

Indice

INTRODUCCIÓN	2
---------------------	---

PARTE I. MARCO CONCEPTUAL

DIMENSIONES POLÍTICO CULTURALES DE LA VIOLENCIA SEXUAL. Silvia Chejter y Beatriz Ruffa, CECYM	9
VIOLACIONES. CUIDADOS MÉDICOS. María Laura Díaz y Graciela Scagliotti	24
LO SINIESTRO DE LA CULTURA. TRABAJANDO CON VIOLENCIA SEXUAL. Irene Fridman	36

PARTE II. RELATOS DE EXPERIENCIAS

CRÓNICA DE LA CONFORMACIÓN DEL EQUIPO DE ATENCIÓN A LAS VÍCTIMAS DE VIOLACIONES. HOSPITAL PIROVANO. Graciela Scagliotti	44
ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLACIÓN: HOSPITAL ÁLVAREZ. Susana Larcamón	48

PARTE III

PROTOCOLO DE ACCIÓN ANTE VÍCTIMAS DE VIOLACIÓN. RESOLUCIÓN N° 2.557	54
--	----

INTRODUCCIÓN

Centro de Encuentros Cultura y Mujer

Los artículos que componen esta publicación dan cuenta del Proyecto *“Evaluación de un modelo de atención a víctimas de violaciones en un hospital público”*, realizado entre noviembre de 2004 a octubre de 2005, en el Hospital General de Agudos Ignacio Pirovano de la ciudad de Buenos Aires.

Las políticas públicas que se comenzaron a implementar a partir de 2002 constituyen una respuesta necesaria y sumamente importante a esta problemática. Este proyecto se realizó en el marco de las políticas públicas del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, que dictó la siguiente normativa:

- Resolución N° 334 (noviembre de 2002): Resolución conjunta de la Secretaría de Desarrollo Social del GCBA y de la Secretaría de Salud, por la cual se creó el Programa para la Prevención y Atención de Mujeres Víctimas de Delitos contra la integridad sexual.¹

- Resolución N° 983, que define un PROTOCOLO DE ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLACIONES.²

- Ambas fueron unificadas en la Resolución N° 2557 de diciembre de 2003. (Ver anexo)

La puesta en marcha del proyecto en el Hospital Pirovano tuvo el apoyo institucional del **Centro de Coordinación de grupos de trabajo para la atención de mujeres víctimas de violencia sexual en los hospitales públicos**, a cargo de la Dra. Diana Galimberti.

El mismo se propuso sistematizar un modelo de atención de las violaciones en el ámbito de salud y elaborar propuestas que puedan ser útiles, tanto en otros hospitales de la ciudad, como en los de otras áreas geográficas.

Hasta no hace mucho tiempo no existían equipos especializados ni un protocolo de atención específico, de modo que no se garantizaba la aplicación de los cuidados preventivos ni la contención psicológica. Además, la falta de registros no permitía tener un conocimiento preciso del tipo de demanda que la problemática genera en el

sistema de salud.

Las estadísticas de denuncias permiten tener una aproximación a la magnitud de las violaciones y de otros delitos contra la integridad sexual; cifras que, si bien son suficientemente elocuentes, sólo dan cuenta de una parte de la realidad de las violaciones, ya que una inmensa mayoría de las mujeres no hace la denuncia y, por lo tanto, las víctimas, que potencialmente podrían acudir al sistema público de salud, son muchas más de las que las estadísticas pueden reflejar.

Sólo a título ilustrativo, cabe señalar que si se toma el total país, el número de denuncias de delitos contra la integridad sexual fue de 10746 en el 2004. En la ciudad de Buenos Aires, solamente se registraron 826 denuncias en ese mismo año, de las cuales un 30% corresponden a violaciones. Más del 95% de las víctimas en la edad adulta son mujeres. Resulta notoria la tendencia al aumento del número de denuncias, que pasaron de 598 en 2002, a 682 en 2003, y ascendieron a 826 en el último año. Esto significa que hay en promedio una denuncia de violaciones cada dos días aproximada-

mente en el ámbito de la ciudad.

El desarrollo del proyecto no fue lineal ni sin obstáculos. Dados los primeros pasos –gestiones institucionales e identificación de las profesionales que podrían llegar a integrar el EAVV– pueden señalarse tres etapas.

En la primera etapa se realizaron encuentros y reuniones para discutir cómo ponerlo en marcha. En ese momento, con el apoyo de un grupo de profesionales que manifestaron su interés, se dieron los primeros pasos y se pudo concretar la realización del Curso de formación abierto a todos los profesionales de los hospitales y de los centros de salud.

En una segunda etapa, se identificaron otras profesionales que se fueron comprometiendo con el proyecto. También se realizaron actividades en los centros periféricos del hospital, al tiempo que se fortaleció la relación con integrantes de otros servicios, quienes son las personas que actualmente integran el Equipo.

Por último, en la etapa final, se consolidó el EAVV –Equipo de atención a víctimas de violaciones– que comienza a ser conocido y reconocido.

¹ Integrado actualmente por la Dirección General de la Mujer (Servicio Telefónico y Centro Malharro), dependientes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, el Hospital Álvarez, el Hospital Muñiz, el Hospital Pirovano, la Oficina de Atención Integral a Víctimas de Delitos, el Colegio de Abogados de la Ciudad de Buenos Aires y los Centros de Salud 23 y 24 del Hospital Durand.

² El protocolo fue elaborado por el equipo del Hospital Álvarez, integrado por la Dra. Galimberti, el Dr. Guz y la Lic. Larcamón y el asesoramiento socio-jurídico del Centro de Encuentros Cultura y Mujer (ver adjunto Protocolo) y toma en cuenta las recomendaciones realizadas en el taller *“Violencia basada en género y violencia sexual”*, que tuvo lugar en el marco de las XXI Jornadas de Ginecología y Obstetricia, Buenos Aires, mayo 2003.

EAVV - Equipo de atención a víctimas de violaciones

El Equipo está integrado por profesionales de distintos servicios involucrados en la atención de mujeres que han sufrido violaciones —una médica especializada en ginecología y obstetricia; una médica especializada en obstetricia y adolescencia, una médica infectóloga, tres trabajadoras sociales y una psicóloga. La atención las 24 horas está garantizada por la guardia obstétrica.

El equipo brinda una atención centrada en las necesidades de las víctimas y una relación más fluida con los servicios y profesionales que participan en los distintos momentos de la intervención. Asimismo están garantizadas las derivaciones, en relación a los aspectos que no puede atender el equipo, a otros organismos públicos de la ciudad, a través de contactos directos y personalizados.

Sin embargo, como se ha dicho, el proceso no estuvo ni está exento de obstáculos, algunos de carácter más personal (no cualquier profesional se involucra con una problemática que lo

compromete emocionalmente); otros, de carácter institucional.

La intención inicial del proyecto partía de la idea de un Modelo que se replicaría en otros hospitales (*Ver recuadro*). Lo que se puede evaluar de esta experiencia es que **un modelo** de referencia es **válido pero no generalizable**; es decir, que los criterios y pautas generales deben ser flexibles y adaptarse a cada institución en particular, ya que los distintos hospitales de la ciudad, si bien pertenecen al sistema público de salud, tienen diferentes modos y estilos de funcionamiento y de conducción. De una manera más específica, podemos decir que la experiencia realizada permite evaluar que, en general, los distintos componentes del Modelo propuesto demostraron ser adecuados, aunque algunos de ellos no son fáciles de concretar.

Conclusiones y recomendaciones

Con relación a la delimitación de la **población foco**, resulta operativo el criterio propuesto

de que sean **mujeres de 15 años en adelante, que acuden al hospital dentro de los seis meses de ocurrida la violación**.

De esta manera se diferencian estos casos de otros, como el abuso sexual infantil y las violaciones de larga data por ejemplo, que si llegan, pueden ser derivados a equipos especializados.

En cuanto a la implementación del **Protocolo**, podemos decir que sobre los **aspectos médicos** se ha alcanzado un **alto grado de consenso**. Solamente, y en algunos casos, se mantienen reparos en torno a la Anticoncepción de Emergencia por razones ideológicas. Es importante destacar que la Resolución de la Secretaría de Salud sobre el Protocolo legitima, y por tanto facilita, la aceptación por parte de los profesionales.

La conformación de un **equipo interdisciplinario, con integrantes de los distintos servicios involucrados** —ginecología, obstetricia, infectología, salud mental, servicio social— y con **capacidad de atención las 24 horas**, resulta una herramienta fundamental. La frecuencia de consultas —al menos por el

momento— no requiere que estos profesionales tengan dedicación exclusiva a esta problemática. En cambio, es muy importante que se trate de personal de planta del hospital, para así poder garantizar la continuidad en la atención y seguimiento. Es imprescindible que tengan capacitación específica en el tema, actitud de compromiso y perspectiva de género.

Si bien la convocatoria para incorporarse al equipo estuvo abierta tanto a varones como a mujeres, sólo se involucraron **profesionales mujeres con sensibilidad social y de género**. Cabe preguntarse si esto constituye o no constituye una ventaja.

Este tema fue debatido tanto por las integrantes del EAVV, como por los participantes en las actividades de capacitación. Las opiniones vertidas despliegan diversos matices. Algunas personas opinan que es conveniente que las mujeres que han sufrido una violación sean atendidas por mujeres. Otras, en cambio, consideran que no importa el sexo de la persona que las atiende, sino que sean profesionales sensibilizados y con conocimiento de la problemática.

Los dos argumentos son atendibles. Es posible que una mujer escuche mejor a otra mujer y empatice más fácilmente con el impacto de la victimización; también es indudable que el solo hecho de ser mujer no garantiza esa mayor sensibilidad; es decir, que en cualquier caso, es importante la revisión de prejuicios que culpabilizan y estigmatizan a las víctimas.

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

Dado que las consecuencias de las violaciones pueden alcanzar distintos aspectos y son diferentes para cada caso, las integrantes del EAVV manifestaron inicialmente su inquietud acerca de las posibles **derivaciones**. Para responder a ello y tal como está previsto en el Modelo propuesto, se establecieron y afianzaron **articulaciones—directas y personalizadas—** con otras instancias de derivación.

La **información a todo el personal del hospital** —médico, técnico y administrativo— fue considerada crucial para que las víctimas —que pueden llegar a cualquier servicio y a cualquier hora— reciban la orientación precisa. De igual importancia se consideró la **difusión en la comunidad**, a fin de que la información circule y sea accesible a quienes puedan necesitarla.

En lo que respecta a la contención psicológica, los criterios expuestos en el Proyecto —**tratamiento breve y focalizado** y derivaciones en los casos pertinentes— fueron convalidados por la experiencia y el intercambio con los profesionales del hospital, aunque con la salvedad de que esta modalidad se aplique según las necesidades de cada caso.

Por todo lo dicho, es posible concluir que se trata de un Modelo replicable, aunque con los ajustes requeridos por las dinámicas internas de cada hospital.

Por último, se identifica que hay aspectos que presentan mayor complejidad, entre los que pueden mencionarse:

- El diseño y puesta en marcha de un flujograma: los registros e instructivos requieren de autori-

zaciones y consensos intrahospitalarios, que implican procesos burocráticos, a veces muy lentos; a menos que esto fuera facilitado en el futuro por una disposición general de la Secretaría de Salud.

- La conformación de un EAVV, interdisciplinario, con profesionales de planta y con capacidad de atención las 24 horas: en este caso se requirió un gran esfuerzo que finalmente obtuvo un resultado muy positivo. En otros hospitales, puede llegar a ser uno de los objetivos más difíciles de lograr, debido a la complejidad de las normas que pueden dificultar las innovaciones. A esto se debe agregar las resistencias personales, ideológicas, etc.

Modelo propuesto

Población foco: Mujeres a partir de los 15 años que acuden al hospital dentro de los seis meses de ocurrida la violación.

Equipo interdisciplinario: Profesionales de los servicios más directamente involucrados (salud mental, ginecología, obstetricia, infectología, guardia, servicio social), en lo posible, personal de planta. La guardia garantizará la atención durante las 24 horas.

Atención médica: Se aplicarán las especificaciones del protocolo (ver Anexo) que brevemente incluye: cuidado de lesiones si las hubiere, detección de lesiones no visibles, prevención de embarazo, de VIH/Sida y otras enfermedades de transmisión sexual.

Abordaje psicológico: Entrevista de contención inicial y evaluación de riesgos. Interconsulta psiquiátrica, si correspondiere. Hasta 4 entrevistas destinadas a la elaboración de síntomas post traumáticos y reorganización de la vida cotidiana. Prolongación del tratamiento si fuere necesario: se hará la derivación al área de salud mental dentro del hospital o a otros servicios de asistencia psicológica disponibles en las redes de salud mental de la ciudad de Buenos Aires.

Información y orientación jurídica: Derivación al “Programa de atención a víctimas de delitos contra la integridad sexual”, del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Seguimiento médico: A la semana, a los 30 días, a los 3 y a los 6 meses. El seguimiento psicológico se hará coincidir con el seguimiento médico.

PARTE I. MARCO CONCEPTUAL

Esta publicación incluye en su primera parte tres artículos sobre aspectos conceptuales —sociales, médicos y psicológicos— de la problemática de las violaciones.

PARTE II. RELATOS DE EXPERIENCIAS

La segunda parte rinde cuenta de la experiencia de conformación de un equipo especializado en el Hospital Pirovano y de una experiencia anterior en el Hospital Álvarez.

PARTE III

La tercera parte reúne la documentación y resoluciones gubernamentales de la ciudad de Buenos Aires.

I. MARCO CONCEPTUAL

Dimensiones político culturales de la violencia sexual

Silvia Chejter y Beatriz Ruffa, CECYM

*Ante la afirmación de que “la violencia hacia las mujeres es un problema de salud” puede responderse que sí lo es, si bien **no es sólo un problema de salud ya que tiene otras dimensiones** (sociales, legales, económicas, ideológicas, etc.). Si es un problema de salud: ¿Cuáles son los límites y posibilidades de la intervención en salud? ¿Cuáles son las mejores estrategias de intervención? ¿Cuáles son las responsabilidades, articulaciones, dificultades en torno a la cuestión legal que conllevan algunas situaciones de violencia? ¿Qué hacer frente a las implicancias de otro tipo, como las laborales o sociales, por ejemplo?. En este capítulo se plantearán algunas ideas que pretenden alentar el debate sobre estas cuestiones y procuran responder algunos de estos interrogantes .*

Violencia sexual y políticas públicas del sector salud

La violencia hacia las mujeres es un problema social que plantea desafíos teóricos y prácticos tanto a las instituciones de salud como a otras instituciones y a la sociedad en su conjunto. Desde principios de la década del '80, la violencia hacia las mujeres en sus distintas manifestaciones fue un problema asumido por organizaciones de mujeres y posteriormente por los Estados. Asimismo, las organizaciones internacionales de salud vienen desarrollando proyectos y programas destinados a promover modelos de intervención adecuados y eficaces.

Desde el punto de vista de las instituciones públicas, dada la complejidad que presenta, se requieren políticas y estrategias integrales y la complementariedad de los distintos sectores que tengan competencia y responsabilidad.

En Argentina, en los últimos diez años se ha ido perfilando un mayor

compromiso del Estado –en sus distintos niveles, nacional, provincial y municipal– incluyendo el sector salud, en cuyo marco se fueron instalando servicios especializados, aunque con algunas resistencias y escasa asignación de recursos. Queda aún mucho por hacer para dar respuestas a la real magnitud de la problemática, respuestas que, además, sean acordes con las experiencias, necesidades y perspectivas de las víctimas, que muchas veces desafían las prácticas y saberes disciplinarios e institucionales.

