

El Rol de los Servicios de Salud en la Atención a Mujeres Víctimas de Violencia Sexual

Taller Nacional para Tomadores de Decisión del Estado para Enfrentar la Violencia Sexual

La Paz, 26 de noviembre de 2002



El Rol de los Servicios de Salud en la Atención a Mujeres Víctimas de Violencia Sexual

Jefferson Drezett

Profesor Asistente del Curso de Especialización en Ginecología y Obstetricia y Coordinador del Núcleo Interdisciplinario de Atención al Abuso de Violencia Sexual del Hospital y Maternidad Leonor Mendes de Barros. Consultor en Violencia Sexual de Ipas-Brasil. Consultor en Violencia Sexual de la Coordinación Nacional de ITS/SIDA del Ministerio de Salud.

Elíana Del Pozo

Licenciada en Comunicadora Social de la Universidad Católica Boliviana. Especializada en Salud Sexual y Reproductiva. Directora de Ipas Bolivia.

Edición: Reynaldo Pérez Zambrana. Coordinador de Tecnología y Logística de Ipas Bolivia

Introducción

La violencia contra la mujer puede ser entendida como una relación de poderes que convierte las diferencias entre los sexos en desigualdad. Consiste en la manera por la cual los hombres ejercen control y poder sobre las mujeres, castigándolas y socializándolas dentro de una categoría inferior subordinada ¹¹. En ese sentido, la violencia sexual constituye una de las más antiguas y amargas expresiones de la violencia de género ^{49,53}. Por género se entiende al conjunto de roles que la sociedad atribuye en cada cultura a los hombres y a las mujeres. De esa manera, el sexo femenino destina para la mujer la menstruación, el embarazo, el parto y la lactancia. Sin embargo, es el género femenino el que define que la mujer sea responsable por el cambio de pañales y por los cuidados cotidianos con un niño o niña. En cuanto el sexo determina las condiciones estrictamente biológicas, el género construye comportamientos no biológicos, muchos de ellos nocivos contra la mujer ²².

La verdadera incidencia de los crímenes sexuales es desconocida, notándose que es una de las condiciones de menor notificación, denuncia y subregistro. Como ejemplo, se calcula que apenas el 16% de las violaciones son comunicadas a las autoridades en los Estados Unidos. En casos de incesto, estos porcentajes no llegan al 5% ⁴⁶. Se cree que la mayor parte de las mujeres no denuncia el hecho por vergüenza y humillación sumidas en el miedo de la reacción de sus parejas, familiares, amigos, vecinos y autoridades. También es común que el agresor realice amenazas contra la integridad física de la víctima o de algún familiar, en caso que ella revele lo ocurrido ¹⁷. Entretanto la mujer teme principalmente no tener credibilidad. Ese sentimiento aparentemente infundando de hecho se justifica. Son incontables los casos de discriminación, humillación y abuso de poder respecto a las mujeres que sufren violencia sexual ^{19,22}.

A pesar del reducido porcentaje de denuncias, la agresión sexual es un crimen cada vez más denunciado, comprometiendo a 12 millones de personas cada año en todo el mundo ⁵. En los Estados Unidos se calcula que ocurre una agresión sexual cada 6 minutos y que una de cada cuatro mujeres

experimenta un contacto sexual no consentido durante la infancia o adolescencia^{23,43}. El Centro Nacional de Víctimas y el Centro de Investigación y Tratamiento de Víctimas calculan que puedan haber ocurrido 683 mil violaciones entre mujeres adultas en los Estados Unidos ⁴⁶. Una estimación semejante realizada por el Departamento de Justicia de los Estados Unidos muestra 500 mil crímenes sexuales por año ⁴³. El Centro Nacional para Niños Abusados y Abandonados avalúa que cerca de 200.000 casos anuales de abuso sexual ocurren entre niños y niñas americanas⁴⁵. De hecho todos los estudios consistentes demuestran porcentajes dramáticos e inaceptables, convirtiendo la violencia sexual como un problema complejo de salud pública ³⁶.

Para reflexionar sobre el rol de la anticoncepción de emergencia en mujeres en situación de violencia sexual es fundamental que se considere la anticoncepción de emergencia no como una medida aislada como ocurre con otras indicaciones. La anticoncepción de emergencia debe ser contextualizada dentro de una atención integral, que agrega condiciones muy específicas y donde otras acciones preventivas son implementadas de manera conjunta, como es el uso de medicamentos de profilaxis de HIV e Infecciones de Transmisión Sexual ^{8,22}. Además de ello, es necesario que se comprenda la magnitud y la trascendencia del fenómeno de violencia, factor fundamental para diferenciar la implementación de protocolos de atención de las verdaderas medidas de atención y de respeto a los derechos humanos de las mujeres.

Epidemiología de la Violencia Sexual

La violencia sexual es un fenómeno universal que ataca, indistintamente a mujeres de todas las clases sociales, etnias, religiones y culturas. Ocurre en poblaciones de diferentes niveles sociales y económicos, en espacios públicos o privados y en cualquier etapa de la vida de la mujer ⁵³. Históricamente los crímenes sexuales han sido utilizados como instrumento de persecución política. Las naciones civilizadas no admiten la violencia sexual, sin embargo se lleva a cabo en casos de guerra. A pesar de esa práctica, se considera como una grave violación de los derechos humanos. La violencia sexual aún ocurre en conflictos armados contemporáneos, por ejemplo en la guerra de Bosnia y Herzegovina, en Croacia y en el conflicto civil de Liberia. La Organización de las Naciones Unidas estima que en la década de los '90 fueron abusadas por estupro entre 20 a 50 mil mujeres en la antigua Yugoslavia, con la finalidad de promover una "limpieza étnica" ⁴¹.

La violencia sexual ejerce un gran impacto en la salud. Para las mujeres adultas, implica una disminución de la percepción de su propio cuerpo, resultando en menores cuidados en cuanto a su salud sexual y reproductiva ^{29,40}. Las secuelas pueden incrementarse haciendo que nueve años de vida saludable se vean afectados por incapacidad. Para la mujer representa más que los años de vida perdidos por las guerras contemporáneas o por el cáncer de mama o de cuello uterino ³⁶. Las consecuencias biopsicosociales son más difíciles de medir, aunque afectan a la mayoría de las víctimas y a sus propias familias. En el campo emocional la violencia sexual produce efectos intensos y devastadores, muchas veces irreparables. Entre los y las niños/as el impacto puede producir una condición importante de vulnerabilidad en el futuro, generando nuevos episodios de abuso sexual en la adolescencia o en la vida adulta. En las formas más severas y crónicas de violencia, se observa un menor uso de anticonceptivos y prácticas sexuales menos seguras. En consecuencia, durante la adolescencia se presenta un mayor riesgo de embarazo no deseado e inoportuno, de enfrentar el aborto realizado en condiciones de riesgo y de contraer enfermedades de transmisión sexual ^{29,40}.

