

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIO DE POSGRADOS

**INCIDENCIA DE SOSPECHA DE ABUSO SEXUAL EN MUJERES QUE
CONSULTAN EN UN HOSPITAL DEPARTAMENTAL**

MARÍA MAGDALENA CHÁVEZ GUADRÓN

Tesis

Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas

Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia

Para obtener el grado de

Maestra en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia

Enero 2017



ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

PME.OI.041.2017

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El (la) Doctor(a): **María Magdalena Chávez Guadrón**

Carné Universitario No.: **200110075**

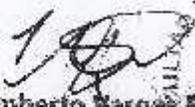
Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro(a) en Ciencias Médicas con Especialidad en **Ginecología y obstetricia**, el trabajo de TESIS: **INCIDENCIA DE SOSPECHA DE ABUSO SEXUAL EN MUJERES QUE CONSULTAN EN UN HOSPITAL DEPARTAMENTAL**

Que fue asesorado: **Dr. Giovanni Santucci**

Y revisado por: **Dra. Gilda Ramírez**

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para **enero 2017**.

Guatemala, 26 de octubre de 2016


Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc
Director
Escuela de Estudios de Postgrado


Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc
Coordinador General
Programa de Maestrías y Especialidades

/mdvs



La antigua Guatemala, 21 de Julio del 2015

Doctor Erwin González Maza
Coordinador Específico de Programas de postgrados
Hospital Pedro de Bethancourt
La Antigua Guatemala, Sacatepéquez

Estimado Dr. González Maza:

Esperando tenga éxitos en sus labores diarias, por este medio le informo que asesoré y analicé el contenido del informe Final de Tesis con el título: **INCIDENCIA DE SOSPECHA DE ABUSO SEXUAL EN MUJERES QUE CONSULTAN EN UN HOSPITAL DEPARTAMENTAL**, de la Doctora María Magdalena Chávez Guadrón, el cual llena los requisitos solicitados por el área de investigación de Escuela de Estudios de postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad San Carlos de Guatemala.

Sin otro particular me suscribo de usted, muy atentamente:

Atentamente,

Dr. Giovanni Santucci
Asesor de Tesis



La Antigua Guatemala, 21 de julio de 2015

Doctor Erwin González Maza
Coordinador Específico de Programas de postgrados
Hospital Pedro de Bethancourt
La Antigua Guatemala, Sacatepéquez.

Estimado Dr. González Maza:

Esperando tenga éxitos en sus labores diarias, por este medio le informo que revisé y analicé el contenido del informe Final de Tesis con el título: **INCIDENCIA DE SOSPECHA DE ABUSO SEXUAL EN MUJERES QUE CONSULTAN EN UN HOSPITAL DEPARTAMENTAL**, de la Doctora María Magdalena Chávez Guadrón, el cual llena los requisitos solicitados por el área de Investigación de Escuela de Estudios de postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad San Carlos de Guatemala.

Sin otro particular me suscribo de usted, muy atentamente:

Atentamente,

Jrta. Gilda E. Ramírez V.
Ginecóloga y Obstetra
Colegiada 14,507

Dra. Gilda Ramírez
Revisor de Tesis



La Antigua Guatemala, 21 de julio de 2015

Doctor Erwin González Maza
Coordinador Específico de Programas de postgrados
Hospital Nacional Pedro de Bethancourt
La Antigua Guatemala, Sacatepéquez.

Estimado Dr. González Maza:

Esperando tenga éxitos en sus labores diarias, por este medio le informo que revisé metodológicamente el contenido del informe Final de Tesis con el título: **INCIDENCIA DE SOSPECHA DE ABUSO SEXUAL EN MUJERES QUE CONSULTAN EN UN HOSPITAL DEPARTAMENTAL**, de la Doctora María Magdalena Chávez Guadrón, el cual llena los requisitos solicitados por el área de Investigación de Escuela de Estudios de postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad San Carlos de Guatemala.

Sin otro particular me suscribo de usted, muy atentamente:

Atentamente,

Dra. Rosa J. Chiroy Muñoz
MEDICINA INTERNA
Céd. 70574

Dra. Rosa Julia Chiroy Muñoz
Docente de Investigación

TABLA DE CONTENIDOS

ÍNDICE DE CONTENIDO	i
ÍNDICE DE TABLAS.....	ii
RESUMEN.....	1
I. INTRODUCCIÓN.....	2
II. ANTECEDENTES	6
III. OBJETIVOS	33
IV. MATERIAL Y MÉTODO	34
V. RESULTADOS	40
VI. DISCUSIÓN Y ANALISIS	46
6.1 CONCLUSIONES.....	51
6.2 RECOMENDACIONES.....	52
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
VIII. ANEXOS	55

ÍNDICE DE TABLAS

No. De tabla	Página
Tabla No 1.....	40
Tabla No 2.....	41
Tabla No 3.....	44
Tabla No 4.....	45

ÍNDICE DE GRÁFICAS

No. De gráfica	Página
Grafica No. 1.....	42
Grafica No. 2.....	43

RESUMEN

La Violencia o abuso sexual es un problema a nivel mundial, sin estadísticas reales por su reporte incompleto al ser un tema con implicaciones psicológicas y físicas llegando éstas incluso a poner en riesgo la vida de la víctima.

Objetivo: Determinar la incidencia de la sospecha o casos de abuso sexual en mujeres durante un período de tres años en el Hospital Pedro Bethancourt, Antigua Guatemala.

Método: Se realizó un estudio descriptivo, de serie de casos, tomando a pacientes femeninas niñas, adolescentes y adultas que fueron atendidas por los departamentos de Ginecología y Obstetricia, Cirugía y/o Pediatría, tomando los números de expedientes del archivo del comité de violencia sexual de la institución, documentando completos los años 2012 a 2014 (tres años). Los datos de los expedientes seleccionados se anotaron y analizaron usando Excel 10 y Epi-info 3.5.4.

Resultados: Se evidenció que un 23% de las consultas por sospecha de abuso han sido en pacientes pediátricas y la edad de pacientes adolescentes y a adultas jóvenes correspondiendo entre los 16 y 25 años con un 32%.

Conclusiones: La incidencia de la sospecha o casos de abuso sexual en mujeres durante un periodo de tres años en el Hospital Pedro Bethancourt, de Antigua Guatemala equivale a 13 casos por cada 10,000 mujeres.

Palabra clave: *Violencia sexual, sospecha de abuso sexual, incidencia.*

I. INTRODUCCIÓN

En todo el mundo, los gobiernos están reconociendo la violencia contra las mujeres, o abuso sexual, como un importante problema de los sistemas de salud y derechos humanos. Esto sucede después de que las mujeres y las organizaciones de la sociedad civil se hayan organizado durante décadas. La violencia sexual es una de las muchas maneras en que se presenta la violencia de género, y que está definida por la Organización Mundial de la Salud (2003) como:

“Cualquier acto sexual forzado, el intento de llevar a cabo el mismo, comentarios o insinuaciones sexuales no deseadas, acciones dirigidas a traficar con la sexualidad de una persona o hacer uso de la sexualidad de ésta mediante la coerción por parte de cualquier persona, independientemente de su relación con la víctima, en cualquier ámbito, incluyéndose pero sin limitarse al hogar y el lugar de trabajo”(1) Esto incluye a pacientes de cualquier edad y cualquier género (masculino o femenino).

También la Organización de las Naciones Unidas (UNO) definió la violencia contra las mujeres como “cualquier acto de violencia basado en género que resulta en daño físico, sexual o psicológico o sufrimiento de las mujeres, incluyendo las amenazas de tales actos, coerción o privación arbitraria de la libertad, sea que ocurra en la vida pública o privada”. (2)

En Guatemala según la Ley contra la Violencia Sexual, Explotación y Trata de Personas define la Violación Sexual como la acción que con violencia física o psicológica tiene acceso carnal vía vaginal, anal o bucal con otra persona o le introduzca cualquier parte del cuerpo u objetos, por cualquier de las vías señaladas u obligue a otra persona a introducirselos a sí misma. Y define una Agresión Sexual como la acción con violencia física o psicológica con fines sexuales o eróticos a otra persona, al agresor o a sí misma(3)

Se considera como caso con sospecha de abuso Infantil, a cualquier niño/a que se presente con diagnóstico compatible a tal, siendo algunos de los indicadores fracturas, quemaduras, contusiones, laceraciones, hematoma u otros. También se sospecha cuando hay factores de riesgo como son niño acompañado de alguien que no es familiar, sin explicación adecuada; incompatibilidad entre los resultados del examen físico inicial y la historia, además de un comportamiento extraño; que la familia viva en situación precaria y negligencia en la atención del paciente, entre otros.(4)

La tolerancia social de la violencia hace difícil que la mujer denuncie el abuso físico y sexual y por tanto la información estadística se hace cuestionable. Por otro lado, los profesionales de la salud, debido a su orientación eminentemente biomédica, no indagan en las mujeres que atienden, no le dan la debida importancia, porque consideran que es un asunto privado y las mujeres que han sido violentadas sexualmente evitan hacer una denuncia por cuanto no confían en los proveedores de salud, ni en los que imparten justicia.

Alrededor del mundo, al menos una mujer de cada tres ha sido agredida o coaccionada sexualmente, o ha sido víctima de alguna otra forma de abuso sexual alguna vez en su vida, y el abusador con frecuencia es un miembro de su propia familia.(2)

La problemática del abuso sexual en Guatemala tiene orígenes ancestrales. Como en todas partes del mundo, las mujeres han sido concebidas a lo largo de la historia, no sólo con roles diferenciados de los hombres, sino también, desde la perspectiva religiosa, como representantes del pecado y seres carentes de derechos, pero investidas de responsabilidad hacia la pareja, la familia y la sociedad.(5)

El abuso sexual es un tema que hoy en día todos lo saben y lo comentan, los diferentes medios de comunicación han permitido que este fenómeno pueda ser

informado a la mayoría de pobladores. Este se ha manifestado a lo largo de la historia de la humanidad, también podemos destacar que en los últimos años, se ha reportado con más frecuencia. Pero bien se sabe que la mayoría de personas que lo sufren no lo denuncian, principalmente las mujeres que temen rechazo, pérdida del trabajo o daños colaterales a ellas o a sus hijos al ser amenazados por el agresor.(6)

El Ministerio Público (MP) recibe un promedio de 32 denuncias diarias y hasta el 31 de octubre del año 2013 se contabilizaron 9 mil 371 expedientes a nivel nacional. A las cifras anteriores deben sumarse las de aquellas mujeres que no se atreven a denunciar y que guardan silencio.(5)

Las personas que han sido objeto de abuso sexual, pueden sufrir una gama de lesiones físicas incluyendo las genitales y en casos extremos la muerte, que puede resultar del acto de violencia mismo o de actos de retribución (asesinato por razones de honor o como castigo por haber denunciado el delito) o por suicidio. Además de estar expuestas a graves riesgos, estas personas pueden sufrir: Embarazos no deseados, Aborto en condiciones de riesgo, Enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el SIDA, Disfunciones sexuales Infertilidad, Dolor pélvico, enfermedad pélvica inflamatoria, Infecciones del tracto urinario, problemas psicológicos y psiquiátricos.(7)

Es por ello que se hizo necesario este estudio descriptivo, de serie de casos con el objetivo de determinar la incidencia de la sospecha o casos de abuso sexual en mujeres durante un periodo de tres años en el Hospital Pedro Bethancourt, Antigua Guatemala, ya que se sospecha el aumento de estos casos a nivel nacional, así mismo se cree que el conocimiento del personal que tiene el primer contacto con estas pacientes ejerce un papel sumamente importante para el mejor desenlace de estos casos. Este conocimiento debe abarcar desde pautas psicológicas, hasta bases médico legales, incluyendo la adecuada toma de las muestras, de ser necesario el manejo adecuado de cadena de custodia; sin

embargo actualmente no hay capacitación continua para el personal, de lo anteriormente mencionado, por lo que es importante conocer la forma y los conocimientos del personal que atiende a dichas pacientes, con el fin y objetivo de brindarles la mejor atención, sin hacer que la paciente se sienta víctima. Se revisaron un total de 62 expedientes, encontrándose una mayor incidencia de violencia sexual en los municipios de Ciudad Vieja con una cantidad de 12 casos correspondiente al 19%, como segundo lugar Pastores, Antigua y Santa María de Jesús con un número de 8 casos cada uno correspondiente al 13%.

