayudar. Se deben utilizar bolsas de papel ya que las de plástico pueden producir moho que también contamina la evidencia. Rápidamente selle y etiquete cada bolsa de acuerdo al protocolo para evitar adulterar o contaminar las evidencias.

Inmediatamente entregue al paciente una bata y ayúdelo a recostarse sobre la mesa de exploración. No cubra al paciente o le coloque los pies en los estribos de la mesa de exploración hasta que sea el momento para el examen genital.

Tome las muestras de sangre de acuerdo con el protocolo, utilizando el equipo incluido en el paquete.

Las muestras de sangre más comunes son tipo de sangre y análisis de ADN. Una vez más, si las muestras de sangre se necesitan para diagnóstico clínico, especialmente en el caso de enfermedades de transmisión sexual, éstas se pueden tomar en este momento utilizando el equipo del hospital.

Lleve a cabo un examen bucal para verificar si hay lesiones y tome una muestra de saliva para determinar el estatus del secretor. Estos pasos se pueden hacer conjuntamente, sin embargo, es preferible tomar las muestras de saliva antes del examen físico si se va a utilizar un abatelengua.

Lesiones bucales y de la cavidad oral pueden ocurrir durante una penetración oral forzada. Dos lesiones bucales frecuentes entre víctimas de ataque sexual son frenillo rasgado del labio o debajo de la lengua.

Muchos paquetes contienen papel filtro, hisopos y un tubo, caja de cartón o sobre para colocar las muestras de saliva. Los hisopos de algodón para saliva también pueden servir para obtener restos de semen y esperma que se acumule en las áreas donde la encía se encuentra con los dientes o entre las muelas inferiores del juicio y la mejilla. A menudo, las muestras de las partes alejadas de la boca sirven para valorar la presencia de fosfatasa ácida prostática. Esta enzima se encuentra de manera natural tanto en hombres como en mujeres; sin embargo, las concentraciones son mucho más altas en el semen. La fosfatasa ácida prostática se deteriora rápidamente en la vagina o en el ano. Su presencia en la saliva puede indicar contacto sexual reciente. Su utilidad para establecer, a partir de la movilidad espermática, la hora aproximada en que ocurrió el ataque, es motivo de controversia.

La saliva también se puede utilizar para tipificar la sangre del atacante a partir del marcador ABO. Es posible tipificar genéticamente a alrededor del 80% de las personas con ese marcador.

Tome muestras de debajo de las uñas del paciente. La mayoría de los paquetes contiene especificaciones y material para tomar muestras raspando las uñas; algunos incluyen lo necesario para tomar muestras de uñas cortadas también. Las primeras muestras se pueden tomar raspando debajo y alrededor de las diez uñas. Éstas pueden revelar piel, sangre y otras secreciones, así como cabello o fragmentos de fibras que pueden ayudar a identificar al agresor.

Documente todas las lesiones físicas. Se ha estimado que de 40 a 60% de los pacientes no presentan lesiones físicas visibles producto del ataque sexual.⁶ Las víctimas masculinas son las que más presentan lesiones físicas, y por lo general éstas tienden a ser severas. Marque todas las lesiones observables en el traumatograma y describa por escrito el tamaño, forma y ubicación de cada una en el expediente médico (ej. *Se observan cinco contusiones rojas en la parte superior del brazo derecho del paciente. Tienen forma ovalada y dos centímetros y medio de diámetro, aproximadamente. Cuatro están localizadas en la porción externa superior del brazo, y una en la parte interna de cada porción superior del brazo*).

Las lesiones más comunes que se derivan de un ataque sexual son:

- Abrusiones y contusiones en los miembros superiores, cabeza y cuello
- Signos de que las víctimas fueron sometidas por la fuerza: quemaduras de cuerda en las muñecas o los tobillos, lesiones en la boca producidas durante el amagamamiento
- Petequia de la cara y conjuntiva, secundaria a estrangulamiento
- Dientes rotos, mandíbulas y pómulos inflamados, lesiones en los ojos por golpes o bofetadas
- Dolor o rigidez muscular en hombros, cuello, rodillas, cadera o espalda provocado por haber sido sujetado en posturas que permiten la penetración sexual.

Si es posible utilice una lámpara de Woods para explorar al paciente.

La lámpara de Woods se puede utilizar para localizar semen seco en el cuerpo del paciente. A medida que la luz pasa sobre el cuerpo del paciente, la eyaculación seca se torna fluorescente. Estas áreas se deben registrar en el expediente médico. La toma de muestras secas y húmedas obtenidas de áreas donde se encontró la eyaculación y colocadas en laminillas es motivo de controversia. Imágenes positivas falsas también pueden resultar de otras fuentes de fluorescencia.

Lleve a cabo un examen genital. Los exámenes pélvicos y rectales se deben realizar de manera lenta y suave. Si el paciente reporta imágenes del ataque, esto se debe documentar y se debe detener el examen hasta que el paciente se estabilice y esté listo para continuar. ***Los exámenes externos para valorar lesiones y reunir evidencias se deben llevar a cabo antes del examen de órganos internos.***

Tome muestras del cuerpo, cabeza y vello púbico del paciente. A veces, los paquetes de violación contienen fórceps, tijeras y sobres para muestras de cabello que ayudan a identificar a la víctima. Existe un debate forense acerca de la utilidad de extraer cabello para obtener las raíces que están creciendo y compararlas con un análisis de ADN. Cortar el cabello sin la raíz es de poca utilidad forense. Actualmente, “los analistas forenses están de acuerdo en que una combinación de búsqueda de cabellos extraños y la extracción de cabello de la víctima constituyen las mejores muestras para estudios comparativos”.⁷ En Estados Unidos, el número de cabellos requeridos para los estudios varía de estado a estado. Las muestras de cabello se deben sellar, junto con los instrumentos utilizados para tomarlas, en los sobres etiquetados o en los recipientes que se incluyen.

Reúna muestras de vello púbico y otro tipo de cabello. Este procedimiento se lleva a cabo principalmente para obtener cabellos que pertenecen al atacante. Cuando se toman las muestras de vello púbico se coloca una toalla de papel grande bajo la pelvis de la paciente. Se peina el vello púbico, y aquellas muestras que se obtengan se ponen, junto con la toalla y el peine, en un sobre. Las pruebas forenses se pueden utilizar para determinar la edad del telógeno y del catógeno del cabello del paciente comparados con los del atacante.

Sólo utilice solución salina bacterostática durante el examen genital. No se deben utilizar los lubricantes estándar y la tintura de azul de toluidina durante la toma de muestras en los genitales internos o externos. Estos productos, típicamente utilizados durante los exámenes genitales, pueden impedir una valoración forense de movilidad espermática y de fosfatasa ácida. Una vez que se han reunido todas las muestras de evidencia, algunos expertos recomiendan un examen más prolongado -utilizando tintura de tolueno- para identificar otras abrasiones en la vagina, el cérvix o las membranas mucosas que de otra manera resultan invisibles.

Inspeccione los genitales externos para valorar trauma físico y evidencia de partículas. Las lesiones vaginales se acompañan típicamente de dolor o sangrado y muestran pequeñas rasgaduras en el introitus vaginal, eritema, abrasiones o lesiones. A menudo, las mujeres en edad reproductiva que se encuentran sexualmente activas tienen laceraciones en la parte superior de la vagina. A menudo, las laceraciones en la pared vaginal de las adolescentes más jóvenes o las mujeres postmenopáusicas ocurren cerca de la entrada del canal

vaginal. El ataque sexual anal puede producir eritema, edema, sangrado, desgarres en la mucosa, fisuras, hematoma y laxitud o espasmo de los esfínteres. Documente todas las lesiones y reúna cualquier evidencia de partículas presentes.

Lleve a cabo un examen interno y tome muestras vaginales y/o anales. Explique a la paciente que usará una solución salina en el espejo vaginal en lugar de los lubricantes tradicionales. El examen rectal digital se debe hacer cubriéndose la mano con un guante y utilizando solución salina como lubricante. Se debe advertir al paciente que esto puede resultar incómodo, pero que se hace de esta manera para preservar la evidencia.

Existen importantes variantes entre los protocolos estatales acerca del tipo de muestras que se deben tomar, cómo tomarlas y cómo preservarlas. Históricamente, la presencia de espermatozoides ha sido la evidencia positiva más aceptada en un caso de ataque sexual. Los pacientes en quienes el esperma no ha sido identificado tienden a ser vistos con más sospecha. El esperma móvil puede indicar un ataque reciente. Los tiempos de sobrevivencia del esperma en las áreas vaginales, rectales y bucales varían ampliamente. El esperma se puede mantener móvil en la vagina hasta 24 horas, y aún más en la mucosa cervical. Puede permanecer varias horas o más en la cavidad rectal si la víctima no ha defecado desde el ataque. El material genético para el perfil de ADN se encuentra más fácilmente en el esperma.

En ausencia de esperma, los componentes C30-ACP de plasma seminal se consideran evidencia concluyente de semen. La ACP es la única prueba a través de la cual puede presumirse la presencia de semen. Algunos marcadores genéticos (grupo sanguíneo ABO) que se utilizan para identificar al agresor, se localizan en el plasma seminal.

Los métodos para reunir evidencia de esperma y semen varían. Algunas veces son necesarios los hisopos, la aspiración del contenido vaginal o anal utilizando una pipeta, lavados vaginales y el Papanicolau. Si se requiere tomar muestras con hisopos de algodón es mejor hacerlo antes de otros procedimientos. La aspiración y el lavado intentan obtener una concentración suficiente de semen para los marcadores genéticos.

Muchos protocolos exigen un examen rápido de las muestras tomadas del fornix vaginal (o de otros orificios) para identificar el esperma y su movilidad. Sin embargo, se necesita la destreza de un especialista para evitar el riesgo moderadamente alto de obtener resultados falsos. ***En general, se recomienda dejar a los expertos forenses la identificación de esperma y otras muestras, y no hacerlo en las salas de urgencias por proveedores de salud sin entrenamiento especializado.***

Pida a la paciente una muestra de orina. Existe un debate en relación a cuándo se deben pedir las muestras de orina. Si se piden antes de completar el examen interno se puede perder evidencia útil. Por otro lado, a los pacientes que necesitan orinar antes del examen interno se les debe permitir hacerlo, siempre y cuando esto se anote en el expediente médico. Es probable que los proveedores de salud puedan requerir muestras adicionales para realizar pruebas de embarazo o presencia de drogas. Para mantener la cadena de evidencias se debe acompañar al paciente a la puerta del baño. Después de esperar cerca, tome las muestras y etiquételas rápidamente, asegurándolas con el resto de la evidencia reunida.

Para preservar la cadena de evidencias y la frescura de las muestras, verifique que éstas estén correctamente etiquetadas, selladas y refrigeradas en caso de ser necesario, y manténgalas vigiladas o guardadas con llave hasta que sean entregadas a la autoridad competente.

Infecciones de transmisión sexual

La asesoría psicológica y la profilaxis en cuanto a las infecciones de transmisión sexual (ITS) es de particular importancia para las víctimas de ataque sexual. Las decisiones sobre la valoración de infecciones de transmisión sexual en clínicas o centros de emergencia se deben determinar con base en la historia médica y sexual de cada paciente, los sitios donde ocurrió la penetración o los intentos de penetración y la observación visual realizada durante el examen físico.

Los centros de servicios de emergencia pueden proporcionar varias pruebas e intervenciones, las cuales deben realizarse dentro de las siguientes 72 horas después del ataque. Sin embargo, los periodos de incubación de las infecciones de transmisión sexual son variables. Por este motivo, los proveedores de salud deben enfatizar la necesidad de llevar a cabo pruebas médicas de seguimiento. La decisión de ofrecer profilaxis se determina parcialmente de acuerdo con el criterio del médico respecto a la probabilidad de que el paciente continúe con el seguimiento.

Realizar pruebas de amplio espectro en cuanto a infecciones de transmisión sexual durante la visita al centro de servicios de emergencia es una cuestión de salud pública, forense, legal y médica. ***Aproximadamente la mitad de las víctimas de ataque sexual no regresan para los cultivos de seguimiento y atención médica.*** La valoración de infecciones de transmisión sexual en los centros de emergencia puede aportar información base acerca del estado de salud del paciente antes del ataque y permitir ponerse en contacto con alguna institución de salud pública si se diagnostican condiciones preexistentes.

Descartar infecciones de transmisión sexual preexistentes también puede ser importante si se pretende hacer una denuncia legal. La valoración establece una línea base con la cual comparar los resultados de las pruebas de seguimiento, a fin de documentar la posibilidad de que el atacante haya infectado a la paciente con una infección de transmisión sexual durante el ataque. Los resultados positivos obtenidos poco tiempo después del ataque por lo general significan una infección preexistente.

Deberes legales del médico en centros de emergencia

Los proveedores de salud también tienen el deber legal de informar y asesorar a los pacientes en riesgo de contraer o transmitir una infección de transmisión sexual. En algunos casos también deben prevenir a las parejas sexuales conocidas de la víctima que estén en riesgo de contraer la enfermedad. Los médicos deben estar familiarizados con las leyes locales respecto a la obligación de reportar las infecciones de transmisión sexual, incluyendo VIH.

Los proveedores de salud deben:

- Obtener el consentimiento informado y por escrito para llevar a cabo las pruebas de acuerdo con las leyes locales
- Documentar la educación del paciente sobre los riesgos de infecciones de transmisión sexual, tratamientos recomendados y, en algunos casos, tratamientos recomendados para su pareja o parejas sexuales
- Documentar la incapacidad para obtener dicho consentimiento informado debido a razones de edad, intoxicación, trauma psicológico, etcétera.