La violencia sexual puede ocurrir en cualquier etapa de la vida de la mujer. Sin embargo, la mayoría de los registros existentes demuestran un predominio de esos crímenes en las más jóvenes, principalmente entre los 15 y 25 años de edad ^{10,19,29}. De hecho las adolescentes presentan un riesgo cuatro veces mayor de sufrir violencia sexual que cualquier otro grupo etáreo⁵⁰. Se cree que la fuerza física del agresor y la intimidación psicológica aplicada, sean los factores determinantes para neutralizar la resistencia de la víctima. Aproximadamente en 30% de los casos se ha utilizado algún instrumento de amenaza, siendo el más común un arma de fuego⁴⁸. La intimidación psicológica sin uso de fuerza física parece ser una forma predominante de intimidación ²⁰. Las adolescentes y mujeres adultas cuando son abordadas por agresores desconocidos se encuentran en el camino al trabajo o la

escuela o se encuentran realizando actividades simples o cotidianas en su comunidad. A pesar de que el abordaje a las mujeres ocurre en espacios públicos, la violencia es practicada lejos de cualquier testigo ^{19,20}. Se debe considerar el alto número de casos de violencia sexual entre mujeres con deficiencia mental, un importante factor de vulnerabilidad. Se estima que el 50% de las deficientes mentales son sexualmente abusadas al menos una vez en su vida. Se observa un mayor riesgo para que la condición se convierta crónica, principalmente en mujeres discapacitadas con enfermedades mentales severas ⁶¹.

Los estudios que tratan de las características del agresor sexual merecen también ser destacadas en la medida en que influyen fuertemente en los mecanismos envueltos en la violencia sexual. En Japón, de 796 mujeres entrevistadas, aproximadamente el 75% referían haber sido abusadas en cualquier momento de sus vidas, con alguna forma de violencia física, psicológica o sexual por parte de sus parejas ⁵⁹. Datos igualmente importantes fueron reportados en Puerto Rico (58%); Nicaragua (52%); Bolivia (46%); Kenia (42%); Colombia (40%); Brasil (38%); Canadá (29%); Chile (26%); Suiza y Nueva Zelanda (20%) ^{24,36}. En circunstancias de violencia sexual, el fenómeno parece repetirse. De hecho se acumulan indicadores de que el agresor sexual en la mayoría de los casos se constituye en una persona conocida o próxima a la víctima. Por ejemplo en la ciudad de México se estudiaron 531 casos de mujeres adultas que sufrieron violencia sexual, constituyéndose que el 62% de ellas pudo identificar al agresor y que el 86% de los casos se trataba de un pariente o de una persona amiga de familia ³³. De manera similar en la ciudad de Sao Paulo, del total de agresores identificados por la víctima, 53% se trataba de habitantes de la comunidad, parejas o ex parejas sexuales ¹⁹.

Durante la infancia es innegable que el abuso sexual es generalmente perpetrado por personas que la niña conoce y confía, siendo que más de la mitad de los casos el agresor es miembro de su núcleo familiar ^{1,19,49,57}. Prevalen agresores que más bien deberían ser los principales responsables por su protección y desarrollo. Lamentablemente se verifica que los padres biológicos, padrastros, tíos, abuelos y otros parientes encabezan las listas de los principales perpetradores en cualquier parte del mundo. En consecuencia, el riesgo de la violencia sexual entre los niños/as es mayor en espacios privados, en especial en sus propios hogares, impuestos por el miedo, amenazas, seducción o temor a adultos. El abuso permanece por mucho tiempo oculto, cercado y protegido por un "pacto de silencio". En esos casos la penetración del pene del agresor en la vagina o ano de la niña es generalmente sustituida por caricias eróticas, masturbación u otros actos libidinosos. Estas acciones nefastas pueden pocas veces ser comprobadas por evidencias materiales. En tanto, producen un profundo impacto y sufrimiento emocional con severas consecuencias que pueden acompañar a la mujer a lo largo de toda su vida ^{1,20,22}.

A pesar de la gravedad de la situación, la mayoría de los casos de violencia sexual que son perpetrados por agresores identificables, no buscan los servicios de salud. Las estadísticas de esos servicios apuntan por una predominancia de agresores desconocidos en más de 80% de los casos. Cabe mencionar que los servicios de salud captan apenas la punta un inmenso *iceberg*, y los casos de violencia sexual intrafamiliar, seguramente la forma más frecuente de violencia contra la mujer, aún carecen de visibilidad ^{19,20}. A pesar de los números y de las consecuencias de violencia sexual que impresionan por su magnitud, los servicios de salud todavía desconocen sobre esas mujeres y sobre los mecanismos envueltos en la agresión. Muchas veces, prevalecen estereotipos que dificultan la inter-relación médico-paciente y que comprometen tanto los aspectos técnicos como los aspectos técnicos en la atención ²².

Enfermedades Transmisibles Sexualmente

La adquisición de una enfermedad transmisible sexualmente (ETS) como consecuencia de la violencia sexual puede resultar en severas secuelas físicas y emocionales. Entre 28 a 68% de las víctimas de violencia sexual serán afectadas por una ETS ^{3,51}. La tasa de infección por gonorrea puede variar entre 0,8 a 9,6%; entre 1,5 a 26% para la clamidia; de 3,1 a 22% para la tricomoniasis; de 12 a 50% para vaginosis bacteriana; de hasta 1,6% para sífilis; de 2 a 40% para HPV (Herpes Papiloma Virus); y de 3% para hepatitis B ^{3,25,30,34}. Las ETS consecuentes del abuso sexual en la infancia presentan números

igualmente significativos. La tasa de infección por gonorrea puede variar entre 2,8 y 28%; entre 1,2 a 8% para clamidia; de 1 a 6% para tricomoniasis; de 0,1 a 1,5% para sífilis, de 0,1 a 0,5% para el virus de herpes, y de 0,1 a 1,5% para o HPV ^{4,39}.

Una gran parte de las ETS resultado del abuso sexual podrían ser evitadas con la oferta de medicamentos específicos. Hepatitis B, gonorrea, sífilis, clamidia, tricomoniasis, chancroide, entre otras podrían ser evitadas con el uso de medicamentos de eficacia reconocidas si son administrados adecuadamente. Sin embargo para enfermedades virales como la hepatitis C, HPV y herpes genital no existen actualmente agentes eficaces ²¹. Lamentablemente, poco se ha hecho para proteger a las víctimas sobrevivientes de violencia sexual de adquirir enfermedades de transmisión sexual. Es cierto que gran parte de las víctimas de abuso sexual no acuden a los servicios de salud o lo hace tardíamente por falta de información o vergüenza lo que impide tomar medidas de protección. La mayor parte de las niñas envueltas en situaciones crónicas o prolongadas de abuso, generalmente llegan al servicio de salud con síntomas estabilizados y muchas veces en una situación adelantada de su evolución clínica. Para esas situaciones apenas puede hacerse un diagnóstico y tratamiento apropiados en el sentido de obtener la cura o la reducción de los daños eventualmente presentes ^{16,19}. A pesar de ello, el importante número de casos que acuden a los servicios de salud de manera oportuna para poder ofrecer medidas de protección. Asimismo, menos del 5% de las mujeres brasileñas y 25% de las mujeres norteamericanas reciben alguna medida efectiva para la profilaxis de enfermedades de transmisión sexual ⁹.