Las limitantes del estudio fueron: mala descripción de la atención de las pacientes, falta de información por parte del Instituto Nacional de Ciencias e Investigación Forense (INACIF), en los expedientes de las víctimas.

II. ANTECEDENTES

3.1 Generalidades

La violencia sexual tiene graves consecuencias, tanto para las personas como para la sociedad. Puede afectar de manera adversa la salud física y mental de las sobrevivientes así como violación de sus derechos humanos. Por ejemplo, la violencia sexual ha sido asociada con una gran cantidad de problemas de salud sexual y reproductiva, como las infecciones de transmisión sexual (ITS) incluido el VIH y el SIDA, embarazos no planeados, pérdidas de embarazo, disfunción sexual y problemas ginecológicos.

La violencia sexual puede tener también profundas consecuencias socioeconómicas, por ejemplo: estigma, baja condición socioeconómica, niveles más bajos de participación de las mujeres en la política y en la fuerza laboral, así como el ciclo intergeneracional de violencia. (6)

La violencia contra las mujeres es de muchas formas: física, sexual, psicológica y económica. Estas formas de violencia se interrelacionan y afectan a las mujeres desde el nacimiento hasta la edad mayor. Algunos tipos de violencia, como el tráfico de mujeres, cruzan las fronteras nacionales.

Las mujeres que experimentan violencia sufren de una variedad de problemas de salud y se disminuye su capacidad para participar en la vida pública. La violencia contra las mujeres afecta a familias y comunidades de todas las generaciones y refuerza otros tipos de violencia. (8)

3.2 Epidemiología

Las investigaciones sugieren que en todo el mundo el 20% de las mujeres y entre el 5% y el 10% de los hombres sufrieron abusos sexuales durante la infancia. En Asia, al menos 60 millones de niñas han “desaparecido” debido a la selección prenatal del sexo, el infanticidio o el abandono.

En el Caribe, un 96% de las personas dedicadas a la atención a la infancia entrevistadas creían que el castigo corporal refleja que los padres y madres están

“lo bastante atentos como para invertir tiempo en formar adecuadamente a sus hijos”.(9)

En el 2009, en una muestra nacional representativa de 1.242 niñas y mujeres de 13 a 24 años de edad en Swazilandia se encontró que 33,2% de las entrevistadas informaron haber sufrido algún incidente de violencia sexual antes de los 18 años de edad (6). En ese estudio, los agresores más comunes en el primer incidente eran hombres o muchachos vecinos, novios o esposos de la entrevistada. Con mayor frecuencia, el primer incidente había tenido lugar en el hogar de la entrevistada y se trataba de violencia sexual de pareja o violencia sexual en citas amorosas. Un estudio reciente comparó los primeros datos nacionales basados en la población sobre abuso sexual de menores de 15 años de edad en tres países centroamericanos.

El número de estudios sobre la violencia sexual en Latinoamérica y el Caribe (LAC) ha incrementado considerablemente en las últimas dos décadas. No obstante, existen grandes desequilibrios geográficos. Casi la mitad de los estudios identificados en este análisis provienen de Brasil y México. Se han realizado algunas investigaciones en Bolivia, Colombia, Guatemala, Haití, Jamaica, Nicaragua, Perú y la República Dominicana; menos estudios se han llevado a cabo en Argentina, Costa Rica, Cuba, Ecuador, Honduras, Panamá, Paraguay y Uruguay. (2)

En el Informe mundial sobre la violencia y la salud, elaborado por la Organización Mundial Para la Salud (OMS), se calcula que más de un millón de personas pierden la vida cada año y muchas más sufren lesiones no mortales a consecuencia de la violencia.(6)

Cabe señalar que en todos los estudios realizados en Brasil, Haití, México, Nicaragua y Perú, se han encontrado considerables similitudes entre la violencia sexual y física infligida por parejas íntimas (Ellsberg, 2005). En Nicaragua, por ejemplo, el 36% de las mujeres declararon que comúnmente eran forzadas a tener relaciones sexuales mientras eran golpeadas. En investigaciones realizadas en

Haití se encontró que, en ese entorno, las mujeres tenían la misma probabilidad de sufrir violencia física y violencia sexual.

Diferentes edades empleadas para distinguir el abuso sexual de menores de otros tipos de violencia sexual. Por ejemplo, en encuestas en Guatemala y Honduras auspiciadas por CDC (Centros de Estados Unidos para el Control y la Prevención de Enfermedades), se preguntó sobre las experiencias antes y después de los 12 años de edad, mientras que en el estudio de la OMS realizado en múltiples países, se utilizó la edad de los 15 años. En algunas encuestas se pregunta sobre abuso de por vida, mientras que en la mayoría de las encuestas de ENDESA (Encuesta Demográfica y de Salud) sólo se pregunta sobre la violencia después de los 15 años de edad.

En un estudio realizado en zonas rurales de Guatemala, Hastings (2002) encontró que la penetración forzada era reconocida como violación cuando era cometida contra una mujer virgen con quien el perpetrador no pensaba casarse, pero no contra mujeres divorciadas o viudas, quienes eran consideradas como disponibles sexualmente porque ya habían tenido experiencias sexuales.

Un estudio en 2012 en Guatemala menciona que casi la mitad de las mujeres han sido víctimas de algún tipo de violencia intrafamiliar. Las agresiones sexuales están entre las formas de violencia más silenciadas, hecho que se refleja en la enorme brecha que hay entre los registros de la Policía Nacional Civil y los casos ocurridos. El abuso sexual a menores alcanza una prevalencia en mujeres menores de 15 años del 4.7% y una tercera parte de los casos son incesto. La violencia contra mujeres y niñas tiene su origen en las relaciones de poder desiguales entre hombres y mujeres, y es entendida como un instrumento de dominación y control social. La violencia y violación pueden exacerbar el riesgo de adquirir el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y otras infecciones de transmisión sexual (ITS).

La violencia contra los niños y niñas, en especial la violencia sexual, está a menudo envuelta en el secreto. En muchos países, la recopilación de datos es precaria o inexistente, y los mecanismos de seguimiento son deficientes. (2)

3.3 Definiciones

Violencia Sexual:

La Organización Mundial de la Salud define la violencia sexual como “todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo”.(6)

La violencia sexual abarca actos que van desde el acoso verbal a la penetración forzada y una variedad de tipos de coacción, desde la presión social y la intimidación a la fuerza física.(2)

Asalto Sexual:

Cualquier acto de naturaleza sexual no deseado como: besos, caricias, sexo oral o anal, penetración vaginal, que es impuesto a una persona.

Las víctimas pueden ser de cualquier edad o sexo, puesto que lo que la determina es el mecanismo utilizado por el agresor para someter a la víctima.(10)

Abuso:

Se puede definir como todo acto o intento no deseado de penetración genital, anal u oral con una parte del cuerpo o un objeto, utilizando la fuerza o sin el consentimiento de la víctima, en el ámbito privado o público que atenta contra la libertad sexual de las personas.

Violencia contra las Mujeres:

Las Naciones Unidas definen la violencia contra las mujeres como “todo acto de violencia basada en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la privada”. Esta definición abarca una amplia gama de actos dañinos dirigidos a las mujeres y utiliza el término “basada en género” para hacer hincapié en que gran parte de la violencia contra las mujeres tiene sus orígenes en un orden social donde prima la desigualdad de género.(6)

3.4 Causas y Factores de Riesgo

Las investigaciones realizadas mundialmente indican que el conflicto armado y la violencia criminal son otros importantes factores macrosociales asociados con los altos niveles de violencia física y sexual contra las mujeres en la sociedad.

Las investigaciones indican que los factores clave asociados con las altas tasas de violencia en la región son: desigualdad social, expansión y empobrecimiento de poblaciones urbanas, aumentos en desempleo, corrupción, tráfico y uso de drogas ilícitas, proliferación de pandillas, sistemas de justicia ineficientes, discriminación social y modelos jerárquicos de masculinidad (machismo).

En base a otros estudios encontramos el modelo ecológico el cual postula que la violencia es el resultado de factores que operan en cuatro niveles _ Individual, racional, comunitario y social.(11) También podemos encontrar que en el Hospital Roosevelt del departamento de trabajo social, en el libro de registro de casos de la atención a niños se registran del año 1996 al 2003 129 casos de abuso sexual.(12)

Factores asociados con las relaciones personales:

Se ha comprobado que la dinámica de control y poder que refleja desigualdades en las relaciones de género está estrechamente vinculada con la violencia sexual contra las mujeres infligida por parejas íntimas. Los hombres a menudo ejercen

violencia sexual para controlar el cuerpo y la sexualidad de las mujeres. La evidencia de la región de LAC indica que la violencia sexual perpetrada por parejas íntimas a veces es provocada cuando el hombre es celoso; cuando la mujer se niega a tener relaciones sexuales con su pareja, o cuando el hombre se siente en riesgo de perder control de la relación.(12)

Varios estudios en la región han identificado los celos como un factor de riesgo o algo que puede provocar la violencia sexual. En encuestas nacionales de salud reproductiva realizadas en Haití y México, se encontró una considerable asociación entre la violencia sexual infligida por parejas íntimas y los celos. En Nicaragua, tanto los datos cuantitativos como cualitativos señalaron a los celos como el principal catalizador de violencia, incluida la violencia sexual. Alguna evidencia indica que los hombres a veces ejercen violencia sexual como una forma de dominar a sus parejas y de restablecer su identidad masculina.(13)

Factores individuales:

Las investigaciones han identificado varios factores individuales asociados con un mayor riesgo de sufrir o perpetrar violencia sexual, por ejemplo la temprana edad, pertenecer a una pandilla, consumo ilícito de alcohol y drogas, exposición en la niñez a la violencia entre los padres, personalidad antisocial, antecedentes de abuso sexual durante la niñez, escasa educación aceptación de la violencia, múltiples parejas o infidelidad, estos son algunos factores de riesgo para sufrir violencia.