La asesoría a los pacientes debe incluir y documentar:

- La necesidad de seguimiento médico incluyendo pruebas adicionales y profilaxis
- La necesidad de tomar precauciones interinas para evitar infectar a las parejas sexuales antes del seguimiento y/o antes de administrar el tratamiento
- Educar a los pacientes acerca del uso seguro y adecuado de métodos anti-conceptivos que ofrezcan protección contra infecciones de transmisión sexual
- La incapacidad de los métodos hormonales de anticoncepción de ofrecer protección contra infecciones de transmisión sexual.

Los proveedores de salud pueden tener a la mano material escrito que refuerce estos mensajes de salud tan importantes, los cuales deben ser transmitidos durante la primera visita. De acuerdo con los lineamientos estatales o locales, se deben establecer tiempos específicos para realizar las pruebas de seguimiento y para remitir al paciente al lugar o al médico que pueda ofrecerle las pruebas y la asesoría psicológica adecuadas.

Profilaxis de ITS en centros de emergencia

Los lineamientos del Centros de Control de Enfermedades (CDC) de Atlanta⁶ recomiendan medidas profilácticas para cubrir “la mayoría de los microorganismos más comunes encontrados en víctimas femeninas”. Mientras que muchas de estas recomendaciones se pueden aplicar a pacientes masculinos, aún no se han publicado recomendaciones específicas para víctimas masculinas de ataque sexual.

Se recomienda que se lleven a cabo pruebas para tricomoniasis, clamidia, gonorrea y vaginosis bacteriana en las pacientes que acuden a los centros de

emergencia. También se ha encontrado que los altos índices de coinfección obligan a que los pacientes tratados por gonorrea también reciban tratamiento para clamidia.

Existen dos infecciones gastrointestinales que se pueden transmitir sexualmente por vía anal: la giardia lamblia y la entamoeba histolítica. En caso necesario, se recomienda realizar las pruebas y la profilaxis para estas infecciones en víctimas tanto femeninas como masculinas.

Estos lineamientos recomiendan que la atención de emergencia incluya terapia antimicrobiana para clamidia, gonorrea, tricomoniasis y vaginosis bacteriana. También es recomendable que se aplique la vacuna contra la hepatitis B, así como profilaxis postexposición con inmunoglobulina para hepatitis B.

Tanto los lineamientos del CDC como otros expertos recomiendan los siguientes medicamentos:

- **Vacuna HBV inmonoglobulina para hepatitis B**, 0.06 ml/kg de HBIG en una dosis intravenosa única. Debido a que es más efectiva si se administra dentro de los primeros catorce días de exposición, el HBIG y la primera vacuna se deben suministrar durante la estancia de la paciente en el centro de emergencia. Se debe enfatizar a la paciente la necesidad de completar la serie HBV durante el seguimiento
- **Ceftriaxone-sódico** 125 a 250 mg en una dosis intramuscular única para atacar gonorrea y sífilis incipiente
- **Azitromicina**, 1g por vía oral, dosis única para atacar clamidia. **NO SE ADMINISTRE A MUJERES EMBARAZADAS**
- **Metronidazol**, 2g orales en una dosis única para combatir tricomoniasis sintomática y asintomática asociada con endocervicitis, cervicitis o erosión cervical. **NO SE ADMINISTRE A MUJERES EMBARAZADAS.** También ataca parásitos gastrointestinales transmitidos analmente
- **Doxicilina**, 100 mg orales dos veces durante siete días para combatir clamidia y gonorrea.

VIH

La transmisión del VIH ha sido reportada en personas cuyo único factor de riesgo fue el ataque sexual. El CDC advierte que el riesgo de ser infectado de VIH a través de un ataque sexual es bajo en la mayoría de los casos. En algunos estados norteamericanos, la prueba de VIH es obligatoria como parte del protocolo estatal de violación. La prueba base puede diagnosticar o descartar una infección preexistente de VIH. La prueba de VIH debe llevarse a cabo

en conjunto con asesoría psicológica adecuada, asegurando que se harán pruebas de seguimiento y entrega de resultados. Debido al probable nivel de estrés psicológico de la persona recientemente atacada, se debe tener especial cuidado en la visita subsecuente a la toma de pruebas, a fin de reforzar la asesoría ofrecida durante la estancia en el centro de emergencia. Se recomienda repetir las pruebas a los seis meses y otra vez al año, sobre todo si se sabe que el atacante es seropositivo o si se desconoce cuál es su situación al respecto. No existen intervenciones profilácticas conocidas para la infección de VIH, pero los pacientes pueden querer hablar con su proveedor de salud acerca de sus inquietudes y deseos en relación al tratamiento.

Embarazo

Las pacientes femeninas deben recibir asesoría acerca de las opciones que están a su alcance para prevenir el embarazo.⁹ Si el proveedor de salud tiene reservas morales en cuanto a dar personalmente dicha asesoría, tiene la responsabilidad de que alguien más informe a la paciente sobre el riesgo relativo de embarazo y le ofrezca la profilaxis adecuada. Los proveedores de salud están obligados a asegurarse que las pacientes que han sido atacadas sexualmente sean informadas de manera apropiada de todos los riesgos e intervenciones que existen para evitar la concepción como resultado del ataque.

La prueba de embarazo debe realizarse cuando la paciente esté en el centro de emergencia, a fin de descartar un embarazo previo. Si la paciente no está embarazada y puede ofrecer información confiable de la fecha de su última menstruación, el proveedor de salud puede calcular la probabilidad de que haya quedado embarazada durante el ataque con base en el tiempo estimado de ovulación. El proveedor de salud puede entonces ayudar a la paciente a decidir si desea tomar un medicamento de anticoncepción postcoito. Se debe documentar si se ofreció esta asesoría, así como la decisión tomada por la paciente.

Las pacientes deben ser informadas de que:

- Los regímenes de profilaxis son efectivos en un 97 o 98% de las veces si se inician dentro de las primeras 24 horas después del ataque sexual, y por lo general sólo se recomiendan en un periodo máximo de 72 horas
- Existe un 1% de índice de falla para cualquier profilaxis de embarazo, con efectos teratogénicos potenciales si la paciente se embaraza
- Se deben anticipar efectos secundarios leves del medicamento incluyendo náusea y vómito, aun cuando es posible utilizar antieméticos para minimizar este problema.

Los regímenes más comunes de profilaxis para embarazo incluyen:

- Una dosis baja de Etinilestradiol-Norgestrel, cuatro tabletas por vía oral seguidas de cuatro tabletas a las 12 horas
- Etinilestradiol-Norgestrel, dos tabletas por vía oral seguidas por dos tabletas a las 12 horas
- Estrógenos conjugados, 50 mg por vía intravenosa durante dos días o 30 mg por vía oral durante cinco días.

Obligación de reportar el caso

Algunos estados requieren que los proveedores de salud reporten el delito del ataque sexual a la policía local. Los médicos pueden informarse a través de su sociedad médica estatal si este requisito aplica en su localidad. En todos los estados y territorios de Estados Unidos, los proveedores de salud están obligados a reportar el ataque sexual en contra de niños y adolescentes. Este reporte se debe hacer a las agencias de protección al menor en el área y/o al departamento de policía local.

A algunos pacientes les provoca ansiedad el hecho de que el proveedor de salud notifique a la policía o llame a alguien para decirle que la persona ha sido violada. Si la víctima reporta un delito de ataque sexual, además de conocer las leyes en su área, el médico debe preparar al paciente para el proceso legal que exista en su estado.

En muchos estados, reportar un ataque sexual no significa que la víctima tenga que ir a la Corte, ver a su atacante de nuevo o que vaya a declarar en un juicio. Algunos estados simplemente archivan en un expediente el nombre del atacante (si se conoce) y los detalles acerca del ataque. Si ocurre un ataque subsecuente y la víctima decide denunciar, los registros de una queja previa pueden ayudar en el proceso legal de la última agresión.

Tratamiento en un centro de atención primaria

El diagnóstico y el manejo médico psicológico adecuado de pacientes con una historia previa no reportada de ataque sexual representa para los proveedores de salud en los centros de atención primaria una serie de responsabilidades que, aunque diferentes, también constituyen un reto. Estar más sensibilizado a las manifestaciones clínicas “ocultas” en estos pacientes es una meta que vale la pena, como lo es manejar las consecuencias médicas y psicológicas una vez que se ha llevado a cabo la identificación.

Trauma psicológico

La mayoría de las personas equiparan el trauma con lesiones y heridas físicas que requieren de atención médica rápida y específica. Aunado a estas lesiones físicas se encuentra el trauma psíquico, definido como “una experiencia perturbadora que precipita o agrava un trastorno emocional o mental”. La comprensión del trauma psicológico como un trastorno médico ayuda a un mejor diagnóstico y puede disminuir las complicaciones médicas, psiquiátricas y sociales que surgen cuando el trauma psicológico no se reconoce y no se trata.

La mayoría de las dificultades de los pacientes como resultado de un ataque sexual encaja dentro de la amplia categoría de trastornos psiquiátricos y traumas psicológicos. La cuarta edición del *Diagnostic and Statistical Manual* [Manual Diagnóstico y Estadístico] de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV) clasifica estos problemas como Trastorno de Estrés Postraumático (PTSD) y Trastorno Agudo de Reacción al Estrés. Sin embargo, se ha visto que puede desencadenarse un alto índice de trastornos ya existentes, resultantes de eventos catastróficos y que incluyen: trastorno de somatización, trastornos depresivos y una variedad de trastornos de ansiedad que incluyen trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico y fobias.

Los síntomas de un trastorno de estrés postraumático pueden incluir:

- Recuerdos intrusivos del asalto
- “Imágenes vívidas” que se viven con una intensa sensación de realidad
- Sueños acerca del ataque
- Angustia psicológica y fisiológica intensa, provocada por señales internas y externas que le recuerdan el ataque al paciente
- Sobre-reacción fisiológica que incluye una respuesta exagerada de sobresalto

- Evitar discutir el ataque
- Evitar lugares, personas o cosas que recuerden el ataque
- Sensación de estar separado de las demás personas o de que ya no se tiene futuro alguno
- Aneconomía, insomnio, irritabilidad y problemas para concentrarse.

La etiología de toda enfermedad basada en el trauma es un evento catastrófico que produce una respuesta estimulante ineludible y abrumadora. Los sobrevivientes de trauma han experimentado un evento que es tan sobrecogedor que llega a cambiar sus vidas física, cognoscitiva y emocionalmente. El evento tiene tal intensidad fisiológica y psicológica que satura o altera los mecanismos neurofisiológicos de adaptación de la persona. El daño resultante no es meramente emocional. La capacidad biológica de la persona para tolerar y regular los estímulos internos y externos puede verse alterada. Como consecuencia, estos cambios comprometen la capacidad de la persona para organizar los estímulos perceptuales y la información cognoscitiva, tornándolos susceptibles a un rango de enfermedades somáticas y a un espectro de trastornos depresivos y de ansiedad.

La enfermedad causada por el trauma es considerada más como un síndrome continuo con manifestaciones agudas, subagudas y crónicas. El DSM-IV define como agudo un síntoma que dura menos de tres meses y como crónico a aquél que se prolonga más allá de los tres meses. Como cualquier otra enfermedad crónica, el Trastorno de Estrés Postraumático puede surgir tardíamente, presentar manifestaciones variables y disfrazadas, caer en remisión, exacerbarse de manera episódica o requerir de manejo continuo.

El ataque sexual es uno de los incidentes traumáticos más graves. La persona pasa por un evento que está fuera de su control y que le produce sentimientos de tal intensidad que literalmente lo conectan con un miedo a una muerte inminente y/o desfiguración. Con frecuencia, los sobrevivientes de ataque sexual presentan una combinación de síntomas y respuestas a los estímulos que resulta a la vez embotada e incrementada. Esta sintomatología representa los dos extremos de las respuestas biológicas observadas en los humanos: hiperexcitación y constricción.

Los signos clínicos persistentes y los síntomas de hiperexcitación a menudo incluyen pesadillas, dificultad para conciliar el sueño o mantenerse dormido, náuseas, irritabilidad o brotes de ira, dificultad para concentrarse, estado de alerta desproporcionado y respuestas de sobresalto exageradas. Los signos clínicos persistentes y los síntomas de constricción incluyen emociones embotadas o adormecidas, parestesia, percepciones disociativas de despersonalización y falta de comprensión, y una variedad de conductas de invalidación.

Diagnóstico y tratamiento en centros de atención primaria

La victimización es una cuestión de diagnóstico y tratamiento común, a menudo escondida, en los centros de cuidado ambulatorio. Debido a que las víctimas usualmente sienten vergüenza y responsabilidad personal, tienden a no revelar de manera voluntaria la información acerca de su historia de abuso o ataque sexual. Agregar algunos datos a la historia clínica puede ayudar al proveedor de salud a identificar a los pacientes traumatizados y ofrecerles información sobre las opciones de tratamiento.¹¹ Los proveedores de salud también deben considerar que los pacientes padecen un amplio rango de estresores que producen enfermedades somáticas. Además, los pacientes pueden sufrir de enfermedades basadas en traumas que no tenga su origen en el ataque o el abuso sexual. Por ejemplo, estas afecciones se observan en sobrevivientes de desastres como accidentes de aviación, terremotos y guerras.

Durante las fases postagudas, con frecuencia se pierde el estado físico de tranquilidad y calma. Algunos pacientes sienten que libran una lucha en contra de su propio cuerpo, presentando múltiples quejas somáticas indicativas de tensión. Éstas pueden incluir: dolor de cabeza, trastornos gastrointestinales o abdominales y dolor pélvico o de espalda.¹² Estos pacientes pueden no identificar la asociación que existe entre sus síntomas somáticos y su historia traumática. Los investigadores han encontrado que el 80% de las víctimas de violación presentan invalidación condicionada, hiper-reactividad autónoma, insomnio, pesadillas, trastornos en la alimentación, síntomas gastrointestinales y dolor de cabeza.