Varios autores cuestionan la validez del uso de medicamentos para la prevención de las ETS. De hecho, muchos esquemas profilácticos son idénticos a los que se utilizan para el tratamiento de la sintomatología establecida, argumentándose que sería más razonable su uso en casos diagnosticados. Asimismo, es preciso considerar que las víctimas de violencia sexual constituyen un grupo de mayor dificultad de apoyo, con tasas de pérdida de seguimiento entre 25 y 50% ³⁴. Para esas mujeres no hay garantía de seguimiento e investigación de las ETS. A pesar de no haber consenso, la implementación de esa medida es beneficiosa cuando es aplicada durante las primeras 72 horas después de ocurrida la violación. (Cuadro 1) ^{8,16,19,27,35,47}

CUADRO 1. DOSIS COMBINADAS DE PROFILAXIA PARA HEPATITIS B Y ENFERMEDADES SEXUALMENTE TRANSMISIBLES			
Vacuna contra hepatitis B			
uso adulto:	1,0 ml	IM	deltóide
uso pediátrico:	0,5 ml	IM	glúteo
Ceftriaxone			
uso adulto:	1,0g	IM	dosis única
uso pediátrico:	50 mg / kg	IM	dosis única
Azitromicina			
uso adulto:	1,0g	VO	dosis única
uso pediátrico:	<15 Kg:	10 mg / Kg	VO
	15 a 25 Kg:	5 ml (200 mg)	VO
	25 a 35 Kg:	7,5 ml (300 mg)	VO
			dosis única, por 3 días
			dosis única, por 3 días
			dosis única, por 3 días
Metronidazol			
uso adulto:	1,6g	VO	dosis única
uso pediátrico:	30 mg/kg/d	VO	dosis única

Infección por VIH/SIDA

La infección por HIV representa la principal preocupación para aproximadamente 70% de las víctimas de violencia sexual ⁴⁶. Los pocos estudios bien conducidos indican la posibilidad de conversión sérica para el HIV entre 0,8 y 2,7% ^{3,21}. Ese riesgo es comparable y hasta superior a lo observado en otras formas de exposición sexual única, receptiva o insertiva o en los accidentes laborales con los

prestadores de servicios de salud. La interpretación de este dato debe ponderar los múltiples factores de riesgo para la infección por el HIV envueltos en las situaciones de violencia sexual: tipo de violencia sufrida, número de agresores, cantidad de traumatismos genitales, edad de la víctima, condición himenal, presencia de ETS o úlcera genital previa y forma de intimidación utilizada por el agresor ^{18,21,35}.

Poco se sabe hasta el momento sobre la prevención de la infección por el HIV como el uso de antiretrovirales. De hecho, no existen estudios consistentes que aseguran que la quimioprofilaxis antiretroviral protege a las víctimas de violencia sexual. De esa misma forma tampoco existen estudios que nieguen esta posibilidad. Con todo esto es necesario que se considere un éxito de la aplicación de esta medida la reducción de transmisión materno-fetal en la protección de cerca de 80% de los accidentes laborales ^{18,21,35}.

La eficacia de los antiretrovirales para la profilaxis de HIV depende de su inicio precoz, de la rigurosidad en su administración y del tiempo adecuado de utilización. Los antiretrovirales pueden ser ofrecidos a mujeres adultas, adolescentes, embarazadas o niñas en condiciones de exposición al semen, sangre y/o otros fluidos, sometidas a violencia sexual con penetración anal, oral o vaginal (cuadros 2 y 3). Los medicamentos deben ser introducidos en el menor plazo posible, en máximo 72 horas del episodio de violencia sexual y ser mantenidos sin interrupción durante 28 días ^{18,21,47}.

CUADRO 2. ADMINISTRACION DE LA QUIMIOPROFILAXIS ANTIRETROVIRAL PARA EL HIV EN MUJERES ADULTAS Y EMBARAZADAS	
Zidovudina 300 mg + Lamivudine 160 mg	
1 cp VO por la mañana y 1 cp VO en la cena	(total = 2 cp por día)
+	
Nelfinavir 250 mg	
3 cp VO de 8/8 horas	(total = 6 cp por día)

Resultados preliminares del estudio multicéntrico comparativo conducido en Sao Paulo - Brasil, incluyendo ocho instituciones y más de 1600 víctimas de violencia sexual, presentan los primeros resultados estadísticamente consistentes. Además de ello, cabe resaltar que la respuesta de las víctimas de violencia sexual a los antiretrovirales es apropiada, mostrándose hasta porcentajes de 77% de uso completo y adecuado de la medicación. Ese indicador es semejante o superior a los mejores índices de aceptación registrados en situaciones de accidentes laborales entre los prestadores de servicios de salud ¹⁸.

No obstante, el aspecto más relevante del estudio trata de la eficacia de los antiretrovirales en la prevención de la infección por el HIV. En un grupo de mujeres que utilizó antiretrovirales, ninguna paciente presentó un examen de control positivo para HIV. Por otro lado, fueron identificados cuatro casos de conversión sérica, en el grupo de comparación (2,7%), resultado en el Test de Fisher estadísticamente significativo. Este dato posiblemente signifique la primera evidencia de que los antiretrovirales pueden, de hecho, proteger a las víctimas de violencia sexual ²¹.

A pesar de ser motivador, este dato todavía es insuficiente para esclarecer la cuestión de todos los aspectos aún desconocidos. No obstante, se cree que ello no deba convertirse en un obstáculo para que se organicen sistemas eficientes de protección a las víctimas de violencia sexual. De hecho, así ya lo hicimos recientemente en casos de accidentes laborales. Mucho antes de conocer los resultados del análisis científico de la cuestión, definimos flujos y criterios de gravedad, normatizamos esquemas terapéuticos y aplicamos protocolos de asistencia a los profesionales de salud expuestos accidentalmente al VIH. Las evidencias exigen que se tenga el mismo cuidado y respeto por las mujeres, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual ²¹.