Incluir la violencia sexual como un tema de salud pública exige romper con conceptos e ideas que todavía tienen mucha fuerza, como por ejemplo el que insiste en percibir una división infranqueable entre lo público y lo privado, o el que, por otra parte, concibe las violaciones como un tema reservado exclusivamente al ámbito de la Justicia. Las respuestas que provoca esta problemática son algunas veces la impotencia o el rechazo.

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

Hoy son justamente las demandas crecientes de la comunidad, las que imponen a la violencia sexual como un tema de las políticas de salud.

El compromiso del Estado se enmarca en obligaciones asumidas en convenios y acuerdos internacionales; en este caso, la Convención de Belem do Para, “Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer”, aprobada y ratificada por la Ley 24.632, en el año 1996.

Por otra parte, el modelo de atención hospitalaria de las víctimas de violaciones se ha ido difundiendo cada vez más en Argentina y en otros países. Un antecedente histórico de este modelo es el Servicio del Hospital de Boston a cargo de Ann W. Burgess y Linda L. Holmstrom, en los años '70. Este enfoque de atención –que se caracteriza por la conformación interdisciplinaria del equipo y por la articulación, dentro del mismo hospital, de la atención médica, psico-social y también de

la práctica forense destinada a la recolección de pruebas para la eventual denuncia– ha sido replicado en otros hospitales de Estados Unidos, de países europeos y de América Latina. Como ejemplo más reciente y cercano puede mencionarse la experiencia realizada en el Hospital de Campinas, en Brasil.

El rol del sistema de salud en un abordaje integral

Si bien las violaciones pueden afectar distintas esferas vitales, la responsabilidad de las instituciones de salud en estos casos deriva de la constatación de que algunas de las consecuencias más frecuentes de las violaciones son los daños a la integridad física y sobre todo a la integridad y salud psíquica y sexual.

El sistema público de salud puede así responder a un objetivo prioritario, es decir la atención médica y psico-social, y también a un objetivo complementario no menos importante de carácter político y estratégico: un objetivo de legitimación social e institucional, en el sentido de que un problema, avalado por la salud pública, merece el reconocimiento social y facilita el pedido de ayuda al poner al alcance de las víctimas, un dispositivo público conocido, gratuito e incorporado a los hábitos de consulta de grandes sectores de la comunidad.

Es por eso que el sistema público de salud juega un papel fundamental en la atención de víctimas de violaciones en varios sentidos:

- Es el ámbito adecuado para atender consecuencias de las violaciones en lo referente a la integridad y salud psicofísica de las víctimas, tanto inmediatas como prolongadas.
- Dispone de tratamientos preventivos para reducir riesgos específicos asociados a la violencia sexual, sobre todo el riesgo de embarazo y de contagio de VIH SIDA y otras ETS.
- El sector salud puede activar la intervención de otros ámbitos institucionales para responder a las necesidades de las víctimas.
- Es un ámbito privilegiado para lograr la detección temprana; en especial, la de la violencia reiterada.

La garantía de atención a las víctimas de violaciones en los servicios de salud representa, sin duda, una pieza esencial de la atención integral.

Sin embargo por sí sola no resulta suficiente. El abordaje integral requiere articulaciones con distintos sectores, tales como justicia, seguridad, educación y desarrollo social, con las áreas de Mujer (provinciales y municipales), oficinas de atención a las víctimas y organizaciones de la sociedad civil.

La intervención del sistema público de salud en esta problemática puede alcanzar mayor eficacia y calidad impulsando tanto la capacitación de sus equipos profesionales y asegurando los stocks de insumos a fin de lograr respuestas especializadas y expeditivas (es decir, con capacidad operativa para responder a las cuestiones urgentes); como teniendo en cuenta al mismo tiempo, la perspectiva de las víctimas, la naturaleza social del problema y una predisposición abierta a las necesarias articulaciones con otros ámbitos involucrados.

Violaciones sexuales: conceptos

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

Por influencia de estereotipos culturales y de figuras arraigadas en la tradición legal, muchas veces el concepto de violación se restringe al de la penetración vaginal. El Código Penal de nuestro país, después de la reforma del año 1999, diferencia tres tipos jurídicos: “abuso sexual”, “abuso sexual calificado” y “violación” con una graduación de penas. Estas escalas, sin embargo, no siempre coinciden con la experiencia de las mujeres afectadas, para quienes por ejemplo, la penetración con objetos o la coerción de practicar sexo oral o de masturbar al violador – que entrarían dentro de la figura de “abuso sexual calificado” – pueden ser tanto o más graves que la penetración vaginal.

Las **violaciones sexuales** son una de las formas de la **violencia sexual**, que incluye entre otras figuras, la explotación sexual, el acoso sexual, las

violaciones incestuosas. A su vez todas estos conceptos deben ser incluidos dentro del concepto más amplio de **violencia de género**, que remite a “actos de fuerza o coerción, con una intención de perpetuar y promover relaciones jerárquicas de género”³. Esta definición reconoce la dimensión social, basada en la estructura de poder de género y confronta con las viejas nociones hegemónicas patriarcales, que atribuían la violencia a alguna falla accidental o desviación.

Este enfoque reconoce también las dimensiones histórica, personal y psicológica que sin duda **coexisten pero no opacan ni borran la determinación de género**. De todos modos, la perspectiva de género no debe ser implementada de manera simplista y en lecturas lineales o causales. Pero al igual que en otras formas de violencia específica, la dimensión social no puede ser soslayada. El concepto de violencia de género es primordialmente social, al igual que los de violencia religiosa, étnica, generacional y de clase, y contribuyen al sostenimiento y reproducción de determinadas relaciones sociales de poder (de carácter sexual, religioso, étnico, generacional, de clase).

Cuando se habla de violencia de género, y para sintetizar, hay que remarcar que:

- Supone diversas manifestaciones, tanto en el ámbito público como en el privado.
- Todas ellas están insertas en relaciones sociales de género, estructuralmente asimétricas.
- Implican frecuentemente situaciones de vulnerabilidad objetiva o subjetiva de las mujeres.
- Las prácticas involucradas en la violencia de género tienen una connotación específica; la de ser una violencia dirigida y con una intencionalidad (no necesariamente consciente o expresada) que busca reproducir y perpetuar las relaciones de poder patriarcales existentes entre varones y mujeres y que ubican a los primeros, en posición dominante.

Es decir que se trata de ese tipo específico de violencia —al mismo tiempo muy naturalizada— que las mujeres experimentan **por ser mujeres en una cultura patriarcal**.

Admitir el concepto social de **violencia hacia las mujeres** no implica desconocer que las mujeres también pueden ejercer violencia. Es

3 Foro de las Mujeres Asiáticas, 1990. Citado por Lori Heise en *Violencia contra la mujer: la carga oculta de salud*. Washington, OPS, 1994.

necesario distinguir las posibles conductas violentas ejercidas por mujeres: si son de carácter sexista o intergeneracional –por ejemplo, situaciones de violencia conyugal cruzada o madres que maltratan o abusan sexualmente de sus hijos– o si se trata de reacciones para defenderse o desafiar la violencia de los varones. En este último caso, aunque las reacciones tengan un carácter agresivo, se trata de estrategias de supervivencia, de legítima defensa o de resistencia.

Los determinantes de género se entrecruzan con otros factores socio-culturales: edad, sector social, recursos culturales, tradiciones y estilos de vida, influencias religiosas. Cada cultura define y establece criterios que demarcan las prácticas toleradas de las censuradas. Estos criterios suelen tener una correspondencia —aunque no lineal sino compleja— con los que las leyes regulan, penalizan u omiten.

Violaciones sexuales: tipología descriptiva

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

- Violaciones en situación de guerra o conflicto armado, o dentro de los dispositivos de control y represión del Estado (comisarías, cárceles).
- Violaciones sorpresivas por parte de extraño/s, con uso de armas, amenazas, fuerza física, secuestro o aislamiento. En algunos casos, pueden ir acompañadas de otros delitos como asalto robo y pueden implicar grave riesgo de muerte para la víctima.
- Violaciones por parte de familiares, allegados o conocidos, mediante engaño, coerción, abuso de poder y de confianza, chantaje emocional o utilización de debilitadores como las drogas y el alcohol. Pueden darse también en una relación ocasional con desconocido. Muchas veces el violador, para concretar su objetivo, pasa del engaño a la fuerza explícita.
- Violaciones que se producen en el marco de una relación de

autoridad o dependencia (profesor-alumna; empleador-empleada; médico-paciente). En general, no hace falta la fuerza explícita, sino que basta la “seducción”, el engaño, la presión o el chantaje emocional; pero en algunos casos, cuando la víctima se resiste, se utiliza la fuerza.

- Violación marital. Puede ser un episodio aislado o, más frecuentemente, se produce en forma reiterada, combinándose con otras manifestaciones de la violencia marital. Puede ocurrir con fuerza explícita o diversas formas de intimidación y coerción. Un subgrupo significativo son las violaciones de ex parejas. Estas pueden ocurrir en el marco de una cita o encuentro acordado o de manera imprevista, en lugar público. Pueden producirse con violencia explícita o mediante diversos grados de coerción. Las violaciones de ex parejas tienen una evidente intención de represalia sexista; el agresor golpea allí donde piensa que puede hacer más daño a esa mujer que ha desafiado su sentido machista de “propiedad”.

Hay situaciones a las cuales es difícil –incluso para la propia mujer afectada – ponerle el nombre de violación; aunque la mujer tenga la clara vivencia de haber vivido una situación forzada. Puede incluso que esa mujer haya “aceptado” la situación; es decir, haya dicho o dejado entender un “sí”, cuando en realidad su deseo era “no”. En estos casos podemos usar el concepto de **sexo bajo presión**. En estas situaciones –muy frecuentes en la vida cotidiana de las mujeres y sobre todo en el inicio sexual– lo que gravita son los mandatos culturales, a través por ejemplo de comentarios manipuladores (“sos inmadura, hay muchas chicas que estarían dispuestas...”) o simplemente, las “voces interiores” de la propia mujer.

De todas estas variadas situaciones, ¿cuáles llegan con más frecuencia a un hospital? Las violaciones cometidas por extraños son las que generan demandas explícitas, focalizadas en la urgencia. Otras violaciones, cometidas por conocidos o familiares, incluyendo parejas o ex parejas, pueden llegar, aunque no siempre con una demanda o con un relato explícito. Esto también ocurre, muy especialmente, con los casos de sexo bajo presión.

Saber escuchar

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

La consulta por violación puede producirse en lo inmediato o tiempo después; a veces, pasados muchos años. Como sabemos, por distintas razones –temor al descreimiento y a la revictimización, falta de información o de acceso a circuitos de atención, temor a represalias, creencia en que protege mejor su intimidad de esta manera, preocupación por no angustiar a los familiares o porque no encuentra una persona en quien confiar—hay mujeres que silencian y ocultan estos hechos traumáticos. Las experiencias así silenciadas –y a veces profundamente dissociadas y negadas– pueden reactivarse provocando malestar psíquico, problemas en el área sexual o síntomas psicósomáticos, dando lugar a una demanda explícita de asistencia o pueden ser detectadas por algún profesional del equipo de salud.

Es importante tener en cuenta, en cualquiera de estos casos, que la demanda implícita o explícita puede ser una oportunidad privilegiada —tal vez la única que la mujer en cuestión pueda permitirse— para abrir una instancia de confiabilidad y de adecuada intervención.

Consecuencias de las violaciones. El impacto de la dimensión socio—cultural

Las violaciones pueden alcanzar distintas esferas vitales; además de lo que ya se ha hablado aquí sobre la salud, puede tener efectos sobre la vida de pareja, sobre las relaciones sexuales, sobre las relaciones familiares, sociales, laborales; pueden causar trastornos en los hábitos de vida; puede acarrear incluso perjuicios económicos, y, por supuesto, la violación implica un menoscabo de derechos fundamentales a la integridad, libertad y dignidad.

Hay que aclarar también que los daños y consecuencias de las violaciones dependen de distintos factores: gravedad y circunstancias del hecho mismo de la agresión sexual; edad, características y experiencias previas de la víctima, y también, de una manera muy importante, las respuestas que reciba del entorno, las posibilidades de pedir ayuda y las capacidades o los recursos de supervivencia y de resistencia que la víctima pudo poner en juego. Es decir, que no podemos hablar de una tipificación de las consecuencias ya que son variadas y diferentes para cada mujer y se despliegan en una amplia gama, desde casos en los cuales se manifiestan daños severos, prolongados y de largo alcance, hasta casos en los cuales las consecuencias son leves, o incluso, aunque intensas en los primeros momentos, son relativamente fáciles de superar.

Cualquiera sea su gravedad, estos daños y consecuencias implican necesidades y pueden generar demandas no siempre claramente formuladas, debidas a la desconfianza, el temor, la desinformación o a las tensiones propias del trauma. Es frecuente que aparezcan dudas, reticencias, postergaciones o que las mujeres necesiten tiempo para tomar decisiones. Por otra parte, como sabemos, la formulación de las demandas depende en gran medida de la claridad y oportunidad que muestren las respuestas institucionales. Desde los programas públicos tienen que pensarse enfoques suficientemente receptivos y abiertos como para dar cabida a la multiplicidad de demandas, tanto explícitas como implícitas.

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

Cuando se trata de situaciones irruptivas, con violencia física o con uso de armas y con riesgo de vida, en un alto porcentaje de las víctimas se observa un síndrome postraumático característico, que se conoce con el nombre de **Trastorno de Stress Postraumático de la Violación (TSPTV)**,

4 Burgess, Ann Wolbert y Homstrom, Lynda, "Rape Typology and the coping behavior of rape victims", en: Mc Combie, Sharon L., The rape crisis intervention, Handbook. A guide for victim care. New York- London, Boston Massachussets Plenum Press, 1983.

descrito por Ann Burgess y Linda Holmstrom.⁴ La descripción de esta entidad psico-patológica toma como referencia el Trastorno de Stress Postraumático (TSPT) reconocido por la American Psychiatric Association (APA) e incorporado al Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), de los Estados Unidos. El síndrome incluye trastornos de comportamiento y síntomas somáticos y psicológicos, siendo los más comunes los de pánico, las fobias, las pesadillas, la rabia, los deseos de venganza, los autorreproches, las dificultades para retomar hábitos y obligaciones cotidianas, los temores y trastornos sexuales y reviviscencias. Se desarrolla en tres fases: la aguda, la de reorganización y la de resolución. En la mayor parte de los casos los síntomas se van atenuando en el transcurso de algunas semanas.

Para comprender ciertas particularidades de los daños que provocan las violaciones es ineludible tener en cuenta que se trata de un trauma ocasionado por una agresión intencional, de carácter sexual y de connotación sexista.

Las víctimas experimentan, por una parte, el dolor y el desamparo de una violencia interpersonal con voluntad de daño, durante la cual se han sentido a expensas de la discrecionalidad del agresor, llegando incluso a temer por su vida.

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

Síntomas típicos que suelen aparecer son el asco, la repugnancia, la sensación de estar "sucia", el rechazo del propio cuerpo o la necesidad de esconderlo y los trastornos en las relaciones sexuales.

Los daños son mucho más severos cuando la violación o el abuso se producen en la infancia, haya o no habido penetración. Si bien en este texto nos ocupamos de las violaciones en la vida adulta y existe una amplia y documentada bibliografía sobre los daños del Abuso Sexual Infantil, vale la pena subrayar que varios factores contribuyen a la severidad de estos daños. Muy sintéticamente, podemos enumerar la

inmadurez propia de la edad; la dependencia emocional en relación al victimario; en algunos casos, la exposición de la niña o el niño a la violencia del incesto; la reiteración de los episodios abusivos —algunas veces por etapas prolongadas— y el pacto de silencio, que suele rodear estas situaciones de victimización.

