Factores prescriptivos del uso del kit de emergencia en la reducción de la violencia contra la mujer

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables

FACTORES PRESCRIPTIVOS DEL USO DEL KIT DE EMERGENCIA EN LA REDUCCIÓN DE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

MINISTERIO DE LA MUJER Y POBLACIONES VULNERABLES

Elaboración:
Brenda Ibette Álvarez Álvarez

Editado por:
Noam Danta Valentín López Villanes

Publicado por:
Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables
Jr. Camaná 616, Lima

1ra edición – 2023

Depósito Legal N° 2026-06382

Factores prescriptivos del uso del kit de emergencia en la reducción de la violencia contra la mujer

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables de Perú[1]

Resumen

Las atenciones integrales y oportunas a las víctimas de violencia sexual son atenciones eficaces respecto a la prevención de nuevos hechos de violencia y como mecanismo para la reducción de sus impactos, especialmente, en relación a los efectos en la salud física, sexual y/o mental. Su pertinencia o necesidad no están puestas en discusión. El debate científico en la actualidad se encamina a repensar el modelo en el que estas atenciones deben ser ofrecidas a las personas afectadas por la violencia sexual: si intervenciones puntuales y no especializadas o modelos integrales de atención. El presente artículo presenta la eficacia de la prestación de servicios de atención en salud post exposición a situaciones de violencia sexual en la prevención de nuevos hechos de violencia así como en la reducción de sus impactos. Concretamente se abordan los factores que permiten evaluar el impacto del uso del kit de emergencia para la atención de casos de violencia sexual. También se abordan consideraciones en cuanto a la idoneidad de los servicios y consideraciones diferenciadas en torno a la edad.

Palabras Clave: kit de emergencia, violencia contra la mujer, violencia sexual

Abstract

Comprehensive and timely care for victims of sexual violence is effective in preventing new acts of violence and as a mechanism for reducing their impact, especially in relation to the effects on physical, sexual and/or mental health. Their relevance or necessity is not under discussion. The current scientific debate is aimed at rethinking the model in which this care should be offered to people affected by sexual violence: whether specific, non-specialized interventions or comprehensive models of care. This article presents the effectiveness of the provision of health care services after exposure to situations of sexual violence in the prevention of new acts of violence as well as in the reduction of its impacts. Specifically, it addresses the factors that make it possible to evaluate the impact of the use of the emergency kit for the care of cases of sexual violence. Considerations regarding the appropriateness of the services and differentiated considerations regarding the age of the victims are also addressed.

Keywords: emergency kit, violence against women, sexual violence

[1] El presente artículo fue desarrollado por Brenda Ibette Álvarez Álvarez y editado por Noam Dante Valentín López Villanes para la Dirección de Políticas para una Vida Libre de Violencia de la Dirección General contra la Violencia de Género del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables de Perú.

1. Introducción

La revisión sistemática que se presenta a continuación se realizó con el objeto de contar con evidencia que permita sustentar el impacto del kit de emergencia en la reducción de la violencia contra las mujeres para evaluar su incorporación en el modelo prescriptivo del Programa Presupuestal orientado a Resultados para la Reducción de la Violencia contra la Mujer, instrumento de gestión técnico-presupuestal aprobado con Resolución Suprema N° 024-2019-EF, que define una teoría de cambio con 12 resultados, 24 productos y 77 servicios basados en evidencia y articulados intersectorial e intergubernamentalmente, dirigidos a la prevención, atención y recuperación de las víctimas de violencia contra la mujer.