CUADRO 3. ADMINISTRACION DE QUIMIOPROFILAXIS ANTIRETROVIRAL PARA EL HIV EN NIÑAS*			
Zidovudina	90 – 180 mg / M ⁿ / dosis	VO cada 8 horas	$Sc(m2) = \frac{(peso \times 4) + 7}{peso + 90}$
	⊕		
Lamivudina	4 mg / Kg / dosis	VO cada 12 horas	
	⊕		
Nelfinavir	30 mg / Kg / dosis	VO cada 8 horas	
* Edad mayor a 13 años o peso mayor a 30 Kg			

Traumatismos Genitales y Extragenitales

Solamente una pequeña porción de víctimas de abuso sexual sufre traumas físicos severos. Hay datos que sugieren que la ocurrencia de traumas genitales es dramáticamente mayor entre mujeres vírgenes que aquellas sexualmente activas en el momento del crimen^{6,37}. La resistencia por parte de la víctima es otro factor que debe ser considerado en la etiología de esos traumatismos físicos, siendo que la víctima adulta tiende a manifestar mayor resistencia contra el agresor².

Se nota una gran discrepancia en los datos de literatura sobre las tasas de diagnóstico de lesiones físicas. Las lesiones genitales varían entre 5 y 65%, y las extragenitales entre 10 a 80%. No obstante, hay datos consistentes que apuntan que daños físicos comunes en los casos de abuso sexual entre las niñas^{6,7,12}. En nuestra experiencia, hemos constatado que existen pocos daños físicos, genitales o extragenitales entre todos los grupos etáreos analizados. (Tablas 1 y 2)^{19,20}. A pesar de que no verificamos la existencia de casos fatales o traumas severos relevantes, se debe considerar que una parte significativa de los crímenes sexuales pueden terminar en homicidio, principalmente por asfixia mecánica que es la mayor expresión de poder del agresor¹³.

En las niñas es importante recordar que la primera hora post-trauma es más crítica y puede ser vital para implementarse las medidas necesarias. En la sospecha de traumatismos es fundamental la realización de un examen físico completo y de un examen ginecológico. En algunos casos, puede ser necesaria la realización del examen ginecológico con analgesia o anestesia. La observación del flujo urinario espontáneo es obtenido por sonda, la que puede alertar la existencia de lesiones en el tracto urinario. La ecografía de abdomen y de pelvis puede ser valiosa en los casos de sospecha de lesiones intra-abdominales. En las lesiones vulvoperineales superficiales sin sangrado, se debe proceder con una rigurosa asepsia local. Habiendo sangrado se indica la sutura con hilos delicados y reabsorventes y aguja no traumática. En esos casos es recomendable además realizar profilaxis contra infección del tétano. Cuando existe presencia de hematomas la aplicación local de bolsas de hielo puede ser suficiente para el control. Cuando se observa inestabilidad los hematomas pueden necesitar de un drenaje quirúrgico o la resolución de la hemorragia¹⁴.

TIPO DE TRAUMA	Niñas		Adolescentes		Adultas		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
SIN TRAUMA	65	91,6	532	97,5	554	96,9	1151	95,8
FISURA PERIANAL	3	4,2	4	0,7	7	1,2	14	1,2
HEMATOMA DE VULVA	0	0	4	0,7	7	1,2	11	0,9
FISURA DE FÚRCULA	0	0	5	0,9	3	0,5	8	0,7
ROTURA PERINEAL	3	4,2	1	0,2	0	0	4	0,3
ROTURA DE CÚPULA VAGINAL	0	0	0	0	1	0,2	1	0,1
TOTAL	71	100	546	100	572	100	1189	100

Fuente: Drezett, J. Estudio de factores relacionados con la violencia sexual contra niñas, adolescentes y mujeres adultas. Tesis, Doctorado, Sao Paulo, 2000.

La atención a los eventuales traumatismos físicos, genitales o extragenitales, no constituyen un punto principal del problema de atención de urgencia para las víctimas de violencia sexual. De hecho, la mayoría de las víctimas recibe un tratamiento adecuado para dichas condiciones ²². No obstante es evidente la resistencia de los servicios de salud para examinar y cuidar a aquellas víctimas que no presentan lesiones físicas. Para agravar la situación hay indicadores consistentes de que las mujeres que presentan daños físicos resultado de violencia reciben mejor atención en los servicios de salud, en los departamentos médico-legales y en las instancias policiales, siendo que a ellas se les atribuye es estereotipo de "víctimas ideales" ⁴⁴. En esos casos, las marcas de violencia garantizan menor riesgo de tener su historia cuestionada o dudosa, y mayor oportunidad de tener el derecho de atención y salud preservado. Paradójicamente hemos exigido que además de violada, la mujer se presenta brutalmente herida para recibir respeto y credibilidad ^{20,44}.

TIPO DE TRAUMA	Niñas		Adolescentes		Adultas		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	N	%
SIN TRAUMA	71	100	486	89,0	490	85,6	1047	88,0
HEMATOMA	0	0	19	3,5	39	6,8	58	4,9
ESCORIACION	0	0	17	3,1	17	3,1	34	2,9
MORDEDURA	0	0	10	1,8	11	1,9	21	1,8
ISNTRUEMNTOS CORTO –PUNZANTE	0	0	11	2,0	8	1,4	19	1,8
QUEMADURA	0	0	2	0,4	2	0,3	4	0,3
OTRO	0	0	1	0,2	5	0,9	6	0,5
TOTAL	100	100	546	100	572	100	1189	100

Fuente: Drezett, J. Estudio de factores relacionados con la violencia sexual contra niñas, adolescentes y mujeres adultas. Tesis, Doctorado, Sao Paulo, 2000.

La modificación de esta postura, inhumana e ineficiente, ha tenido una amplia discusión entre profesionales abogados y de salud, integrantes de grupos de mujeres e investigadores de otras áreas de conocimiento. En la última década, un gran esfuerzo ha sido realizado para encontrar soluciones que pueden corregir o atenuar el problema. Al mismo tiempo, se acumula iniciativas que aseguran una atención apropiada a esas mujeres, como la aplicación de anticoncepción de emergencia, profilaxis de ETS y la prevención contra infecciones de HIV/SIDA ²².

El nuevo paradigma exige que la atención médica sea prioritaria y ofrecida antes de cualquier otra acción. Esa conducta no representa una simple elección, pues la eficiencia de esas intervenciones depende, principalmente, de la prioridad con que ellas fueron aplicadas, un ejemplo de la profilaxis de infección por HIV y de anticoncepción de emergencia. Las medidas legales sin duda tienen mayor importancia, pueden y deben aguardar por la atención a un ser humano en los cuidados de su salud ²².