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

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

jóvenes, que el odio hacia el violador se desplaza a todos los hombres, con el consiguiente impacto perjudicial en el ulterior desarrollo de las relaciones sentimentales y eróticas.

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

Creencias y realidades: propiciando una perspectiva abierta.

Hemos hablado del impacto de la dimensión sociocultural en la vivencia de las víctimas. Pero también su entorno y los profesionales que las atienden están influidos por las creencias y valores predominantes, de manera que pueden surgir inquietudes e interrogantes, cuyo análisis puede enriquecerse con una perspectiva que tome en cuenta la experiencia de las mujeres que han vivido estas situaciones y asimismo con los conocimientos acerca de los procesos sociales que subyacen a la vulnerabilidad y victimización de género. Queremos compartir unas reflexiones acerca de algunos de ellos.

Suelen observarse matices prejuiciosos en las interpretaciones sobre “por qué le ocurrió eso a tal mujer”, o “por qué a ella más de una vez”.

Mecanismos autodefensivos relativamente comprensibles y, sobre todo, arraigadas creencias parecerían tranquilizar las conciencias, con la convicción de que las violaciones les ocurren sólo a determinadas mujeres.

Sin embargo, la vulnerabilidad con respecto a las violaciones es básicamente estructural y tiene como ejes principalmente el género, la edad y los vínculos de dependencia o subordinación. Estos ejes pueden potenciarse con otros, como la asimetría de poder económico y cultural y la discapacidad. Son observables asimismo factores situacionales de vulnerabilidad, como por ejemplo, los casos de personas que no conocen los códigos de un lugar o de un grupo humano o si tales códigos son contradictorios con los aprendidos.

La pregunta acerca de lo singular de una violación es legítima, pero es necesario revisar desde qué hipótesis se la trabaja, a fin de evitar interpretaciones que se deslicen hacia la responsabilidad subjetiva de la víctima. Categorías clínicas útiles para otras situaciones, como las de “masoquismo”, “comportamientos histeroides”, “compulsión a la repetición” o “fantasías inconscientes”, comportan en estos casos sesgos psicólogos y riesgos de iatrogenia frente a los cuales es necesario mantener una actitud muy alerta.

Por otra parte, reconocer esta vulnerabilidad estructural no significa cosificar a las víctimas en un estereotipo de pasividad y de pérdida total de autonomía. Una creencia muy extendida, pero errónea, define a las víctimas como pasivas y paralizadas por el terror. Los relatos de las víctimas hablan de una dinámica más compleja, en la cual se juega una tensión entre procesos de victimización y estrategias de autodefensa, de supervivencia y de resistencia. Sólo muy pocos casos presentan un perfil de total indefensión. Lo cierto es que antes, durante o después de las violaciones, las mujeres desarrollan estrategias físicas, verbales o psicológicas para evitar la agresión o paliar sus efectos. Sin embargo, a veces se hace difícil reconocer y valorar esta resistencia, incluso por parte de ellas mismas; tal vez, porque no se adapta al estereotipo de lo que significa “resistir”, dentro del cual aparecen más valoradas las respuestas físicas, o debido a que estas respuestas no suelen ser plenamente exitosas. Entonces, en la medida en que aparecen como fallidas, se las confunde con inacción o falta de determinación para enfrentarse a la violencia. Estas estrategias que la mujer pudo poner en juego tienen gran significación en la evolución posterior, ya que no es lo mismo el sometimiento sin resistencia, que ejercer la resistencia posible en

condiciones adversas. Este es un eje de trabajo importante para la intervención psicológica, ya que valorar las estrategias de supervivencia y de resistencia así como resignificar los posibles aspectos fallidos de la autodefensa, poniendo de relieve la desigualdad de fuerzas y de poder, contribuye a fortalecer la posición de sujeto.

Una cuestión recurrente también se refiere a la creencia en lo irreparable del daño, en la cual se advierten resonancias de la noción de “estigma”. El estigma expresa la condensación de prejuicios patriarcales arcaicos, relacionados con la honestidad y la pureza de las mujeres y el honor de los varones. En este imaginario social, la violación es vista como una afrenta y una mancha irreparable que tiene que ser saldada no sólo con la venganza hacia el violador, sino también con la segregación de la víctima y, en algunos casos, con su muerte. La persistencia de estos prejuicios es una de las razones por las cuales algunas mujeres o familias prefieren no hablar o no dar a conocer públicamente la violación, tanto por parte de un conocido como de un extraño. Resonancias del estigma pueden descubrirse en esta creencia acerca de lo irreductible del daño, que también puede estar relacionada con el hecho de que se trata de una agresión que vulnera el cuerpo y la sexualidad, que son áreas sobresignificadas en nuestra cultura como las de mayor intimidad y privacidad.

En la realidad es difícil generalizar pronósticos. Como ya hemos dicho, los traumas vividos en la infancia y sobre todo los que han sido silenciados y negados, son los más difíciles de superar. En los episodios vividos a partir de la adolescencia influye la estructura previa de la víctima y sus recursos para reorganizarse, pero también influye el poder contar con redes de sostén. Cuando no hay antecedentes psiquiátricos o situaciones graves de vulnerabilidad social, lo que se observa es que la violación –aunque es una experiencia dolorosa– puede ser superada. Es crucial, entonces, que quienes atiendan a las mujeres que atraviesan esta situación, puedan cuestionar y sobreponerse a la idea de “daño irreductible” –que como hemos dicho, tiene una fuerte connotación patriarcal– y, de esta manera contribuir en que estas mujeres no queden capturadas por una identidad fija e inamovible de mujer “marcada” por la violación.

Distintos caminos de la reparación

Otro aspecto connotado por los atravesamientos socio-culturales es el que se refiere a la reparación. Los procesos de recuperación psicológica pueden tener puntos de contacto con los de reparación, pero no son asimilables. La contención y el apoyo están relacionados con la superación de los impactos sobre la vida psíquica y sexual, pero este proceso no siempre alcanza para saldar el reclamo de justicia y de resarcimiento.

Por ende, en lo que respecta a la reparación, la elaboración intrapsíquica puede cumplir una función, pero para muchas mujeres además, o prioritariamente, suelen ser necesarias respuestas y señales de la sociedad, entre las cuales tienen un papel institucionalizado las jurídicas, aunque no son las únicas posibles ni siempre las más viables y efectivas.

Las vías de la reparación son diferentes para cada mujer. Hay quienes la encuentran en actos privados, procesos internos de elaboración o en el reconocimiento y el sostén de las personas afectivamente significativas; hay quienes podrán encontrar cierto grado de alivio en estas modalidades, pero además necesitan y persiguen la reparación en el terreno público: condena penal o repudio social del violador, trascendencia y debate del problema en los medios de comunicación o indemnizaciones económicas. Elegir un camino u otro depende por una parte de las necesidades y valores personales y por otra, de la viabilidad de las distintas alternativas.

La función positiva de las estrategias públicas de reparación se puede apreciar no tanto por el bienestar que se observa en los casos en que han sido exitosas, sino por el efecto adverso en los casos en que se han intentado y han fracasado. Es decir que lo que se puede ver claramente es que la impunidad tiene un efecto nocivo para las víctimas; las compensaciones –sea el logro de una sanción penal al violador, sea un resarcimiento por daños y perjuicios– tienen un decisivo efecto simbólico de reparación, que si bien no anula el ataque sufrido, al menos restaura los sentimientos de confianza de la víctima con respecto a la sociedad y las instituciones. De manera indirecta los actos reparatorios públicos también tienen el valor y la ventaja de que representan un mensaje social ejemplificador y claro, en cuanto al reconocimiento del dolor y de los daños causados a la víctima, las responsabilidades del o de los victimarios y en cuanto a la voluntad política de garantizar la justicia y desafiar la impunidad.

Violaciones Cuidados médicos

María Laura Díaz y Graciela Scagliotti

Violencia sexual, riesgo de embarazo y anticoncepción de emergencia

A nivel mundial, una de las razones más poderosas para el uso de la anticoncepción de emergencia han sido los casos de violencia sexual, sea por motivos políticos, en situaciones de guerra como en la guerra de los Balcanes, sea en situaciones de paz, en la vida cotidiana, en los casos de violaciones, tanto de un extraño o de las parejas o circunstanciales.

La anticoncepción de emergencia es la única medida preventiva, gracias a la cual, una mujer que ha sido forzada o coaccionada a un coito sin protección, puede evitar el gravísimo problema de un aborto.

En el mundo cada año se practican 19 millones de abortos en condiciones inaceptables desde el punto de vista médico, lo que conduce a que se pierdan 68 mil vidas por año por esta causa. Sólo en los países en desarrollo cada año hay 76 millones de embarazos no deseados. En Argentina, la cifra estimada de abortos es de 500.000 por año (683 por cada mil nacidos vivos) de los cuales un 73%, entre las mujeres rurales, es realizado a través de autoabortos o por personas no calificadas; entre las mujeres urbanas de escasos recursos se llega a un 57% a través de los mismos medios, y en cuanto a aquellas con altos recursos, el 90% de los abortos se realiza a través de médicos o personal calificado. Uno de cada tres abortos clandestinos debe ser hospitalizado y constituyen la primera causa de mortalidad materna. Según la Organización Mundial de la Salud, se estima que 6.000 mujeres latinoamericanas mueren cada año por un aborto practicado en malas condiciones, mientras que sólo 100 mujeres europeas mueren de esta manera.

En Argentina, mueren más de cuatrocientas mujeres al año por aborto clandestino. Muchas otras a causa de las malas condiciones en que se realizan los abortos y la culpabilización social sobreviven con secuelas físicas y psíquicas, que las acompañarán toda la vida. Todas ellas tomaron

la decisión de desafiar las diferentes imposiciones del sistema: religiosas, jurídicas, sociales, médicas.

Hay evidencia que muestra que las probabilidades de que una mujer utilice AE después del coito sin protección son mayores si se le proporcionó un suministro anticipado, y que tal proceder no afecta los patrones de uso de anticonceptivos, ni aumenta la frecuencia del uso de AE o la frecuencia del coito sin protección.

Llamativamente, a pesar de ser de venta libre y de fácil acceso en farmacias, en nuestro país su uso no está difundido; esto se debe, entre otros factores, a la falta de conocimientos de la **anticoncepción de emergencia** por parte de los profesionales de la salud, que no la indican de la manera correcta o específicamente no la indican, porque consideran erróneamente que es abortiva. Hay además una falta de información al respecto entre las mujeres, que no saben que este método existe y que puede conseguirse sin restricciones.

Definición

Según la OMS consiste en métodos anticonceptivos que pueden ser utilizados por una mujer después de una relación sexual no protegida para prevenir un embarazo no deseado.

Regímenes

■ RÉGIMEN COMBINADO (Método de Yuzpe)

100 ug Etinilestradiol – 500 ug Linogestrel c/12 hs.

■ RÉGIMEN GESTÁGENO SOLO

0.75 mg Linogestrel c/12 hs.

1,50 mg Linogestrel en dosis única.

■ DIU de cobre insertado antes del 5 día del coito no protegido.

Breve historia

En la década del '20, se comenzó a conocer el efecto anticonceptivo de los estrógenos en mamíferos. Si bien veinte años después circulaban informes sobre el uso clínico de estrógenos poscoitales, el primer caso documentado recién data de los años '60, cuando médicos holandeses "aplicaron la práctica veterinaria de tratamiento de estrógenos después del coito en una niña de 13 años, que había sido violada en la mitad del ciclo menstrual." (Ellertson, 1997)

En Estados Unidos, a fines de esa década, se comenzó a difundir como método de emergencia la administración de altas dosis de estrógenos poscoitales en el régimen denominado 5x5 (5 mg de etinil estradiol durante 5 días consecutivos).

A comienzos de los '70, el médico canadiense Albert Yuzpe observó que una combinación de 100 mcg de estrógenos y 1 mg de progestina (norgestrel) tenía efectos en el ciclo hormonal femenino, que posibilitaban utilizar esa fórmula como método anticonceptivo poscoital con ventajas con respecto al método 5x5, ya que contenía una dosis mucho más baja de estrógenos. Desde entonces comenzó su difusión denominándose **Método de Yuzpe**.

A finales de los '70, comenzó a utilizarse el DIU (T de cobre) como método de emergencia, método que se ha difundido principalmente en Europa.

En los años '80, es desarrollado por una empresa farmacéutica francesa el **Mifepristone**, nombre genérico de un medicamento (también conocido como RU- 486) capaz de interrumpir un embarazo confirmado en sus primeras etapas. Luego de diversas investigaciones clínicas es aprobado en Francia en 1988. **Mifepristone** bloquea la acción de la progesterona a dosis única de 600 mg, tiene efectos antiprogesterona, por lo cual es antimplantativo, y se han ensayado dosis mensuales y semanales. En Estados Unidos y varios países de Europa, **Mifepristone** ha sido autorizado para su uso hasta las siete semanas de gestación y en algunos otros países, hasta los 63 días de gestación. Se asocia al uso de **Mysoprostol** para la evacuación uterina. En la Argentina no está aprobado.

Mifepristone no es lo mismo que la anticoncepción de emergencia. El Mifepristone interrumpe un embarazo confirmado, mientras que las pastillas anticonceptivas de emergencia previenen un embarazo.

Mifepristone causa un aborto, la anticoncepción de emergencia funciona sólo si la mujer no se encuentra embarazada.

En abril de 1995, se reunieron en Bellagio, Italia, veinticuatro expertos mundiales para discutir temas relacionados con anticoncepción de emergencia. Los expertos provenían de campos disímiles como comunicación, planificación familiar, medicina, grupos feministas y políticos.

Surgió así una *“Declaración de Consenso sobre Anticoncepción de Emergencia”** (llamado Consenso de recomendaciones) sobre el método, las dosis, el modo de uso, las ventajas de su empleo, sobre las políticas y su regulación, las actividades de información, educación y comunicación y para la prestación y evaluación de servicios.

La Declaración de Consenso incluye las siguientes recomendaciones:

- Los métodos de Anticoncepción de Emergencia disponibles que cumplen con requisitos de efectividad para ser proporcionados son el anticonceptivo oral combinado con levonorgestrel 1 mg y etinilestradiol 200 ug en dos dosis iguales divididas cada 12 horas, iniciando dentro de las primeras 72 horas después de un coito no protegido; entre el día 10 y 20 del ciclo; la pareja deberá emplear el preservativo por el resto del ciclo y el dispositivo intrauterino de cobre.
- Desarrollar investigaciones adicionales para optimizar estos métodos y desarrollar nuevos métodos— por ejemplo las antiprogestinas— que responden a las necesidades de las mujeres.
- Promover la Anticoncepción de Emergencia para que esté incluida en todos los Programas de Planificación Familiar y en los Cuadros básicos de medicamentos.
- Las autoridades de Regulación de Medicamentos deberán requerir descripciones explícitas para el uso en caso de emergencia en los insertos de los anticonceptivos orales de etinil estradiol/levonorgestrel y de los dispositivos intrauterinos de cobre.
- Desarrollar actividades de colaboración con las comunidades, organizaciones no gubernamentales, profesionales, donantes y organismos gubernamentales de información, educación y comunicación, sobre la anticoncepción de emergencia, incluyendo a la población adolescente.
- La Anticoncepción de Emergencia deberá estar disponible para toda mujer que lo requiera, siempre y cuando no existan contraindicaciones, asesorando los prestadores de servicios sobre el método más apropiado y conveniente para ella.
- Para prevenir embarazos secundarios a actos de violencia sexual o coerción, la Anticoncepción de Emergencia deberá estar disponible en todo servicio de salud, centro de apoyo a mujeres violadas, estaciones de policía, farmacias, programas comunitarios de atención.
- La capacitación en Anticoncepción de Emergencia deberá incluirse en el curriculum de todos los profesionales de la salud.
- Toda mujer que requiera Anticoncepción de Emergencia

también deberá ser asesorada sobre otros métodos seguros y confiables para regular su fertilidad.