En algunos lugares, las personas más marginadas de la sociedad a menudo son las más vulnerables a la victimización sexual, por ejemplo: niñas y niños de la calle, huérfanos o personas jóvenes que carecen del apoyo de su familia.(14)

Actitudes tradicionales sobre los roles de género y la sexualidad de las mujeres:

La evidencia indica que la violencia sexual está estrechamente vinculada con valores, normas y prácticas culturales que respaldan la idea de que los hombres son superiores a las mujeres y tienen derecho a controlar la sexualidad de las

mujeres. Por ejemplo, algunas investigaciones en LAC señalan un vínculo entre rígidos comportamientos y actitudes de los hombres y la perpetración de violencia contra las mujeres, incluida la violencia sexual.(15)

Algunas consecuencias de la violencia sexual para la salud son:

- Salud Reproductiva:
 - Traumatismo Ginecológico
 - Embarazo No Planeado
 - Aborto Inseguro
 - Disfunción sexual
 - Infecciones de transmisión sexual (ITS)
 - Fístula Traumática
- Salud Mental:
 - Depresión
 - Trastorno de estrés postraumático
 - Ansiedad
 - Trastorno del Sueño
 - Síntomas somáticos
 - Comportamiento suicida
- Conductuales:
 - Comportamiento de alto riesgo
 - Riesgo de sufrir violencia sexual posteriormente
- Resultados Mortales:
 - Suicidio
 - Complicaciones en el embarazo
 - Aborto inseguro
 - Sida
 - Asesinato durante la violación
 - Infanticidio de un niño como resultado de la violación

3.5 Abordaje y Seguimiento

Los conceptos y recomendaciones establecidos en estas fichas pretenden orientar la gestión y el manejo de personas víctimas de violencia sexual y algunas de sus comorbilidades y complicaciones, sin embargo, todo paciente deberá tener un manejo individualizado de acuerdo con sus condiciones particulares.

La violencia sexual indistintamente del tiempo transcurrido es considerada como una emergencia médica que debe ser atendida con prioridad, sin embargo los tratamientos varían por el tiempo transcurrido, la edad de la persona, el sexo de la persona y algunas condiciones especiales como embarazo, peso, retos especiales, idioma, etc.(16)

La guía divide la atención en A, B, C de conformidad con el tiempo transcurrido según lo siguiente:

A: Personas que asisten al servicio antes de 72 horas o antes de las 120 horas (antes del 2do. o 5to. día).

B: Personas que asisten al servicio después de 120 horas (6 días) hasta 6 meses.

C: Personas que asisten al servicio después de 6 meses en adelante.

Si la persona está en riesgo mortal por el nivel de lesiones que tiene, debe ser atendida inmediatamente brindándole la información y atención necesaria y adecuada, posteriormente se realizan los otros procedimientos importantes.

Es importante que antes de iniciar la conversación con la persona que ha sido víctima, el personal de salud se presente dando su nombre y apellido, explique su cargo y cuál será su función en el proceso. Esto permitirá que la persona víctima lo identifique, tome confianza y se sienta segura.

Casos A: Alto riesgo, menos de 72 horas a 120 horas

Este apartado desarrolla las acciones contenidas en la Ruta de Atención que los Hospitales del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social deben aplicar en casos de Violencia Sexual, según cada caso en particular. Solicite el expediente clínico para casos de violencia sexual, el cual se debe escribir con lápiz de manera clara, sin abreviaturas, tachones o borrones, no usando corrector. Si se equivoca teste y entrelínea la información correcta.

Si al recibir un caso de violencia sexual, se determina que la condición de salud es crítica (evaluación al daño y necesidad de soporte avanzado de vida en trauma) o que han transcurrido menos de 72 horas del hecho, debe ser priorizada e inmediata la atención médica para salvaguardar la vida de la persona como una prioridad y posteriormente atender los otros procedimientos.

- La notificación del evento a las autoridades legalmente competentes es obligatoria y no requiere del consentimiento de la persona víctima. Recordar que no se denuncia a nadie, se notifica el hecho. Si la persona es menor de edad (niño, niña o adolescente) se debe notificar inmediatamente al Ministerio Público y este al Juzgado de la Niñez y la Adolescencia para la protección del/de la menor, sobre todo si existe sospecha que el violentador es el padre o persona cercana.(17)

Paso 1: Primer contacto

- Seguridad o portero

Orientar a la persona que ingresa a la emergencia o al servicio correspondiente y apoyen de acuerdo a las necesidades.

- Admisión y registros médicos

Orientar a la persona que ingresa a la emergencia o al servicio correspondiente y apoyen de acuerdo a las necesidades.

- Estudiantes de pregrado de medicina no deben intervenir en el proceso, si un caso es de su conocimiento deben referir inmediatamente al personal competente

Si la persona se encuentra en condiciones, se realiza el llenado de la información general de lo contrario se solicitara la información a quien le acompaña. Si la persona no habla español o tiene alguna discapacidad, es importante que una persona intérprete este presente desde el inicio del procedimiento.

- Brinde un espacio seguro, confiable y confidencial.

- Si es un caso de un niño, niña o adolescente (menor de 18 años), debe conversar primero con él o ella, posteriormente con la persona adulta que acompaña.

- Si él o ella se niegan a que esté presente la persona que la acompaña debe considerarse la voluntad de la niña o niño y adolescente (Art. 9. Ley Contra la Violencia Sexual, Explotación y Trata de personas y Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia año 2003)

- Enfermería o Médico:

Debe presentarse y luego preguntar el nombre de la persona, el motivo de su consulta, estando atento/a a los hechos y sentimientos que la persona manifiesta.

- No limitar el tiempo. Realizar la notificación obligatoria según paso 6.

Mostrar respeto y comprensión sobre lo que la persona está diciendo; no juzgar ni criticar; por el contrario comunicarle que el servicio de salud es un espacio de protección para su integridad y para superar la situación que está viviendo.

- Médico de Emergencia

Explicar el tipo de atención que debe recibir y la necesidad de hacer la interconsulta respectiva según procedimiento interno y capacidad resolutive para

reducir los riesgos de una ITS, VIH, embarazo no deseado u otro nivel de lesiones que pueda presentar.

Explicar el procedimiento de notificación y, posiblemente la presencia de alguien del Ministerio Público y/o INACIF.

En el caso de una niña, niño o adolescente, es necesario hacer saber a la persona adulta que acompaña todo el proceso que se debe realizar y que al hacer las evaluaciones una enfermera estará presente. Explicar que es importante que ella o él también puedan ser atendidos psicológicamente.(16)

- Paso 2: Identificación

Psicólogo:

Realizara una evaluación del estado emocional si hay psicóloga/o, de lo contrario debe procederse a la evaluación básica del estado emocional: conducta de la persona y si está orientada en tiempo, lugar y persona y como se siente. Antecedentes psicológicos y psiquiátricos. Además revise antecedentes médicos, personales y familiares, traumáticos, alérgicos, quirúrgicos, inmunizaciones y gineco-obstétricos.

Médica/Médico

Solicitar información sobre el hecho: Hora, lugar, número de agresores, si tiene conocimiento de quiénes fueron, que recuerda, vías y formas de la penetración (vaginal, anal, bucal), con qué objeto fue penetrada (pene, dedos, objetos, etc.), si perdió el conocimiento, hubo uso de drogas, amenazas, gritos, coerción, fuerza física, intento de estrangulación, uso de armas, que tipo de armas etc.

Solicitar información sobre hechos físicos, siendo cauteloso/sa, en la forma en que se hacen las preguntas: si usó el agresor algún tipo de protección, si sintió algún líquido en algún área o áreas del cuerpo, si hay lesiones físicas, si fue mordida, besada, arañada, amarrada, si refiere algún dolor y en qué parte del cuerpo y si tiene algún tipo de sangrado.

Proceder al examen físico iniciando por el área genital, tomando muestras de laboratorio del área en mención, continuando por el área para genital, abdomen y glúteos y por último el área extra genital, iniciando por la cabeza, cara, boca, cuello, tórax, mamas, brazos, manos, piernas, muslos y pies, marcando las áreas lesionadas en los pictogramas respectivos.

Ordene los laboratorios de gabinete: tinción de gram, cultivo para gonorrea, VDRL, FTA-ABS, VIH, embarazo, hepatitis B, frote en fresco, ITS y otros que según el caso se consideren necesarios. Se debe brindar consejería para prueba de VIH.

Reconocer los recursos sociales con que la persona cuenta: familia, vecina, compañeras de trabajo, pareja, persona que la acompaña, etc. para el apoyo.

Técnicas para la toma de muestras médico-legales

- Antes de proceder a tomar evidencia, informar a la víctima de violencia sexual (VVS) del objetivo de la misma.
- Es imprescindible el consentimiento por escrito para tomar muestras.
- El clínico debe explicar cómo se toman las muestras, informar sobre la confidencialidad del proceso y sobre la identificación de las muestras con un código.

Material necesario para toma de evidencia:

- o Guantes estériles sin talco
- o Frascos para muestras de sangre
- o Hisopos estériles
- o Tubos de ensayo para muestra de fresco
- o Solución salina isotónica para muestras sanguíneas
- o Algodón
- o Alcohol
- o Bolsas de papel

Uso de hisopos para la toma de material

- Usar solo hisopos estériles y de algodón.

- No poner el hisopo en medios de cultivo ya que se contaminaría y destruiría la muestra tomada.
- Antes de tomar muestras de superficies secas (ano, piel), humedecer ligeramente el hisopo con agua destilada o suero salino.
- Si se va a utilizar el microscopio (ej: para comprobar la presencia de espermatozoides) preparar un portaobjetos. Etiquetarlo y después de tomar la muestra, rotar la punta del hisopo en el portaobjetos. Enviar tanto el portaobjetos como el hisopo al laboratorio.
- Todos los hisopos y los portaobjetos deben secarse antes de guardarse en containers de transporte apropiados. En la funda del hisopo se debe hacer un corte o un agujero que permita continuar el secado.
- Rotular y mantenerlo refrigerado (4-8 °C).

Empaquetado/rotulación:

- Usar bolsas de papel
- Doblar las bolsas dos veces a nivel de la obertura y mantenerlas cerradas mediante cinta adhesiva.
- La rotulación de las muestras se hará con nombre de la VVS, fecha y firma del profesional. Las distintas muestras se introducirán en sobre con nombre de la mujer dirigido a medicina forense del Juzgado de Guardia.

Análisis toxicológico

- Indicado cuando hay evidencia que la VVS ha sido sedada en el asalto sexual.
- Si el/la paciente se presenta 12/14 horas después de la posible administración de drogas, tomar muestra de sangre. La muestra de orina es adecuada cuando el retraso es mayor.

Toma de ropa

El objetivo es tomar material externo localizado en la ropa. Se usa el mismo método para tomar material externo que se encuentra en la piel.