Los modelos prescriptivos sustentan, en base a evidencia, intervenciones seleccionadas que inciden en problemas públicos o en una condición de interés. Dicho modelo incide, principalmente, en dos modelos explicativos: i) la violencia física, sexual y psicológica en relación de pareja, (ii) la violencia sexual fuera de relación de pareja y (iii) el feminicidio íntimo, los tres fijados en el Programa Presupuestal orientado a Resultados de Reducción de la Violencia contra la Mujer (PPoR RVcM). Ello en la medida que dicha intervención está dirigida a mujeres, niñas, niños y adolescentes afectados por la violencia sexual. A continuación, se presentará la metodología utilizada para la revisión, incluyendo las preguntas de investigación específicas. Posteriormente se discutirán los factores prescriptivos. En la discusión se responden las preguntas y se presenta el modelo explicativo. Finalmente, en las conclusiones se presentan algunas limitaciones de la revisión y se sugieren acciones para mejorar la elaboración de políticas públicas y programas basados en evidencia.

2. Método

La revisión sistemática de literatura que escogemos es una metodología diseñada para responder a una pregunta de investigación específica, en este caso se refiere a identificar cuáles son los factores que prescriben el impacto del uso del kit de emergencia. Tiene como objetivo identificar, evaluar y resumir la literatura pertinente a dicha pregunta. Al respecto se precisa que las revisiones sistemáticas se utilizan para identificar brechas en la literatura e implementar o mejorar las prácticas de políticas públicas u otras intervenciones. Se caracterizan por ser sistemáticas, explícitas, comprehensivas y reproducibles (Okoli & Schabram, 2010). Es decir, deben justificar la revisión, presentar preguntas u objetivos de investigación claros, detallar las fuentes de información, tener una estrategia de búsqueda, y llevar a cabo un proceso de recolección y manejo de datos transparente (Shamseer et al., 2015).

2.1 Búsqueda bibliográfica

La presente revisión sistemática busca responder a la siguiente pregunta general: ¿cuáles son los factores que prescriben el impacto del uso del kit de emergencia? Se han incluido además un grupo de preguntas específicas que figuran en la Tabla 1. No obstante, si bien parte de esta revisión es responder a estas preguntas se discuten más factores presentados en los estudios analizados.

Tabla 1. Preguntas específicas de investigación

Dimensión	Pregunta
En víctimas de la violencia sexual	¿Qué tan eficaz o efectivo es proporcionar el Kit de emergencia para prevenir futuros hechos de agresiones sexuales?
En mujeres adultas	¿Qué tan eficaz o efectivo es proporcionar el Kit de emergencia en la reducción del impacto de la violencia sexual en las personas?
En mujeres adultas	¿Qué tan eficaz o efectivo es el suministro de un Kit de emergencia en la prevención de embarazo, enfermedades e infecciones de transmisión sexual producto de violencia sexual?
En mujeres adultas	¿Es efectivo o eficaz garantizar un estándar mínimo de prestaciones asistenciales integrales para reducir los impactos de la violencia?
En niñas, niños y adolescentes	„¿Qué tan eficaz o efectivo s proporcionar el Kit de emergencia en la reducción del impacto de la violencia sexual en las personas?
En niñas, niños y adolescentes	¿Qué tan eficaz o efectivo es proporcionarles el acceso a un kit de emergencia en la prevención de embarazo, enfermedades e infecciones de tranmisión sexual producto de la violencia sexual?
En niñas, niños y adolescentes	¿Es efectivo o eficaz garantizar un estándar mínimo y diferenciado de prestaciones asistenciales integrales para reducir los impactos de la violencia?

2.2 Criterios de selección

Para recolectar la información más pertinente y de mayor calidad posible fue necesario definir una estrategia de búsqueda de la literatura. Se comenzó, en primer lugar, por revisar la Resolución Ministerial del 2019 que aprueba la Directiva Sanitaria para el empleo del Kit de emergencia en la atención de casos de violencia sexual (RS N° 227-2019/MINSA). Una vez revisado dicho documento oficial y, en relación a la violencia sexual, se pudieron identificar términos clave que, posteriormente, permitieron definir tres grandes grupos de palabras clave iniciales o de base, los señalados a continuación:

- Violencia: Violencia de género, violencia contra mujeres, violencia doméstica, violencia de pareja, trata, violación sexual, violencia sexual.
- Kit de emergencia: Abastecimiento, acceso al kit, atención de emergencia, administración del kit, auxilio inmediato.
- Efectividad: Reducción violencia sexual, prevención embarazo, prevención enfermedades, infecciones de transmisión sexual.