Los proveedores de salud pueden empezar a valorar si las principales quejas de sus pacientes tienen origen en una experiencia traumática siguiendo estas recomendaciones:

- Adoptar un enfoque integral para valorar y manejar las necesidades médicas de sus pacientes
- Enfatizar la necesidad de establecer una buena relación médico-paciente con el fin de ayudar a los pacientes a encontrar tratamientos apropiados para combatir la angustia presente y futura
- Dar permiso tácito para que el paciente discuta cuestiones sexuales, iniciando una conversación sobre la historia sexual del paciente
- Enfatizar que las preguntas acerca de la salud sexual presente y pasada del paciente constituyen una parte importante del cuidado médico
- Preguntar de manera rutinaria acerca de experiencias recientes y pasadas de tipo físico, emocional y sexual
- Preguntar específicamente acerca de los elementos de estrés y los traumas

actuales y pasados del paciente. Si no obtiene información al respecto, no dé por hecho que el tema se ha agotado

- Notar la persistencia de síntomas que no son explicables médicamente, en especial aquellos que indican hiper-reactividad autónoma, pesadillas y enfermedades o síntomas recurrentes en ausencia de factores desencadenantes médicos comunes. Los problemas de sueño y de fatiga crónica se encuentran entre los síntomas que con mayor frecuencia presentan los pacientes con una historia de ataque sexual
- Diagnosticar síntomas de depresión. La depresión refractaria y las ideas o la conducta suicida pueden ser indicadores de eventos traumáticos subyacentes
- Diagnosticar síntomas de trastornos de ansiedad, fobias, pensamientos obsesivos y conductas impulsivas o ritualistas (ej. miedo de salir por la noche o revisar repetidamente que las puertas y las ventanas estén cerradas)
- Notar una marcada invalidación o una falta de deseo por tener relaciones sexuales, alejamiento de las relaciones íntimas o disfunción sexual en una relación de pareja actual
- Notar patrones de abuso de alcohol o drogas que pueden reflejar un intento por automedicarse
- Notar patrones de somatización donde el diagnóstico y tratamiento de un síntoma es seguido rápidamente por otro síntoma
- Notar un patrón de recetas para aliviar síntomas, acompañado de una falla para cumplir con las recomendaciones médicas en cuanto al seguimiento. También son comunes las peticiones frecuentes del paciente para que se le extiendan nuevas recetas de medicamentos para aliviar síntomas, lo cual puede sugerir que está tomando más medicamento del recetado
- Notar una ansiedad particular en el paciente respecto a procedimientos que resulten físicamente intrusivos o que lo tornan indefenso. Los pacientes con antecedentes de ataque sexual pueden tener especial dificultad con exámenes ginecológicos, urinarios, prostáticos, proctoscópicos e incluso dentales
- Notar pacientes que parecen presentar miedo exagerado y resistencia a recibir anestesia o medicamentos que pueden comprometer sus sentidos o adormilarlos
- Notar pacientes que presentan una gran dificultad para tolerar procedimientos que los inmovilizan o los aíslan
- Notar pacientes con un umbral de tolerancia al dolor muy alto o muy bajo

- Notar y reevaluar a aquellos pacientes que pueden estar fingiendo o para quienes parece que el proveedor de salud no hace nada adecuadamente y que pueden demandar un alivio rápido de sus dolencias.

Los proveedores de salud en los servicios de atención primaria deben considerar la posibilidad de que un equipo de trabajo multidisciplinario atienda a los pacientes traumatizados. Suele ser útil consultar con un psiquiatra respecto al régimen farmacológico y el plan de tratamiento. Como es siempre el caso, la comunicación continua entre el proveedor de salud de atención primaria y los demás miembros del equipo de tratamiento puede optimizar el cuidado.

Las metas importantes en un tratamiento incluyen:

- Asegurar que el paciente asista a las consultas médicas de rutina
- Hacer pruebas y ofrecer asesoría psicológica en cuanto a enfermedades de transmisión sexual
- Ayudar al paciente a que continúe funcionando eficientemente o a que recupere las actividades que había evitado después del ataque
- Diagnosticar y tratar el abuso coexistente de alcohol o medicamentos prescritos y contramedicación *antes de iniciar las intervenciones farmacológicas*
- Tratamientos con medicamentos que pueden reducir la depresión, la ansiedad o la hipersensibilidad a los estímulos. Los medicamentos que se utilizan con más frecuencia incluyen alprazolam, clordiazepóxido, amitriptilina, anafranil, propanolol, clonidina, benzodiazepinas, cloracepam, los inhibidores selectivos de recaptura de serotonina que sean menos estimulantes y la carbamacepina. Sea cuidadoso al recetar benzodiazepinas a pacientes que abusan del alcohol
- Terapias de conducta como la desensibilización sistemática, la retroalimentación o las imágenes guiadas para manejar las conductas de negación y facilitar el manejo de los temores del paciente y sus pensamientos intrusivos
- Asesoría psicológica individual y/o de pareja
- Referir a grupos de apoyo a víctimas, cuando esto sea posible
- Considerar la posibilidad de que personal de la oficina monitoree las recetas que se extienden y/o pida al paciente que lleve un registro diario de los medicamentos que consume.

Poblaciones especiales

Hombres

Existen algunos estudios sobre recomendaciones de tratamiento para víctimas masculinas de ataque sexual, pero siguen siendo más escasas en relación a la información que hay sobre mujeres. Con pocas excepciones, la mayoría de los protocolos profilácticos y forenses no hacen diferencia entre los pacientes masculinos y femeninos.

Históricamente, el delito de violación y la noción en cuanto a la edad legal de consentimiento para tener relaciones sexuales se aplicaba estrictamente a las mujeres. Por ejemplo, en Estados Unidos las leyes de violación estatutaria por lo general consideran ilegal el coito entre varones mayores de 16 años y mujeres que sean menores de edad. No existía un concepto similar para varones menores de edad. Además, “violación” era un término legal que se aplicaba sólo a la penetración vaginal de una mujer en contra de su voluntad y sin su consentimiento. La penetración anal de un hombre se definía como “coito con un miembro del mismo sexo o con un animal”.

En años recientes, estas leyes se han empezado a revisar para definir el ataque sexual en términos de género neutral. Las nociones de violación estatutaria y edad de consentimiento se han amalgamado bajo leyes generales de protección al menor que incluyen ataque sexual contra niños y adolescentes de ambos sexos. Mientras que este cambio ha despertado la conciencia del público en relación al ataque sexual contra niños varones, el de adolescentes mayores y hombres adultos continúa siendo discutido y aplicado de manera vaga en la mayoría de los códigos legales y las valoraciones médicas actuales.

El tema de los hombres que son atacados sexualmente por otros hombres merece mayor consideración, a fin de brindar mejor servicio a las víctimas masculinas en los centros de atención primaria y servicios de emergencia. Independientemente del género de la víctima o de su orientación sexual, el ataque sexual es un acto de “conquista y control... venganza y represalia... sadismo y degradación... conflicto y oposición... estatus y afiliación”.¹³

Los métodos utilizados para lograr control sobre las víctimas masculinas de ataque sexual incluyen engaño, intimidación y fuerza física.¹³ También se utiliza el alcohol para reducir el estado de alerta de la víctima y su capacidad física para defenderse del ataque; es frecuente un ataque físico sorpresivo con un golpe súbito o sometimiento absoluto. Las amenazas de daño físico y la intimidación con un arma se utilizan comúnmente para lograr el sometimiento tanto de víctimas masculinas como femeninas.

El ataque sexual en contra de varones homosexuales y de hombres en poblaciones carcelarias¹⁴ es un asunto que se subestima y no se reporta de manera adecuada. En la comunidad masculina homosexual, el estigma de reportar y las preocupaciones legítimas acerca del trato discriminatorio pueden contribuir a que muchos casos no sean reportados.^{15,16} Entre los presos, el hecho de no revelar el incidente puede surgir de la preocupación de que los oficiales de seguridad de la prisión no se ocupen del problema o por miedo a la venganza de los otros reos.¹⁷

Las consideraciones generales incluyen:

- Los hombres heterosexuales, homosexuales y bisexuales pueden ser víctimas de ataque sexual por parte de otros hombres
- Como grupo, los hombres no se perciben a sí mismos como blancos potenciales de la misma manera en que las mujeres lo hacen
- Los hombres son considerados y en general se ven a sí mismos como capaces de resistir cualquier ataque
- Las víctimas masculinas no buscan por lo general tratamiento ni reportan el ataque por miedo a ser etiquetados erróneamente como homosexuales y por temor a ser juzgados de manera negativa e invalidados por el sistema médico o la policía.

Es muy probable que las víctimas masculinas de ataque sexual sufran traumas físicos más severos que las víctimas femeninas.¹⁸ El tratamiento intensivo de los pacientes masculinos debe ser muy parecido al de las víctimas femeninas, incluyendo servicios médicos y profilácticos adecuados con base en la historia médica y sexual y el examen físico. Es importante mantener una actitud abierta y no prejuiciada, no asumir que el paciente es homosexual o que se ha comportado en alguna forma que ha provocado el ataque.

Una vez que salen del área de servicios de emergencia, los pacientes masculinos, al igual que los femeninos, pueden mostrar signos de reacción de estrés postraumático. En algunos hombres, esto se manifiesta como conductas agresivas, arriesgadas y antisociales. Además, las víctimas homosexuales, bisexuales y heterosexuales pueden reportar una confusión aguda en relación a su sexualidad y su masculinidad.¹⁹ Pueden experimentar disfunción sexual y buscar tratamiento médico para lograr una erección. El ataque sexual en varones adolescentes puede exacerbar las preocupaciones previas acerca de su sexualidad.

Los hombres que tienen una erección y/o eyaculación durante un ataque sexual pueden estar particularmente preocupados y pensar que estos fenómenos no son posibles si no hay excitación sexual.²⁰ Algunos agresores quieren

que sus víctimas eyaculen como una expresión del control, el poder y el dominio que ejercen. Las víctimas masculinas pueden temer que la capacidad del agresor para producirles una eyaculación signifique que la experiencia les produjo un placer sexual inesperado. Como consecuencia, los hombres de cualquier orientación sexual pueden empezar a evitar las relaciones íntimas subsecuentes o experimentar disfunción sexual.

Adolescentes

Los adolescentes son especialmente vulnerables a la violación por parte de conocidos, es decir, un ataque donde el asaltante es conocido por la víctima. Aproximadamente el 61% de todas las víctimas femeninas de ataque sexual son menores de 18 años.¹ Un tercio de los ataques sexuales por parte de personas conocidas ocurren cuando la víctima tiene entre 11 y 17 años. Muchas víctimas jóvenes no piensan en su experiencia como un ataque sexual. Por lo tanto, rara vez reportan el hecho y a menudo asumen que ellos tuvieron la culpa. Por este motivo, la mayoría de los adolescentes victimizados no recibe tratamiento médico apropiado, incluyendo profilaxis y asesoría psicológica.

Muchos adolescentes tienen percepciones distorsionadas en relación a la violencia y se ha visto que en algunas circunstancias justifican el uso de la fuerza en las relaciones sexuales. Una encuesta llevada a cabo entre niños y niñas de 11 a 14 años encontró que:²

- 51% de niños y niñas dijeron que el sexo forzado es aceptable si el niño gasta mucho dinero en la niña
- 31% de niños y 32% de niñas dijeron que es aceptable que un hombre viole a una mujer que ya ha tenido experiencias sexuales pasadas
- 87% de niños y 79% de niñas dijeron que el ataque sexual es aceptable si el hombre y la mujer están casados
- 65% de niños y 47% de niñas dijeron que es aceptable que un niño viole a una niña si han estado saliendo juntos por más de seis meses.

Estas opiniones, así como los altos índices de experimentación frecuente con drogas y alcohol observada en los adolescentes, contribuyen a la alta incidencia de agresión sexual entre este grupo. Una investigación efectuada entre estudiantes universitarios encontró que el 73% de los agresores y el 55 % de las víctimas utilizaron drogas y alcohol justo antes del ataque sexual.¹ La relación entre abuso o ataque sexual y alcohol se puede ubicar en las conductas practicadas durante la secundaria y la preparatoria. Entre estudiantes de los últimos años de preparatoria, el 99% reportó que había utilizado alcohol por lo menos una vez en su vida. Del 30 al 40% de los estudiantes de los últimos años de preparatoria, el 36% de los de tercero de secundaria y más del 10%

de los de primero de secundaria reportaron haberse emborrachado durante una parranda, esto último definido como tomar una o más copas en el curso de una hora.³

Los proveedores de salud en los servicios de atención primaria tienen la oportunidad única de ayudar, a través de la educación preventiva, a que los jóvenes no se conviertan ni en víctimas ni en perpetradores de “violación entre conocidos”. También pueden diagnosticar y tratar a adolescentes víctimas del tipo de violación que ocurre cuando dos personas están saliendo juntas, a través de un estudio y del reconocimiento de manifestaciones en las que el abuso sexual puede ser un factor contribuyente. Para proporcionar estos servicios, los proveedores de salud necesitan transmitir a sus pacientes adolescentes que están dispuestos a hablar de cuestiones sexuales, y comunicándoles claramente el derecho del paciente y los límites de la confidencialidad. Este proceso se describe en forma más detallada en otra publicación.²¹

Los adolescentes deben estar informados de que muchos jóvenes empiezan a salir en pareja, y de que algunos pueden decidir que quieren tener relaciones sexuales. Otros experimentan con drogas y alcohol. Estas conductas los colocan en una posición de mayor riesgo de ser forzados a tener relaciones sexuales aunque no lo deseen o no lo hayan planeado así. Como su médico, usted no les va a dar sermones o a juzgar, pero ellos deben saber que la salud sexual es una parte importante de la salud integral. Estos comentarios generales ofrecen un clima propicio para registrar los antecedentes en cuanto a sexo y drogas, y para invitar a las/los pacientes a discutir cualquier pregunta o preocupación que puedan tener en relación al sexo.