Si la VVS lleva la ropa que usaba durante la agresión:

- Poner una manta de papel blanco en el suelo.
- Pedirle que se quite la ropa pero respetar su privacidad (cortina).
- Darle ropa para que se cambie.
- No lavar ni esterilizar la ropa.
- Poner cada muestra de ropa en una bolsa independiente, sellada herméticamente. Rotular
- Poner todas las bolsas en una bolsa más grande y sellar herméticamente. Rotular.
- Identificar la bolsa con un número de referencia correspondiente a la identificación de la persona y al tipo de muestra.(18)

Si la VVS se ha cambiado de ropa desde el ataque:

- Pedirle que entregue la ropa y cualquier otra prenda que vistiese durante el ataque.
- Usar el mismo método que anteriormente para empaquetar y etiquetar la evidencia.

Toma de compresas o tampones

- Poner la compresa o el tampón en diferentes capas de papel absorbente para secar.
- Envolver con papel y poner dentro de bolsa de papel.
- Identificar la bolsa con un número de referencia correspondiente a la identificación de la persona y al tipo de muestra.

Toma de muestras de:

Pelo de cuero cabelludo

- Raramente está indicada. Puede ser necesaria si en el escenario se encuentran cabellos.
- Cortar algunos cabellos (cerca del cuero cabelludo) de diferentes partes de la cabeza (15-20 pelos por zona)
- Depositar en una bolsa.

- Cerrar la bolsa herméticamente.
- Identificar la bolsa con un número de referencia correspondiente a la identificación de la persona y al tipo de muestra.

Vello púbico

- Peinar zona púbica con un peine cuando se busca vello púbico del agresor.
- Tomar cabellos o partículas externas que se encuentren.
- Pasar el peine delicadamente por toda la zona púbica.
- Poner el peine y el vello púbico en una bolsa
- Cerrar la bolsa herméticamente.
- Identificar la bolsa con un número de referencia correspondiente a la identificación de la persona y al tipo de muestra.

ADN de la víctima

- Frotar firmemente un hisopo en la cara interna de la mejilla (hisopado bucal) para tomar suficiente material celular para el análisis del ADN de la víctima.
- Si no, se puede realizar toma de sangre.
- Los hisopos bucales se deben secar después de tomar la muestra. No debe realizarse esta toma de muestra si se sospecha la existencia de material externo en la boca (ej: eyaculación en la boca)

Saliva

- Tomar muestra bucal mediante un hisopo.

Semen

- Tomas vaginales (o anal o bucal) con hisopos secos y estériles para investigación de esperma. Se guardarán en sus fundas sin incluirlos en ningún conservante, se mantendrán refrigerado (4-8 °C), y se rotularán. Se recomienda hacer la toma con, al menos, dos hisopos.

- Lavado vaginal (o anal o bucal) con suero fisiológico estéril para la recogida de posibles restos de semen. El lavado se recogerá en un tubo estéril apropiado que pueda cerrarse herméticamente y se rotulará. Se mantendrá refrigerado (4-8 °C).
- El lavado vaginal será posterior a la toma de muestras para el cribado de infecciones de transmisión sexual.
- Si la piel muestra manchas de semen, tomar una muestra usando uno o dos hisopos humedecidos con unas gotas de suero fisiológico.
- Poner de nuevo el hisopo en su funda y después ponerlo en una bolsa.
- Cerrar la bolsa herméticamente.
- Identificar la bolsa con un número de referencia correspondiente a la identificación de la persona y al tipo de muestra.
- Si se encuentra cabellos o vello manchado con semen, cortar una muestra con tijeras estériles. Poner la muestra en bolsa de papel, cerrar la bolsa herméticamente e identificarla con un número de referencia correspondiente a la identificación de la persona y al tipo de muestra.

Toma de muestra vaginal ciega

- Introducir el hisopo hasta después del himen, intentando no tocar las estructuras externas mientras se introduce y avanza por el canal vaginal.
- Hisopado bucal para toma de espermatozoides
- Si la víctima alega eyaculación en la boca, tomar muestra con hisopado. Como el semen y los espermatozoides tienden a concentrarse en los espacios entre los dientes y los márgenes de las encías de la mandíbula inferior, tomar muestra de entre los dientes usando un hisopo. Este hisopo debe secarse, poner en una funda y etiquetar.



Fig. 1 Toma de muestra vagina Ciega.
Protocolo de atención a la víctimas de
violencia sexual

Uñas

– Las muestras de recorte de limpieza de uñas está indicado tomar material de debajo de las uñas para análisis de ADN cuando la VVS ha arañado al agresor (posible piel del agresor).

Substancias orgánicas e inorgánicas

- Si el cuerpo presenta restos de sangre seca, saliva, o esperma, tomar una muestra usando uno o dos hisopos humedecidos con unas gotas de suero fisiológico.
- Poner de nuevo el hisopo en su funda y después ponerlo en una bolsa.
- Cerrar la bolsa herméticamente.
- Identificar la bolsa con un número de referencia correspondiente a la identificación de la persona y al tipo de muestra.

Muestra de sangre venosa

- Usar tubos con EDTA
- Poner el tubo en una bolsa y cerrarla herméticamente
- Identificar la bolsa con un número de referencia correspondiente a la identificación de la persona y al tipo de muestra.

Muestras de cavidad vaginal, anal o bucal

En caso de acto sexual vaginal:

- Tomar muestra con la ayuda de un hisopo y extenderla en un portaobjetos.
- Dar ducha vaginal inyectando 10-20 ml de suero fisiológico
- Tomar los resultados con la ayuda de una jeringa y un catéter, teniendo en cuenta no lesionar la paciente.
- Poner el contenido de la jeringa en un frasco estéril y poner el frasco, el catéter y la jeringa dentro de una bolsa cerrada herméticamente.

- Identificar la bolsa con un número de referencia correspondiente a la identificación de la persona y al tipo de muestra.

En caso de acto sexual anal:

- Tomar muestra con la ayuda de un hisopo humedecido en suero fisiológico y extenderla en un portaobjetos.
- Dar ducha inyectando 50 ml de suero fisiológico.
- Tomar los resultados con la ayuda de una jeringa y un catéter, teniendo en cuenta no lesionar la paciente.
- Poner el contenido de la jeringa en un frasco estéril y poner el frasco, el catéter y la jeringa dentro de una bolsa cerrada herméticamente.
- Identificar la bolsa con un número de referencia correspondiente a la identificación de la persona y al tipo de muestra.

En caso de sexo oral:

- Tomar muestra bucal mediante 3 hisopos estériles, a lo largo de las encías.
- Poner de nuevo el hisopo en su funda y después ponerlo en una bolsa.
- Cerrar la bolsa herméticamente.
- Identificar la bolsa con un número de referencia correspondiente a la identificación de la persona y al tipo de muestra.



Fig. 2 Hisopado bucal para toma de espermatozoides
Protocolo de atención a la víctimas de violencia sexual

Notas:

Cuando una muestra se seca al aire a temperatura ambiente, no es necesario refrigerarlo o congelarlo.

Paso 3: Priorización de la atención:**Estado de Gravidéz o Embarazo**

En todos los casos realice prueba verbal de embarazo y la prueba confirmatoria de laboratorio (obviar si la persona está embarazada, está tomando anticonceptivos de manera permanente, tiene la histerectomía practicada, está en etapa menopáusica o no haya tenido menarquia).

- Si existe un embarazo iniciar control prenatal, seguimiento y/o referir al centro de salud, Centro de Atención Médica Permanente (CAP) o Centro de Atención Integral Materno Infantil (CAIMI) que le sea más cercano, para su control.
- Para el tamizaje de transmisión vertical referirla a una Clínica de Atención Integral.(18)

Anticoncepción de Emergencia

Solo en los casos en que no hayan transcurrido más de 120 horas del hecho (5 días); la persona no está embarazada, no está tomando anticonceptivos permanentes, no tenga la histerectomía practicada, esté en etapa menopáusica y que no haya tenido menarquía, se puede utilizar la anticoncepción de emergencia.

Debe explicarse al paciente la forma de tomar el medicamento, el funcionamiento, los posibles efectos secundarios y acompañe con algún medicamento antiemético.

- En el caso de las niñas se clasifican según los estadios de Tanner de mamas y vello púbico, si ya está menstruando debe iniciarse la anticoncepción de emergencia.
- En los casos en que hayan transcurrido entre 121 hasta 167 horas se puede utilizar el DIU como método de anticoncepción de emergencia, previo a que

existan los insumos y el personal de salud capacitado y si la persona acepta el procedimiento.(19)

La pauta profiláctica es una de las alternativas siguientes:

- Levonorgestrel (Postinor I), 1.5 mg por vía oral, una tableta, dosis única.
- Etinilestradiol, 0.30 mg + levonorgestrel 0.15, cuatro comprimidos cada 12 horas por dos dosis.
- Etinilestradiol, 0.30 mg + norgestrel 0.30mg (Lofemenal), 4 tabletas en la primera consulta y 4 tabletas 12 horas después.
- Colocación de un dispositivo intrauterino (DIU), que se mantendrá hasta la primera menstruación (descartada la posibilidad de infección). EL DIU puede colocarse inclusive si se encuentra entre la hora 121 y 167 (entre 5 y 7 días).

Antibioterapia

Antibioticoterapia profilácticamente para las ITS, según Protocolo de Violencia Sexual y/o Espiral de medicamentos, debe confirmarse con laboratorios y evaluar el seguimiento.

ITS	Fármacos	Administración y dosis	Presentación	Frascos o tabletas
Gonorrea	Ciprofloxacina	500 mg PO, dosis única	Tableta de 500 mg	1 tableta
	Ó Ceftriaxona	500 mg IM dosis única	Frasco de 1 g.	1 frasco
Clamidia	Azitromicina	1 g, PO dosis única	Tableta de 500 mg	2 tabletas
	Ó Doxiciclina	100 mg PO cada 12 horas 7 días	Tabletas de 100 mg.	14 tabletas
Tricomona	Metronidazol	2 gramos PO, dosis única	Tabletas de 500 mg	4 tabletas
	Tinidazol	2 gramos PO, dosis única	Tabletas de 500 mg	4 tabletas
Sífilis	Peni Benzatínica	2,400,000 UI IM dosis única	Frasco de 2,400,000	1 frasco
	Ó Doxiciclina	100 mg PO cada 12 horas 14 días	Tabletas de 100 mg.	28 tabletas
HIV	Zidovudina AZT Y	1 tableta 2 veces/día 28 días	Tableta 300 mg	56 tabletas
	Lamidovudina (3TC)	1 tableta 2 veces/día 28 días	Tabletas de 150 mg	56 tabletas
	AZT y 3TC combinadas	1 tableta 2 veces/día 28 días	Tabletas de 300/150mg	56 tabletas

Fuente: Protocolo de Atención a Víctimas/Sobrevivientes de Violencia Sexual MSPAS

Antiretrovirales

Tratamiento profiláctico antiretroviral sí al momento de consultar la víctima no han transcurrido más de 72 horas del hecho, según Protocolo de Violencia Sexual y/o Espiral de medicamentos.

Si la persona resulta VIH positiva debe referirse a la Clínica de Atención Integral de VIH/sida para su seguimiento.(19)

Vacuna Antitetánica

Según Protocolo de Violencia Sexual y/o Espiral de medicamentos. Es importante que pregunte por antecedentes alérgicos.