Embarazo Resultado de Abuso Sexual y Anticoncepción de Emergencia

Más de la mitad de los casos de violencia sexual ocurre durante el período reproductivo de la vida de la mujer ¹⁷. La tasa de embarazo resultante por casos de violencia sexual varía entre el 1 y 5%, estimándose alrededor de 32.000 embarazos resultado de violencia sexual, anualmente, sólo en Estados Unidos ³⁸. Las legislaciones sobre la interrupción del embarazo que actualmente están en vigencia en la mayoría de los países de América Latina y El Caribe son las más restrictivas de todos los continentes ¹⁵. Cerca de la mitad de estos países no permite que la mujer tenga derecho una interrupción legal del embarazo en casos de violencia sexual. Los que disponen de leyes que les permite una interrupción legal del embarazo en estos casos, en su mayoría no garantizan el acceso a servicios de calidad. En caso de embarazo por el agresor, la mujer puede ser sometida según lo que decreta la Ley en su país, o recurrir a un aborto clandestino. De hecho el destino exacto de esos embarazos es poco conocido. (Figura 1) ^{15,22,26}.

País	Por Pedido da Mujer	Por Motivo Social o Económico	Por Motivos de Salud	Por Violencia Sexual	Para Salvar a Vida da Mujer	Prohibido sin Excepciones
Argentina				X (1)	X	
Barbados	X	X	X	X	X	
Bolivia			X (2)	X	X	
Brasil				X	X	
Chile						X
Colombia						X
Costa Rica			X (2)		X	
Cuba	X	X	X	X	X	
El Salvador						X
Ecuador			X (2)	X (1)	X	
Guyana	X (3)	X	X	X	X	
Haití					X	
Honduras						X
Jamaica			X (4)		X	
México		X (5)	X (5)	X	X	
Nicaragua					X	
Panamá			X	X		
Paraguay					X	
Perú			X (2)		X	
Porto Rico	X	X	X	X	X	
Rep. Dominicana						X
Surinam					X	
Trinidad e Tobago			X			
Uruguay		X	X	X		
Venezuela					X	

Fuente: Dossier Aborto Inseguro. Red Nacional Feminista de Salud y Derechos Reproductivos. Brasil, 1998.

(1) estupro de mujer con deficiencia mental

(2) solamente en casos de riesgo para la salud de la mujer

(3) hasta 8 semanas de embarazo

(4) incluye salud mental

(5) en algunos estados del país

No obstante, es necesario destacar que a pesar de la existencia de leyes que permiten, en teoría, la interrupción del embarazo en esos casos, parte importante de ellas no garantiza en la práctica el derecho a un aborto seguro. La realización de esos abortos ha sido hecha de manera excepcional por los servicios públicos de salud ^{22,26}. La mayoría de las mujeres todavía no tiene acceso a servicios de salud que estén de acuerdo en realizar el procedimiento alegando diferentes motivos ^{26,27}. Con sus derechos no respetados, más convencidas de someterse a un aborto gran parte de esas mujeres recurre a los servicios clandestinos. Para aquellas con menores recursos económicos, sólo queda el aborto en condiciones de riesgo. Las consecuencias desastrosas, sin embargo jamás podrán ser debidamente medidas, con certeza tomarán la vida de miles de mujeres y comprometerán el futuro reproductivo de tantas otras ²².

En el Brasil entendiéndose la gravedad de esta situación, se generó un enorme esfuerzo de los primeros servicios interdisciplinarios para atender esos casos. Las acciones fueron fundamentadas con bases epidemiológicas disponibles y protocolos de atención de intervención y acompañamiento fueron definidos. Con el apoyo y actuación de entidades representativas médicas, del movimiento de mujeres organizadas, y de otras áreas del conocimiento, nuevas iniciativas fueron implementadas en la última década. Actualmente casi todos los estados brasileños cuentan con al menos un servicio que oferta la posibilidad de aborto legal ^{8,22,26,27,28}.

No obstante es fundamental que esté claro que el aborto en casos de violencia sexual es un derecho y no una obligación de la mujer. Ella debe ser siempre informada de sus opciones, considerándose la posibilidad de mantener el embarazo. Para cada opción, los servicios de salud deben estar capacitados de atender a la mujer dentro de sus necesidades y expectativas ^{26,28}. La decisión final siempre es difícil y compleja y es derecho de cada una de ellas. Al médico le corresponde el respeto a la autonomía de la mujer de decidir, actuando como agente que garantice que esa decisión sea tomada en forma absolutamente libre, consciente, clara e informada ²².

Sin embargo, a pesar de que se ha incrementado el conocimiento ético y legal en los prestadores de servicios sobre la interrupción legal del embarazo, son aún pocos los médicos que lo realizan. Una investigación de opinión realizada por Ipas Brasil a más de 500 ginecólogos reveló un importante cambio de actitud. La mayoría de los entrevistados está de acuerdo con la realización de un aborto en esos casos y una parte significativa de ellos afirma que estaría dispuesto a realizarlo. El hecho es que los médicos cada vez más se preocupan sobre esta cuestión en la medida que entienden la importancia del problema y perciben la responsabilidad que les corresponde en garantizar el ejercicio de los derechos de la mujer ²².

A pesar de esos cambios fundamentales de actitud, eso no se visualiza en igual proporción en la práctica médica cotidiana. Muchos médicos necesitan enfrentar una serie de desafíos, muchos de ellos de carácter personal, para poder concretar sus convicciones. La medicina siempre orientó por la defensa de la vida y la obstetricia en particular, por la preservación del feto. No es tarea fácil cambiar los principios de la educación cartesiana e hipocrática, aunque esa actitud esté plenamente respaldada por la Ley, en los principios de la bioética en los códigos de ética profesional ²².

Entre las consecuencias de la violencia sexual, el embarazo se destaca por la complejidad de las reacciones psicológicas, sociales y médicas que determina. Generalmente es encarada como una segunda violencia, intolerable para la mayoría de las mujeres ²⁶. No obstante, en el campo de la anticoncepción de emergencia las dificultades en la práctica se acumulan. Menos del 10% de las mujeres brasileñas sobrevivientes víctimas de violencia sexual atendidas en los servicios públicos de emergencia reciben protección contra el embarazo no deseado ⁹. Esa medida muchas veces es sustituida por la prescripción de tranquilizantes o de un anti-inflamatorio cuya finalidad real no puede comprenderse ²².

La anticoncepción de emergencia constituye un método anticonceptivo ético y alternativo de carácter excepcional, que puede ser utilizada en situaciones especiales. Un ejemplo, es que el método está indicado después de la relación sexual sin protección, falla de anticonceptivos (rotura del condón o movimiento del diafragma), uso inadecuado de anticonceptivos o en la violencia sexual ³². A pesar de ser suficientemente estudiado y registrado, lamentablemente el método aún presenta un uso

restringido. Entre los principales factores que limitan su uso, se destaca el plazo para el inicio del método, dificultad de acceso, baja disponibilidad, pocas posibilidades de elegir, desconocimiento por parte de los médicos y usuarias y la creencia de que tiene un efecto abortivo^{54,56}.