Las leyes locales y estatales afectan la confidencialidad de los adolescentes menores de edad, y los proveedores de salud deben estar enterados acerca de la legislación existente en su comunidad. Sin embargo, en la mayoría de los casos los adolescentes tienen derecho a la confidencialidad en relación a la atención médica, incluyendo servicios de anticoncepción y tratamiento para enfermedades de transmisión sexual.

Las siguientes preguntas pueden ser utilizadas al registrar la historia:

- ¿Estás saliendo con alguien? ¿Estás viendo a alguien en forma regular?
- ¿Eres sexualmente activo o piensas que quisieras serlo en algún momento en los próximos meses? Si es así, ¿cuál es tu estrategia para evitar el embarazo y las enfermedades de transmisión sexual?
- Si estabas acostumbrado a ser sexualmente activo y ya no lo estás, ¿cómo tomaste esa decisión?
- ¿Alguna vez alguien trató de forzarte a tener sexo? ¿Cómo sucedió?

El uso de material escrito para adolescentes puede reforzar la labor del proveedor de salud y la asesoría para reducir riesgos. Estos materiales reiteran la información y ofrecen la posibilidad de dar un seguimiento al asunto en visitas subsecuentes.

Los mensajes preventivos para los adolescentes incluyen:⁴

- Tú **siempre** tienes el derecho a decir NO a una actividad sexual
- Tienes el derecho de establecer límites sexuales antes de una cita discutiendo el asunto con tu pareja
- Sé asertivo
- **Mantente sobrio**, y cuídate de personas que tratan de emborracharte o de que uses drogas
- No salgas de una fiesta con alguien a quien no conoces muy bien
- Considera la posibilidad de establecer una “red de amigos” en las fiestas
- Confía en tus sentimientos y tu intuición, si sientes que algo está mal, probablemente tienes razón
- Las personas son responsables de su propia conducta, pero no de la conducta de alguien más
- Nunca obligues a nadie a tener sexo o a participar en una actividad sexual
- Nunca trates de convencer a alguien de tener sexo
- El sexo no es un juego o un concurso
- Si estás confundida/o acerca de lo que tu pareja desea o de lo que está pensando, pregúntale
- Platica con tus amigos y las personas con quienes sales acerca del ataque sexual, y edúcalos si es necesario
- Nadie merece ser violado.

Las conductas que indican un ataque o abuso sexual no revelado entre adolescentes pueden incluir:

- Cambios abruptos en la conducta
- Inhibición sexual o conducta sexual promiscua, incluyendo prostitución
- Dificultades para dormir, trastornos del sueño, pesadillas

- Aislamiento y tendencia a evitar amigos, novios o novias anteriores y familia
- Conductas regresivas o dependientes
- Autoestima particularmente baja o deseo de ser invisible
- Pérdida de interés en el futuro
- Conductas autodestructivas como automutilación y tendencias suicidas
- Conductas desinhibidas que pueden incluir agresión, delincuencia, huida, problemas escolares, vandalismo, problemas sociales con compañeros
- Cambios en el estado de ánimo como depresión, ansiedad y preocupación obsesiva
- Quejas médicas que pueden incluir temor extremo de ser sometido a un examen físico, dolor estomacal o abdominal, dolor de cabeza, dolor de espalda, miedo a tener una enfermedad de transmisión sexual o de estar embarazada, defecación dolorosa, encopresis, enuresis, estreñimiento, disuria, flujo o sangrado vaginal
- Trastornos en la alimentación
- Abuso de alcohol o drogas.

Como ocurre con muchas de las preocupaciones de salud respecto a los adolescentes, la guía anticipada, los estudios y la atención médica integral ayudan a tratar las complejas manifestaciones de la agresión sexual como un problema de salud pública.

Apéndice 1

Síntomas reportados por pacientes que han sufrido ataque sexual

Los síntomas somáticos que se van a observar en la sala de urgencias o en los centros de atención primaria pueden incluir: aumento en la sensibilidad autonoma física y clónica a la luz, el sonido, tacto, temperatura, gusto y propiocepción; ritmo cardíaco acelerado o interrumpido; mareos; dolor de cabeza; tensión muscular en el cuello y la cabeza; sensación de desvanecimiento; necesidad o falta de aire; hiperventilación; presión en el pecho; sensación de asfixia o ahogo, nudo en la garganta; cosquilleo o adormecimiento de las manos, brazos, pies y cara; náusea o vómito; diarrea; sudoración no relacionada a las condiciones de temperatura; bochornos o escalofríos; temblor de manos y piernas; erupciones en la piel a consecuencia de sudoración excesiva; hiperventilación resultante de bostezos y suspiros repetidos.

Otro grupo de síntomas tiene que ver con respuestas fisiológicas y perceptuales polarizadas que conforman un patrón dicotómico de respuestas sumamente embotadas o bien atenuadas ante los estímulos.

Las descripciones clínicas de los pacientes incluyen: pensamientos y movimientos acelerados o retardados; emociones intensificadas o bien aletargadas, embotadas o incluso de tranquilidad y ausencia de emociones; percepción aumentada o adormecida y fantasías mentales; aumento en el control de movimientos y pensamientos automáticos, tipo robot; sensaciones de extrañeza/irrealidad o sensaciones de familiaridad; memoria panorámica o amnesia parcial o total; incremento en la sensación corporal o desapego físico y respuesta anestesiada.

Los pacientes también pueden reportar experiencias perceptuales y de memoria que pueden caer en la categoría de alucinaciones o delirios, indicando posiblemente una psicosis reactiva breve. Éstas incluyen: creer que algunas partes del cuerpo cambian de tamaño o de forma; los objetos parecen grandes y cercanos o pequeños y alejados; experimentar los eventos de manera muy vívida, acompañados por la capacidad para recordarlos con lujo de detalles; incredulidad acerca del incidente, acompañada de la aseveración de que los eventos tenían una cualidad de ensoñación o irrealidad.

Apéndice 2

Mitos y concepciones erróneas más comunes

Existen muchas concepciones erróneas acerca de las víctimas de ataque sexual y sus atacantes que están relacionadas con patrones socioculturales de violencia interpersonal, percepción de los roles sexuales de hombres y mujeres y otros estereotipos sociales. Los proveedores de salud deben ser conscientes de sus propios prejuicios, así como de corregir las concepciones erróneas de sus pacientes.

Mito: Todas las víctimas de ataque sexual son mujeres. Todos los agresores son hombres.	el deseo de ejercer poder y control.
Hecho: La mayoría de los ataques sexuales en contra tanto de hombres como de mujeres son perpetrados por hombres, pero el ataque sexual es un delito relacionado con el uso del poder y la fuerza física. Los hombres son atacados sexualmente por otros hombres, y en ocasiones, las mujeres realizan ataques sexuales en contra de hombres y de otras mujeres. El número de hombres que son atacados sexualmente por otros hombres es un problema importante pero poco reconocido, sobre todo en poblaciones carcelarias y homosexuales.	Mito: La violación <i>real</i> sólo ocurre cuando un extraño ataca a una mujer. Hecho: En la mayoría de las violaciones los ataques sexuales son cometidos por alguien que la víctima conoce.
Mito: La violación es un acto impulsivo.	Mito: Una mujer que realmente se resiste no puede ser violada. Si no se defendió es que seguramente lo deseaba.
Hecho: Entre el 58 y 71 % de las violaciones son claramente planeadas. ²³	Hecho: La mayoría de las mujeres son víctimas de violación por parte de personas conocidas. No se resisten porque conocen a la persona que las está atacando, y no pueden creer que alguien que conocen y en quien confían pudiera violarlas. Herman ¹² sugiere que "la socialización tradicional prácticamente asegura que las mujeres están poco preparadas para el peligro. Al ser sorprendidas por el ataque, están poco equipadas para protegerse a sí mismas". Las mujeres que son víctimas de violación por parte de conocidos se encuentran a
Mito: La violación está motivada por el deseo sexual.	
Hecho: La violación es un delito de violencia motivado por la ira y	

menudo en un estado de incredulidad en relación al evento. Imaginan que su atacante va a recuperar la cordura de un momento a otro y va a dejar de atacarlas. La mayoría de las víctimas de violación por parte de conocidos no son capaces de pelear y lastimar a su atacante lo suficientemente fuerte como para tratar o bien detener el ataque.

Mito: “No realmente significa sí”.

Hecho: Algunas mujeres no siempre quieren decir “No” cuando lo dicen. Sin embargo, su pareja debe asumir que esto es lo que ella quiere decir y acatarlo.

Mito: Ella se emborrachó y por lo tanto se lo merecía.

Hecho: Emborracharse ante personas que uno no conoce bien puede reflejar falta de sentido común, pero no justifica el ataque.

Mito: Ella fue al cuarto de él después de la fiesta. Ella se lo estaba buscando.

Hecho: Muchas mujeres jóvenes o ingenuas auténticamente creen que si un hombre las invita a su habitación “para ver su nueva colección de peces”, él realmente quiere enseñarles los peces. Aceptar ir a la habitación de un hombre o “aceptar ver los peces” no es un código que se traduce en consentimiento para tener relaciones sexuales. Ambas personas se deben comunicar verbalmente y estar de acuerdo

en cuanto a la actividad sexual. Las dos tienen el derecho a cambiar de opinión en cualquier momento.

Mito: Si él o ella acepta algún grado de intimidación sexual, es que quieren tener relaciones sexuales.

Hecho: Si él o ella aceptan alguna forma de intimidación sexual cercana a la relación sexual, eso es a todo lo que él o ella está dispuesto/a. Asumir que una persona quiere “ir más lejos” necesita ser aclarado en una plática en la que se discutan los deseos de la persona. Este es un problema que se subestima en las interacciones entre homosexuales varones. El hombre que es penetrado puede no haber deseado que las cosas llegaran tan lejos.

Mito: Si ya le pasó antes es porque ella es una masoquista. Le gusta jugar rudo. De alguna manera lo está provocando.

Hecho: Esto es particularmente relevante en casos de ataque sexual complicados por historia de violencia doméstica o abuso sexual en la infancia. Algunas teorías de investigación en animales sugieren que existen cambios biológicamente determinados²⁴ que ocurren cuando un animal es expuesto en forma repetida al abuso o a una impresión muy fuerte, y esto le impide encontrar una ruta de huida. Estos hallazgos

pueden tener aplicaciones útiles en la valoración clínica de personas que tienen una historia repetida de victimización y ataque sexual.

Esta perspectiva puede ser útil para que los proveedores de salud en centros de emergencia y de atención primaria, puedan entender a algunos de los pacientes que han sido victimizados previamente. Algunas víctimas de ataque sexual y de violencia doméstica pueden haber sufrido cambios fisiológicos y psicológicos que los vuelven menos capaces de percibir situaciones vulnerables o de resolver el problema y encontrar formas de escape.

Mito: Algunas mujeres y hombres tienen fantasías de violación, y algunas veces éstas se vuelven realidad.

Hecho: Algunas personas sí tienen fantasías de ser conquistadas o de “dejarse ir” con sus parejas. Estas fantasías difieren del ataque sexual porque en ellas la persona tiene el control mental sobre el inicio y el final de la trama y puede pasar por encima de sus inhibiciones en forma segura, en lugar de que éstas pasen por encima de ella.

Mito: No resultaron heridas, se van a recuperar.

Hecho: El trauma físico es la excepción más que la regla en casos de ataque sexual. En general, a mayor grado de intimidación menor es el grado de daño físico. Muy pocas personas desean ser lastimadas emocional o físicamente o

perder el control de sí mismas. El trauma psicológico puede ser tan grande o mayor para aquellos que no fueron dañados físicamente, como para los que sí sufrieron lesiones físicas.

Mito: Si la paciente no era virgen, entonces no es para tanto.

Hecho: Cualquier ataque sexual puede ser una experiencia devastadora que deja a la sobreviviente con recuerdos que limitan de por vida sus relaciones interpersonales o íntimas.

Mito: Las esposas no pueden ser violadas por sus esposos.

Hecho: Las esposas pueden ser violadas legalmente por sus esposos, aunque sólo existe un número pequeño de denuncias por este delito. Más aún, estas mujeres que son violadas por sus esposos son vulnerables a ser violadas en más de una ocasión como parte de un patrón de violencia doméstica. Los proveedores de salud que atienden poblaciones culturalmente diversas deben tomar en cuenta que algunos ambientes culturales aumentan la vulnerabilidad de las mujeres a ser atacadas por sus esposos. Las mujeres hispanas, de algunas partes de Medio Oriente y Asia, y otras que han emigrado de lugares como Vietnam, India o África, tienden a creer que el abuso o el ataque sexual es algo esperado en las relaciones maritales.

Mito: Las prostitutas no pueden ser violadas.

Hecho: Las prostitutas son violadas con frecuencia, pero rara vez lo reportan porque creen que no se les va a apoyar o que la policía no las va a tomar en serio.

Mito: Los hombres no pueden ser violados, especialmente por mujeres. Si el hombre no tiene una erección, la violación no puede ocurrir.

Hecho. A veces, los hombres son atacados sexualmente por mujeres. Las mujeres que atacan a los hombres suelen usar la intimidación y la amenaza de violencia más que la fuerza física. Ejemplos de esto incluyen a estudiantes del sexo masculino y profesoras del sexo femenino, pacientes del sexo masculino y terapeutas del sexo femenino, empleados del sexo masculino y supervisoras del sexo femenino. La erección del pene puede ocurrir en respuesta a estados emocionales extremos como ira, terror y excitación sexual.²⁰

Mito: Las mujeres están “pidiendo que se les viole” después de acceder a tener relaciones sexuales y cambiar luego de opinión.

Hecho: Se ha estimado que las acusaciones falsas de ataque sexual ocurren en un 2% de los casos, índice similar al de reportes falsos de hombres y de mujeres

por crímenes violentos. Es mucho más común entre víctimas de ataque sexual no mencionar a nadie lo ocurrido.