Es necesario que conserven dos kits de emergencia para personas adultas y para niños y niñas que contengan: la anticoncepción de emergencia, tratamiento para las ITS y los anti retrovirales. Asegurarse que exista en el servicio vacuna antitetánica para la administración a la persona.

Psicológica

Brindar información suficiente evaluando las circunstancias y cultura de cada persona.

- Brindar atención a la víctima durante la en crisis.
- En ausencia de una persona profesional de salud mental brindar los primeros auxilios psicológicos.
- Evaluar la necesidad de interconsulta a psiquiatría

Brindar atención psicológica de recuperación para reducir los efectos.

- Dar seguimiento del caso tanto para el abordaje psicológico como psiquiátrico, si no se cuenta con la capacidad de responder a largo plazo, según cada caso, referir a organizaciones de apoyo que estén cercanas de donde la persona viva.

Paso 4: Registro

- Registros médicos y Estadística:

Registrar en el Libro de Emergencias como Violencia Sexual (CIE-10) y otros Diagnósticos. SIGSA 3 C/S, 4 C/S, H/S, SIDA 1.2 la consejería de VIH y las ITS en el registro SIDA 3 y SIDA 6 mensual.

SIGSA 7 es el Consolidado de Morbilidad.

- Encargado de Farmacia

Tarjeta de control de suministros, Kardex, Receta de Violencia Sexual.

Registrar en el BRES (Balance, Requisición y Envío de Suministros).

Paso 5: Consejería

Se debe brindar información suficiente, evaluando las circunstancias y cultura de cada persona para considerar las opciones desde su contexto y posibilidades. Reforzando en cuanto a los efectos, lesiones o traumas del caso y la necesidad de atenderlos. Asimismo si la persona se encuentra acompañada de una persona de la familia, conocida o cercana explicarles la importancia de que sea apoyada, que no se le critique, se le juzgue o se le acuse por lo sucedido, ella no tiene la culpa.

Enfermería, Médica/Médico, Trabajo Social

Brindar información sobre los riesgos e implicaciones en la salud que la violencia sexual con lleva a nivel físico (ITS, VIH, embarazos no deseados, Hepatitis B), psicológico, social, etc.

Explicando la necesidad de realizar laboratorios de control a los 3, 6 y 12 meses después y según los resultados, la adherencia a los tratamientos de medicamentos.

Explicar lo importante de proceder con la denuncia legal y asistir a todas las pruebas que el Ministerio Público solicite.

Se debe indicar que para cualquier información adicional, si tiene dudas, o siente la necesidad de ser escuchada, es importante que considere que el personal de los servicios de salud están para atenderla.

Seguimiento por psicología o atención psicológica:

Consultas para intervención terapéutica psicológica (atención en crisis)

La intervención terapéutica psicológica (Atención en Crisis) se va a desarrollar a criterio profesional, según las necesidades clínicas de cada paciente, teniendo en cuenta:

El Plan Obligatorio de Salud actualmente cubre la atención ambulatoria con psicoterapia individual o grupal, independientemente de la fase en que se encuentra la enfermedad, así:

1. Hasta treinta (30) sesiones de psicoterapia individual en total por psiquiatría y por psicología durante el año calendario, buscando pertinencia y oportunidad de acuerdo al caso.

2. Hasta treinta (30) terapias grupales, familiares y de pareja en total por psiquiatría y por psicología durante el año calendario, buscando pertinencia y oportunidad de acuerdo al caso.

-El Plan Obligatorio de Salud cubre la atención psicológica y psiquiátrica ambulatoria y con internación para las mujeres víctimas de violencia física, sexual o psicológica, cuando ello sea pertinente a criterio del médico tratante.

-En caso de que el trastorno o la enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente o la de sus familiares y la comunidad, o por prescripción específica del médico tratante, el Plan Obligatorio de Salud cubre la internación de pacientes con problemas y trastornos en salud mental hasta por 90 días, acorde con la prescripción del médico tratante y las necesidades del paciente. Sin perjuicio del criterio del médico tratante, el paciente con problemas y trastornos en

salud mental, se manejará de preferencia en el programa de "internación parcial", según la normatividad vigente.(10)(20)

Seguimiento al mes (cuatro semanas) de haber terminado las intervenciones en crisis.

Entendiendo intervención en crisis como la primera consulta de psicoterapia por especialista de Salud Mental para la víctima de Violencia Sexual, cuyo objetivo es reducir las posibles consecuencias emocionales y sociales negativas que pueden derivarse del evento traumático a partir de la identificación y el fortalecimiento de recursos personales, familiares y sociales y la búsqueda de soluciones factibles ante problemas específicos, mediante una intervención terapéutica especializada en Salud Mental, oportuna y de calidad, por el psicólogo o psiquiatra, de acuerdo con el caso.

Seguimiento a los tres meses (12 semanas) de haber terminado las intervenciones en crisis.

Todo proceso psicoterapéutico debe garantizar unas fases de seguimiento a corto, mediano y largo plazo, con el fin de valorar el impacto de la intervención en el contexto individual y relacional de la, persona (familia, pareja, amigos, compañeros de trabajo, etc.), facilitar a largo plazo que el daño producido sea efectivamente reparado y que el sistema familiar se ajuste frente a la superación del evento.(21)

3.6. Marcos jurídico y respuestas del sector de justicia

En Guatemala la ley superior es la Constitución Política de la República y en ella se establece que el Estado tiene la obligación de garantizar la vigencia de los hechos humanos, y es el llamado a prevenir, eliminar y sancionar cualquier tipo de violencia contra niños, niñas, adolescentes, mujeres, personas con discapacidad y adultos mayores.

Se crea la Ley VET que es la Ley contra la Violencia sexual, Explotación y Trata de Personas, esta ley viene a complementar y actualizar el Código Penal. En el

Decreto 09-2009, en su artículo 1 indica que su objeto “prevenir, reprimir, sancionar y erradicar la violencia sexual, la explotación y la trata de personas, así como procurar la atención y protección de sus víctimas....”

En el artículo 10 se define como víctima “...a la persona que, individual o colectivamente, haya sufrido daños, lesiones físicas o mentales, sufrimiento emocional, pérdida financiera o menoscabo sustancial de sus derechos fundamentales, como consecuencia de acciones u omisiones que violen la legislación penal...”

En el artículo 8 de la Ley Vet se define protección como: “...la pronta, integral y afectiva intervención de la autoridad competente para garantizar a la víctima el acceso a medidas administrativas o judiciales que eviten la continuidad de la amenaza, restricción, o violación de sus derechos, así como la restitución y reparación de los mismos...”

Por otro lado en el artículo 9 de la Ley de Vet se define atención como: “la pronta, integral y efectiva intervención de la autoridad competente para garantizar a la víctima el acceso a medidas administrativas o judiciales que eviten la continuidad de la amenaza, restricción o violación de sus derechos, así como la restitución y reparación de los mismos...” En base al artículo 7 de la Ley de Vet establece y regula que “...se entiende por prevención la preparación y la disposición de medios para evitar la violencia sexual, la explotación y la trata de personas, antes de su manifestación, mediante la intervención directa de sus causas y los riesgos de incurrir en ellas.”(22)

Acuerdo según la niñez

En el 2002 la ONU en Asamblea General aprobó un plan de acción para proteger a los niños y niñas de todas las formas de maltrato, abandono, explotación y violencia. El maltrato infantil es muy grave en nuestro país, lastimosamente se

reciben muy pocas denuncias en especial cuando se trata de un abuso sexual o incesto.

El decreto número 78-1996 del código de la niñez y de la juventud en la sección VII se visualiza el derecho a la protección por el maltrato. El artículo 55 indica que los niños, niñas y jóvenes tienen derecho a ser protegidos contra toda forma de maltrato. El estado debe de crear constantemente programas preventivos y creación de instituciones para dar el apoyo y la orientación necesaria a cada familia que lo necesite o amerite. En el artículo 56 podemos ver que El Estado deberá adoptar medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger a los niños, niñas y jóvenes. También podemos observar que en el artículo 57 todo personal de las instituciones públicas y privadas, centros educativos, servicios de salud, y otros de atención a los niños, niñas y jóvenes tienen la obligación de denunciar los casos de maltrato o abuso que se den en sus instituciones.(23)(3)

Acuerdos internacionales:

En varios acuerdos internacionales se ha afirmado el compromiso mundial para eliminar la violencia contra las mujeres; entre esos acuerdos figuran la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), la Convención de Belem do Para, el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIDP) y la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing (Secretario General de la ONU, 2006). Estos acuerdos utilizan el marco de derechos humanos y una perspectiva de género; además, hacen un llamado a los gobiernos a prevenir y combatir la violencia contra las mujeres, incluida la violencia sexual(24)

3.7. Motivos por los cuales las niñas y mujeres no denuncian los actos de violencia o no buscan ayuda

En Guatemala aún prevalece la cultura del silencio, ya sea por miedo o porque simplemente, así nos evitamos “mayores complicaciones”, lo cual no permite un dato real de la totalidad de casos de abuso sexual, otros estudios indican que únicamente se denuncia el 5% de todos los casos.(25)

Los estudios indican que existen muchos motivos por los cuales las mujeres no buscan ayuda o no denuncian los incidentes de abuso sexual a la policía, por ejemplo: el orden patriarcal y la falta de solidez de los sistemas jurídicos en la región. El estigma, vergüenza y discriminación, temor a represalias del perpetrador, sentido de culpa, la denuncia es complicada o no hay apoyo de los familiares.(2)

III. Objetivos

4.1 General:

- Determinar la incidencia de sospecha o casos de abuso sexual en mujeres del Hospital Pedro Bethancourt, Antigua Guatemala.

4.2 Específicos

- 4.2.1 Identificar el número de pacientes a las cuales se les otorga el kit de emergencia completo por mes y año.
- 4.2.2 Determinar el número de pacientes que ingresó a un servicio durante los tres años de estudio.
- 4.2.3 Cuantificar las pacientes en que hubo la necesidad de un tratamiento quirúrgico.
- 4.2.4 Identificar cuantas pacientes fueron referidas a psicología para terapia y el número de reconsultas posteriores.
- 4.2.5 Estimar el tiempo de estancia de las pacientes desde su ingreso al hospital hasta su egreso, incluyendo la evaluación de las instituciones gubernamentales implicadas y el tiempo efectivo de su respuesta.
- 4.2.6 Conocer el porcentaje de casos que requieren toma de muestras biológicas por personal del hospital vrs médicos del INACIF.

IV. Material y Método

5.1 Tipo y diseño de la investigación

Estudio cuantitativo descriptivo de Serie de casos

5.2 Población y Muestra

Población: Fue constituida por todos casos de violencia sexual y/o sospecha de abuso sexual que consultaron al Hospital Pedro de Bethancourt (HPB), en un período de tres años, comprendido entre el 1 de enero 2012 a 31 de Diciembre de 2014.

Muestra: Para el cálculo de la muestra se realizó un muestreo probabilístico, con lo que se pretendió obtener un valor aceptable a partir de las referencias bibliográficas que se encontraron en estudios de investigación similares ya realizados.

$$n = \frac{z^2 \sigma^2}{d^2}$$

Fórmula del tamaño de muestra para una media.