Con la lista de palabras definida, se procedió a identificar, de igual manera, recursos o fuentes de información útiles para la recolección o adquisición de la literatura. En este caso se trabajaron con buscadores y bases de datos que se detallarán más adelante. En el proceso de búsqueda y con las primeras evidencias obtenidas se precisaron algunos términos y surgieron nuevos grupos de palabras, los cuales permitieron acceder a mejores resultados. Para hallazgos más variados y, a la vez, precisos, en la estrategia de búsqueda se consideraron palabras claves en inglés. De esta manera, a los tres grupos de palabras base se les sumaron también las siguientes:

- Kit de emergencia, Kit de emergencia obstetricia, kit para la atención de casos de violencia, kit para la atención de casos de violencia y violencia sexual.
- Acciones para la prevención de la violencia sexual, atención a víctimas de violencia sexual.
- Sexual violence care, sexual violence care reproductive health, sexual assault medical care, Immediate medical care after sexual assault, sexual violence prevention of unwanted pregnancy and sexually transmitted infections, sexual assault emergency medical care, efficacy of sexual assault emergency medical care, postrape medical care, atención de emergencia violencia sexual, rape victims attention, rape victims prevention pregnancy, sexual assault service.

Finalmente, luego de la selección de más de 35 documentos se procedió a filtrar la literatura priorizando la información más pertinente o útil al tema eje y siguiendo ciertos criterios de inclusión y exclusión que se desglosan en el siguiente subcapítulo. Una vez aplicado dicho filtro, el resultado final fue un recuento bibliográfico de 22 documentos, entre artículos de evidencia y reportes.

Durante la búsqueda de la literatura, así como después de finalizado dicho proceso se aplicaron filtros priorizando que los documentos recolectados sean investigaciones, específicamente, de corte cuantitativo (prioridad de evidencia: revisión sistemática, no metanálisis, debido a que no se encontraron variables comparativas entre textos cuantitativos); sin embargo, esto no ha implicado la

exclusión total de otro tipo de estudios; en la matriz final también se encuentran investigaciones cualitativas y/o descriptivas. Por otro lado, también se aplicaron ciertos criterios de inclusión y exclusión. En un primer momento, la prioridad en la búsqueda y selección habían sido artículos correspondientes a contextos de Sur global: evidencias o estudios de caso en América Latina y el Caribe, África y Asia (países con características similares a los del Perú); no obstante, dado que el desarrollo es más amplio en países como Estados Unidos y países de Europa, varios textos o estudios aplicados en dichos territorios se terminaron incluyendo. Por ello, los artículos revisados se encuentran en idiomas variados, como el español, inglés y portugués.

En cuanto a los criterios de exclusión, se consideró la antigüedad del documento. Se tomaron en cuenta textos de los últimos 18 años; es decir, se excluyeron los anteriores al año 2004, fecha en la que la OMS emitió la Guía para el abordaje médico legal para el cuidado de las víctimas de violencia sexual. Asimismo, si bien las políticas y guías se han empleado como referencia para profundizar en el tema, estas se excluyeron de la matriz final, dado que no se han utilizado como objeto de análisis de la revisión bibliográfica, ya que la centralidad se encuentra en las investigaciones y documentos con evidencia empírica (principalmente estudios de caso). Para la obtención de la información se emplearon dos recursos principales: buscadores académicos y bases de datos especializadas relacionados con organizaciones o revistas relevantes. Se realizó una lista preliminar y, a partir de ella, se inició el proceso de recolección de investigaciones. Los buscadores académicos en su mayoría son de libre acceso en cambio, las bases de datos son más restringidas.