Apéndice 3

Historias de Caso

1*

Un hombre adulto inteligente, de clase media, participó en un evento en la Casa Blanca para conmemorar el aniversario del bombardeo de Nagasaki. Fue arrestado por transgresión de límites y se negó, con base en principios morales, a pagar la fianza. Estuvo detenido una semana en un área de seguridad, pero después fue transferido a la cárcel general. Un día, ocho reclusos le bloquearon el paso y le dijeron que se bajara los pantalones. Cuando se rehusó, lo levantaron en vilo, le golpearon la cabeza contra la litera y le ordenaron practicarle sexo oral al líder del grupo. Él se resistió, por lo que fue golpeado repetidamente e intimidado hasta que accedió. Un segundo interno le exigió tener sexo anal. Una vez más, el hombre se resistió pero lo inmovilizaron y le pusieron una almohada sobre la cabeza. Lo llevaron entonces de celda en celda y fue violado una y otra vez a lo largo de un período de cuatro horas. La escena entera se repitió la noche siguiente. Al otro día pagó la fianza y salió libre. A partir de ese momento, abandonó dos programas de postgrado, dejó el periodismo y empezó a ir de un trabajo a otro. Durante un tiempo se quedó sin casa, fue arrestado dos veces por posesión de drogas, empezó a portar una pistola y sufrió de ataques alternados de ira, paranoia, desesperanza y depresión. Durante años padeció temblores incontrolables y sufrió ataques de pánico, tenía insomnio crónico e intentó suicidarse. Fue encarcelado en cuatro ocasiones, y durante cada uno de estos períodos de encarcelamiento fue violado repetidamente. En una ocasión se le negó tratamiento por una cortada en la mano, entonces disparó un arma en la sala de urgencias de un hospital y fue sentenciado a diez años en una prisión federal. Ahí se le diagnosticó “síndrome de trauma de violación” y fue liberado después de cumplir cuatro años de sentencia. El tratamiento facilitó una recuperación parcial de los síntomas. Se convirtió en consejero para casos de ataque sexual y en defensor público para el único grupo de este tipo que existe en Estados Unidos: “Detengan la Violación en las Cárceles”.

2**

Una mujer de 27 años se presentó en una clínica de medicina interna con náuseas y vómito. Se le diagnosticó gastroenteritis aguda y fue tratada con un antiemético. Regresó varias veces debido a quejas múltiples. Fue referida a un profesional en el campo de la salud mental porque sufría de pesadillas, labilidad emocional, respuesta exagerada de sobresalto y elevados niveles de ansiedad. La evaluación identificó una historia reciente de ataques de pánico, miedo a morir, pesadillas y una historia familiar de disfunción y alcoholismo materno. La paciente reportó abuso de alcohol para aminorar el estrés y poder conciliar mejor el sueño. Las pruebas psicológicas sugirieron depresión, hipcondría y ansiedad. Cuando se le preguntó, ella negó haber tenido alguna

experiencia de abuso físico o sexual. Fue tratada por abuso de alcohol y se le prescribieron medicamentos para disminuir la ansiedad y la depresión. Dos años más tarde regresó y se quejó de ataques de pánico y pesadillas recurrentes. Cuando se le preguntó una vez más, reveló que, contrario a lo que había dicho antes, hacía dos años había sido violada por una pandilla y severamente golpeada. Se indicó terapia conductual intensiva con tratamiento médico conjunto. A lo largo de un año, las preocupaciones acerca de su funcionamiento cardíaco y los ataques de ansiedad disminuyeron, y su capacidad para conciliar el sueño mejoró.

3

Una mujer de 21 años con ascendencia del Medio Oriente fue asaltada por un varón de 29 años cuando salía de su auto en un estacionamiento cubierto para acudir a su trabajo como gerente y programadora de una importante compañía de computación. En ese entonces, ella vivía en los suburbios con su familia. Durante el ataque, fue golpeada en el asiento delantero de su auto y obligada a recostarse boca abajo en el asiento trasero, donde fue violada vaginalmente. El violador fue arrestado y encarcelado. Poco después, ella se casó con un hombre que era su novio desde hacía tres años y fue transferida a una sucursal de su compañía en los suburbios. Después se mudaron a otra ciudad donde ella se sentía segura trabajando. Aunque no presentaba problemas físicos permanentes, su funcionamiento disminuyó debido a secuelas psicológicas que incluían pesadillas, pensamientos intrusivos y

obsesivos y dificultad para concentrarse. Antes era una persona sociable e independiente, y ahora se apoyaba en su esposo quien debía asumir el papel de protector. Le pedía que la acompañara a casi todas partes, pero sobre todo al trabajo. Su relación sexual, antes satisfactoria, también resultó afectada. Ella abandonó la mayoría de las actividades fuera de la casa, así como sus amistades, limitando su vida al trabajo y el hogar. Los problemas psicológicos incluían negación, entumecimiento emocional, estado exagerado de alerta, baja autoestima y hostilidad. Se le diagnosticó síndrome de estrés posttraumático e inició un tratamiento para manejar los síntomas somáticos, la invalidación interpersonal, el rechazo hacia las relaciones sexuales y la dependencia respecto a su esposo.

*Información de un resumen y parafraseado de Gray Max, Chicago Tribune, 23 de Junio, edición 1995.

** Parafraseado de Kirkland K., Mason E. Víctimas de Crimen: The Internist's Role in Treatment. Southern Medical Journal. 1992;85:965-968.

Situación en América Latina*

Rasgos generales

La violencia sexual es un fenómeno muy extendido en la región de América Latina y el Caribe. A pesar de que los varones -adultos, adolescentes y menores- también son víctimas de este tipo de violencia, ésta recae principalmente en las mujeres y las niñas de todas las clases sociales. No se cuenta todavía con estadísticas globales y las que existen no son un reflejo real de la magnitud y los alcances de la situación.

En México hay una violación entre cada cinco y 15 minutos; una de cada seis mujeres salvadoreñas es violada y una de cada tres sufre abuso sexual; en Perú de 5.000 niñas embarazadas -de 12 a 16 años edad-, el 90% fue víctima de violación, en su mayoría por sus propios familiares; en Colombia, de cada 100 mujeres violadas, 29 tienen menos de 15 años; en Costa Rica se descubrió una organización dedicada a la trata de blancas que atraía a las mujeres con engaños y las enviaba a los países orientales donde eran obligadas a prostituirse; en Chile, cada 26 minutos se comete una violación y al año se cometen 20.000 delitos sexuales. De éstos, se denuncian 4.000. El 57.3% de las víctimas de violación tiene entre cinco y 15 años y en el 71.8% de los casos, el agresor es un familiar cercano o un conocido.

Es un hecho que la violencia sexual es un serio problema social y que ha habido un aumento vertiginoso de denuncias en los últimos años. Al mismo tiempo, cada vez surgen nuevos tipos de violencia sexual dirigida principalmente a las mujeres y los niños, como son el tráfico de mujeres, la pornografía infantil y el llamado turismo sexual. La diversidad étnica vuelve este problema todavía más complejo. Se ha comprobado que la situación de las mujeres indígenas y negras es a veces más dramática. Por ejemplo, el tráfico de mujeres se da más entre la población negra, mientras que Brasil y la República Dominicana se cuentan entre los países donde más niños y más niñas ingresan en el comercio sexual. La edad es cada vez más baja.

La violencia política en países como Chile, Argentina, Uruguay, Brasil, Colombia, El Salvador, Perú, Guatemala, y más recientemente México (en el estado sureño de Chiapas) ha tenido un alto costo para las mujeres. Los grupos, lo mismo militares que civiles, utilizan la violación contra las mujeres como un medio de intimidación, represalia y represión. A esto se añade la crisis económica y social que se vive en prácticamente toda la región, lo cual ha llevado a un incremento de la violencia en general y a que muchos gobiernos reduzcan su presupuesto dedicado precisamente a los programas dirigidos especialmente a la mujer.

* La sección siguiente fue escrita por IPPF/RHO y no necesariamente refleja las opiniones de la AMA.

Aunque cada vez hay más agencias especializadas, grupos de mujeres y organizaciones no gubernamentales dedicadas a este tema, éstos no son suficientes y sus recursos son limitados. En general, hay pocos programas de prevención, atención y rehabilitación para las víctimas. El personal médico está usualmente poco preparado y la atención puede tornarse burocrática y rutinaria.

Diversos estudios han demostrado que un elevado número de mujeres maltratadas carecen de recursos internos para afrontar eficazmente la agresión de sus parejas contra ellas mismas y sus hijos e hijas, porque se sienten impotentes o se consideran “sucias” o “fracasadas” como resultado de una violación o abuso sexual en la infancia. En más del 50% de las denuncias de violación hechas en agencias latinoamericanas especializadas en delitos sexuales, las víctimas son menores de edad, y en más del 25% el violador es el padre, padrastro o alguna figura paterna.

Patrones culturales

Los patrones culturales tienen un gran peso en la incidencia de la violencia sexual en la región. Un dicho muy popular en varios de estos países y el cual resulta sumamente ilustrativo es: “Las mujeres y las leyes son para violarlas”.

Muchos hombres latinoamericanos todavía consideran que las mujeres son esencialmente inferiores y que están ahí sobre todo para satisfacer las necesidades masculinas. Asimismo, crecen con la expectativa de ejercer autoridad tanto sobre las mujeres como sobre los hijos cuando los tengan. Este sentimiento de propiedad respecto a la mujer y a los hijos facilita y justifica la violencia sexual en el ámbito familiar o extrafamiliar.

Por su parte, las madres también tienen una participación importante en la socialización de sus hijos varones, al aceptar y a veces fomentar, su supremacía dentro de la familia y principalmente frente a las hermanas. Es común que traten a sus hijos varones como reyes -llamándolos incluso “mi rey”, contribuyendo así a la creencia masculina de que el hogar es su castillo.

Sin embargo, el papel del padre o quien represente la autoridad masculina es fundamental en la génesis del comportamiento agresivo, ya que él o quien lo simbolice representa el modelo prioritario de identificación. De esta forma ha podido evidenciarse que los hijos varones de hombres maltratadores tienen tres veces más de probabilidades de ejercer violencia contra sus esposas que aquellos que no tienen dicho ejemplo.

Por otra parte, además de la socialización familiar, los medios de comunicación, los grupos de pares entre muchas otras fuentes de aprendizaje social del género masculino, refuerzan una serie de creencias en torno a lo obligado,

lo permitido y lo exigido para los hombres en la sociedad latinoamericana. Por ejemplo: la utilización de la violencia para resolver conflictos; la agresión como un valor socialmente aceptado; la preferencia por compañeras más jóvenes y con menos poder; la creencia de que expresar emociones de vulnerabilidad, tristeza, ternura, miedo y llanto es signo de vulnerabilidad y finalmente, la vinculación entre sexo y emociones que contribuye a la interpretación de que el acercamiento afectivo es una invitación al sexo.

A menudo, aquellos hombres que expresan ideas menos tradicionales en cuanto a los roles masculino y femenino son cuestionados y corren el riesgo de ser tachados de homosexuales.

Es importante destacar, sin embargo, el desarrollo en diferentes países de la región, de una mayor conciencia masculina para confrontar este tipo de creencias y vinculado con ello, el nacimiento y auge de diferentes grupos de hombres enfocados al estudio y trabajo de la masculinidad.

Aspecto legal

Tradicionalmente, la doctrina y las legislaciones penales de América Latina existían con miras a proteger la moral y las buenas costumbres, y no la integridad de las personas. Muchas de las leyes de estos países todavía no reconocen como delito la violación dentro de la prostitución o del matrimonio, ni el hostigamiento sexual en ámbitos laborales o educativos. Muchas veces, la propias leyes fomentan el cuestionamiento de la moral y la conducta de la víctima cuando ella denuncia un delito sexual o bien condicionan la protección de la mujer violada (ej. si es o no virgen o si tiene “buena reputación”). En algunos países se carece de tipificación en cuanto al tráfico de mujeres, la pornografía y el turismo sexual contra los menores y en el caso del abuso sexual y el incesto, los procedimientos penales en torno a la valoración de la prueba influyen en el hecho de que este tipo de crímenes permanezcan impunes.

Aunque esto ha cambiado sobre todo en los últimos años, y actualmente existen proyectos y anteproyectos de ley que se encuentran en estudio para su futura aprobación, dichas reformas son lentas. Al mismo tiempo, hay varios obstáculos que impiden la aplicación de las leyes existentes y entre los cuales sobresalen: jueces incompetentes o con actitudes de menosprecio hacia las mujeres, los patrones culturales, el desconocimiento de las leyes, la burocracia y la corrupción.

Además de la deficiencia de las leyes y de la falta de sensibilidad y preparación de aquellas personas encargadas de aplicarlas, entre las razones para no denunciar están los sentimientos de culpa, la vergüenza, el miedo y la falta de información. Es frecuente que las mujeres se sientan juzgadas y reprobadas al acudir a presentar su queja; el trato que reciben es por lo general humillante, a

lo que se agrega la tendencia a no creerles. Asimismo, las sanciones contra los violadores son, en muchos casos, ridículas. Por otra parte, cuando se denuncia, el uso inadecuado de la información por parte de los medios de comunicación tiene efectos negativos en las víctimas.

Los grupos de mujeres y las organizaciones no gubernamentales han sido clave para ejercer presión sobre los gobiernos para que se modifiquen las leyes existentes o bien se creen otras específicas que protejan a las mujeres y a los niños en contra de la violencia doméstica y sexual. La demanda central de estos grupos es que las instituciones oficiales incluyan programas especiales sobre violencia contra las mujeres y las niñas, diseñadas y aplicadas en colaboración con los propios movimientos de mujeres y las ONGs. Las demandas incluyen la capacitación del personal público que trabaja con víctimas de violencia sexual.