Los principios de la anticoncepción de emergencia son conocidos hace bastante tiempo. Los hebreos aconsejaban tomar diversas medidas post-coito como andar, correr y hacer movimientos bruscos en el sentido de eliminar lo eyaculado y reducir el riesgo de embarazo. Procedimientos semejantes fueron descritos por Lucrecio (98-55 AC), Sorano (99-138 DC), Rhazes (Siglo IX), Avicenna (980-1037) y Tomás de Aquino (1225). Formulaciones magistrales o caseras, aplicadas al medio vaginal son también descritas en Egipto y en la India en 1550 AC. Solamente en 1939 aparecen los primeros estudios de las duchas vaginales, método bastante popular a partir del siglo XVII. En la década de los '60 se inician los estudios utilizando esteroides sexuales, principalmente el dietilestilbestrol. Desde entonces, muchas sustancias esteroides y no esteroides han sido utilizadas con la finalidad de prevenir el embarazo post-coito^{32,54}. Actualmente entre los principales métodos de anticoncepción están el método de Yuzpe, levonorgestrel y el DIU^{17,22}.

Es preciso destacar que la anticoncepción de emergencia es un derecho de la mujer. No obstante, aún persiste para una parte de los médicos y de los prestadores de salud la falsa convicción de que la anticoncepción de emergencia es un método abortivo. La literatura médica ha acumulado evidencias científicas consistentes y suficientes que afirman lo contrario²². El mecanismo de acción se basa en la inhibición o postergación de la ovulación, en la disfunción del cuerpo lúteo (fenómeno semejante es producido durante la lactancia) y en la alteración de la función de la capacidad de los espermatozoides. No hay ninguna evidencia científica de que la anticoncepción de emergencia hormonal pueda actuar sobre el proceso de implantación y resultar en un aborto. Frente a esas condiciones, cabe reflexionar sobre las consecuencias éticas y legales de negación infundada de prescribir la anticoncepción de emergencia, principalmente en los casos en que resulte en embarazo causado por el agresor²².

La atención médica a víctimas de violencia sexual siempre debe considerar y evaluar el riesgo de embarazo ofreciendo medidas de anticoncepción de emergencia eficientes. La anticoncepción de emergencia hormonal constituye un método de elección debido a su bajo costo, tolerabilidad, eficacia y ausencia absoluta de contraindicaciones^{17,55,58}. Actualmente la utilización de progestágenos ha mostrado mejores resultados. Un estudio conducido por OMS sobre métodos post-ovulatorios de regulación de la fertilidad, comparando el esquema de Yuzpe con el levonorgestrel, verificó que el levonorgestrel fue mejor tolerado y fue más eficaz³¹. Aparte de ello, en los casos de violencia sexual en que se utilizan antiretrovirales, se debe considerar la posibilidad de interacción farmacológica con el etinil-estradiol, comprometiendo la eficacia del esquema de Yuzpe^{8,21}.

La anticoncepción de emergencia debería ser ofrecida a todas las mujeres expuestas al embarazo y que hayan tenido un contacto real o dudoso con semen, independiente del período del ciclo menstrual en que se encuentren, que hayan tenido la primera menstruación o que estén en una etapa anterior a la menopausia, y que no utilizaban un método anticonceptivo en el momento de la violación. Debe ser iniciada hasta las 72 horas después del episodio con un uso de 1,5 mg de levonorgestrel, dividido en dos dosis (Cuadro 4)^{8,17,26,27,28,31,58}.

CUADRO 4. ANTICONCEPCION DE EMERGENCIA HORMONAL POR EL ESQUEMA DE YUZPE O CON EL USO DE PROGESTÁGENOS
Esquema de Yuzpe (200 μ g de etinil-estradiol y 1 mg de levonorgestrel, dividido en dos dosis)
Progestágenos (1,5 mg de levonorgestrel, dividido en dos dosis)

El DIU de cobre puede ser utilizado si la mujer se encuentra en el período entre las 72 horas y cinco días de la violencia sexual. Las contraindicaciones y precauciones son en general, las mismas para la inserción del DIU en situaciones cotidianas. Asimismo, en los casos de violencia sexual se deben considerar las condiciones psicológicas y clínicas de la mujer para poder realizar la inserción, así como el riesgo elevado de un desarrollo de ETS. Siendo el DIU la única alternativa, su inserción debe ser

acompañada de la administración profiláctica de antibióticos. Sin embargo, y siendo mucho menos empleado, la eficacia del DIU es superior al método del Yuzpe y al uso de progestágenos, con una falla de 0,04% por ciclo-mujer ^{17,42}.

Consideraciones Finales

Los profesionales y proveedores de salud deberían estar adecuadamente capacitados para el manejo clínico y psicológico de las víctimas de violencia sexual. Los riesgos envueltos en cada caso deberían ser cuidadosamente evaluados, ofreciéndose anticoncepción de emergencia, profilaxis para hepatitis B, protección con uso de medicamentos contra las infecciones sexualmente transmisibles no virales y la quimioprofilaxis para la infección por el HIV. Además de ello, las víctimas deberían recibir información clara y completa sobre sus derechos y aclaraciones específicas sobre de los efectos posibles de la agresión sexual para su salud reproductiva. La negligencia con esos aspectos, particularmente los psicológicos tiende a resultar en daños severos, incluyéndose el proceso de “re-victimización”. Si se trata de episodios que ocurren durante la infancia la preocupación es aún mayor, lo que exige del profesional de la salud mayor disponibilidad, paciencia y experiencia ^{19,22}.

No obstante, todavía persiste un enorme abismo entre la reflexión de la sociedad sobre los crímenes sexuales y lo que ésta realmente promueve cuando se enfrenta a ellos. La expectativa de los profesionales de la salud, legisladores, autoridades policiales, fiscales de poder contar con evidencias materiales del abuso sexual es frecuentemente frustrada y muchas veces, entendida de forma distorsionada como alegaciones falsas o inexistencia de crimen sexual. Para las niñas, raras portadoras de lesiones físicas de la violencia, al menos admitir que su palabra puede tener la misma credibilidad de aquella que ofrecemos al adulto agresor. Tendemos a considerar sus relatos como fantasiosos y mentirosos, incapaces de diferenciar lo lúdico de lo real. Les privamos de sus derechos simplemente por ser niñas, protegiendo de manera incomprensible al agresor ^{20,22}.

Con relación a los daños y agravios de la violencia sexual para la salud sexual y reproductiva el fenómeno se repite. Muy poco, efectivamente, se ha hecho para garantizar la protección contra esos daños. La anticoncepción de emergencia, elemento fundamental para proteger a la mujer de la dolorosa experiencia de quedar embarazada por un agresor es olvidada por los profesionales de la salud. Países como leyes penales más restrictivas sobre el aborto o aquellos que menos han hecho para garantizar el derecho a un aborto legal de esas mujeres, son los mismos que colocan las más incomprensibles barreras y restricciones al uso de la anticoncepción de emergencia.