2.3 Fuentes de información y extracción de la información

La extracción de la información se realizó utilizando bases de datos de comprobada rigurosidad. Estas bases han sido seleccionadas bajo dos criterios: 1) su uso frecuente y recomendado en revisiones sistemáticas y otro tipo de búsquedas avanzadas; y 2) su pertinencia temática relacionada a las ciencias de la salud. Se utilizaron las siguientes bases de datos académicas: Campbell Collaboration, Dissertation Abstracts, WorldCat, Base de datos de Iniciativa Internacional para la Evaluación de Impacto (3ie) , Centro de Intercambio de Experiencias de Desarrollo de USAID [DEC], ScienceDirect , Abdul Latif Jameel Poverty Action Lab (J-PAL), Population Council, UNESCO, Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados ([ACNUR], UNICEF), Journal of Forensic Nursing, American Academy of Pediatrics, Annales médico-psychologiques, Revue Psychiatrique. Los principales buscadores académicos empleados fueron: SCOPUS, Google Académico, RefSeek, Redalyc y ResearchGate. Aunque se emplearon todas las bases de datos que se observan en la Tabla 2 para la búsqueda, solo en algunas se encontraron documentos útiles que, posteriormente, pasaron el proceso de filtrado. Por ejemplo, en las bases como la de UNESCO, UNICEF y Population

Council, aunque se encontraron documentos variados, no se seleccionó ninguno debido a que se alejaban del tema eje principal.

Tabla 2. Accesibilidad de la bases de datos

Base de datos	Accesibilidad
Campbell Collaboration	Libre acceso
British Library of Development Studies	Requiere usuario
Dissertation Abstracts	Limitado
WorldCat	Limitado
JSTOR Arts & Sciences IX Collection	Requiere usuario
Base de datos de evaluación de impacto 3ie, Iniciativa Internacional para la Evaluación de Impacto (3ie)	Libre acceso
Centro de Intercambio de Experiencias de Desarrollo de USAID	Libre acceso
ScienceDirect	Requiere usuario
Abdul Latif Jameel Poverty Action Lab (J-PAL)	Libre acceso
Population Council	Libre acceso
UNESCO	Libre acceso
Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR, UNICEF)	Libre acceso
Biblioteca Cochrane	Libre acceso
BMC Part of Springer Nature	Libre acceso

Elaboración propia

Cada base de datos usa distintos filtros de búsqueda y términos para identificar el título, resumen, y palabras claves de los textos. De igual manera, se utilizaron los filtros disponibles en cada base de datos para acotar la búsqueda a los criterios de inclusión y exclusión presentados anteriormente. Dadas las diferencias entre bases de datos, se trató de homogeneizar los filtros. Los filtros utilizados fueron los siguientes: 1) revisión por pares (peer review); 2) idioma: español, inglés y portugués; 3) fecha de publicación: 2004 a 2022; 4) Geografía: México, Sudamérica, Centroamérica y el Caribe (las bases de datos incluyen países o zonas específicas de América Latina).

2.4 Evaluación de la calidad de los artículos seleccionados.

El principal criterio de evaluación de calidad será garantizar que todos los documentos considerados hayan pasado por una revisión por pares, lo cual asegura la calidad de la publicación. No se utiliza el

índice de publicación de la revista, ni el número de citas como criterio de evaluación de calidad por dos razones importantes.

Primero, se considera que si las publicaciones están indexadas en bases de datos de reconocido prestigio es porque han pasado por un proceso de evaluación que garantiza su calidad. Segundo, si utilizamos el índice de publicación de la revista y el número de citas, muchas de las referencias consideradas no serían utilizadas dado que la mayoría han sido publicadas en revistas latinoamericanas que ocupan un lugar inferior en los índices de prestigio académico del Norte Global. Por esta razón, consideramos importante incluir todas las referencias independientemente del número de citas y el índice de la revista.