Dónde:

Z = El nivel de confianza prefijado da lugar a un coeficiente (1 - α). Para una seguridad del 95% = 1.96. Indica el grado de confianza que se tendrá de que el verdadero valor del parámetro en la población quede en el intervalo obtenido. =

d = La precisión que deseamos será de 3%. Margen de error permisible. Cuanta más precisión se desee, más estrecho deberá ser este intervalo y más sujetos deberán ser estudiados.

σ^2 = Varianza (σ^2) por una desviación estándar (σ) de 14.14, según la literatura latino americana (México 2013).

$$n = \frac{1.96^2 * 14^2}{3^2} = \frac{3.8416 * 200}{9} = 85.37$$

El Hospital Pedro Bethancourt cuenta con un comité de Violencia Sexual, el cual es formado por personas representativas de todos los departamentos médicos y asistenciales del hospital, con una estadística mensual, del cual se obtuvo la

información de 205 casos de enero 2012 a agosto 2014. Y estimando de ese dato un total aproximado de 231 casos para los 36 meses (tres años) que implica la recolección de datos.

Pero adecuando la muestra a una población estimada, se realiza la operación de la siguiente fórmula:

$$nf = \frac{n}{1 + n/N}$$

Por lo que $nf = \frac{85}{1 + 85/231} = 62$ pacientes (± 10 por mes)

5.3 Selección de los sujetos de estudio, expedientes de las pacientes con los criterios de elegibilidad siguientes:

5.3.1 Criterios de inclusión:

- Pacientes de género femenino
- Pacientes de cualquier edad
- Pacientes que consultan o fueron traídas por sospecha o caso de violencia sexual.

5.3.2 Criterios de exclusión:

- Expedientes Médicos Incompletos
- Expedientes con letra ilegible
- Que el diagnóstico no corresponda con el estudio
- Que la víctima sea extranjera u otro departamento

5.4 Definición y operacionalización de las variables:

5.4.1 Variables a estudiar

- Incidencia
- Abuso Sexual (sospecha y/o caso)
- Kit de emergencia recibido

- Ingreso al servicio hospitalario
- Tratamiento quirúrgico
- Terapia Psicológica
- Tiempo de reporte-respuesta
- Toma de Muestra por INACIF

Objetivos	Variable	Definición	Operacionalización	Tipo de variable/Escala de Medición
Determinar la incidencia de sospecha o casos de abuso sexual en mujeres del Hospital Pedro Bethancourt, Antigua Guatemala	Incidencia	Es el número de casos nuevos de una enfermedad en una población determinada y en un periodo determinado	# de casos/# de población en riesgo X 100,000 = Incidencia	Cuantitativa de Razón
Identificar la frecuencia de pacientes a las cuales se les otorga el kit de emergencia completo por mes y año	Kit de emergencia	Conjunto de medicamentos protocolizado por el ministerio de salud para el tratamiento oportuno de casos específicos.	Si No	Cualitativa
Determinar el número de pacientes que ingreso a un servicio durante los tres años de estudio	Ingreso Hospitalario	Admisión de un paciente a un servicio de salud.	Emergencias de: Pediatria Ginecología Cirugía Medicina Interna	Cualitativa Nominal
Cuantificar las pacientes en que hubo la necesidad de un tratamiento quirúrgico	Tratamiento quirúrgico	Se refiere a la práctica que implica manipulación mecánica de las estructuras anatómicas terapéutico.	Si No	Cualitativa Nominal
Identificar cuantas pacientes fueron referidas a psicología para terapia	Terapia Psicológica	Es un tratamiento que busca estimular pensamientos, sentimientos, sensaciones y	Cantidad de pacientes referidas	Cuantitativa Numérica

		conocimientos, que tiene el paciente pero que no sabe cómo aplicarlos o no logra identificarlos plenamente.		
Estimar el tiempo de reporte a las instituciones gubernamentales implicadas y el tiempo efectivo de su respuesta.	Tiempo	Periodo determinado durante el que se realiza una acción o se desarrolla un acontecimiento.	Es el periodo que toma desde que se hace el reporte a las instituciones gubernamentales hasta su llegada. Tomado en horas	Cuantitativa
Conocer el porcentaje de casos que requieren toma de muestras biológicas por personal del hospital vrs médicos del INACIF	Muestra	Parte o cantidad pequeña de una cosa que se considera representativa del total y que se toma o se separa de ella con ciertos métodos para someterla a estudio, análisis o experimentación.	Si No	Cualitativa / Nominal

5.5. Técnicas, procedimientos e instrumentos utilizados en la recolección de datos.

5.5.1 Técnica

- Se presentó el proyecto de investigación para su aprobación y autorización.
- Se habló con el comité de violencia sexual para obtención de datos estadísticos.

5.5.2 Procedimiento

- Se habló con el comité de ética, también con el Jefe de Depto de Archivo, Registros médicos y consulta externa.

- De la muestra se utilizaron los expedientes de los pacientes que cumplían con los requisitos para la investigación.
- Se llenaron las boletas de recolección de datos, una a una por el investigador.
- Se plasmaron los datos en una base de datos para su análisis.

5.6 Procesamiento y Análisis de datos

5.6.1 Plan de procesamiento

- Las variables se utilizaron para determinar la incidencia, valorar la ruta institucional, y la atención dada a las pacientes con sospecha de violencia sexual, con posterior análisis de qué aspectos se deben mejorar.
- Se analizaron posteriormente dichos resultados en cuadros y graficas presentando los datos obtenidos en las encuestas.

5.6.2 Plan de análisis:

- Se analizaron los datos obtenidos de los expedientes de los pacientes que entran en la investigación se clasificaron y ordenaron según las variables ya mencionadas.
- Se ordenó en una base de datos según el programa de Excel 10
- Se calcularon análisis cuantitativos según Epi-Info 3.5.4
- Presentación de gráficas y análisis estadístico

5.7 Aspectos éticos de la investigación.

Aspectos éticos de la investigación.

Durante la realización de la presente investigación no existió ningún riesgo para las pacientes del estudio, ya que la información se obtuvo de los expedientes

médicos de cada una de ellas. La información recolectada se utilizó exclusivamente para fines científicos.

Consentimiento informado

Esta investigación es considerada **Categoría I** (sin riesgo, revisión de expedientes y case de datos) donde únicamente comprende técnicas observacionales, con las que no se realiza ninguna intervención o modificación intervencional con las variables fisiológicas, psicológicas o sociales de las personas que participan de dicho estudio ya que **NO** invadan la intimidad de la persona.

V. RESULTADOS

TABLA No. 1

Caracterización epidemiológica de la paciente con sospecha de abuso sexual en el Hospital Pedro Bethancourt

n=62		
Edad	Cantidad	Porcentaje
1-5	4	7
6-10	14	22
11-15	6	10
16-20	10	16
21-25	10	16
26-30	6	10
31-35	10	16
>36	2	3
Total	62	100
Procedencia x municipio	Cantidad	Porcentaje
Ciudad Vieja	12	19
Antigua Guatemala	8	13
Pastores	8	13
Santa María de Jesús	8	13
Jocotenango	6	10
San Bartolomé M.A.	4	7
San Lucas	4	7
Santo Domingo Xenacoj	2	3
Santa Lucía M.A.	2	3
San Miguel Dueñas	2	3
Alotenango	2	3
San Antonio A.C.	2	3
Otros	2	3
Total	62	100

Media de edad 10 años I.C. 95% [12.91,7.71]

De la muestra de 62 pacientes, se distribuyeron en 8 grupos de edad, observando que el 22% se encuentra entre las edades de 6-10 años.

También se observa que el 19% de las pacientes eran originarias de Ciudad Vieja.

TABLA No. 2

Frecuencia de pacientes a las cuales se les otorga el kit de emergencia completo en el Hospital Pedro Bethancourt

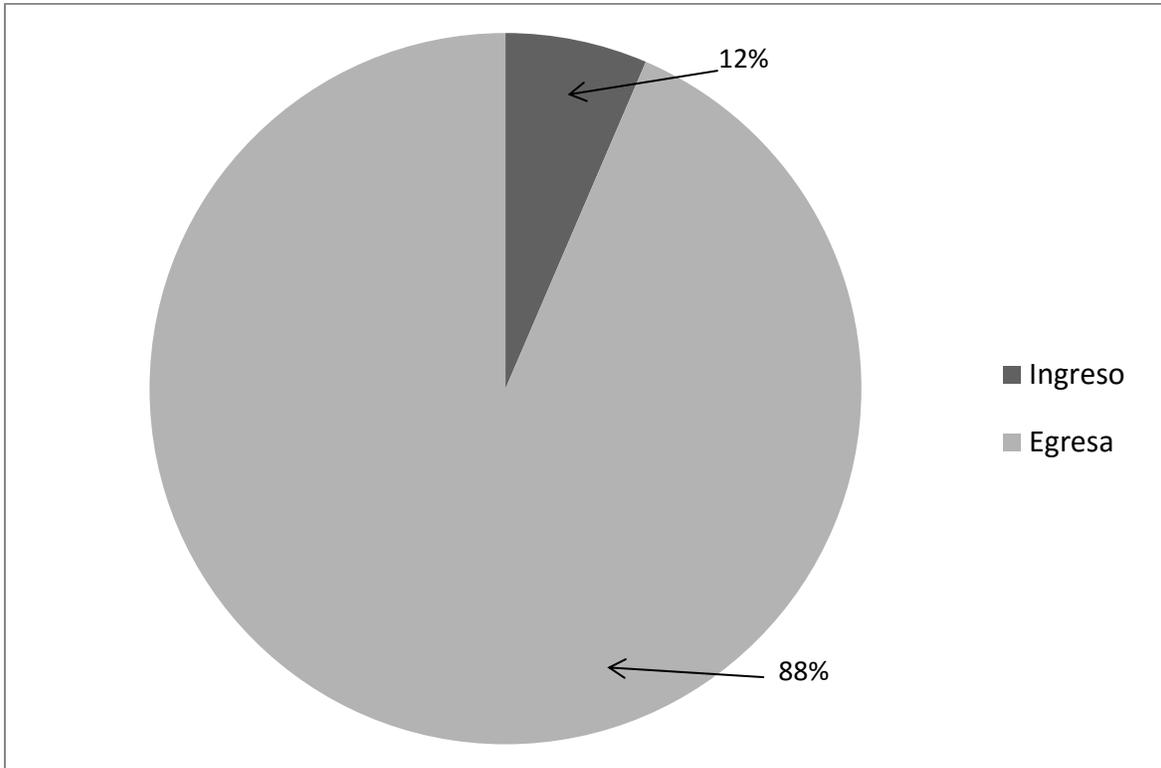
n=62	Cantidad	Porcentaje
Anticonceptivos	26	42
Retrovirales	36	58
Enf Transmision Sexual	34	52
Anticonceptivos + Retrovirales	2	3
Retrovirales + Enf. Transmision sexual	10	16
Todo	24	38
Nada	26	42

En esta tabla se evidencia que de las 62 pacientes el 38% recibió el Kit completo, no encontrándose una evidencia o justificación del por qué en el 42% de pacientes restantes no se administró.

Solo un 42% recibió anticoncepción, mientras que un 58% por ciento recibió tratamiento retroviral y el 52% contra enfermedades de transmisión sexual.