- Preguntas sobre Anticoncepción de Emergencia deberán ser incluidas en encuestas demográficas y de salud.
- Recopilar información sobre Anticoncepción de Emergencia y ponerla a disposición de la población.

En noviembre de 1999, el Comité de Expertos de la OMS en Medicamentos Esenciales incorporó a ambos métodos (Yuzpe y Gestágeno solo) en la lista de Drogas Esenciales disponibles en más de 40 países: España, Italia, Estados Unidos, Austria, Brasil, Francia, Gran Bretaña, Holanda...

Mecanismo de acción del Levonorgestrel

Si bien su efecto depende del momento del ciclo, el mecanismo de acción del Levonorgestrel puede describirse de la siguiente manera:

- Dificulta la migración y función espermática.
- Durante la fase folicular interfiere con el proceso ovulatorio: suprime el pico de LH, la ruptura folicular o la luteinización.
- No se observaron alteraciones morfológicas del endometrio, que supondrían que impedirían el proceso de implantación.

Ambos regímenes son considerados seguros para su uso durante la lactancia, no alteran la producción de leche y no representan ningún riesgo conocido al lactante.

Eficacia anticonceptiva

¿Cómo se calcula la eficacia?

$$\frac{\text{TASA DE EMBARAZOS ESPERADOS SOBRE}}{\text{TASA DE EMBARAZOS OBSERVADOS}}$$

	LNG	MYuzpe	La tasa disminuye el riesgo de embarazo en un 85% con Levonorgestrel.
Índice de fallas	1.1%	3.2 %	
Índice de efectividad	85 %	57 %	

Datos importantes sobre los preparados hormonales

- Actualmente se recomienda su uso hasta el 5º día posterior a la exposición.

- Se debe comenzar con la primera toma lo antes posible, ya que la eficacia disminuye paulatinamente a medida que pasan las horas.
- El retraso en la ingestión de la 1ª dosis incrementa el riesgo de embarazo en un 50% cada 12 hs.
- En la mayoría de los embarazos que se evitan, el coito ha precedido a la ovulación.
- No son efectivas si ya existe un embarazo y no alteran su curso.
- No se conocen efectos teratogénicos sobre el feto, en caso de uso durante la fase folicular temprana del embarazo.
- No debería ser usado de rutina.
- Ausencia de protección para ETS y HIV/ SIDA.
- Inducción de efectos colaterales frecuentes.
- Patrón de sangrado alterado.
- Menor efectividad anticonceptiva en caso de uso frecuente.

Indicaciones

- Violación, si la mujer no está usando algún método anticonceptivo.
- Uso incorrecto o accidente con un método anticonceptivo.
- Otras situaciones en las cuales la mujer pudo estar expuesta a una relación sexual sin protección

La principal ventaja de la AE es que permite evitar un embarazo en la última línea posible de prevención, después de una fuerte exposición al riesgo de embarazo producto de una violación o de cualquier situación de embarazo no deseado.

Pasos a partir de la llegada de una mujer que ha sido víctima de violación

Al consultar la paciente por primera vez, la primera persona que tiene contacto realizará la contención inicial. Es mejor si está disponible algún profesional del equipo de salud mental; de no ser así, se derivará a algún integrante del equipo de atención a víctimas de violaciones, (psicóloga, asistente social, médico/a, enfermera) ya que todos deben ser idóneos para ese primer contacto.

Es muy importante que cuando un profesional no se sienta capacitado para

iniciar esta relación, no interrogue a la paciente y la derive directamente y en el momento. En algunos casos, la o el profesional será la primera o la única persona, a quien le confíe lo que ha vivido. Ese primer encuentro debe ser en lo posible en un lugar privado y debe ofrecer a la víctima un clima de confianza y afecto, sin instigarla. Tranquilizarla con respecto a los cuidados preventivos y tratamientos médicos que se irán realizando, así como acerca de los exámenes diagnósticos.

El profesional tiene que saber orientar en cuanto a la posibilidad de realizar una denuncia policial y explicar el tiempo que tiene para pensarlo.

Partimos por preguntar ¿cómo se siente?, aclarando que nuestra pregunta apunta tanto a lo emocional como a lo físico y se le ofrece las diferentes posibilidades para sostenerla en TODAS las consecuencias (trauma físico, trauma psicológico, contagio de ETS, embarazo no deseado).

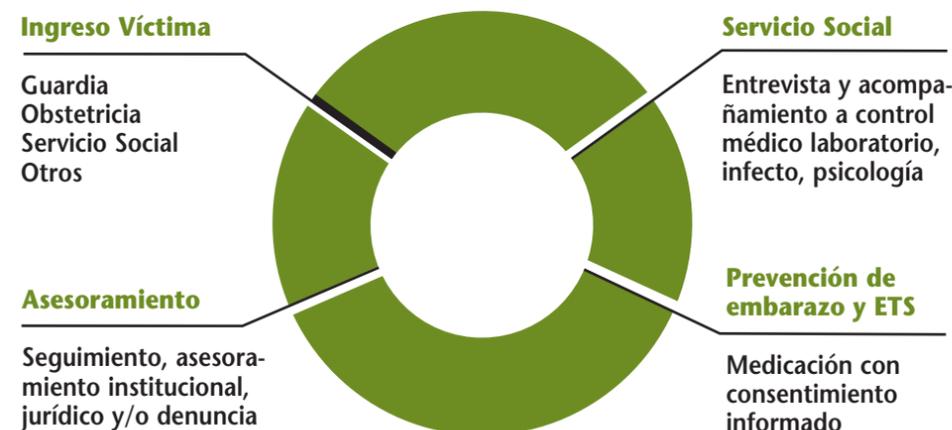
Algunas mujeres que se acercaron a una consulta médica después de haber sido violadas, experimentaron como una "segunda violación", ya sea por el tipo de preguntas, que ponen en duda la veracidad del relato, ya sea por la revisión ginecológica, que no tiene en cuenta el pudor o la intimidad de la consultante.

Por eso, es tan importante que los profesionales de la salud estén preparados para una buena receptividad de las mujeres que atraviesan una experiencia de agresión sexual.

En síntesis:

- Escuchar.
- Creer el relato de la mujer.
- Crear un ambiente de calidez.
- Aceptar sus decisiones y dudas.
- No instigar. Tranquilizar.
- Respetar sus silencios y reservas.

Flujograma de decisiones



Examen físico

Deben quedar registrados en la Historia Clínica todos los datos recogidos durante esa primera entrevista.

Para realizar el examen físico, debe primero explicársele a la paciente que es voluntario y la conveniencia de realizarlo, así como la importancia de que sea minucioso, recogiendo todos los datos, ya que, así no sea su deseo realizar la denuncia en ese momento, estos mismos datos pueden ser de mucha utilidad si más adelante desea realizarla.

Se tiene que explicar y ofrecer el consentimiento informado.

Se deben describir en forma pormenorizada todas las lesiones que presente el paciente desde la cabeza a los pies, como erosiones, excoriaciones, contusiones equimóticas, hematomas, heridas contusas o cortantes, quemaduras, fracturas, suturas, cicatrices, etc. Se consignarán signos clínicos de patologías médicas pesquisadas, como también, señalar y describir tatuajes existentes.

Se llevará a cabo la inspección de la vulva, características del vello pubiano, el clítoris, labios mayores y menores. Descripción de eventuales lesiones traumáticas en vulva, periné, horquilla vulvar, erosiones, excoriaciones, equimosis, hematomas, heridas contusas o cortantes, desgarros, etc.

Se hará la descripción del himen o sus restos, consignando su forma, las características de los bordes, eventuales lesiones traumáticas recientes, erosiones, excoriaciones, desgarros descritos según los punteros del reloj. Tener en cuenta que el himen es un órgano muy importante en el examen médico legal, debiendo describir si está intacto o si presenta lesiones antiguas cicatrizadas. Se debe considerar que en los desgarros himeneales, sus bordes no cicatrizan juntándose, sino en forma separada. Además hay que considerar el himen complaciente, cuyos bordes se distienden ampliamente y permiten el acto sexual sin dañarse, tipo que se observa con relativa frecuencia. Deberá consignarse los genitales de múltipara, que sólo poseen carúnculas mirtiformes o restos del himen.

El examen de la vagina en la mujer adulta, con vida sexual activa o múltipara, deberá realizarse mediante especuloscopia, examinando sus paredes anterior, posterior y laterales, describiendo las eventuales lesiones traumáticas (erosiones, excoriaciones, hematomas, desgarros, etc.) o su indemnidad.

Una región importante de considerar es el lago seminal que se forma en el fondo del saco posterior, donde es posible pesquisar semen hasta en los 5 a 7 días posteriores. Mediante la técnica endocervical con tinción

de Papanicolau es posible su pesquisa hasta 10 días posteriores al delito. Deberá describirse las características del cérvix. Si se dispone de colposcopio, el cuello deberá ser examinado con ese instrumento.

En este momento se deberá tomar muestra del contenido vaginal para examen microscópico directo, para pesquisar presencia de espermatozoides, gérmenes pasibles de tratamiento inmediato, tomar muestras de contenido vaginal mediante tórula estéril humedecida en suero fisiológico para ADN. También se debe tomar muestra endocervical para búsqueda de gonococo y chlamydia y muestra de flujo para otros gérmenes (tricomonas, candida y otros). Asimismo es importante, según el caso, recoger muestra para estudio de material de zona rectal y orofaríngea.

Si no es posible remitir la muestra inmediatamente, es conveniente tener acordado con el laboratorio sobre la manera más eficaz de conservación, así como sobre los medios de transporte adecuados para su cultivo posterior.

Luego, mediante palpación por tacto vagino- abdominal se considerarán las características del útero y los anexos.

Se deben tomar muestras de sangre para:

- Hemograma y Hepatograma como punto de partida para saber posibles efectos adversos de la medicación que se administrará.
 - VDRL
 - HIV (test rápido)
 - Serología para Hepatitis B (AgS y AcCore) y C
- (Estas últimas pruebas para descartar infección previa)
- SubBHCG, para descartar gestación anterior.

Profilaxis médica

Estas recomendaciones se basan en el Protocolo de acción ante víctimas de violación, Resolución 2557 de la Secretaría de Salud.

Profilaxis de ITS

- Gonorrea y Sífilis en incubación.- Ceftriaxona sódica 125 a 250 mg intramusculares.
- Chlamydia.- Azitromicina, 1g por vía oral una sola dosis o Doxiciclina, 100 mg vía oral cada 12 hs. durante 7 días.

- Tricomoniasis y Vaginosis Bacteriana.- Metronidazol, 2 g por vía oral en una sola dosis.

- Virus de Herpes Simple: No se recomienda administrar profilaxis sistemática contra virus de herpes simple; si el agresor posee una lesión genital, la víctima debe recibir profilaxis durante 10 días con Aciclovir.

Vacunas

- Se indicarán, si no presenta los esquemas completos.
- Tétanos: Suero hiperinmune y vacuna antitetánica.
- Hepatitis B: Averiguar por disponibilidad de suero hiperinmune. Vacunación antihepatitis B precoz y completar esquema indicado.

Profilaxis VIH

Preferentemente, el tratamiento debe iniciarse antes de que transcurran dos horas desde el momento del contacto. Sin embargo, esto suele ser imposible después de una agresión sexual. Se considera que la máxima eficacia de la profilaxis contra el VIH se obtiene cuando se inicia antes de que transcurran 24 horas desde el momento de la exposición.

El régimen de profilaxis de postexposición que se recomienda para una posible infección por el VIH es de 28 días. En general, los efectos secundarios de la profilaxis contra el VIH son molestos, pero no plantean una amenaza grave para la salud, especialmente la zidovudina y la lamivudina. Cuando se usa la nevirapina para esta profilaxis, se han notificado efectos adversos más importantes. Las intervenciones pueden detener la replicación viral y permitir que las defensas inmunitarias del huésped eliminen el virus.

Esquema sugerido

- AZT: 600 mg por día
- 3TC: 150 mg cada 12 horas
- Indinavir: 800 mg cada 8 horas

Efectos adversos

Náuseas, cefalea, diarrea, astenia, fatiga, exantema, alteraciones del gusto, sequedad de piel, dolor abdominal, vómitos, mareo.

Prevención de embarazo. Anticoncepción de emergencia

Nos referiremos exclusivamente a los métodos que están suficientemente experimentados y cuyos componentes farmacológicos se utilizan habitualmente para la anticoncepción habitual, regular y continua (no de emergencia) y que están debidamente autorizados por las autoridades sanitarias: el método Yuzpe, el régimen de progestágenos solos y el DIU de cobre.

Información y asesoramiento

- Tendrá una hemorragia por privación en la fecha prevista para la menstruación o bien antes.
- Si no aparece la menstruación pasados los 21 días desde la toma de la píldora postcoital, debe hacer un test de embarazo.
- Si han existido coitos sin protección anteriores al de la consulta, existe la posibilidad de que no resulte la anticoncepción de emergencia, ya que puede haber embarazo previo.
- Con respecto al DIU, el DIU de cobre puede ser colocado hasta el 5º día posterior al hecho.

Ejemplos de dosificación

FORMULACIÓN	1 DOSIS	2 DOSIS*	DOSIS ÚNICA (recomendada)
Anticonceptivos orales sólo de progestágeno 0,075 mg (75 _g) (Norgeal)	20	20	40
Anticonceptivos orales sólo de progestágeno 0,03 mg (30 _g) (Microlut)	25	25	50
Anticonceptivos orales combinados de dosis baja 0,15mg o de 0,25 mg de LNG o si no de 0,3 mg o de 0,5 mg de NG más 0,03 mg (30 _g) de EEI (Nordette, Microgynon)	4	4	8
"Dosis estándar" de AOC de 0,125 mg o de 0,25 mg de LNG, o si no de 0,5 mg de NG más 0,05 mg (50 _g) de EE (Eugynon, Microgynon, Microgynon 50, Nordette)	2	2	4
LNG 0,75mg (Inmediat, Securite)	1	1	2
LNG 1,50 mg (Segurite)			1

* La segunda dosis se debe tomar en un margen máximo de 12 horas.

EE = Etilil Estradiol
LNG = Levonorgestrel
NG = Norgestrel

Efectos adversos

- Náuseas, vómitos, cefalea, mareos, cansancio e hipersensibilidad mamaria.
- No hay efectos cardiovasculares asociados al uso de AE y no se reportaron casos de enfermedad tromboembólica.

Contraindicaciones

Las AE no deben ser usadas por una mujer con un embarazo confirmado, principalmente porque no tendría ningún efecto. Aparte del embarazo, no existe contraindicaciones médicas conocidas para el uso del AE por una sola vez.

Seguimiento

Después de estas primeras medidas se pueden ir programando las demás:

- El test VDRL (detección de sífilis) debe ser realizado 2 a 6 semanas después de la violación.
- HIV/SIDA, test diagnóstico aproximadamente a los 15 días y repetirlo a los 3 meses y los 6 meses.
- Gonorrea: la manifestación de esta infección demora 10 días. Conviene realizar un análisis 15 días después y repetirlo una semana después.
- CHLAMYDIA: la incubación puede llevar varias semanas. Los síntomas son menos notorios o molestos que los de la gonorrea.
- En 15 días se debe repetir hemograma y hepatograma para evaluar efectos indeseables del tratamiento.