Enmarcados en una falsa moral, prestan atención a presiones de sectores conservadores y fundamentalistas de la sociedad, cuyo único interés es el control de la sexualidad femenina y la condición de la mujer como ciudadana de segunda categoría.

Entendemos que el cambio de esa realidad pasa necesariamente por la transformación de toda la sociedad y por profundos cambios en las relaciones de género. Hasta entonces la violencia sexual continuará presente en lo cotidiano, con una prevalencia insoportable e inadmisibles. Las víctimas de violencia sexual esperan más que la simple aplicación de protocolos de conducta. Esperan recibir una atención digna, respetuosa y acogedora y que las podamos proteger de la “revictimización”. Corresponde a los profesionales de la salud reconocer su importante rol en el destino de esas mujeres. Y el ejercicio ético y responsable de medidas protectoras de su salud y de sus derechos humanos.



Referencias Bibliográficas

1. Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência (ABRAPIA). **Abuso sexual: mitos e realidade**. Petrópolis, Autores & Agentes Associados, 1997. 39p.
2. Atekson BM, Calhoun KS, Morris KT. Victim resistance to rape: the relationship of previous victimization, demographics, and situational factors. **Arch Sex Behav**, **18**: 497-507, 1989.
3. Baldacini I, Drezett J, Miranda SD, Ribeiro RM, Pinotti JA. Prevalência de doenças sexualmente transmissíveis em vítimas de violência sexual. In: Congresso Latinoamericano de Enfermedades de Transmision Sexual, 11; Conferencia Panamericana de Sida, 5, Lima, 1997. **Libro de Resumenes**. Lima, Union Latinoamericana contra las Enfermedades de Transmision Sexual (ULACETS), 1997. p.181. (PCS392).
4. Beck-Sague C & Solomon F. Sexually transmitted diseases in abused children and adolescent and adult victims of rape: review of selected literature. **Clin Infect Dis**, **1**:74-83, 1999.
5. Beebe DK. Sexual assault: the physician's role in prevention and treatment. **J Miss State Assoc**, **39**:366-9, 1998.
6. Biggs M, Stermac LE, Divinsky M. Genital injuries following sexual assault of women with and without prior sexual intercourse experience. **CMAJ**, **159**:33-7, 1998.
7. Bowyer L & Dalton ME. Sexual assault in school, mental health and suicidal behaviors in adolescent women in Canada. **Adolescence**, **32**:361-6, 1997.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. Área Técnica Saúde da Mulher. - **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**. Brasília, Ministério da Saúde, 1999. 32p. (Norma Técnica)
9. Caballero M, Drezett J, Namura IBB, Tonon EMP, Carnevali C, Pinotti JA. Programa de interrupção legal da gravidez consequente ao estupro: avaliação de 34 casos. In: Congresso de Ginecologia e Obstetrícia de Região Sudeste da Febrasgo, 3, São Paulo, 1996. **Anais**. São Paulo, 1996. p.33 (Resumo, 19).
10. Chaudhry S, Sangani B, Ojwang SB, Khan KS. Retrospective study of alleged sexual assault at the Aga Khan Hospital, Nairobi. **East Afr Med J**, **72**:200-2, 1995.
11. Chauí M. Participando do debate sobre mulher e violência. In: **Perspectivas Antropológicas da Mulher**. Rio de Janeiro, Zahar Ed., 1984. p.25-62.
12. Cohen C & Matsuda NE. Crimes sexuais e sexologia forense: estudo analítico. **Rev Paulista Med**, **109**:157-64, 1991.
13. Deming JE, Mittleman RE, Wetli CV. Forensic science aspects of fatal sexual assaults on women. **J Forensic Sci**, **28**:572-6, 1983.
14. Diêgoli CA, Diêgoli MSC, Lerner T, Ramos LO. Abuso sexual na infância e adolescência. **Revista de Ginecologia e Obstetrícia**, **7**:81-5. 1996.
15. Dossiê Aborto Inseguro - Brasil, Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, 1998. 14p.
16. Drezett J, Navajas Filho E, Spinelli M, Tonon EMP, Carnevalli CA, Gusmão A, Hegg R, Pinotti JA. Aspectos biopsicossociais em mulheres adolescentes e adultas sexualmente vitimizadas: resultados da implantação de um modelo integrado de atendimento. **Revista do Centro de Referência**, **1**: 23-8, 1996.
17. Drezett J, Baldacini I, Freitas GC, Pinotti JA. Contracepção de emergência para mulheres vítimas de estupro. **Revista do Centro de Referência**, **3**:29-33, 1998.
18. Drezett J, Baldacini I, Nisida IVV, Nassif VC, Nápoli PC. Estudo da adesão à quimioprofilaxia antiretroviral para a infecção pelo HIV em mulheres sexualmente vitimadas. **RBGO**, **21**: 539-44, 1999.
19. Drezett J. **Estudo de fatores relacionados com a violência sexual contra crianças, adolescentes e mulheres adultas**. São Paulo, 2000. (Tese - Doutorado – Centro de Referência da Saúde da Mulher e de Nutrição, Alimentação e Desenvolvimento Infantil).