Desafortunadamente, a pesar de los cambios en la ley y el trabajo de los grupos mencionados, la denuncia de violencia sexual en contra de las mujeres y las niñas está aumentando en casi todos los países del área. El silencio social y la negligencia legal son los principales cómplices de la impunidad.

Algo para reflexionar

El problema de la violencia sexual es algo que nos atañe a todos y aún queda mucho por hacer. Como se ha visto en estos lineamientos, el papel del proveedor de salud es crucial para detectar casos y para actuar en lo que se refiere a este grave problema.

Es indispensable llevar a cabo campañas de educación dirigidas a las familias y a los proveedores de salud, así como la cooperación y el trabajo conjunto entre agencias oficiales, organizaciones comunitarias, grupos de mujeres y ONGs. El hecho de que en América Latina la violencia sexual represente un grave problema y de que estén apareciendo nuevos tipos explotación sexual que afectan principalmente a las mujeres y a los niños, hace que esta tarea cobre carácter de urgente.

Algunas preguntas que sería útil hacerse son las siguientes:

- ¿Conoce la magnitud del problema de la violencia sexual en su país o en la zona en la que reside o ejerce su práctica médica?
- ¿Sabe adónde acudir para recibir información, atención, servicio o entrenamiento?
- ¿Sabe qué hacer en caso de que una víctima de violencia sexual acuda a usted en busca de ayuda?

- ¿Podría organizar algún grupo de estudio sobre el tema en su comunidad?
- En caso de ser proveedor de salud, ¿podría organizar algún tipo de entrenamiento -en su propio centro de trabajo o fuera de él- para capacitar a personas que tratan con víctimas de violencia sexual?

Al final de estos lineamientos se incluye una lista de organizaciones en diferentes países de América Latina. En general, estos grupos cuentan con material informativo y con personas capacitadas para ofrecer atención y entrenamiento. Entrar en contacto con uno de estos grupos podría ser el primer paso de una valiosa cadena de apoyo para quien esté siendo víctima de la violencia sexual.

Notas

- 1 American Academy of Pediatrics, Committee on Adolescence. Sexual assault and the adolescent. *Pediatrics*. 1994;94:761-765.
- 2 Illinois Coalition Against Sexual Assault. *Acquaintance Rape. Sexual Violence: Facts and Statistics*. Springfield, IL: Illinois Coalition Against Sexual Assault, 1994.
- 3 Elster AB, Kuznets NJ. *AMA Guidelines for Adolescent Preventive Services (GAPS): Recommendations and Rationale*. Baltimore, MD: Williams and Wilkins; 1994.
- 4 Tuite P. *Ignorance is no excuse*. Chicago, IL: Kendal Hall Publishing, 1992.
- 5 *Diagnostic and Treatment Guidelines on Mental Health Effects of Family Violence*. Chicago: American Medical Association, 1995.
- 6 Botash AS, Braen R, Gilchrist VJ: Acute care for sexual assault victims. *Patient Care*. August 15, 1994:112-137.
- 7 Young WW, Bracken AC, Goddard MA, Matherson S: Sexual assault: review of a national model protocol for forensic and medical evaluation. *Obstet Gynecol*. 1992; 80:878-883.
- 8 Sexually transmitted diseases treatment guidelines. *MMWR*. 1993;42:No. RR14.
- 9 *Brownfield v Daniel Freeman Memorial Hospital*; 1989 and *Brushwood*; 1990.
- 10 American Psychiatric Association. *The Diagnostic and Statistical Manual, 4th edition*. American Psychiatric Association, Washington, DC, 1994.
- 11 Koss MP, Koss PG, Woodruff WJ. Deleterious effects of criminal victimization on women's health and medical utilization. *Arch Intern Med*. 1991;151:342-347.
- 12 Herman JL. *Trauma and Recovery*. United States of America: Basic Books, 1992.
- 13 Groth AN, Burgess AW: Male rape: offenders and victims. *Am J Psychiatry*. 1980;137:806-810.
- 14 Gary Marx: *Chicago Tribune*, June 23, 1995 pg 1.
- 15 O'Neill JF, Shalit P. Health care of the gay male patient. *Primary Care*. 1992;19:191-201.
- 16 Schatz B, O'Hanlan K. *Anti-Gay Discrimination in Medicine: Results of a*

- National Survey of Lesbian, Gay and Bisexual Physicians*. San Francisco, Calif: American Association of Physicians for Human Rights, 1994.
- 17 Donaldson S. New statewide data show prison rape a widespread problem. *Stop Prisoner Rape*. March 19, 1995.
 - 18 Kaufman A, Divasto P, Jackson R, Voorhees D, Christy J. Male rape victims: noninstitutionalized assault. *Am J Psychiatry*. 1980;137:221-223.
 - 19 Hickson FCI, Davies PM, Hunt AJ, Weatherburn P, McManus TJ, Coxon AP. Gay men as victim of nonconsensual sex. *Arch Sex Behav*. 1994;23:281-294.
 - 20 Sarrel PM, Master WH. Sexual molestation of men by women. *Arch Sex Behav*. 1982;11:11724-31.
 - 21 Council on Scientific Affairs Report I: (A-92). Family Violence: Adolescents as Victims and Perpetrators.
 - 22 Burgess AW. Rape & Sexual Assault, in Finklor D (ed): "Sexual Abuse of Boys". New York: Garland Publishing Inc, 1985.
 - 23 MacFarlane E, Hawley P. Sexual assault: Coping with crisis. *The Canadian Nurse*. June 1993;21-25.
 - 24 Van der Kolk, BA: *Post-Traumatic Stress Disorder: Psychological and Biological Sequelae*. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc; 1984.

VIOLENCIA SEXUAL

Algunas Organizaciones No Gubernamentales con Programas y Servicios de Atención

ANTIGUA

Antigua Planned Parenthood Association (APPA)
Bishopgate Street
P.O. Box 419
St. John's, ANTIGUA, W.I.
Tel. (268) 462-0947
Fax (268) 560-2297
appa@candw.ag

ARGENTINA

Asociación Gerónimo
Apartado Postal 109 C.P. 9400
Río Gallegos
Santa Cruz, ARGENTINA
Tel. (54-966) 251-70

Casa de la Mujer
Avenida Córdoba 4773
Apartado Postal 1414
Buenos Aires, ARGENTINA
Tel. (54-1) 771-8901

Centro de Asistencia Integral a la Mujer Maltratada (CAIMM)
Lima 266
(5000) Córdoba, ARGENTINA
Tel. (54-51) 210-251

Centro de Estudios de la Mujer (CLADEM)
Avenida Santa Fe 5380-7º-E
1425 Buenos Aires, ARGENTINA
Tel/Fax (5441) 772 5837

Fundación Alicia Moreau de Justo
Corrientes 1485, 1er. Piso A
1042 Buenos Aires, ARGENTINA
Tel. (54-1) 405-077 / 401-805

INDESO Mujer
Balcarce 357
Rosario 2000, ARGENTINA
Tel/fax (5441) 42 369

Lugar de Mujer
Programa de Prevención de Violencia Doméstica Sexual
Corrientes 2621, 8o. 83 (1046)
Buenos Aires, ARGENTINA
Tel. (54-1) 496-8081

Nosotras
Monte Caseros 335
(2840) Gualaguay
EntreRíos, ARGENTINA
Tel. (54-444) 22-997 / 24-567
Fax (54-444) 24-567

BAHAMAS

Women's Crisis Centre
P.O. Box 476
Nassau, BAHAMAS
Tel. (809) 328-0922

BARBADOS

Barbados Family Planning Association (BFPA)
Bay Street
Bridgetown, BARBADOS, W.I.
Tel. (246) 426-2027 / (246) 426-0271
Fax (246) 427-6611
bfpa@mail.sunbeach.net

BELICE

Belize Family Life Association (BFLA)
Old Hospital Building
Eve Street
P.O. Box 529
Belize City, BELIZE, C.A.
Tel. (501-2) 44-399 / 31-018
Fax (501-2) 32-667
bfla@btl.net

BRASIL

Casa de Cultura da Mulher Negra (GELEDES)
Rua Prof. Primo Ferreira 22
Santos, São Paulo
CEP 11045-150, BRASIL
Tel. (013) 221-2650
Fax (013) 323-9976

Centro da Mulher 8 de Março
Av. Almirante Barroso 405
Centro João Pessoa, Paraíba
CEP 58013-120, BRASIL

Centro Feminista de Estudos e Assessoria (CFEMEA)
SCN Ed. Venâncio 3000
Bloco A Sala 602
Brasília, DF
CEP 70718-900, BRASIL
Tel. (061) 328-1664
Fax (061) 328-2336
cfemea@cfemea.org.br
www.cfemea.org.br

União de Mulheres do Município de São Paulo
Rua Coração da Europa 1395
São Paulo, São Paulo
CEP 01314, BRASIL
Tel. (011) 36 2367 / 549 2032

Coletivo Mulher Vida
Rua São Miguel 84
Bairro Novo
Olinda, Pernambuco
CEP 53120, BRASIL
Telefax: (081) 439 1848

Conselho Estadual da Condição Feminina
Avenida Paulista 1776, 17 andar
São Paulo, São Paulo
CEP 01310, BRASIL
Tel. (011) 289 4942
Fax (011) 287 2136

Conselho Estadual dos Direitos da Mulher
Avenida Atlântica 360/301
Leme
Rio de Janeiro, RJ
BRASIL
Tel. (021) 295 2436

CEPIA
Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação e Ação
Rua do Russel, 694 / 2 andar
Rio de Janeiro, RJ
CEP 22210-010, BRASIL
Tel. (021) 558-6115
cepia@ax.apc.org
www.cepia.org.br

GEMPAC
Rua São Pedro
Jardim Liberdade
Quadra 5, Casa 5
Bairro Benjow
Belém do Pará, BRASIL
Tel. (091) 224 4472

SOS/ Ação Mulher (UNICAMP)
Avenida Orozinho Maia 595
Campinas, São Paulo
BRASIL
Tel. (0192) 31 0037

Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM)
Av. República do Chile, 230 – 17 andar
Centro – Rio de Janeiro – RJ
CEP 20031-170, BRASIL
Tel. (021) 210-2448
Fax (021) 220-4057
info@bemfam.org.br
www.bemfam.org.br

CHILE*Asociación Chilena de Protección de la Familia (APROFA)*

Los Conquistadores 2159
Providencia
Casilla 16504, Correo 9
Santiago, CHILE
Tel. (56-2) 334-8249 / 234-3931
Fax (56-2) 334-8235
aprofa@aprofa.cl

Asociación Pro-Derechos de la Mujer Angela Lima (APRODEM)

Pasaje de la República s/n interior, 4°
Santiago de Chile, CHILE
Tel. (56-2) 681-6974

Centro de Asistencia a Víctimas de Atentados Sexuales (CAVAS)

Román Díaz 817 – Providencia
Santiago de Chile, CHILE
Tel. (56-2) 204-8886
Fax (56-2) 235-1229

Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM)

Reina Victoria 6581-D
Santiago de Chile, CHILE
Tel. (562) 277 1651
Fax. (562) 696 6569
<http://www.derechos.org/cladem>

ISIS Internacional

Esmeralda 636-2° Piso
Casilla 2067, Correo Central
Santiago de Chile, CHILE

Oficina de la Mujer

Franklin 1330
Pasaje Juan Villagrán Zao
Santiago de Chile, CHILE
Tel. (562) 551 6669
Fax. (562) 395 072

Red Feminista Latinoamericana y del Caribe contra la Violencia Doméstica y Sexual

Sede de Información y Comunicación
Casilla 2067, Correo Central
Santiago de Chile, CHILE
Tel. (562) 633 4582
Fax (562) 638 3142
Isis@ax.apc.org

COLOMBIA*Asociación Pro-Bienestar de la Familia Colombiana (PROFAMILIA)*

Calle 34 #14-52
Santafé de Bogotá, COLOMBIA
Tel. (57-1) 338-3160 / 339-0900
Fax (57-1) 287-5530 / 338-3159
DireccionEjecutiva@profamilia.org.co
RelacionesPublicas@profamilia.org.co

Casa de la Mujer

Carrera 21 N° 51-22
Apartado Aéreo 36151
Santafé de Bogotá, COLOMBIA
Tel. (572) 235 3986
casmujer@colnodo.apc.org

Organización Femenina Popular

Carrera 22 No. 12-A-36 del Barrio
Torcoroma
Barrancabermeja, COLOMBIA

Programa APC de Apoyo a las Redes de Mujeres

Av. 39 #14-75
Santafé de Bogotá, COLOMBIA
Tel. (571) 3381277

Red Nacional de Mujeres

Calle 34 #14-52
Santafé de Bogotá, COLOMBIA
genero@profamilia.org.co

COSTA RICA*Alianza de Mujeres*

Apdo. Postal 6851-1000
San José, COSTA RICA
Tel/fax (506) 233 5769 / 233 0151
amccpalm@sol.racsa.co.cr

Asociación Herediana para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar (APREVID)

San José, COSTA RICA
Tel. (506) 260 8654
Fax (506) 260 8991

Asociación Triángulo Rosa

Avenida 2 y 4 Calle 13, Edificio 217
Apartado Postal 1619-4050 Alajuela
San José, COSTA RICA
Tel. (506) 258 0214
Fax (506) 223 3964
atriosa@sol.racsa.co.cr

Centro Feminista de Información y Acción (CEFEMINA)

Apartado 5355-1000
San José, COSTA RICA
Tel/fax. (506) 224-3986
cefemina@sol.racsa.co.cr
Sitio Web: <http://www.cefemina.or.cr>

Centro de Orientación Familiar (COF)

Calle 24, Avenida 3ra y 5ta, Casa #389,
San José, COSTA RICA
Tel. (506) 221 4776 / 221 1548
Fax (506) 258 0337
carsol@sol.racsa.co.cr