Es muy importante:

- Que se lleven anotados los turnos para su seguimiento, tanto con psicóloga/o, asistente social, infectóloga/o y ginecóloga/o. Remarcamos en este punto la importancia de la derivación personalizada y no al azar, si es posible que se lleve el nombre de cada profesional y los turnos que tuvo.
- Explicar a la paciente la posibilidad de efectos adversos, cuáles son y a qué medicamentos se deben. Insistir enfáticamente en que no debe suspender ninguna medicación, sin antes consultar con alguien del equipo.
- Que la paciente sepa que todos los estudios que se realizan se hacen con su consentimiento y que puede solicitarlos cuando lo desee.
- Que la paciente se lleve anotadas claramente todas las indicaciones médicas, preguntar insistentemente si las entendió claramente. Creemos conveniente aportarle a la paciente un T.E. para que pueda comunicarse con alguien del equipo.

Lo siniestro de la cultura. Trabajando con violencia sexual.

Irene Fridman

“Allí sucedió lo que no tendría que haber pasado. Allí sucedió algo con lo que no podemos reconciliarnos. Ninguno de nosotros puede hacerlo.”
(Hanna Arendt)

Introducción

Las construcciones subjetivas diferenciales por género reproducen la diferencia jerárquica entre varones y mujeres dentro del orden simbólico. La feminidad ha estado ubicada históricamente en el lugar de objeto de deseo: “lo otro” de la cultura, encarnando el varón “lo Uno”. Esta forma de construcción de la feminidad ha naturalizado y en cierta medida legitimado formas de violencia específicas padecidas por las mujeres, que fueron desmentidas por el orden patriarcal.

Abordar la temática de la violencia sexual nos enfrenta a trabajar en relación con una de las modalidades más siniestras de violencia que han padecido las mujeres a lo largo de la historia.

La violencia sexual es un ataque que produce no solamente daño al cuerpo en su sentido biológico, sino -y este daño no es menor— a la subjetividad femenina en su conjunto, ya que en la puesta en acto, tanto de la violación como del incesto, se juegan en su máximo exponente las relaciones de poder en clave de violencia entre varones y mujeres.

En estos últimos años se está presenciando un fenómeno de visibilización⁶ de este tipo de accionar violento, que ha permitido poder adecuar mejores estrategias en los abordajes clínicos, habilitando la denuncia y el rápido tratamiento de las mujeres que han sido víctimas de violación, junto con la posibilidad también de poder trabajar sobre la

prevención en la infancia, en lo que se refiere a la intervención institucional en los casos de abuso sexual incestuoso.

Tanto el abuso sexual incestuoso como la violación guardan relaciones entre sí, ya que ambos:

1. Son crímenes de sexo.
2. Involucran todo lo relacionado con la sexualidad.
3. Los ofensores en un 90% son varones.

El trabajo clínico

Trabajar con mujeres sobrevivientes a la violencia sexual nos remite siempre a dos conceptos teóricos fundamentales, el de trauma psíquico y el de catástrofe psíquica:

“Trauma es algo que ocurre que no tiene lugar en esa lógica, algo que irrumpe y desestabiliza la conciencia de esa lógica. Es la suspensión de una lógica por la presentación de un término que les es ajeno. Se trata de un estímulo excesivo que no puede ser captado por los recursos previos. Tiene pasividad y evidencia suficiente para imponer un obstáculo al funcionamiento de la lógica en cuestión. La catástrofe es un retorno al no ser, produce desmantelamiento sin la posibilidad de armar otra lógica distinta pero equivalente en su función articuladora. De esta manera lo decisivo de la causa que desmantela es que no se retoma, esa permanencia le hace obstáculo a la recomposición traumática y a la fundación acontecimental, por eso no hay esquemas nuevos capaces de iniciar o reiniciar el juego. Hay sustracción, mutilación, devastación.” (Lewkowics, 2002)

¿Por qué aplicar estas definiciones para el trabajo con sobrevivientes de la violencia sexual? Porque a mi entender se aplican, término a término, a lo que acontece con una persona que fue víctima de una violación en el caso del trauma, y a la definición de catástrofe psíquica, en referencia a lo que se observa en las mujeres que han padecido abuso sexual incestuoso, por la presencia de la destrucción y la devastación, no sólo a nivel de daño corporal, sino también a la cadena de filiación que nos sostiene como sujetos deseantes dentro de una estructura cultural.

Ser víctima de violencia sexual con toda la característica diferencial que

esto trae —ya que es un tipo especial de violencia— es no solamente poner en jaque la representación de ser mujer, sino que asimismo patentiza el “padecimiento de ser mujer” (Fridman, 2004); expresión que alude a lo que muchas mujeres vivencian por el sólo hecho de ser mujeres, que quedan ubicadas en el lugar de sujetos pasibles de ser víctimas de violencia y esto las posiciona en un lugar de impotencia con respecto a este destino. La famosa frase de Freud “la anatomía es destino” vuelve a reaparecer resignificada como una sutil ecuación entre feminidad y ser objeto de violencia.

La representación de la feminidad para esta cultura está íntimamente relacionada con la posibilidad de ser sujeto de violencia; vivencia que atraviesa no sólo el imaginario social, sino que a la vez es instituyente e instituida, ya que modeliza la subjetividad femenina en función de determinadas formas de ser, estrategias de posicionamiento social y también mecanismos de defensa, tanto conscientes como inconscientes, que se ponen permanentemente en juego y marcan un “alerta femenino” (Fridman, 2004); vivencia que sólo puede ser equiparada a las de otros colectivos marginados.

En este sentido, no dudo en afirmar que debemos incluir la violencia sexual como una de las formas de control social y de fragilización subjetiva del colectivo femenino.

Si en la violación sexual estamos frente a un accionar que daña la integridad psicofísica, en el abuso sexual incestuoso presenciamos el asalto sexual de un padre hacia una niña, que rompe definitivamente con las dos leyes estructuradoras de nuestra cultura condensadas en la narrativa edípica: **la prohibición del incesto —ley que marca la salida de la endogamia y asegura la exogamia—** y la conservación de la diferencia generacional. Ruptura que tendrá como efecto no solamente el daño físico que la acción violenta supone, sino también, a nivel subjetivo y simbólico, la ruptura de la figura del padre como genitor; esto es, como asegurador del bienestar psicofísico de la niña.

Todos nosotros estamos constituidos por estas dos leyes, que son las que nos permiten advenir a la cultura. El abuso pone fin a la constancia de estas leyes en nuestro psiquismo, con la consecuente catástrofe psíquica que acarrea ser un sujeto atravesado por una práctica que nos pone fuera de la cultura y adquirir en algún lugar el status de lo que denomina Judith Butler “cuerpos abyectos”; término que la autora utiliza para designar a los sujetos que se constituyen por fuera del orden falologocéntrico. Podemos pensar que el cuerpo de la niña pasa a ser instrumento de un adulto que se comporta como poseedor de la Ley y

que lo ubica por fuera de la Ley, por lo tanto adquiere de alguna manera un lugar por fuera del orden cultural reinante.

Por lo anteriormente expuesto, me gustaría **denominar tanto a la violación como al abuso sexual incestuoso como “una perversión de género”, en la cual la acción que se produce escenifica el odio a la diferencia, vehiculizado en clave de erotismo.** Robert Stoller denomina a las perversiones como “la erotización del odio”; acción en la cual se conjuga la necesidad del miedo del otro, el control omnipotente, el goce que produce este tipo de accionar y el daño consecuente, unidos en un acto con características sexuales, pero donde esto último no es lo más importante, ya que aquí se utiliza la sexualidad para vehicular el odio. Es lo que Lacan denominó, en el escrito *Kant con Sade*, “la felicidad en el mal”, jugado en el cuerpo de las mujeres.

El equipo que trabaja con víctimas de violencia sexual

En el trabajo de elaboración que se realiza en los encuentros de supervisión clínica con los equipos que trabajan en el abordaje psicológico de las pacientes sobrevivientes a la violencia sexual, no solamente se profundiza en relación al abordaje diferencial caso por caso, en sí mismos, sino también al impacto subjetivo que acarrea ser depositario de relatos de alto contenido traumático y en donde la presencia de lo siniestro de la cultura se hace recurrente.

Históricamente se ha denominado “síndrome de burnout” al padecimiento que afecta a los profesionales de la salud y a toda persona que trabaja en contacto directo con otras personas en situaciones graves. Este síndrome es un conjunto de síntomas que están vinculados al desgaste físico, mental y emocional, a la despersonalización y a una pérdida del sentido del éxito personal en la tareas. El “burnout” es un término inglés que el diccionario traduce como: “quemado”, “apagado”, “fundido”. Su principal característica es un sentimiento abrumador de estar exhausto, acompañado por sentimientos de frustración, ira e indiferencia y sensación de ineficacia y fracaso laboral. Es una respuesta a estresores crónicos en el trabajo, que están siempre presentes, a diferencia de las crisis agudas.

Susana Velásquez (2003) marca que una de las diferencias fundamentales entre el síndrome de burnout y lo que acontece con los profesionales que atienden situaciones de violencia es que, en el primero, el desgaste es progresivo y se relaciona en muchos momentos, con los desgastes y las frustraciones que se producen cuando se atiende a pacientes graves. En

cambio, en el segundo, la función se ve afectada por el impacto que provoca estar en permanente contacto con relatos de hechos de naturaleza violenta y con los efectos de arrasamiento subjetivo de las víctimas.

La angustia que se produce en este trabajo tiene relación, en parte, con el reconocimiento doloroso de lo anteriormente planteado, pero también, en muchos casos, con el impacto de la proyección masiva inconsciente, hacia la figura de las terapeutas, de la hostilidad que no se ha podido jugar in situ, tanto en la violación como en el abuso, teniendo en cuenta que si la víctima hubiese puesto en juego la agresión con el fin de la defensa, hubiese puesto su vida en mayor riesgo.

Esta hostilidad es vivenciada por las terapeutas en la modalidad de rabia contra el agresor e impide la posibilidad de pensar y elaborar. El hecho de **ser mujeres trabajando con mujeres** (no es un dato menor, porque reactualiza los aspectos identificadorios de género) aumenta una modalidad de identificación en el vínculo transferencial, que colabora en la aparición de este afecto hostil, que en muchos casos no puede hacerse consciente en las pacientes que consultan, y que está relacionado con el conocimiento tanto consciente como inconsciente por parte de las mujeres, del peligro que es intentar defenderse, ya que este intento acarrea un mayor riesgo de vida que el implicado en someterse con el fin de sostener la vida.

La posibilidad de la defensa que puedan esgrimir las mujeres sometidas a este tipo de trauma está en relación directamente proporcional con la posibilidad de que el agresor se ponga más violento y que se produzca el aniquilamiento.

Esta desubjetivación instrumental, que Giorgio Agamben en su texto *Lo que queda de Auschwitz* denomina “la vergüenza del dejarse hacer”, impacta en la subjetividad del terapeuta, que es de alguna manera testigo de este posicionamiento muchas veces de manera negativa, si no encuentra alguna manera de elaboración personal.

El terapeuta en estas situaciones presta su apoyo como prótesis del yo que ha sido arrasado. Arrasamiento que tiene su origen en haber sido instrumento del juego perverso del otro y de la cosificación que la acción violenta impone.

Este tipo de transferencia que se juega genera la aparición de afectos contratransferenciales de corte omnipotentes, en donde el terapeuta puede sentirse dueño de una posibilidad de reparación mágica del daño padecido, lo que despertaría una vivencia de hipervalorización narcisista, como así también la sensación de desilusión e impotencia cuando no se

consigue todo lo que se quiere reparar mágicamente, ya que estamos frente a traumas mayores.

¿Cómo se observa esto? Muchas veces aparecen en este tipo de trabajo, afectos angustiosos y sensación de desesperación por no poder operar sobre las situaciones planteadas por las pacientes; violencia contra las otras figuras parentales, por no haber cuidado adecuadamente a la paciente; furor curandis; una sensación de omnipotencia evidenciada en “*desde el equipo podremos hacer todo para que esta situación termine*”; o de impotencia: “*la verdad es que no podemos hacer nada, no tenemos medios, el daño ya está hecho, ¿por qué me meto en esto?*”, etc.

Afectos de desesperación, asco y odio, que muchas veces aparecen cuando se escuchan los relatos, son las manifestaciones más arcaicas que se despiertan en el psiquismo de las terapeutas como afectos contratransferenciales de lo que no pudo ser vivenciado por las pacientes. Estos afectos deben ser devueltos elaborados y simbolizados, ya que ello permitiría poder poner en palabras lo siniestro, que no ha podido ser resignificado por efecto traumático y que vuelve en las marcas de los síntomas que presentan las mujeres.

No debemos olvidarnos que el asco es la sensación de repulsa ante un accionar sexualizado que se opone a nuestro deseo, como así también que nos enfrenta con la posibilidad de la muerte. Es una reacción corporal y psíquica, que oficia como intento de restauración de lo que se ha intentado arrasar, la integridad corporal tanto en su vertiente sexual como vital. (Fridman, 2003)

Diana Kordon, Lucila Edelman y Darío Lagos en su libro *La impunidad* describen qué ocurre en el equipo que trabaja con las víctimas del terrorismo de Estado, y me parece importante transcribirlo por la equiparación que encuentro entre este fenómeno y el que nos ocupa. Dicen:

“el lugar transferencial asignado tiende a producir efectos contratransferenciales intensos. Las demandas idealizadas tienden a reforzar en los terapeutas sus propias fantasías omnipotentes de reparación absoluta, de ser padres salvadores omnipotentes y de cubrir todas las faltas. Estos sentimientos contratransferenciales muchas veces cuando no son elaborados llevan a realizar enormes esfuerzos, sobrecargas intensas que se compensan con la gratificación narcisista dada por el reconocimiento otorgado. Pero a la vez son fuentes de nuevas demandas. Aparecen polarizaciones de ideas con fuerte compromiso emocional, confusión, sensaciones displacenteras de intensa

incomodidad y abroquelamientos narcisistas. Para esto es necesario ubicar funciones que actúen como un tercero discriminador.”

Es importante remarcar que el trabajo en estos equipos tiene que estar sustentado por una profunda convicción teórica homogeneizante, compartiendo un anclaje teórico coherente respecto de las relaciones entre la violencia, el poder y los colectivos subordinados. Este aspecto no puede quedar soslayado porque en función de esa comprensión teórica es que se adecuarán los abordajes clínicos. Coherencia que no debe impedir ni hacer obstáculo epistemológico cuando se trabaja caso por caso.

Históricamente las mujeres hemos sido cuerpo sin palabra, cuerpo para parir, cuerpo para criar y cuerpo depositario de violencia, por lo tanto objeto del deseo del otro, cualquiera sea el deseo del que se trate, inclusive el deseo de daño.

Cuando se está trabajando con este tipo de padecimiento, lo que se juega en el equipo es la necesidad de dar palabras a los efectos de la desmentida y de lo siniestro, jugado en el cuerpo de las mujeres.

Los equipos que se dedican a este tipo de trabajo confrontan día a día este tipo de sin razón y por proyección masiva e identificación masiva mueven afectos primarios que tienen relación con el intento de restablecer la Ley, ahí donde se la ha transgredido impunemente.

El trabajo terapéutico busca poder reelaborar los aspectos de lo siniestro sin palabras, allí donde se operó la desmantelación subjetiva, y también, significa poder aceptar la convivencia de la posibilidad de elaboración con lo penoso de la permanencia del trauma; aquello que Primo Levi denominó el “siempre presente”.

Dolor psíquico que el equipo tiene que elaborar, poco a poco, en su trabajo grupal, no solamente desde las supervisiones clínicas, sino también desde el trabajo que permita resignificar en cada una de las integrantes de los equipos psicológicos lo que esta presencia permanente de lo siniestro moviliza de los aspectos personales.