Grafica No. 1

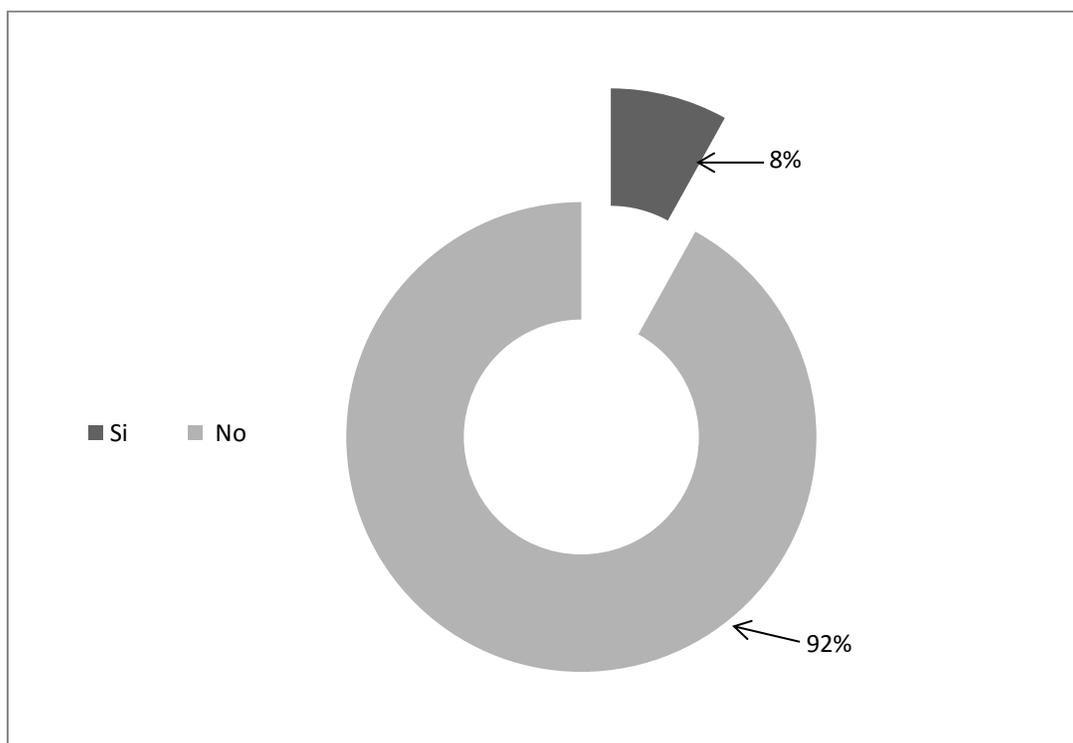
Pacientes que ingreso a un servicio durante los tres años de estudio.



De los 62 casos analizados de las pacientes con sospecha de abuso el 12% fue ingresado al Hospital Pedro Bethancourt, y el 88% se manejó de forma ambulatoria.

Grafica No. 2

Pacientes que necesitaron tratamiento quirúrgico.



De los 62 casos analizados de las pacientes con sospecha de abuso el 8% necesito tratamiento quirúrgico, y el 92% se manejó de forma ambulatoria.

TABLA No. 3

Pacientes que fueron referidas al servicio de Psicología luego de su egreso

n = 62

Clinica	Cantidad	Porcentaje
Médico Forense	34	52
Apoyo Legal	32	51
Psicología	38	61
Control Prenatal	4	7
No referida	12	19
Total	62	100

Del total de pacientes el 61% fue referido al Departamento de Psicología para seguimiento y apoyo emocional.

TABLA No. 4

Tiempo de estancia de las pacientes que fueron atendidas en los servicios de emergencia o cualquier espacio donde permanezca

n=62

Horas	Cantidad	Porcentaje
1	2	3
2	2	3
3	4	7
4	6	10
5	2	3
>5	8	13
No datos	30	48
Ingreso	8	13
Total	62	100

Media no se puede calcular porque no hay datos en 30 pacientes.

En esta tabla se puede observar que desde que la paciente consulta en alguno de los servicios de emergencia del Hospital Pedro Bethancourt hasta su egreso con sus correspondientes evaluaciones y tratamiento, un 13% se evidencia que la espera fue mayor de 5hrs.

VI. DISCUSIÓN Y ANALISIS

La violencia sexual es un problema de orden mundial que afecta a gran número de personas de ambos sexos, sin distinguir razas ni culturas, pero con mayor incidencia en mujeres y menores. Provoca daños a la víctima a corto y largo plazo, por afección física, psíquica y social, que produce secuelas personales y en sus relaciones de pareja.(1)

Los servicios de urgencias son el primer contacto de la víctima con los servicios de atención en salud y con las autoridades por lo que se debe actuar de forma coordinada.

La violencia sexual se define como "todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo".(11)

Su verdadera incidencia es desconocida, por ser la menos notificada, denunciada y registrada. Inicia antes del nacimiento de las mujeres, y al nacer a muy temprana edad y puede perdurar toda la vida o llevarlas hasta la muerte.

Este es un estudio descriptivo, que se realizó en el Hospital Pedro Bethancourt, donde se evidencio que las edades más frecuentes de consulta en las emergencias de dicho hospital fueron entre 16 y 25 años pero no está lejos la incidencia en pacientes pediátricas siendo un 22% entre las edades de 6 a 10 años, lo que se correlaciona con un estudio realizado en niños de Estados Unidos donde indican que los abuso se dan en todas las edades, pero se producen con más frecuencia entre los 10 y 13 años, luego de esta edad notaron un descenso debido, probablemente, a que ofrecen una mayor resistencia a los abusos. Es decir, los abusos son

más frecuentes en preadolescentes que ya tienen rasgos sexuales, pero que todavía no tienen mucha capacidad de autoprotección. Otro estudio realizado en el departamento de Escuintla reportó que en dos años el 67,6% eran menores de edad, entre ellos 64,5% hombres y 86,9% mujeres, con medias de edad de 8.3 años y 12 años, respectivamente.

También se identificaron las áreas más frecuentes o donde se han producido más casos de abuso sexual fueron Ciudad Vieja con un 19% luego Pastores, Santa María de Jesús y Antigua cada uno con un 13%, por lo que valdría la pena investigar las características de estos lugares para intentar identificar un sector, tipo de población, horario en que han ocurrido los abusos para poder prevenir estos.

Los servicios donde principalmente consultaron las pacientes fueron la emergencia de Ginecología y Obstetricia seguida de la emergencia de Pediatría, con un 40% y 32% respectivamente. En el estudio realizado en Escuintla la víctima de violencia sexual acudió al servicio de atención a las víctimas como primera opción en el 42,6% de los casos. Se atendió al 31,7% durante las primeras 72 h desde la agresión y se suministró profilaxis postexposición al 34,1% de éstas, comparado con un 38% que recibió el kit completo en el Hospital Pedro Bethancourt.

También se identificó que el 38% de las pacientes al momento de la consulta son traídas por algún familiar y en el caso opuesto un 26% se presenta sola. Del total de pacientes el 12% fue ingresado a un servicio interno, y se encontró que el 8% necesitó tratamiento quirúrgico.

Del total de casos revisados solo el 61% fue referido al departamento de Psicología para seguimiento y apoyo emocional, y se sabe que es de importancia este seguimiento como se concluye en un estudio, observacional descriptivo transversal, realizado con 44 pacientes de ambos

sexos, atendidos en consulta externa y área hospitalaria del Hospital General de Enfermedades del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, con abuso sexual o sospecha, entre enero 2004 a diciembre 2009. Donde concluyeron que el seguimiento que se le da a los casos de abuso sexual, es parte muy esencial para que los pacientes logren superar los traumas psicológicos, a través de terapias psicoterapéuticas; así como la orientación a la familia para que realicen la denuncia al Ministerio Público, dependiendo de la colaboración de la familia, y se le dé un buen tratamiento social al problema.(23)

Se evidencio también que el tiempo de espera de estas pacientes es bastante extenso, llegando a ser en la mayoría más de 5hrs, por lo que sería importante determinar cuál fue la causa de que la paciente permaneciera tanto tiempo en los servicio si no requerían ingreso u otro tipo de tratamiento.

Se recolecto una muestra de 62 pacientes en aproximadamente 6 meses que fueron evaluados en el periodo de tres años (2012-2014), con datos confiables, recolectados y analizados únicamente por el investigador y se considera un estudio con validez interna por ser una muestra significativa y datos reales.

El principal limitante encontrado en este estudio fue que los expedientes no están adecuadamente llenados ya que no brindan toda la información, principalmente la parte de evaluación por el INACIF, otro inconveniente fue la obtención de las papeletas para su revisión por parte del departamento de registro y estadística ya que únicamente daban un límite de 5 papeletas por semana y en horarios determinados los cuales por disponibilidad de tiempo del investigador debido al cumplimiento de sus responsabilidades de docencia y medico asistencial era difícil de cumplir, la escritura del médico fue otra limitante ya que era difícil entender lo descrito en el expediente, tampoco se encontró con ninguna nota de seguimiento de estas casos en sus expedientes.

Es de vital importancia continuar con las investigaciones sobre los casos de violencia sexual y su manejo en los hospitales departamentales ya que podemos ver que hay muchas cosas que se pueden mejorar para una mejor atención de las pacientes, así también esto puede llevarnos a tomar medidas como capacitaciones para el personal de salud que tiene primer contacto con estas pacientes como en las comunidades donde viven estas pacientes.

Se ha evidenciado a través de otros estudios que las organizaciones comunitarias desempeñan una función crucial para concientizar al público en cuanto a los derechos de las mujeres y la violencia contra las mujeres, además de transformar las actitudes de la comunidad hacia las normas de género. Los líderes comunitarios, hombres y mujeres, son centrales para las iniciativas de prevención, particularmente para promover relaciones no violentas, informar a las mujeres sobre sus derechos y remitir a las víctimas a centros de apoyo. (1)

Estas iniciativas presentan oportunidades para crear mayor conciencia y generar responsabilización del programa en las comunidades y promover facilitadoras/es que puedan ofrecer apoyo a las víctimas de violencia sexual.

En Nicaragua se están llevando a cabo proyectos similares, capacitando a mujeres líderes de la comunidad como voluntarias para brindar asistencia jurídica gratuita (llamadas defensoras populares).

Otra iniciativa notable fue la inclusión de salud sexual y reproductiva, género y violencia contra las mujeres en los currículos de las academias militares y policiales. Este programa fue creado por el Comité de Prevención y Control del VIH/SIDA de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional (COPRECOS), UNFPA y otras entidades, y se ha extendido a muchos países de la región. (3)

Los gobiernos tienen la responsabilidad de tomar acciones para combatir la violencia sexual en diferentes niveles y sectores de la sociedad. En particular, deben atender las necesidades de las comunidades más marginadas, proteger los derechos humanos de las mujeres y trabajar para disminuir todas las formas de violencia contra las mujeres.