Colectivo Feminista Pancha Carrasco

Apartado Postal 7-3200
San José, COSTA RICA
Tel/fax. (506) 283 9793
Fax (506) 283 6018
panchas@sol.racsa.co.cr

Comisión de los Derechos Humanos en Centroamérica (CODEHUCA)

San José, COSTA RICA
Tel. (506) 224 5970
Fax. (506) 234 2935
codehuca@codehuca.or.cr

Fundación PROCAL (Promoción, Capacitación y Acción Alternativa)

Apartado 14- 2300
San José, COSTA RICA
Tel. (506) 253 0875
Fax (506) 272 0190 / 283 5950

Instituto Latinoamericano de Prevención y Educación en Salud (ILPES)

75 mts. Sur de la MUCAP
Barrio Los Yoses
San José, COSTA RICA
Tel. (506) 280 5525 / 280 4832
Fax. (506) 253 7625
Glilpes@hotmail.com
Abm@racsa.sol.co.cr

Instituto Monteverde

Santa Elena, Puntarenas
Apartado Postal 69-5655
San José, COSTA RICA
Tel/fax. (506) 645 5053
mvipac@sol.racsa.co.cr

Mujeres Unidas en Salud y Desarrollo (MUSADE)

500 mts. Norte Hospital de San Ramón,
Alajuela
San José, COSTA RICA
Tel/fax (506) 445 4885

Red de Mujeres en Acción

Hatillo Centro de la Unidad Sanitaria 100
mts. Este, 75 Norte, Urbanización Reina de
los Angeles,
San José, COSTA RICA
Tel/fax (506) 227 3407

DOMINICA*Dominica Planned Parenthood Association (DPPA)*

64 King George V Street
P.O. Box 247
Roseau
COMMONWEALTH OF DOMINICA
Tel. (767) 448-4043
Fax (767) 448-0991
dppa@tod.dm

ECUADOR

Asociación Pro-Bienestar de la Familia Ecuatoriana (APROFE)
Letamendi 604 y Noguchi
Apartado Postal 5954
Guayaquil, ECUADOR
Tel. (593-4) 402-991 / 400-888
Fax (593-4) 419-667
duarte@aprofe.org.ec

Centro Ecuatoriano para la Promoción y Acción de la Mujer
Casa de Refugio
Casilla Postal 17-15-131-C
Quito, ECUADOR
Tel. (5932) 32 0039

Centro de Estudios e Investigación sobre el Maltrato a la Mujer Ecuatoriana (CEIM-ME)
Av. Colón 1815/3er. Piso y Av. 10 de Agosto
Apartado Postal 17-16-106
Quite, ECUADOR
Tel. (593-2) 525-642
Fax (593-2) 525-642

Mujeres del Ático
Cdla. Entre Ríos: Río Babahoyo y Sexta,
Casilla Postal 455
Guayaquil, ECUADOR
Tel/fax (5934) 28 9241 / 28 4210

EL SALVADOR

Asociación Autodeterminación y Desarrollo Mujeres Salvadoreñas (AMA)
Colonia Centroamericana,
Calle Guatemala, Pasaje 9, 110
San Salvador, EL SALVADOR
Tel/fax (503) 225 2452

ASAPROSAR
Km. 62 Media Car. Panamericana
Santa Ana, EL SALVADOR
Tel. (503) 441 0646
Fax. (503) 447 7216

Asociación de Comunidades Rurales para el Desarrollo de El Salvador (CRIPDES)
Final 23 Calle Poniente 1523, San Salvador
Tel. (503) 226 3717 / 235 4005
Fax (503) 226 3560

Asociación de Mujeres Salvadoreñas (ADEMUSA)
Pasaje1, 1722, Colonia Layco entre 5ta y 7ma
Avenida Norte. Frente a la Iglesia Luz del Mundo
San Salvador, EL SALVADOR
Tel/fax. (503) 226 1479

Comité 25 de Noviembre Red de Mujeres contra la Violencia
Gabriela Mistral 224
San Salvador, EL SALVADOR
Tel. (503) 226 0356 / 225 4457
Fax (503) 226 1879

Comité de Defensa de la Mujer
Av. 15 de Setiembre #40, Barrio Concepción
Suchitoto, Cuscatlán
San Salvador, EL SALVADOR
Tel/fax (503) 335 1199

Coordinadora Nacional de la Mujer Salvadoreña (CONAMUS)
Bulevar de los Héroes y Avenida Las Palmeras 130, Urbanización Florida
Apartado Postal 3262CG
San Salvador, EL SALVADOR
Tel. (503) 226-2080
Fax (503) 274-7610

Instituto de Estudios Jurídicos de El Salvador.
Programa de la Mujer (IEJES)
Urbanización y Pje. Italia,
#3, Calle San Antonio Abad
San Salvador, EL SALVADOR
Tel/fax (503) 225 4016

Instituto de Estudios de la Mujer (CEMUJER)
Colonia Médica Boulevard Héctor Silva #144
San Salvador, EL SALVADOR
Apartado Postal 31159
San Salvador, EL SALVADOR
Tel. (503) 225 5810
Fax. (503) 22 5812
cemujer@netcomsa.com

Instituto de Investigación, Capacitación y Desarrollo de la Mujer (IMU)
27 Ave. N. 1411
Apartado Postal 2638CG
San Salvador, EL SALVADOR
Tel. (503) 226 0543
Fax (503) 226 3080
imu@es.com.sv

Mujeres por la Dignidad y la Vida (LAS DIGNAS)
Calle Gabriela Mistral 224
San Salvador, EL SALVADOR
Tel (503) 225 4457 / 226 0359
Fax (503) 223 1879
dignas@vianet.com.sv

GRENADA

Grenada Planned Parenthood Association (GPPA)
P.O. Box 127
Deponthieu Street
St. George's, GRENADA, W.I.
Tel. (473) 440-2636 / 440-3341
Fax (473) 440-8071
gppa@caribsurf.com

GUATEMALA

Asociación de Mujeres Vamos Adelante
8va Calle 3 -18, Zona 1
Segundo Nivel, Oficina C
Guatemala, GUATEMALA
Tel. (502) 232 4215 / 251 0293
Fax (502) 251 0293
amva@quetzal.net

Asociación Nuevos Horizontes
3ra Calle 6-51 Zona 2, Quetzaltenango,
Guatemala, GUATEMALA
Tel. (502) 761 6140 / 761 0428
Fax (502) 761 4328

Asociación para el Desarrollo de la Mujer y la Familia (DI MUJER)
11 Ave, "A" 12-10, Zona 2
01002, Guatemala, GUATEMALA
Tel. (502) 2 530217

Asociación Pro-Bienestar de la Familia Guatemalteca
9ª Calle 0-57, Zona 1
Apartado Postal 1004-01001
Ciudad de Guatemala, GUATEMALA
Tel. (502) 230 5488
Fax. (502) 251 4017
apofam@guate.net

Centro de Acción en Derechos Humanos. Área de Derechos de la Mujer
Guatemala, GUATEMALA
Tel. (502) 221 1268 / 221 1286
Fax (502) 251 8163
caldh@guate.net

COMFUITAG
Zona 1, 6ªv 154i, Ofic. 6 Nivel
Ciudad de Guatemala, GUATEMALA
Tel/fax. (502) 38075

COPRUDIMU
26 Calle 3-42, Zona 3
Ciudad de Guatemala, GUATEMALA 01003
Tel/fax (502) 230 2988

Grupo Guatemalteco de Mujeres
Av. del Cementerio 15-81, Zona 3
Ciudad de Guatemala, GUATEMALA
Tel/fax. (502) 284 817 / 238 0088
ggm@nicarao.apc.org

GUYANA

Guyana Responsible Parenthood Association (GRPA)
70, Quamina Street
South Cummingsburg
Georgetown, GUYANA, S.A.
Tel. (592-2) 575-83 / 532-86 / 532-78
Fax (592-2) 521-44
grpafpa@sdpn.org.gy

HAITI

Grupo Iniciativa por un Tribunal contra la Violencia hacia la Mujer Haitiana
11 rue Armand Holly (Turgeau)
Port au Prince, HAITI
Tel.(509) 455174

HONDURAS

Acciones para el Desarrollo Poblacional
Tegucigalpa, HONDURAS
Tel. (504) 2 22 4682
Fax (504) 2 22 4682

Asociación Calidad de Vida
Colonia Miraflores
Apartado Postal U8880
Tegucigalpa, HONDURAS
Tel. (504) 230 6236 / 230 6894

Casa de la Mujer
Col. Palmira, Primera Calle 642
Apartado 3545
Tegucigalpa, HONDURAS
Tel. (504) 2 39 6101
Fax. (504) 2 32 6301

Casa Refugio de la Mujer
A.D.P. Apto 2686
Tegucigalpa, HONDURAS
Tel/fax (504) 222 4682

*Centro Cultural de Mujeres
“Visitación Padilla”*
Apdo. Postal 1796 Tegucigalpa
Tegucigalpa, HONDURAS
Tel/fax (504) 2 39 3714

Centro de Derechos de Mujeres (CDM)
Colonia Palmira
Paseo República del Perú, Casa 327
Apartado Postal 4562
Tegucigalpa, HONDURAS
Tel/fax (504) 2 39 0747 / 39 2005
regina%cdm@sdpn.org.hn

Centro de Estudios de la Mujer (CEM-H)
Apartado Postal 3543
Tegucigalpa, HONDURAS
Tel. (504) 2 32 6153
Fax (504) 2 32 6301
cemh@david.intertel.hn

Colectivo de Salud Casa Chamana
Apartado 3246
San Pedro Sula, HONDURAS
Tel/fax (504) 2 56 1984
e.m.chamana@nicarao.apc.org

*Comisión Cristiana de Desarrollo
Atención personas agredidas*
Tegucigalpa, HONDURAS
Tel. (504) 2 32 8223

*Comisionado Nacional para la Protección
de los Derechos Humanos en Honduras
Atención en Violencia Intrafamiliar*
Tegucigalpa, HONDURAS
Tel. (504) 2 21 0516
Fax (504) 2 21 0536

*Comité para la Defensa de los Derechos
Humanos en Honduras*
Tegucigalpa, HONDURAS
Tel. (504) 2 37 7825
Fax (504) 2 37 5368

*Dimensiones,
Empresa Consultora S. de R.L.
Atención en Violencia Intrafamiliar*
Tegucigalpa, HONDURAS
Tel. (504) 2 32 6430
Fax (504) 2 32 6430

Red contra la Violencia hacia la Mujer
Apartado 2686
Tegucigalpa, HONDURAS
Tel/fax (506) 22 4682

Solidarias, Mujeres para el Desarrollo
Barrio La Plazuela #1239
Apartado Postal 2348
Tegucigalpa, HONDURAS
Tel/fax (504) 238 0181 / 38 8570

JAMAICA

*Jamaica Family Planning Association
(JFPA)*
14 King Street
P.O. Box 92
St. Ann's Bay
St. Ann, JAMAICA, W.I.
Tel. (876) 972-2515 / 972-0260
Fax (876) 972-2224
famplan@cwjamaica.com

MEXICO

*Centro de Atención al Maltrato
Intrafamiliar y Sexual (CAMIS)*
Morelos Oriente 1300- Planta Baja
Toluca, México 50090, MEXICO
Tels. (5272) 15 0388 / 14 8344

*Centro de Atención a la Violencia
Intrafamiliar (CAVI) – PGJDF*
Dr. Carmona y Valle 54- 1er piso
México, DF, MEXICO
Tels. (525) 2006240/6250/6251

*Centro de Apoyo a la Mujer
“Griselda Álvarez”, A.C.*
Álvaro Obregón 232
28000 Colima, Col. México
Tel/fax (5233) 129 599

*Centros Integrales de Apoyo
a la Mujer (CIAM)*
México, D.F., MEXICO
Tels. (525) 319 9873 / 781 0242
633 9999 / 513 5985 / 764 2367

*Centro de Investigación y Capacitación
de la Mujer (CICAM)*
Santa María de la Ribera 107-3
Col. Santa María de la Ribera
06400 México, DF, MEXICO
Tel. (525) 547 4376
Fax. (525) 541 6799

CIDHAL
Calle Flores 11
Colonia Acapantzingo
Cuernavaca, Mor. MÉXICO 62001
Tels. (5273) 18 2058 / 12 1224

*Colectivo de Encuentro entre Mujeres
(COLEM)*
Calle Rivera N° 5, Bo. Tlaxcala
S. Cristóbal de las Casa, Chiapas
C.P. 29210, MEXICO
Apartado 288
Tel/fax (52967) 843304

Colectivo Feminista (COATLICUE)
Obregón 232
C.P. 28090
Colima, Col.
MEXICO

*Colectivo de Hombres por Relaciones
Igualitarias A.C. (CORIAC)*
Xola 1107 a una calle del Metro Etiopía,
entre Pitágoras y Pestalozzi, Colonia
Narvarte
Mexico, D.F. 03020, MEXICO
Tel. (52-5) 639-5707 / 639-5386
Fax (52-5) 383-4007

*Colectivo de Lucha Contra la Violencia,
A.C. (COVAC)*
Mitla 145, Colonia Navarte
México, DF 03020, MEXICO
Tel. (525) 519 3145
Fax (525) 538 9801

*Fundación Mexicana para la Planeación
Familiar (MEXFAM)*
Juárez #208
Tlalpan 14000 D.F., MÉXICO
Tel. (525) 573-7100 / 573-7348 / 573-7070
Fax (525) 573-2318 / 655-1265
mexfinfo@mexfam.org.mx
director@mexfam.org.mx

Grupo Alaíde Foppa, A.C.
Río Sta. María 3651
Fraccionamiento Bugambilia
21395 Mexicali, B.C. México
tel. (5265) 61 1391 / 51 0216
Fax (5265) 61 1391

Programa de Atención Integral a Víctimas y Sobrevivientes de Agresión Sexual (PAIV-SAS)