Notas

6. La visibilización implica una operación de desnaturalizar lo que históricamente se ha naturalizado. En este sentido, el trabajo con la violencia en contra de las mujeres ha permitido que salieran a la luz situaciones en las cuales la condición de sujeto subordinado de la mujer impedían que ésta denunciase las prácticas de violencia, como así también, que el tema tomara lugar en la agenda pública.

8. Una paciente comentaba después de la violación de la cual había quedado embarazada que no había otra salida que tenerlo y “que se lo tenía que bancar” sin haber podido pedir ayuda en el momento de la violación y sin poder tampoco pensar salidas alternativas para ese embarazo. Pensemos que es lo que sienten los miembros pertenecientes a la raza negra en los países con intenso racismo y que por el sólo hecho de su color son significados como peligrosos o son violentados en mayor medida que las personas pertenecientes a grupos hegemónicos.

9. Judith Butler hace especial hincapié en que la noción de abyección alude a la noción de lo abyecto, como lo que no puede entrar dentro del campo de lo social sin amenazar de alguna manera la disolución del sujeto por tener que incorporar lo escindido y que de llevarlo a cabo, lo psicotizaría.

Bibliografía

Butler, Judith, *Cuerpos que importan*, Paidós, Buenos Aires 2002.

Butler, Judith, *El género en disputa*, Ed. Paidós, México, 2001.

Edelman, Lucila, Kordon, Diana y Lagos Darío, *La impunidad. Una perspectiva psicosocial y clínica*, Ed. Sudamericana, Buenos Aires, 1995.

Fridman, Irene, “La búsqueda del padre. El dilema de la masculinidad”, en: *Psicoanálisis y Género*, Meler, I. y Tajer, D., Buenos Aires, Lugar, 2000.

Fridman Irene, “El lado oscuro de la paternidad”, en: *El malestar en la diversidad*, Ana Maria Daskal (comp.) Chile, Isis Internacional, 2000.

Fridman Irene, *Conferencia: Incesto: Efecto subjetivo en mujeres adultas*. Universidad Nacional Autónoma de México. Mayo 2005.

Fridman, Irene, *Conferencia Incesto: Violencia de la desmentida*. Universidad Autónoma Metropolitana, mayo 2005.

Fridman Irene, *Conferencia: “Desde la trinchera” Trabajando con violencia sexual*, Foro de Psicoanálisis y Género. 2004

Lacan, Jaques, *Escritos 2. Kant con Sade*, Ed. Siglo XXI, México, 1985.

Lewcowicz, Ignacio, *Conferencia “Clínica Psicoanalítica ante las catástrofes sociales”*, Buenos Aires, 2002.

Stoller, Robert, *Dolor y pasión*, Ed. Manantial, Argentina, 1993.

Velásquez, Susana, *Violencias cotidianas, violencias de género*, Ed. Paidós, Buenos Aires, 2003

II. RELATOS DE EXPERIENCIAS

Crónica de la conformación del equipo de atención a víctimas de violaciones, Hospital Pirovano

Graciela Scagliotti

A fines del año 2004, con motivo de una iniciativa de la Dra. Diana Galimberti, surge la posibilidad de contactarnos con el equipo de atención a víctimas de violaciones del Hospital Álvarez, que es centro de referencia, junto con el Hospital Muñiz. La idea concreta era la creación de un equipo interdisciplinario en nuestro hospital, para acompañar esta tarea en otro punto de la ciudad. A partir de entonces, tras una serie de encuentros, se instala la necesidad de conocer, en base a una encuesta anónima recabada entre el personal de la guardia, acerca de lo que se sabía y la opinión que se tenía con respecto a estos temas. La encuesta fue realizada por el equipo de CECYM a los profesionales de la guardia general y a los profesionales de otros servicios.

Más tarde surge la necesidad de capacitación e información. A medida que los encuentros se iban sucediendo, nos dimos cuenta de la relevancia del tema y de lo anárquico de nuestros procedimientos hasta el momento. No había consensos, no se contaba con la medicación necesaria, la obtención de análisis de laboratorio era una odisea. No se conocían las sub-áreas de atención de la Mujer del GCBA. En definitiva, calificar de anárquicos nuestros procedimientos es demasiado benévolo.

Es así como fortalecimos el vínculo con las profesionales de CECYM y organizamos el primer curso de capacitación de atención a las víctimas de delitos contra la integridad sexual en el mes de marzo de 2005, en el

aula central del Hospital Pirovano. Participaron como disertantes, profesionales de este hospital e invitados del Hospital Álvarez, como así también la Dra. Galimberti y la Dra Carmen Storani y asimismo integrantes de CECYM y de la Oficina de Atención a las Víctimas del Delito. Los concurrentes al curso superaron las expectativas. Entre los participantes, asistieron varios Jefes de Departamento. Se otorgaron certificados de asistencia a más de cuarenta personas. Las especialidades de los asistentes eran variadas: trabajadoras sociales, psicólogas, tocoginecólogos, clínicos, pediatras, jóvenes rotantes de diversas universidades, muy entusiastas y comprometidos. Poco a poco vislumbramos que la formación de un equipo de trabajo interdisciplinario era imperativa e impostergable. ¡Había tantas cosas que desconocíamos! Por otro lado, recibimos el auspicio de la Asociación de Profesionales del Hospital y del CODEI (Comité de docencia e investigación). Este curso fue el disparador de muchas inquietudes. Se acercaron varios compañeros con el propósito de integrar el equipo. Y surgió la demanda de nuevos talleres, que fueron coordinados por integrantes de CECYM, talleres para las trabajadoras sociales y para los Centros de Salud Comunitaria (CESAC) del Área programática del hospital. Pasados unos meses de trámites burocráticos, logramos una muy buena receptividad de las autoridades del hospital, quienes nos alientan permanentemente en continuar la tarea.

De a poco se fueron incorporando otros profesionales comprometidos, por ejemplo una psicóloga y una infectóloga. Me detengo a reflexionar que **todas** somos mujeres: ¿será porque somos capaces de ponernos en el lugar de otras congéneres vulneradas y humilladas? ¿Los varones prefieren delegarnos este compromiso de estar cara a cara con quienes han sido dramáticamente traumatizadas? Las preguntas nos conducen a pensar en el valor de la solidaridad de género. Hay que tener coraje y decisión para decidirse a ayudar a las víctimas de violaciones.

¿Quiénes somos?

El equipo está integrado por las Trabajadoras Sociales Silvia Cura, Adela Ibarrondo y Susana Mobilia; la Licenciada en Psicología Josefina Dupuy; las Médicas Tocoginecológicas María Laura Díaz y Graciela Scagliotti y la Médica Infectóloga Carlota López.

Nos estamos reuniendo orgánicamente cada quince días. Llevamos un registro de cada reunión. Principalmente lo hacemos para fortalecernos y conocernos. Se ha dado una particular afinidad entre quienes decidimos

encarar esta tarea. Todas tenemos un gran entusiasmo y prima el espíritu solidario entre nosotras y con quienes han sido o puedan ser víctimas de delitos de violación. Nos ayudamos con abrazos, como si fuera necesario un lazo continuo de saber que contamos con nosotras mismas para afrontar una tarea compleja: la de ayudar, escuchar y acompañar el dolor de quienes acuden devastadas.

¿Qué hicimos hasta ahora?

- En primer lugar, recabamos la disponibilidad de contar con los insumos, tanto de laboratorio como de los tratamientos médicos necesarios, para cumplir con el protocolo de atención a las víctimas.
- Creamos un **flujograma de atención y derivación** (*Ver capítulo: Cuidados médicos*).
- Buscamos un lugar físico donde conservar al menos dos tratamientos completos para resolver la emergencia durante las 24 horas del día y todos los días. Conseguimos la buena disposición de las instrumentadoras que atienden el Centro Obstétrico. Como es un espacio medianamente restringido al acceso del personal en general, pero a la vez disponible y custodiado las 24 horas, tenemos la tranquilidad de que no se va a “extraviar” ningún insumo.
- Difundimos el Protocolo de acción ante víctimas de violación, emanado de la Resolución 2.557 de la Secretaría de Salud (Boletín Oficial N° 1566 de la CABA).
- Consensuamos con el equipo y nuestras capacitadoras un folleto informativo, amigable y desdramatizado para ser difundido, en primer lugar, intramuros. Se logró la autorización del Consejo Asesor Técnico- Administrativo (CATA) del hospital, para difundir el folleto explicativo, con datos fundamentales para el conocimiento de los agentes de salud dentro del hospital. La recepción del folleto ha sido inmejorable. Nos han agradecido por la información y felicitado por sus bondades visuales. Actualmente estamos culminando la difusión fuera del Hospital, en Fiscalías y Comisarías, como así también en el sector de Atención Primaria de la Salud del área programática y a las organizaciones sociales representativas.

¿Qué tenemos por delante?

Sabemos que hay muchas batallas por librar. Existen prejuicios muy fuertes, que pueden revictimizar a quien llega a buscar ayuda y comprensión por parte del equipo de salud. La violación no es una cuestión meramente médico-social o de género. Es también cultural e ideológica. Hay barreras para sortear, puertas por golpear, entusiasmo que contagiar. Y sobre todo, mujeres que hay que acompañar. Mujeres que sufren, que tienen dudas, que se sienten solas. Sienten que nadie las podría comprender. Y a esas miradas dolientes, se les puede devolver una mirada de apoyo, de ayuda, de comprensión. Un abrazo de afecto, donde recuperen la dignidad, la seguridad en sí mismas. El sólo hecho de llegar hasta un centro de salud implica toda una trayectoria, llena de dolor y de desamparo. Es imprescindible que este primer contacto sea positivo, cálido y continente. Luego de recibir a las víctimas de violación, nuestro accionar debe ser tal, que la persona vuelva a su medio social con los tratamientos, la información y otros cuidados personalísimos. El equipo de atención a su vez debe sentir que hizo y acompañó a esa víctima lo mejor posible. El saber que la persona recurre en un estado de mucha angustia y dolor, pero se va a casa contenida y aliviada, citada para las próximas entrevistas, y permanentemente acompañada en sus propias decisiones, deja al equipo con la impresión de que no fue en vano su accionar. Así retroalimentamos el sentido de la tarea.

Atención a víctimas de violaciones, Hospital Álvarez

Susana Larcamón

Mi primer contacto con este tema se produjo hace unos años cuando me enfrenté a la dolorosa situación por la que atravesó una amiga de mi hija, por entonces de 19 años, violada en la calle por un agresor desconocido, que la mantuvo amenazada con un arma en la cabeza, por un tiempo que para ella fue una eternidad. En aquel momento en que la familia me convoca, por ser psicóloga y por mi cercanía con ellos, pude comprobar personalmente la falta de recursos. Nadie sabía qué hacer, adónde ir y era muy difícil contener la angustia de la familia y de ella misma, que estaba como perdida y despersonalizada. Ahí me di cuenta de que el vacío era enorme...

En el año 2000, comencé a trabajar "ad honorem" en el Hospital Álvarez, en el Servicio de Obstetricia, con otras temáticas que se presentaban en la Maternidad. En varias ocasiones, tuve oportunidad de entrevistar a mujeres que habían sido violadas, algunas hacía poco tiempo; otras, en la infancia o adolescencia y me fueron transmitiendo sus miedos, sus necesidades, sus deseos.

En el año 2002, conocí a través de la Dra. Galimberti, al Dr. Jefferson Drezet y al Dr. Aníbal Faundes, quienes trabajan en esta problemática en Brasil. Surgió entonces la posibilidad de generar un lugar específico para la atención integral de mujeres violentadas sexualmente, ya que si bien es un tema de salud pública de la más alta prioridad, hasta ese momento no existía un ámbito específico de intervención. Ese año escribí un proyecto para implementar en un hospital público, un "Modelo de atención integral para mujeres víctimas de violación".

Este proyecto fue distinguido con la Beca Carrillo Oñativia, del Ministerio de Salud Pública de la Nación, lo que me permitió sistematizar el trabajo que informalmente ya hacía en el Hospital Álvarez, conceptualizar aspectos de la experiencia y evaluar los resultados.

Desde el año 2004 y hasta la fecha, la Secretaría de Desarrollo Social, a través de la Dirección de la Mujer, me contrató para desempeñarme en el Hospital Álvarez en la Atención a Víctimas de Violación.

A partir de la creación de un Programa de Atención a Víctimas de Delitos contra la Integridad Sexual, que compromete tanto a la Secretaría de Salud como a la Secretaría de Desarrollo Social, los Hospital Álvarez y Muñiz se convirtieron en Centros de referencia para la atención de estos casos.

La Dirección del Hospital Álvarez siempre impulsó las propuestas y actuó como facilitador de todas las iniciativas. Una de ellas fue la confección del Protocolo de Acción ante Víctimas de Violación,³ validado por distintas sociedades científicas, que en este momento es de aplicación obligatoria en todos los hospitales públicos del ámbito de la ciudad.

Como parte del trabajo, y porque no existía en el hospital un registro de los casos, sistematizamos una planilla de registro, que es la que utilizamos hasta hoy.

Estos pasos previos permitieron que en el Hospital Álvarez se conformara un equipo interdisciplinario de atención, que actualmente está integrado por seis personas: dos médicos, una asistente social y tres psicólogas. Lamentablemente, dos de las psicólogas trabajan "ad honorem", lo que manifiesta un enorme compromiso de las profesionales, pero hace peligrar la sustentabilidad del proyecto.

Trabajamos también con el Servicio de Infectología, con los médicos obstetras de la Guardia de Obstetricia y con las Psicólogas de la Guardia General, que reciben a las mujeres en la situación de urgencia, cuando las mujeres consultan fuera del horario de atención del equipo, y ellos las derivan al equipo para su seguimiento.

Cuando pensábamos en el modelo de trabajo partimos de una pregunta: ¿qué necesita una mujer violada? Requiere distintas respuestas que consideren todos los aspectos involucrados: médico, psicológico, legal, social e interinstitucional. En el servicio brindamos tanto atención ginecológica, como medicación antirretroviral, para evitar el contagio de HIV y de otras enfermedades de transmisión sexual. También, cuando llegan en el tiempo oportuno, podemos facilitarles anticoncepción de emergencia para evitar el embarazo producto de la violación. Nuestra asistencia incluye entrevistas psicológicas en la contención de la urgencia y en el seguimiento que acompaña a la medicación.

Pasada la situación de la urgencia y cuando las mujeres requieren continuidad en un tratamiento psicológico realizamos derivaciones dentro del hospital o a través del Centro Isabel Calvo o de otros centros

dependientes de la Dirección de la Mujer y de otros hospitales que trabajan con la misma temática.

Las mujeres a través de un consentimiento informado acuerdan con el tratamiento que seguirán y convalidan nuestros requerimientos éticos.

Sabemos que el tema de la violencia sexual es un tema que no es fácil de incluir; sus consecuencias recién ahora se están percibiendo como temas de salud y los profesionales no tienen respuestas espontáneas desde su propia formación. Por eso convalidamos un equipo interdisciplinario y que los profesionales involucrados cuenten con formación en temas de género para la atención de las víctimas de delitos sexuales.

Sin embargo, no podemos decir que haya una única manera de atender a mujeres que sufran violaciones, dado que cada situación es singular. Imponer un modelo de atención conlleva el riesgo de revictimizar a las mujeres. Si bien para todas las mujeres es fundamental el aspecto médico y recibir la medicación profiláctica y la anticoncepción de emergencia para evitar un embarazo no deseado; otras mujeres priorizan entrevistas psicológicas para hablar de lo ocurrido y procesarlo; para otras, en cambio, es más importante el tema de la denuncia del hecho. Otras sólo quieren retomar a su vida familiar y laboral o encontrar otro lugar en donde vivir, si el violador compartía su casa... Lo que quiero remarcar con esto, es que hay tantas respuestas como mujeres.