6.1 CONCLUSIONES

- 6.1.1 La incidencia de sospecha o casos de abuso sexual en mujeres durante un periodo de 3 años en el Hospital Pedro Bethancourt antigua Guatemala equivale a 13 casos por cada 10,000 mujeres.
- 6.1.2 Se observa también que solo un 38% de la población estudiada recibió un kit completo. El 42% recibió anticoncepción, el 58% recibieron retrovirales y el 52% para prevenir enfermedades de transmisión sexual.
- 6.1.3 El 7% de los pacientes con sospecha de abuso sexual fueron ingresadas a algún servicio del Hospital Pedro Bethancourt y el 93% restante se trató de forma ambulatoria, recibiendo sus medicamentos indicados en el servicio de emergencia y luego seguimiento por el servicio al que fueron referidas.
- 6.1.4 En base a los expedientes revisados no hay documentación alguna sobre la necesidad de un tratamiento quirúrgico en dichas pacientes.
- 6.1.5 El 19% de los casos no fueron enviadas o referidas a ningún otro servicio, y solo el 61% fue referido a psicología.
- 6.1.6 Podemos decir que desde el momento en que la paciente consulta en alguno de los servicios de emergencia del Hospital Pedro Bethancourt hasta su egreso con sus correspondientes evaluaciones y tratamientos en un 13% el tiempo fue mayor a 5hrs de espera o estadía.
- 6.1.7 Del total de casos revisados en el 84% de los casos las muestras fueron tomadas por el INACIF en cuanto a muestras de laboratorio, pero las muestras para evidencia fueron tomadas en su totalidad por el INACIF.

6.2 RECOMENDACIONES

- 6.2.1 Crear mayor conciencia de la violencia sexual como un problema de salud pública y una violación de los derechos humanos, es una prioridad a nivel local, regional y es necesario para generar mayor atención a los programas de prevención y apoyo para las sobrevivientes de violencia sexual.
- 6.2.2 Promover relaciones equitativas de género como una manera de cambiar las normas sociales y el comportamiento individual que apoyan o toleran a la violencia contra las mujeres.
- 6.2.3 El personal de salud necesita recibir capacitación completa y de alta calidad, así como apoyo institucional, para poder brindar atención a las niñas y mujeres que sufren violencia sexual.
- 6.2.4 Mejorar la comunicación entre el personal del hospital y el personal del INACIF para evitar así reactivación a la paciente.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Billings D, Valenzuela A, Place JM. Mujeres víctimas-sobrevivientes de violencia sexual y sus experiencias con los servicios de salud disponibles en Guatemala. *Ipas*. 2011;56.
2. Ortiz Mariscal JD. Buenas prácticas para la atención de la violencia sexual contra las mujeres. *FLASOG*. 2011;80.
3. Cruz N, Hernandez Cruz C. Abordaje en Violencia Sexual. *Fund Sobreviv*. 2010;16.
4. Palacios JR. El Abuso Sexual a Niñas, Niños y Adolescentes: Un secreto Familiar, un Problema Social. 2008;XII:99–111.
5. Cruz N. “ Incidencia sexual en en el abordaje de la violencia sexual en Guatemala.” 2011;1–28.
6. Contreras JM, Bott S, Guedes A, Dartnall E. Violencia sexual en Latinoamérica y El Caribe: Análisis de datos secundarios. 2010;100.
7. Escalante J, Flores Gonzalez ME. Protocolo de Atencion a Víctimas de Violencia Sexual. 2006;35.
8. Mundial B. United Nations Secretary Generals Compaing. 2009;1:2.
9. Un C, Protector A, Infancia LA. La violencia contra los niños y niñas. 1989;1.
10. Sura EPS, Sexual V. Para la atención integral en salud de personas víctimas de violencia sexual. 2013;8.
11. Caballero ME, González S, Saadeh M. Las representaciones sociales sobre el abuso sexual con énfasis en el incesto. 2006;108.
12. Orozco Recinos MDJ. Estudio de Casos de Abuso Sexual en el Hospital Roosevelt, Departamento de Pediatría. Tesis. 2005;48.
13. Fontbona Torres JR. Elementos Diagnósticos y Terapéuticos Narrativos para el trabajo con Sobrevivientes de Abuso Sexual en su Infancia. Tesis. 2009;68.
14. Soto MT, Chacon Orizabal I. Violacion y Embarazo, analisis de las secuelas psicologicas. *Fund Sobreviv*. 2011;54.

15. Garcia Moreno C, Guedes A, Knerr W. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres Violencia sexual. 2013;1–12. Available from: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/en/index.html>, y del sitio web de la Organización Panamericana de la Salud, <http://www.paho.org/violence>
16. MSPAS. Guía de Atención en casos de Violencia Sexual. CICAM. 2010;16.
17. Sexual V. Guía de Atención en casos de Violencia Sexual.
18. MSPAS. Protocolo de Atencion a Victimas de Violencia Sexual. 2011;50.
19. MSPAS. Protocolo de Atencion a Victimas/Sobrevivientes de Violencia Sexual. 2009;79. Available from: www.conaprevi.org<[http://www.conaprevi.org/>drpap@drpap-mspas.gob.gt](mailto:drpap@drpap-mspas.gob.gt)
20. Maldonado Guerra L. Secuencias Emocionales en adultas jovenes abusadas sexualmente en su infancia. 2013;8:32.
21. LeyContraViolenciaSexual_Explot_y_Trata.pdf.
22. Organismo Legislativo. Ley contra la Violencia Sexual, Explotacion y Trata de Personas. 2009;15.
23. Cruz Bolaños AE. Cumplimiento de Normas Técnicas y Administrativas del Manejo del Paciente Pediátrico Sujeto a Abuso Sexual. 2012;53.
24. Escobar Fernandez AM. Perspectiva Jurídica, Económica y Social de los efectos de las Actitudes de la Mujer como Víctima y Victimaria de la Violencia Intrafamiliar en Guatemala. Tesis. 2011;105.
25. Azurdia Lopez SM. Conocimiento de los Estudiantes en Cuarto año de Psicología Clínica de la Imiversidad Rafael Landívar sobre Abuso Sexual Infantil. Tesis. 2012;195.

VIII. ANEXOS

ANEXO 1

Universidad de San Carlos de Guatemala
Escuela de Estudio de Posgrados
Hospital Pedro de Bethancourt
Área de Investigación



Instrumento Recolector de Datos

Edad en años _____ según registro Procedencia _____

Paridad: G _____ P _____ C _____ Ab _____ Hv _____ Hm _____

Estado civil _____ Religión _____

Tiempo que demoro la consulta _____

Traída por: Familia _____ Bomberos _____ Policía _____ Sola _____

Servicio de ingreso: EMA _____ EGO _____ Pediatría _____ Cirugía _____

Estancia Hospitalaria en días _____ y horas _____

MP Evaluó: Si _____ No _____

Toma de muestras de laboratorio, si/no cuales

El examen físico fue realizado por INACIF _____ o personal del Hospital _____

Toma de muestras para evidencia, si/no y por quien personal del hospital o INACIF

Kit de emergencia completo: a. Anticoncepción de emergencia _____ b.
Medicamentos para prevenir el VIH _____ c. Medicamentos para
prevenir las ITS _____

Referencias respectivas: a. Médico forense _____ b. Referencia para apoyo
legal _____ c. Referencia para apoyo emocional o psicológico _____ d.

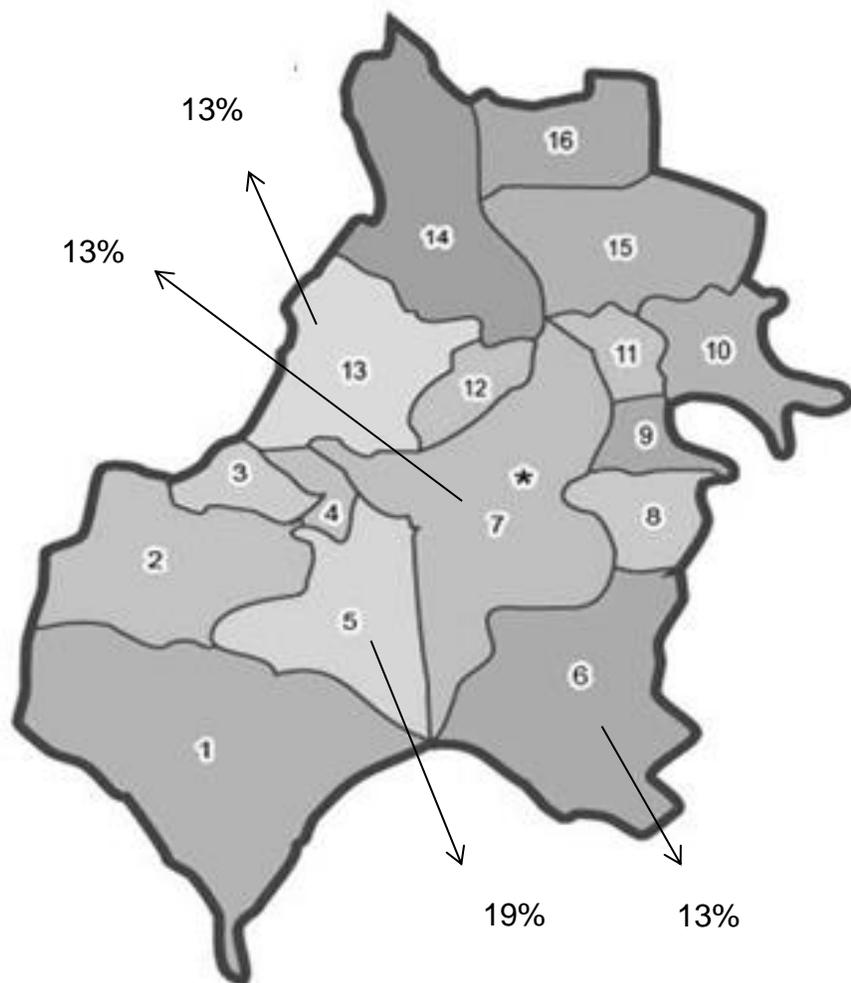
Si está embarazada: Servicios prenatales _____

Anexo 2

Departamento de Sacatepéquez

comprende 16 municipios que son:

1. Alotenango
2. San Miguel Dueñas
3. Santa Catarina Barahona
4. San Antonio Aguas Calientes
5. Ciudad Vieja
6. Santa María de Jesús
7. La Antigua Guatemala
8. Magdalena Milpas Altas
9. Santa Lucía Milpas Altas
10. San Lucas Sacatepéquez
11. San Bartolomé Milpas Altas
12. Jocotenango
13. Pastores
14. Santo Domingo Xenacoj
15. Santiago Sacatepéquez
16. Sumpango



En este estudio se observó que el 19% de las pacientes eran originarias de Ciudad Vieja. Seguido se Antigua Guatemala, Pastores y Santa Maria de Jesus con un 13% cada uno.

PERMISO DEL AUTOR

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada: **“INCIDENCIA DE SOSPECHA DE ABUSO SEXUAL EN MUJERES QUE CONSULTAN EN UN HOSPITAL DEPARTAMENTAL”**, para propósitos de consulta académica. Sin embargo quedan reservados los derechos del autor que confiere la ley cuando sea cualquier otro motivo diferente al señalado, lo que conduzca a la reproducción o comercialización.