Av. Universidad, 3004, Edif. A. cubículo anexo al salón 10, Facultad de Psicología, Ciudad Universitaria
México, D.F., MEXICO
Tel. (52-5) 622-2254

SIPAM

Vista Hermosa 89
Colonia Portales
03300 México, DF, MEXICO
Tels. (525) 532 5763 / 672 727
Fax (525) 539 8703
maru@laneta.apc.org

NICARAGUA

Asociación para el Apoyo de la Nueva Familia Nicaragüense – ANFA IXCHEN

Km. 5 carretera a Masaya, del Portón principal del Colegio Teresiano 30 varas Este
Casa 126M/I
Managua, NICARAGUA
Tel/fax (505) 67 0168

Asociación de Mujeres contra la Violencia (OYANKA)

Jalapa, Madriz
Managua, NICARAGUA
Tel. (505) 737 2231

Asociación de Mujeres Nicaragüenses “Luisa Amanda Espinoza” (AMNLAE)

Apartado Postal A-238
Managua, NICARAGUA
Tel. (505) 27 1661 / 27 5931
Fax (505) 27 8654

Asociación Nicaragüense Pro Defensa de la Mujer (ASONICMU)

De la Recacha 1 abajo y 25 varas al Lago
Managua, NICARAGUA
Apartado Postal C-124
Tel. (505) 266 1069

Asociación Pro-Bienestar de la Familia Nicaragüense – PROFAMILIA

Km 5 1/2 Carretera a Masaya
Apartado Postal 4220
Managua, NICARAGUA
Tel. (505) 27 5027 / 27 0918
Fax (505) 27 0802

Asistencial “ACCION YA”

Del Mercado Municipal 2 calles y media al Este, Estelí, NICARAGUA
Tel/fax (505) 713 2698 / 713 2240

Centro de Asesorías y Servicios “Mujer y Familia”

Entrada Principal reparto San Juan, casa #598
Managua, NICARAGUA
Tel. (505) 277 5088 / 270 6075
Fax (505) 270 6075

Centro de Educación para la Paz y la Justicia (CEDUPAZ)

Enitel Las Palmas 2 calles Abajo
Apartado Postal 395
Managua, NICARAGUA
Tel. (505) 268 4870
Fax (505) 271 1199

Centro de la Investigación y Acción de la Mujer Latinoamericana (CIAM-LA)

Bloques de Alatomira, del Cine Altamira 4 c. al Lago
Apartado Postal 4928
Managua, NICARAGUA
Tel. (505) 27 2838
Fax (505) 266 4322

Centro Médico de la Mujer Obrera

Edificio Armando Guido, 1 cuadra arriba y 1/2 al Lago
Managua, NICARAGUA
Tel. (505) 49 6903

Centro de Mujeres de Masaya

Calle El Calvario
del Colegio Bautista 2 1/2 C arriba Masaya
Managua, NICARAGUA
Tel/fax (505) 522 2809

Clínica Mil Flores (ATC)
Contiguo a la ATC de Matagalpa
Managua, NICARAGUA
Tel. (505) 312 2137

Colectivo de Mujeres de Matagalpa
Del Banco Mercantil, 2 1/2 calles Este
Apartado Postal 184 Matagalpa
Managua, NICARAGUA
Tel. (505) 612 2458
Fax (505) 612 2458

Fundación Mejía Godoy
Centro Cultural Mangua,
Ruinas del Gran Hotel
Managua, NICARAGUA
Tel/fax (505) 222 6055
fmejia@ibw.com.ni

Fundación entre Volcanes
Frente a Emtel, Moyogalpa,
Isla de Ometepe
Managua, NICARAGUA
Tel. (505) 459 4118

Red de Mujeres en León
León, NICARAGUA
Tel (505) 311 6728

Red de Mujeres contra la Violencia
Apartado Postal 5965
Managua, NICARAGUA
Tel. (505) 268 3141
laredm@ibw.com.ni

Sí Mujer- Managua
Managua, NICARAGUA
Tel/fax (5052)
simujer@nstm.com.ni

PANAMA

Centro de Apoyo a la Mujer Maltratada
Apartado 8700888
Panamá 7, PANAMA
Tel/fax (507) 267 0770 / 267 7757

Centro para el Desarrollo de la Mujer (CEDEM)

Avenida México y calle 23 Este Altos
Apartado Postal 6339
Panamá 5, PANAMA
Tel. (507) 228 4052
Fax (507) 228 4277

Centro de Desarrollo Integral del Niño, la Mujer y la Familia (CEDINMF)

Apartado Postal 5809, Zona 3
Ciudad de Panamá, PANAMA
Tel/fax (507) 236 1934 / 220 1214

Centro de Estudios y Capacitación Familiar (CEFA)

Las Sabanas #23, Vía España
Apartado Postal 6-4155 El Dorado
Ciudad de Panamá, PANAMA
Tel. (507) 223 5220
Fax (507) 223 3693

Centro de la Mujer Panameña (CEMP)

Apartado Postal 7433 Zona 5
Ciudad de Panamá, PANAMA
Tel. (507) 235 1350 / 235 1027
Fax (507) (507) 235 1350 / 270 0145

Centro Postal de Mujeres contra el Maltrato (CEPAM)

Apartado 10212, Zona 4
Ciudad de Panamá, PANAMA
Tel (507) 262 3777 / 262 6403
Fax (507) 262 3648

CLADEM – Panamá

Apartado Postal 9665, Zona 9
Ciudad de Panamá, PANAMA
Tel/fax (507) 223 3693 / 223 5220

Colectivo Nueva Identidad

San Miguelito Villa Guadalupe
Apartado Postal 2817, Zona 3
Ciudad de Panamá, PANAMA
Tel/fax (507) 267 6338

Comisión Nacional contra el Maltrato y la Violencia Familiar

Apartado Postal 2817, Zona 3
Ciudad de Panamá, PANAMA

Fundación Pro-familia
Apartado Postal 2812, Zona 7
Panamá, PANAMA
Tel. (507) 23 8481 / 23 8482
Fax (507) 27 4640

Fundación para la Promoción de la Mujer (FUNDAMUJER)
Apartado Postal 8926, Zona 5
Ciudad de Panamá, PANAMA
Tel. (507) 262 1066 / 262 1800
Fax (507) 262 1855
Fmujer@Pananet.com

Mujer, Salud y Desarrollo
Universidad de Panamá
Apartado 6-6345
El Dorado
Ciudad de Panamá, PANAMA
Tel./fax (507) 264 9087 / 223 0731

Red Contra la Violencia hacia la Mujer y la Familia
Apartado 6-6188
El Dorado, PANAMA
Tel. (507) 223 3693 / 277 4949
296 1936 / 251 3867 / 235 99492
Fax (507) 224 2408 / 223 1209

Unión Nacional de Mujeres Panameñas (UNAMUP)
Apartado Postal 2817
Panamá 3, PANAMA
Tel. (507) 262 2843

PARAGUAY

Centro de Estudios Humanitarios
Coordinadora de Mujeres de Paraguay
Azara 3267 c/Kubitschek
Asunción, Paraguay
Tel/fax (595 21) 20 3618

PERÚ

Asociación Casa de la Mujer
José Balta, Miaramar Bajo
Apartado Postal 216
Chimbote, PERÚ
Tel. (51-22) 324-852
Fax (51-44) 336-002
cmujer@chanchan.rcp.net.pe

Casa Refugio para Mujeres Maltratadas Física y Psicológica
Mz. L15 Lote 26
Mariscal Cáceres. Av. Central
San Juan de Lurigancho
Lima, PERÚ
Tel. (51-1) 392-2161

Centro de Emergencia Mujer (PROMUDEH)
Jr. Camaná 616
Lima, PERÚ
Tel. (51-1) 428-5656

Comité de Defensa de los Derechos de la Mujer Victoriana
Av. Inca Roca #533
La Victoria Chiclayo, Perú
grmujer@mail.cosapidata.com.pe

Estudio para la Defensa de los Derechos de la Mujer (DEMUS)
Asesoría Legal a Víctimas de Violencia
Lima, PERÚ
Tel. (51-1) 4637327
demus@amauta.rcp.net.pe

Grupo Mujer Chiclayo
Sarmiento de Gamboa # 275
Chiclayo, PERÚ
grmujer@mail.cosapidata.com.pe

Instituto Peruano de Paternidad Responsable (INPPARES)
Gregorio Escobedo 115 Jesus María
Proyecto VBG: Sanchez Cerro 2110
Jesus María
Lima 1, PERÚ
gdelgado@inppares.org.pe

Movimiento Manuela Ramos
Avenida Bolivia 921
Lima 5, PERÚ
Tel. (5114) 237250
Fax (5114) 234031
postmast@manuela.org.pe

Red Nacional de Promoción de la Mujer
Domingo Ponte 1035 Magdalena
Lima 17, PERÚ
mpm@goalsnet.com.pe

Red para la Infancia y la Familia/Perú
Av. Benavides 3583 oficina 302,
Santiago de Surco
Lima 13, PERÚ
red-pasmi@chavin.rcp.net.pe

PUERTO RICO

Coordinadora Paz para la Mujer
Apartado 23136
Estación Universidad de Puerto Rico
Río Piedras, PUERTO RICO 00931-3136
Tel. (787) 764-9639 / 767-6843
pazparalamujer@yunque.net

REPÚBLICA DOMINICANA

Asociación Dominicana
Pro-Bienestar de la Familia
Socorro Sánchez 160, Zona 1
Apartado Postal 1053
Santo Domingo, REP. DOMINICANA
Tel. (809) 689 0141 Ext. 278
Fax (809) 686 8276
Profamilia@codetel.net.do

Centro de Salud Sexual y Reproductiva
Dra. Evangelina Rodríguez / PROFAMILIA
Nicolás de Ovando, Esq. Josefa Brea, Ens.
Luperón
Santo Domingo, REP. DOMINICANA
(809) 681-8896

Centro de Salud Sexual y Reproductiva
Dra. Rosa Cisneros / PROFAMILIA
Calle Restauración No. 161
Santiago, REP. DOMINICANA
582-7033

Centro de Atención a Mujeres Maltratadas de la Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social (CAMM)
Instituto de Patología Forense
Santo Domingo, REP. DOMINICANA
(809) 221-3619

Centro de Apoyo Aquelarre (CEAPA)
C/ San José, Edif. 16, Apto. B-94,
Habitacional Herrera
Santo Domingo, REP. DOMINICANA
(809) 237-7478

Centro de Servicios Legales para la Mujer (CENSEL)
Enrique Henríquez No. 59, Gazcue
Santo Domingo, REP. DOMINICANA
(809) 687-0098

Colectiva Mujer y Salud
C/ José García No. 501, esq. Cambronal,
Ciudad Nueva, REPUBLICA DOMINICANA
(809) 682-3128

Hospital Local Los Alcarrizos II / Programa Regional Piloto de Atención a la Violencia Intrafamiliar / Oficina de Planificación
Hospital Local Los Alcarrizos II, Calle Gabiota, Los Alcarrizos
REPUBLICA DOMINICANA
(809) 548-1947

Núcleo de Apoyo a la Mujer de Santiago
General Cabrera No. 50
Santiago, REP. DOMINICANA
581-8301 / 971-7909

ST. LUCIA

St. Lucia Planned Parenthood Association (SLPPA)
83 Chaussee Road
Castries, ST. LUCIA, W.I.
Tel. (758) 453-7284 / 452-4335 / 453-7933
Fax (758) 453-7284
parenthood@candw.lc

TRINIDAD & TOBAGO

Family Planning Association of Trinidad and Tobago (FPATT)
79 Oxford Street
Port-of-Spain, TRINIDAD, W.I.
Tel. (868) 625-6533 / 623-4764
Fax (868) 625-2256
fpattrep@wow.net

URUGUAY

Asociación Uruguaya de Planificación Familiar (AUPF)
Avenida Francisco Soca 1539
Casilla de Correo No. 10.634, Sucursal 60
Montevideo, URUGUAY
Tel. (598-2) 707-7479 / 707-7480
Fax (598-2) 707-7482
aupfiec@netgate.comintur.com.uy

Católicas por el Derecho a Decidir en Latinoamérica
C.C. Central 1326
Montevideo, Uruguay
Tel/fax (598-2) 48-5005

Instituto Mujer y Sociedad
Blanes 1231
Montevideo, URUGUAY Mujer Ahora
Rivera 2160, Depto. 2
Montevideo, URUGUAY
Tel. (598 2) 40 0895
Fax (598 2) 48 5005

VENEZUELA

Asociación Civil de Planificación Familiar (PLAFAM)
Apartado Postal 69592
Las Mercedes 1063-A
Caracas, VENEZUELA
(582) 693-9358

Asociación de Mujeres por el Bienestar y Ayuda Recíproca (AMBAR)
Apartado Posta 3806
Caracas 1010, VENEZUELA

Asociación Venezolana para la Educación Sexual Alternativa (AVESA)
Av. Anauco. Cruce con calle Roraima -
Quinta AVESA
San Bernardino
Caracas, VENEZUELA
Tel. (582) 518081 / 510212
avesa@telcel.net.ve

Centro de Estudios de la Mujer (CEM)
Centro Comercial Los Chaguaramos –
piso 10
Caracas, VENEZUELA
Tel. (582) 693-3286

Centro de Investigación Social, Formación y Estudios de la Mujer (CISFEM)
Av. Universidad, Chorro a Coliseo. Edif.
Zulia piso 9 Apt. 1-2
Caracas, VENEZUELA
Tel. (582) 542-2554

The Coalition Against Trafficking in Women
Urb. Montalbán Residencial Uslar
E-2 piso 1, Apto. 12
Final Calle 12 con 2da Avenida
Caracas 1021, VENEZUELA

American Medical Association

Physicians dedicated to the health of America



515 North State Street
Chicago, Illinois 60610