Por eso fue necesario desde un primer momento ir tejiendo redes personales con otras instituciones que se ocuparan de estos problemas. Nos contactamos con **Cecym (Centro de Encuentros Cultura y Mujer)** quienes nos sostuvieron tanto desde la perspectiva teórica y el material bibliográfico que nos facilitaron, como en la sistematización de talleres y cursos para el personal de la Guardia General y de otros servicios. Comenzamos así con la capacitación para el personal de planta, pero comprobamos que es fundamental que los profesionales estén genuinamente comprometidos con el tema.

También establecimos otras redes: con la **Oficina de Asistencia a la Víctima del Delito de la Procuración Nacional** y con dos colegas de la **Dirección de la Mujer**, que atienden la temática, conformamos un grupo de trabajo. Desde hace dos años nos encontramos quincenalmente y supervisamos nuestro trabajo con la coordinación de Irene Fridman. De esta manera tratamos de sostenernos mutuamente en esta temática que implica tanto compromiso emocional.

No fue sencillo en ese momento implementar el modelo de atención en el ámbito público, pero era una condición necesaria. Que esta iniciativa se concretara en un hospital público tenía también una motivación

ideológica. Los servicios brindados a las mujeres debían ser gratuitos y procurados por el Estado. Esto permitía reubicar a estas mujeres en su rol de víctimas y simbólicamente intentaba reparar el daño que esta misma sociedad les había causado.

Cuando comenzamos a atender, de numerosas comisarías del conurbano bonaerense, nos derivaban pacientes para su atención y seguimiento.

En un inicio, la demanda era más inespecífica ya que cuando escuchaban que atendíamos situaciones de violación, empezaron a llegar mujeres que habían sufrido violaciones hacía diez o veinte años. Como entendíamos el costo emocional que implicaba para esa mujer realizar la consulta, la atendíamos igual, aunque no estuviera encuadrada en la especificidad del programa.

También se acercaban en igual proporción víctimas de abuso sexual y de violación de antigua o reciente data. Los abusos sexuales intrafamiliares requieren otra especificidad y al producirse en una etapa más temprana de la vida y por alguien de la familia (o cercano a ella) tienen consecuencias más graves.

En el último tiempo, los casos que llegan son violaciones en la situación de urgencia que son justamente las destinatarias prioritarias del programa.

Las mayores dificultades que tuvimos que enfrentar fueron las resistencias que la propia temática despierta y las cuestiones ideológicas, éticas y de perspectiva de género que los mismos casos plantean.

Muchas de estas mujeres habían silenciado lo ocurrido. La cultura del silencio siempre se impuso sobre estos temas; sin embargo pudimos comprobar desde la clínica que las mujeres NECESITAN hablar de lo que les ocurrió y si alguien las escucha, hablan.

Muchas veces las mujeres se silencian por efecto de la situación traumática, como un intento de negar el suceso, pero en otras, callan por temor a sufrir descreimiento o incredulidad. A veces este temor impide que realicen la denuncia o que acudan a los hospitales en busca de ayuda.

Si la actitud de la persona que la recibe refleja desconfianza o cierta culpabilización, esto refuerza la sensación de soledad y de desamparo y le dificulta a ella misma relacionarse de otra forma con el suceso vivido.

Los profesionales que asistan a las mujeres deben sostener una perspectiva de género y comprender que la violación no es un hecho aislado, sino una forma más de violencia hacia la mujer.

Es muy importante que la mujer no se sienta revictimizada en el hospital, sino que se encuentre con profesionales que la acompañen lo más cercanamente posible en una situación de tanto impacto emocional. Es

importante que los profesionales no se dejen llevar por una tendencia frecuente de “la búsqueda de la verdad”, sometiendo a las mujeres a preguntas irrelevantes para el encuadre médico, confundiendo los parámetros de su rol de asistencia.

Si bien podemos decir que una agresión sexual tiene un impacto afectivo enorme, las consecuencias no son las mismas en todas las mujeres. Dependerá de sus propios recursos internos, de su historia y también de la respuesta que reciba del entorno. No todas las mujeres se sienten tan devastadas. Es más, en algunos casos, hemos podido comprobar que aparecen recursos insospechados, de autocuidado dentro de la situación. También miradas de profunda sabiduría. Una paciente, nos contó que mientras estaba en la situación de violación, en la mezcla de sentimientos de temor, miedo, rabia que sentía, también sintió cierta compasión por el agresor, pensaba: “Tal vez vos me mates, pero a vos nadie te dijo que hace rato estás muerto”.

En relación a los profesionales de la salud nos vemos doblemente afectados: los temas de violencia nos convocan para que resolvamos temas para los que se carece de respuestas unívocas, nos cuestiona en nuestros saberes y en nuestras prácticas y por otro lado, la misma temática despierta fantasías y temores. Algunos profesionales manifiestan sus resistencias y dificultades. Se cuele la propia historia e irrumpe la sexualidad. Aparecen muchas emociones que la misma situación despierta y en las propias prácticas se muestran los prejuicios y las ideologías. Por eso hasta la misma atención resulta atravesada por diversos factores; también se estructura en relaciones sociales y de poder, que remiten a cuestiones morales e ideológicas.

Parte del prejuicio instalado en la sociedad es que estos hechos sólo le ocurren a cierto tipo de mujeres, de determinados sectores sociales y en circunstancias y escenarios que hacen pensar en la actitud provocadora de la víctima. Este pensamiento puede operar muchas veces en la práctica médica, en general es defensivo y refleja las relaciones de poder implícitas en la relación entre los sexos.

Visualizar estos temas, como parte de una política más amplia, permitiría no sólo trabajar en lo asistencial, sino también en la prevención de la violencia y en la desnaturalización de la misma, junto con el compromiso para la promoción de políticas públicas activas contra la violencia hacia las mujeres.

Notas

1. Integrado actualmente por la Dirección General de la Mujer (Servicio Telefónico y Centro Isabel Calvo), dependientes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, el Hospital Álvarez, el Hospital Muñiz, el Hospital Pirovano, la Oficina de Atención Integral a Víctimas de Delitos, el Colegio de Abogados de la Ciudad de Buenos Aires y los Centros de Salud 23 y 24 del Hospital Durand.

3 El protocolo fue elaborado por el equipo del Hospital Álvarez, integrado por la Dra Galimberti, el Dr. Guz y la Lic. Larcamón y el asesoramiento socio-jurídico del Centro de Encuentros Cultura y Mujer (Ver Documentos en Anexo) y toma en cuenta las recomendaciones realizadas en el taller “Violencia basada en género y violencia sexual”, que tuvo lugar en el marco de las XXI Jornadas de Ginecología y Obstetricia, Buenos Aires, mayo 2003.

PARTE III

Protocolo de acción ante víctimas de violación

RESOLUCIÓN N° 2.557

APRUÉBANSE EN UN TEXTO ÚNICO Y ORDENADO LAS MODIFICACIONES DE LAS RESOLUCIONES N° 983/SS/03 Y N° 2.111/SS/03

Publicada en el Boletín Oficial de la Ciudad de Buenos Aires, N° 1863, del 22 de enero de 2004.

Buenos Aires, 16 de diciembre de 2003.

Visto la Nota N° 1.065/HGATA/03, y

CONSIDERANDO:

Que por Resolución N° 983/SS/03, de fecha 16 de mayo de 2003, se estableció al Hospital General de Agudos "Teodoro Álvarez" como Centro de Derivación para el Tratamiento de Mujeres Víctimas de Violencia Sexual en mérito a lo establecido por la Resolución N° 408/SSPMA/86;

Que asimismo, en la citada Resolución se aprobó el "Protocolo de Acción ante una Mujer Víctima de Agresión Sexual";

Que por Resolución N° 2.111/SS/03, de fecha 16 de octubre de 2003, se modificó parcialmente el antecitado acto resolutivo, dejándose establecido la sustitución del aludido Protocolo por el "Protocolo de Acción ante Víctimas de Violación", omitiéndose modificar la denominación de "Centro de Derivación para el Tratamiento de Mujeres Víctimas de Violencia Sexual" por el de "Centro Coordinación y Eventual Derivación para el Tratamiento de Mujeres Víctimas de Violencia Sexual";

Que por todo lo expuesto, resultaría procedente aprobar un texto único y ordenado de las Resoluciones Nros. 983/SS/03, de fecha 16 de mayo de 2003, y 2.111/SS/03, de fecha 16 de octubre de 2003,

en cuanto a las modificaciones que deben establecerse en dichos actos administrativos;

Que asimismo, debe ordenarse la publicación de la presente en el Boletín Oficial de la Ciudad de Buenos Aires;

Por ello, y de acuerdo con las facultades legales que le son propias,

EL SECRETARIO DE SALUD RESUELVE:

Artículo 1° - Modifícanse parcialmente los términos del artículo 1° de la Resolución N° 983/SS/03, de fecha 16 de mayo de 2003, el que en lo sucesivo quedará redactado de la siguiente manera:

Artículo 1° - Establécese al Hospital General de Agudos "Teodoro Álvarez" como Centro de Coordinación y Eventual Derivación - para el Tratamiento de Mujeres Víctimas de Violencia Sexual", en mérito a lo establecido por Resolución N° 408/SSPMA/86.

Artículo 2° - Apruébanse en un Texto Único y Ordenado, las modificaciones introducidas en las Resoluciones Nros. 983/SS/03, de fecha 16 de mayo de 2003 y 2.111/SS/03, de fecha 16 de octubre de 2003, el que se acompaña como Anexo y que a todos sus efectos forma parte integrante de la presente.

Artículo 3° - Regístrese, publíquese en el Boletín Oficial de la Ciudad de Buenos Aires, para su conocimiento y demás efectos remítase a la Dirección General de Atención Integral de la Salud. Cumplido, gírese a la Secretaría de Desarrollo Social. Por separado, cúrese copia de la presente al Centro de Documentación en Salud, dependiente de la Dirección General de Sistemas de Información en Salud. Stern

ANEXO Texto Ordenado

Resoluciones Nros. 983/SS/03, de fecha 16 de mayo de 2003 y 2.111/SS/03, de fecha 16 de octubre de 2003.

Artículo 1° - Establécese al Hospital General de Agudos "Teodoro Álvarez" como Centro de Coordinación y Eventual Derivación para el Tratamiento de Mujeres Víctimas de Violencia Sexual", en mérito a lo establecido por Resolución N° 408/SSPMA/86.

Artículo 2° - Apruébase el "Protocolo de Acción ante Víctimas de Violación", el que como Anexo forma parte integrante de la presente.

Artículo 3° - Encomiéndase a la Subsecretaría de Servicios de Salud, la más amplia difusión del Protocolo aprobado en el artículo precedente.

Artículo 4° - Encomiéndase a la Subsecretaría de Servicios de Salud la creación de Grupos de Trabajo de atención a mujeres víctimas de violación, en los distintos establecimientos asistenciales dependientes de esta Secretaría.

ANEXO

Protocolo de acción ante víctimas de violación

**Hospital Álvarez- Servicio de Obstetricia
Dra. Diana Galimberti, Dr. Marcelo Guz
Lic. Susana Larcamon. Aspectos sociales y jurídicos: Centro de Encuentros Cultura y Mujer**

El presente protocolo define el procedimiento a seguir ante una mujer que ha sufrido una violación y acude a un servicio de salud.

El protocolo completo es aplicable en las consultas que se realizan en forma inmediata, ya que la anticoncepción de emergencia y la prevención de VIH-SIDA pierden efectividad transcurridas 72 y 24 horas respectivamente.

Dado que es una problemática que no siempre a las mujeres les resulta fácil expresar, la actitud de los profesionales debe ser atenta, creer en su relato, aceptar las decisiones y dudas así como respetar sus silencios y reservas. En cada caso las necesidades pueden ser diferentes, por lo tanto, los integrantes del Equipo de Salud podrán responder a la demanda o deberán derivar para apoyar a la consultante, fortalecerla, evaluar riesgos, orientarla o derivarla a otros servicios. Es muy importante que la persona se sienta acogida desde que ingresa, ya sea al servicio de urgencia o a otro servicio.

Flujo de atención

Las mujeres que sufrieron violaciones podrán acceder al sistema de salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires a través de sus efectores (Hospitales y Centros de Salud).

Dicho acceso podrá ser por los consultorios externos de los diferentes servicios en los horarios habituales de atención (Ginecología, Salud

Mental, Clínica, Traumatología, etc.) o a través de las Unidades de Guardia, durante las 24 horas.

- En caso de que la víctima ingrese por la guardia general del hospital, la misma seguramente va a ser recibida por el médico de guardia o en ocasiones por una enfermera. Lo ideal sería que los mismos al tomar conocimiento de la situación de inmediato pongan en contacto a la persona con la psicóloga de guardia —si se cuenta con ese profesional— quien le hará la Contención Inicial si es que la paciente la necesita.
- En caso de no contar con ese recurso se procederá a efectuar la derivación adecuada al Servicio de Salud Mental.

Los servicios asistenciales deberán diseñar un flujograma de acuerdo con su estructura.

A modo de sugerencia:

- Si entra por el servicio de guardia será inmediatamente derivada al tocoginecólogo de guardia que será el encargado de la aplicación del protocolo con la complementación de laboratorio e infectología y acompañamiento psicológico.
- Si entra por consultorio externo de servicio de ginecología y obstetricia será este equipo, en lo posible interdisciplinario — médica/o, psicóloga/o, asistente social, enfermera— quien aplique el protocolo con la complementación de laboratorio e infectología.
- Si entra por cualquier otro consultorio externo será derivada al servicio de ginecología y obstetricia, cuyo equipo interdisciplinario tendrá a su cargo la atención con la complementación de laboratorio e infectología.

Es importante que:

- El protocolo y los insumos necesarios estén disponibles en todos los servicios que puedan atender a personas que sufrieron violaciones.
- Que se destine un espacio físico adecuado para preservar la privacidad.
- Se registren cuidadosamente los datos a fin de disponer de una información que permita seguimiento y evaluaciones y eventualmente estudios comparativos.

- Que quien atienda a una víctima de violación le informe acerca de la posibilidad de una derivación a un equipo especializado, dentro de la misma institución, si lo hubiera, o de otra institución y le informe de sus derechos legales.
- En los casos en que la persona no hizo denuncia, se le informe que la atención médica que va a recibir no está relacionada con la conservación de las pruebas.
- Se le informe a la víctima de los procedimientos médicos que serán aplicados y se le solicite el consentimiento informado en los casos en que se requiera.
- En el caso que la víctima sea una mujer y se niegue a ser atendida por un profesional varón, se facilite la atención por parte de una profesional mujer.

Examen médico

El examen médico debe identificar todas las lesiones, signos clínicos y evaluar sobre posibles derivaciones. Debe realizarse el examen ginecológico (genitales internos y externos), y tomar las muestras para laboratorio para diagnosticar posibles ETS y VIH -SIDA.

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

Efectuar frotis, conservar material en tubos estériles secos, con solución fisiológica y en medios de transporte apropiado para aerobios, anaerobios chlamydia, etc., si se dispusiera de ellos.

Tomar muestras de sangre para serología de sífilis, HIV, hepatitis B y chlamydia trachomatis.

Puede ser de utilidad conservar una muestra de sangre en el freezer para eventuales pruebas futuras.

Laboratorio

- Neisseria gonorrea: puede detectarse en endocervix, en recto y faringe. Se requiere un segundo cultivo confirmatorio ante uno primero positivo.
- Chlamydia Trachomatis: Es la ETS hallada con más frecuencia en las VAS. Se la encuentra en el conducto endocervical.