20. Drezett J, Caballero M, Juliano Y, Prieto ET, Marques JA, Fernandes CE. Estudo de mecanismos e fatores relacionados com o abuso sexual em crianças e adolescentes do sexo feminino. **J Pediatr**, 2001; 77(5):413-9.
21. Drezett J. Profilaxia pós-infecçiosa de mulheres estupradas. In: Conferência Internacional sobre Infecção pelo HIV em Mulheres e Crianças, 4. Rio de Janeiro, 2002. **Livro de Resumos**. Universidade Federal do Rio de Janeiro e Institute of Virology of Maryland, 2002. p20-2.
22. Drezett J. Violência sexual e aspectos éticos. In: **Cadernos de ética em ginecologia e obstetria**. São Paulo. Conselho Regional de Medicina de São Paulo, 2002.
23. Dupre AR, Hampton HL, Morrison H, Meeks GR. Sexual assault. **Obstet Gynecol Surv**, 48:640-8, 1993.
24. Elu MC, Pruneda ES, Santiago RV, Monreal LMA, Pérez RC, Rivera M, Acha M. **Atención en los servicios de salud de mujeres embarazadas víctimas de violencia**. Mexico. Comité Promotor por una maternidad sin riesgos en Mexico. 2000. 34p.
25. Estreich S, Forster GE, Robinsom A. Sexually transmitted diseases in rape victims. **Genitourin Med**, 66:433-8, 1990.
26. Faúndes A, Bedone A, Pinto e Silva JL. I Fórum interprofissional para a implementação do atendimento ao aborto previsto na lei. **Femina**, 25:1-8, 1997.
27. Faúndes, A.; Oliveira, G.; Andalaft Neto, J.A.; Lopez, J.R.C. - II Fórum Interprofissional sobre o atendimento ao aborto previsto por lei. **Femina**, 26:134-8, 1998.
28. Faúndes A, Andalaft Neto JA, Freitas F, Drezett J, Pinto e Silva J, Mello J, Bedone AJ. III Fórum interprofissional para a implementação do atendimento ao aborto previsto por lei. **Femina**, 27:317-21, 1999.
29. Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT. Childhood sexual abuse, adolescent sexual behaviors and sexual revictimization. **Child Abuse Negl**, 21:789-803, 1997.
30. Forster GE, Pritchard J, Munday PE, Goldmeier D. Incidence of sexually transmitted diseases in rape victims during 1984. **Genitourin Med**, 62:267-9, 1986.
31. Força-Tarefa sobre métodos pós-ovulatórios de regulação da fertilidade. Estudo controlado randomizado de levonorgestrel versus o regime de Yuzpe de contraceptivos orais associados para contracepção de emergência. **The Lancet**, 352(9126):428-33, 1998.
32. Formiga-Filho JFN. Anticoncepção de Emergência. **FEMINA**, 25(4):301-10, 1997.
33. Garza-Aguilar J & Diaz-Michel E. Elementos para el estudio de la violacion sexual. **Salud Publica Mex**, 36:36-45, 1994.
34. Glaser JB, Hammerschlag MR, McCormack WM. Epidemiology of sexually transmitted diseases in rape victims. **J Infect Dis**, 11:246-54, 1989.
35. Gostin OL, Lazzarini Z, Alexander D, Brandt AM, Mayer KH, Silverman DC. HIV testing, counseling, and prophylaxis after sexual assault. **JAMA**, 271:1436-4, 1994.
36. Heise L, Pitanguy J, Germain A. **Violence against women: the hidden health burden**. Washington, The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank, 1994. 255p.
37. Hicks DJ. Rape: sexual assault. **Am J Obstet Gynecol**, 137:931-5, 1980.
38. Holmes MM, Resnick HS, Kilpatrick DG, Best CL. Rape-related pregnancy: estimates and descriptive characteristics from a national sample of women. **Am J Obstet Gynecol**, 175:320-4, 1996.
39. Kaplan KM, Fleisher GR, Paradise SE, Friedman HN. Social relevance of genital herpes simplex in children. **Am J Dis Child**, 138:872-4, 1984.
40. Kenney JW, Reinholtz C, Angelini PJ. Sexual abuse, sex before 16, and high-risk behaviors of young females with sexually transmitted diseases. **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs**, 27:54-63, 1998.
41. Kozaric-Kovacic D, Folnegovic-Smalc V, Skrinjaric J, Szajnborg NM, Marusic A. Rape, torture, and traumatization of Bosnian and Croatian women: psychological sequelae. **Am J Orthopsychiatry**, 65:428-33, 1995.

42. Kubba AA & Guillebaud J. Failure of Post Coital Contraception After Insertion of an Intrauterine Device. **Br J Obstet Gynecol**, **91**:596-7, 1984.
43. Lathrope A. Pregnancy resulting from rape. **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs**, **27**:25-31, 1998.
44. Lourenço MBR. **Corpo, sexualidade e violência sexual na modernidade: contributos para uma análise contextualizada da violência sexual na sociedade portuguesa**. São Paulo, 2001. (Tese - Doutorado – Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa e Pontifícia Universidade Católica de São Paulo).
45. Mrazek PB. Sexual abuse of children. **J Child Psychol Psychiatry**, **21**:348-9, 1980.
46. National Victim Center, Crime Victims Research and Treatment Center. **Rape in America: A Report to the Nation**. South Carolina, Dept of Psychiatry and Behavioral Sciences, 1992. 287p.
47. Ozaki PE, Drezett J, Bagnoli VR, Pinotti JA. Atendimento à Mulher Vítima de Violência Sexual. **RBM - Ginecologia e Obstetrícia**, **9**:185-92, 1998.
48. Peipert JF & Domagalski LR. Epidemiology of adolescent sexual assault. **Obstet Gynecol**, **84**:867-71, 1994.
49. Pimentel S, Schritzmeyer ALP, Pandjarian V. **Estupro: crime ou “cortesia”? - abordagem sociojurídica de gênero**. Porto Alegre, SAFE, 1998. 288p.
50. Rickert VI, & Wiemann CM. Date rape among adolescents and young adults. **J Pediatr Adolesc Gynecol**, **11**:167-75, 1998.
51. Ross JD, Scott GR, Busuttill A. Rape and sexually transmitted diseases: patterns of referral and incidence in a department of genitourinary medicine. **J R Soc Med**, **84**:657-9, 1991.
52. Russel D. **The secret trauma: incest in the lives of girls and women**. New York, Basic Books, 1986. 464p.
53. Saffioti HIB & Almeida SS. **Violência de gênero: poder e impotência**. Rio de Janeiro, Revinter, 1995. 218p.
54. The Population Council. **Relatório final da I oficina brasileira sobre a anticoncepção de emergência**. Campinas, 1996.
55. Trussell J & Raymond EG. Statical evidence about the mechanism of action of the Yuzpe regimen of emergency contraception. **Obstet Gynecol**, **93**:872-6, 1999.
56. Van Look PFA. Contracepção de emergência: um futuro mais radioso? **Entre Nous**, **39**:4-5, 1998.
57. Westcott DL. Sexual abuse of children: a hospital-based study. **S Afr Med**, **65**:895-7, 1984.
58. World Health Organization. **Emergency contraception: a guide for service delivery**. Geneve, 1998. 59p.
59. Yoshihama M & Sorenson SB. Physical, sexual, and emotional abuse by male intimates: experience of women in Japan. **Violence Vict**, **9**:63-77, 1994.
60. Yuzpe A, Percival-Smith R, Rademaker AW. A multicenter clinical investigation employing ethinyl estradiol with dl-norgestrel as a postcoital contraceptive agent. **Fertility and Sterility**, **37**:508-13, 1982.
61. Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Marino MF, Haynes MC, Gunderson JG. Violence in the lives of adult borderline patients. **J Nerv Ment Dis**, **187**:65-71, 1999.

Todos los derechos reservados. Esta publicación no se puede reproducir ni guardar en ningún sistema electrónico de archivo y recuperación de información, sin antes obtener autorización de Ipas Bolivia por escrito. Se puede reproducir pequeñas partes de esta publicación para propósitos educativos o sin fines lucrativos, siempre y cuando: (1) se notifique a Ipas Bolivia sobre la extensión y naturaleza del uso destinado; (2) se reconozcan los derechos autorales de Ipas Bolivia en el material reproducido y se citen claramente los nombres de los autores, el título del documento y la fecha; (3) se envíe una copia del material a Ipas Bolivia.

Puede entrar en contacto con Ipas Bolivia a través del correo electrónico: ipasbol@entelnet.bo