- Tricomonas vaginalis: Se las encuentra en el contenido vaginal.
- Treponema Pallium: Se realizará microscopía directa en campo oscuro de la lesión primaria (sí la hubiera). Fta. Abs a los 7 días, VDRL a la 6ª semana. Es de importancia realizar una prueba de laboratorio precoz para el diagnóstico de una infección previa a la agresión.
- HPV : Es de incubación prolongada, 3 a 6 meses y, en ocasiones, años. El diagnóstico por lo tanto si es precoz no deberá ser relacionado con la agresión.
- Herpes Simple: La variedad HSV1 se asocia a niños, la variedad HSV2 se relaciona con transmisión sexual en adultos. Los estudios diagnósticos para esta patología son de difícil implementación, por lo que queda a juicio de cada profesional su realización.
- Hepatitis B: Es una ETS 100 veces más contagiosa que el HIV. Claramente relacionada con la transmisión sexual. Solicitar Anticore IgG y antígeno de superficie al inicio, 3 y 6 meses.
- Hepatitis C: Solicitar H. C. B. Al inicio 3 y 6 meses.
- HIV (Previa autorización de la paciente): Solicitar ELISA en la primera consulta y a la semana 3, luego, a los 3 y 6 meses. El test de ELISA, es una técnica de rastreo, que tiene alta sensibilidad pero baja especificidad. Por lo tanto, se pueden presentar falsos positivos. En caso de ser positiva la primera muestra, se debe repetir, y ante un nuevo positivo realizar Western Blot. NUNCA ENTREGAR UN ELISA POSITIVO, SIEMPRE RECONFIRMAR ANTES.
- Solicitar hemograma y hepatograma.
- Detección y prevención de embarazo: una de las muestras de sangre se destinará a dosar Subunidad beta de HCG, a fin de conocer si la mujer estaba o no embarazada antes del ataque sexual.

Tratamiento

1. Inmediato: Anticoncepción de Emergencia (AE)

La A.E. es un método que previene el embarazo después de un acto sexual sin protección. Se han postulado varios mecanismos de acción. Depende de la fase del ciclo en que se use la anticoncepción de

emergencia: inhibición de la ovulación, alteración del moco cervical, alteración del transporte de gametos, inhibición de la fecundación, y alteración de la función lútea. No hay evidencia científica de que se inhiba la implantación; los preparados usados no son efectivos si ya ha ocurrido la implantación. Por lo tanto, no son abortivos.

La medicación utilizada está compuesta por los mismos ingredientes hormonales que se encuentran en los anticonceptivos orales, pero en dosis más elevadas. Existen dos tipos de AE:

- Las píldoras de progestina pura: es el método más efectivo y tiene menos efectos secundarios. Se administran dos dosis de 750 ug de Levonorgestrel (LNG) separadas por 12 horas, una pastilla cada vez.
- Las píldoras combinadas: este método, descrito por Yuspe consiste en la toma de 2 comprimidos de Levonorgestrel 0,25 mg + etinilestradiol 0,05 mg juntas, repitiendo la ingesta a las 12 hs.

Con respecto a la eficacia, la misma es muy alta (alrededor del 95 %) si las píldoras se ingieren durante las primeras 72 hs. posteriores al acto, luego de transcurrido ese tiempo la eficacia disminuye en forma importante.

A nivel comercial existen productos estandarizados en sus dosis o pueden utilizarse los A. C.O. de uso habitual, ingiriendo un número mayor de comprimidos hasta alcanzar la dosis equivalente a los anteriores.

2. Tratamiento de las lesiones.

3. Suero hiperinmune y vacuna antitetánica. En caso de no tener la vacunación actualizada.

4. Vacuna antihepatitis B. Si no tiene previamente la vacunación completa con controles de anticuerpos.

5. Tratamiento de ETS que puedan ser diagnosticadas en el momento.

6. Tratamiento profiláctico de ETS: la oportunidad y el tipo de profilaxis de ETS no cuenta con consenso unánime. Es aconsejable no realizar profilaxis rutinaria, sino evaluar individualmente la indicación. No genera conflictos la prevención de gonococcia, clamidiosis y Trichomoniasis.

Un esquema posible para prevenir todas ellas puede ser:

Ceftriaxona 250 mg IM o ciprofloxacina 500 mg, +azitromicina 1 gr V. O. + metronidazol 2 gr monodosis V. O.

Tratamiento anti-retroviral

Debido a la toxicidad de los mismos, se deberá proveer tratamiento sólo para 48 - 72 hs., lapso máximo en el que deberá ser evaluada por un Médico Infectólogo, que decidirá la conducta final a seguir, según Normas de la Sociedad Argentina de Infectología (SADI), versión 2002.

Régimen básico: AZT 600 mg/día + 3 tc 150 mg c/12 hs.

Régimen ampliado: Reg. Básico + indinavir 800 mgr c/ 8 hs. o nelfinavir Mgr c/ 8 hs. En lo posible comenzando dentro de las 2 hs. de la exposición.

Seguimiento

- Psicoterapéutico.
- Médico: Control de heridas, control tocoginecológico periódico.
- Laboratorio: Repetición de exudados y examen de sangre para controles. A los 7 días Fta abs., 6 semanas VDRL cuantitativa. 0,3,6 semanas control de HIV (con autorización previa de la paciente).
- Interconsulta con infectología.
- Social.

El Nuevo Marco Legal

En abril de 1999 se sancionó la Ley N° 25.087 que modificó el Capítulo del Código Penal concerniente a los delitos sexuales, entre los que se incluyen las violaciones y abusos sexuales.

Un cambio relevante es la modificación del nombre de la Ley. Antes se hablaba de "delitos contra la honestidad" y en la actualidad se denominan delitos contra la integridad sexual de las personas. Esto refleja mejor la experiencia de las mujeres ya que reconoce que las violaciones constituyen una afrenta a la integridad y a la dignidad, y no al honor —de la propia mujer o de algún varón cercano— al que refería la palabra "honestidad".

También es importante la mayor amplitud que se da a los conceptos. La nueva Ley distingue:

- la violación: penetración por cualquier vía; es decir, no sólo la

vaginal sino también la anal y el sexo oral.

- el abuso sexual calificado: prácticas que, aunque no sean de penetración, son gravemente ultrajantes para la víctima, como la penetración con objetos, la obligación de masturbarse o masturbar al agresor y otros actos sádicos.
- el abuso sexual: incluye actos más "leves", como toqueteos o contacto con los genitales.

Dentro de los cambios, es preciso aclarar que ha desaparecido la denominación "abuso deshonesto". Asimismo, la nueva Ley desplaza la idea anterior de "no haber podido ejercer suficiente resistencia" hacia la idea más cercana a las situaciones reales de agresiones sexuales, de no haber podido consentir libremente. Esto refleja mejor la realidad de muchas violaciones o abusos donde no necesariamente hay fuerza física, que deja marcas, sino donde existe un clima intimidatorio, abuso de poder o de confianza.

Tanto antes como después de la reforma, se entiende que pueden ser denunciados agresores desconocidos, conocidos, allegados o familiares. La Ley es más severa, en cuanto a penas, cuando existe relación de parentesco. Y si bien la nueva normativa no menciona de modo expreso la violación marital, esta situación podría estar contemplada cuando se refiere a violaciones o abusos sexuales en el marco de las "relaciones de dependencia, de autoridad o de poder".

La denuncia

Por tratarse de delitos de instancia privada, cuando la víctima es mayor de 18 años, solamente ella puede denunciar.

Cuando se trata de niñas/os y adolescentes menores de 18 años podrán denunciar en primer lugar los adultos responsables (padres, tutores, guardadores). En caso de que existan indicios o sospechas de que la niña/o haya sido abusada/o por personas encargadas de su cuidado, los profesionales de salud están obligados a denunciar para asegurar su integridad.

El Fiscal podrá actuar de oficio —es decir, por su propia iniciativa— cuando los intereses de la niña o niño sean opuestos o incompatibles con los de sus padres o tutores, ya que se entiende que niñas y niños están en una situación de mayor vulnerabilidad y sus derechos son prioritarios.

Cuando la víctima es adulta pero no tiene capacidad de discernimiento se debe actuar como en los casos de menores.

La Ley no dice que la denuncia debe ser realizada en forma inmediata. En sentido contrario a lo que se piensa, los plazos legales para presentar una denuncia son amplios. El tiempo depende de la gravedad del delito. Por ejemplo: en casos de violación el plazo legal es de 12 años y en casos de abusos sexuales, es de 4 años.

Sin embargo, cuanto menos se demore en realizarla más credibilidad tendrá la denunciante. El problema está en que esa urgencia se contradice con el tiempo necesario —diferente en cada mujer— para reflexionar y decidir qué hacer. Muchas mujeres necesitan compartir con familiares, amigas/os o profesionales lo sucedido antes de tomar decisiones. Este proceso demanda tiempo. Por otra parte, la urgencia tiene que ver con la conveniencia de ser revisada de inmediato por el médico forense (o legista), para que éste pueda encontrar las llamadas "pruebas del delito".

Las denuncias de delitos sexuales pueden ser realizadas ante autoridades policiales —es decir, en la Comisaría más próxima— o también ante autoridad judicial: en los Juzgados Penales o Fiscalía.

Si se hace ante la Policía es necesario exigir que se realice la revisión médica (por parte del médico legista) en forma inmediata.

Tanto las Comisarías como los Juzgados Penales atienden los días hábiles, los días feriados y los fines de semana, aunque en el caso de los Juzgados Penales debe tenerse en cuenta que en los días feriados y fines de semana sólo atienden los que están de turno.

En días hábiles hay que dirigirse a la Oficina de Denuncias y Sorteos, donde quien denuncia deberá llenar un formulario con los datos personales. De inmediato, se le designará, por sorteo, el Juzgado de Instrucción que se hará cargo de la investigación. Esto se efectúa en el día. Para acudir a hacer la denuncia no se necesita patrocinio de abogado/a. El paso siguiente es acudir al Juzgado asignado por sorteo y pedir que se le tome declaración y se practique la revisión de los médicos forenses. Es importante exigir que esto se realice el mismo día.

Siempre que sea posible, se recomienda realizar directamente la denuncia judicial —es decir, en los Juzgados— y no en una Comisaría; ya que de esa manera se evita repetir las declaraciones y la revisión médico-legal.

Bibliografía general

Bunch, Charlotte; Hinojosa, Claudia y Reilly, Niamh (editoras), *Los derechos de las mujeres son derechos humanos*, Ed Rutgers, USA, 2000.

Burgess Ann Wolbert y Holmstrom, Linda, *“El síndrome del trauma de violación”*, S/F.

Burgess Ann Wolbert y Holmstrom, Linda, *“Reacciones de las mujeres víctimas de violación”*, en: *Mc Combie, Shraon, The rape crisis intervention handbook. A guide of victim care*. Beth Israel Hospital, Boston, USA, 1976.

CECYM, *Violaciones y abusos sexuales ¿qué expectativas pueden tener las mujeres frente a la ley y la justicia?*, Buenos Aires, 1997. www.cecym.org.ar

Chejter, Silvia y Rodríguez, Marcela, *Ley 25087. Reforma del Código Penal en lo relativo a los hoy llamados Delitos contra la Integridad Sexual de las Personas*. Boletín de CECYM y Centro Municipal de la Mujer de Vicente López, Buenos Aires, 1999.

Chejter, Silvia, *“Intervención estatal y movimiento antiviolencia”*, en *Travesías 3, Violencia sexista, control social y resistencia de las mujeres*. Ediciones CECYM, Buenos Aires, 1995.

Chejter, Silvia, *La voz tutelada. Violación y voyeurismo*, primer edición, Editorial Nordan, Uruguay, 1990; segunda edición, CECYM, Buenos Aires, 1996.

Drezett, Jefferson (2002) *“Abuso sexual: Modelo de intervención para los hospitales públicos”*, XX Jornadas de Obstetricia y Ginecología SOGIBA, 2002. Buenos Aires.

Drezett, Jefferson, (2003), *“Atención a Mujeres Sobrevivientes de Violencia Sexual: el rol de los servicios de salud”*. Revista Comunicaciones. Año 10, Número 13 Los Derechos Sexuales y Reproductivos, Asociación Argentina de Protección Familiar. Buenos Aires.

García Moreno, Claudia, *“Violencia contra la mujer. Género y equidad en la salud”* en OPS y Harvarde Center for Population and Development Studies, Washington, 2000.

Gaitskill, Mary *No ser una víctima: el sexo, la violación y el problema de obedecer las normas*, Publicado en *Travesías n° 4 Cuando una mujer dice No es No*. Ediciones CECYM, Buenos Aires, 1994

Ladi Londoño E., María; Ortiz A, Berta; Gil C., Ana Milena; Jaramillo J., Ana María; Castro, Raúl; Pineda Londoño, Natalia, *Embarazo por Violación. La crisis múltiple*. Edición Fundación Servicios Integrales para la Mujer “Si Mujer” e ISEDER Fundación para la Educación en Salud y Derechos Reproductivos de la Mujer” Cali, Colombia, 2000.

Lara, Diana; García, Sandra; Stickler, Jennifer ; Martínez, Hugo; Villanueva, Luis, *“El acceso al aborto legal de las mujeres embarazadas por violación en la ciudad de México”* en: *Gaceta Médica Mexicana*, Vol 139, Suplemento N° 1, México, 2003.

Marcus, Sharon, *“Cuerpos en lucha, palabras en lucha. Una teoría y una política de prevención de la violación”* en *Travesías N° 2, Violencia sexual. Cuerpo y palabras en lucha*, Ediciones de CECYM, Buenos Aires, 1995.

Ministerio de Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Area técnica saúde da mulher, *“Norma técnica. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres”*. Brasília, agosto de 2002.

OPS, *Informe final: Simposio 2001: violencia de género, salud y derechos en las Américas*. Disponible en www.paho/spanish/hdp/hdw/symposium2001finalreportsp.pdf.

Rodríguez, Marcela (editora) *Violencia contra las mujeres y políticas públicas. Tendiendo un eje entre la teoría y la práctica*. Centro Municipal de la Mujer de Vicente López, Pcia de Bs As, 2001.

Rosas Ballinas, María Isabel, *“Aborto por Violación. Dilemas éticos y Jurídicos”* en The Population Council. DEMUS, Estudio para la Defensa de los Derechos de la Mujer. Lima, Perú, 1997.

Rozanski, Carlos, *Las víctimas de violaciones frente al dispositivo jurídico. Los instrumentos legales internacionales: ¿Cómo lograr que los nuevos recursos neutralicen los viejos obstáculos?* Ediciones CECYM, 1998. www.cecym.org.ar

Ruffa, Beatriz y Chejter, Silvia, *Mujeres víctimas de violencia sexual. Proteger, recuperar, reparar*. Ediciones de CECYM, 2002. www.cecym.org.ar

Ruffa, Beatriz, *Prevención del riesgo de embarazo y de VIH-SIDA y otras ETS en casos de violaciones*. Ediciones CECYM, 1998.

Ruffa, Beatriz, *“Víctimas de violaciones. Reparación jurídica. Otras formas de reparación”* en *Travesías 7 Palabra y violencia*, Ediciones CECYM, Buenos Aires, 1998-

Vance, Joanie, *“Los centros de crisis de violación”*, en *Travesías 2 Violencia sexual. Cuerpo y palabras en lucha*, Ediciones de CECYM, Buenos Aires, 1995.

Vigarello, Georges, *Histoire de Viol, XVI-XX Siècle*, Editions Seuil, Francia, 1998.

Velázquez, Susana, *Entrevistas de consulta y orientación en casos de violación: una propuesta de trabajo*, en *Travesías 7 Palabra y violencia*, Ediciones CECYM, Buenos Aires, 1998