Asimismo, no se asocia calidad de la referencia con ningún tipo de metodología específica. Cada metodología y método de investigación plantea distintos tipos de preguntas. Por ejemplo, un análisis cuantitativo puede responder a preguntas que busquen describir o establecer causalidad entre fenómenos, mientras que los métodos cualitativos nos pueden informar sobre cómo estos fenómenos ocurren. Se consideró importante revisar todos los documentos una vez pasados por todos los filtros.

No obstante, la metodología propuesta por el Ministerio de Economía y Finanzas del Perú para elaborar el modelo explicativo solo permite el uso de estudios que usan técnicas cuantitativas. Por esta razón, en los resultados se presentan los factores explicativos que aparecen en la literatura cuantitativa y cualitativa y se utilizan estos para responder las preguntas de investigación, más no se emplean los factores de la literatura cualitativa para el modelo explicativo.

3. Desarrollo

De la revisión y procesamiento de 22 textos académicos se han identificado factores que prescriben el impacto del uso del kit de emergencia. A continuación, se presentan las respuestas a las preguntas hechas para las 3 dimensiones abordadas de su uso: en víctimas de la violencia sexual, en mujeres adultas y en niños, niñas y adolescentes.

3.1 En mujeres adultas

Eficacia en la prestación de Kit de emergencia en la prevención de futuros hechos de violencia sexual

En mujeres adultas, resulta pertinente proporcionar medicamentos, pruebas y/o vacunas brindados en el Kit de emergencia es eficaz en la reducción de futuras agresiones sexuales. No obstante, más que un Kit de emergencia, la evidencia apunta a brindar una atención médica de emergencia, con un

seguimiento a la víctima. Para el caso de EE.UU., según una investigación cuantitativa en la que se aplicaron test y cuestionarios a 148 mujeres de distintos grupos étnicos (afroamericanas, hispanas, mujeres hispano hablantes y mujeres blancas de habla inglesa) entre 2001 y 2003, se identificó que recibir atención médica redujo el riesgo de que la mujer sufriera más agresiones sexuales en un 32% (P = 0.087). (McFarlane, J. et al., 2005)

Impacto de la prestación de kit de emergencia en mujeres adultas

En mujeres adultas víctimas de violencia o agresión sexual, proporcionar medicamentos, pruebas y/o vacunas brindados en el Kit de emergencia es eficaz en la reducción del impacto de la violencia sexual, especialmente, en relación a los efectos en la salud física, sexual o mental que pudieran desencadenar en la víctima a futuro. No obstante, más que un Kit de emergencia, la evidencia apunta a brindar una atención integral de emergencia, con seguimiento a la víctima. Estas afirmaciones son respaldadas con la evidencia identificada a continuación. A partir de una revisión sistemática, se conoce que casi el 7% de los casos de violación en Brasil resultan en embarazo. De ello, se estima que entre 60 000 y 70 000 mujeres mueren anualmente por complicaciones de abortos inseguros y cientos de miles sufren consecuencias a futuro, que incluyen dolor pélvico crónico e infertilidad. Por ello, los factores que pueden afectar a la recuperación de las víctimas de agresiones sexuales inmediatamente después del incidentes son los embarazos no deseados y las enfermedades de transmisión sexual (ITS), incluido el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), entre otros, por ello, es necesaria la prevención de estos factores, ofreciendo seguridad a las víctimas de que se evitará cualquier posible daño físico posterior a la agresión (De Toledo Blake et al., 2014).

Además, a partir de un análisis descriptivo, se sabe que, si no se previenen o tratan a tiempo, las infecciones por Neisseria gonorrhoeae (tasa de infección [TI] = 0,8% - 9.6%), por Trichomonas vaginallis (TI = 3.1% - 22%), por Chlamydia trachomatis (TI = 1.5% - 26%), por vaginosis bacteriana (TI = 12% - 50%), por el VPH (TI = 2% - 40%), por Treponema pallidumy (TI ≤ 1.6%) o por hepatitis B (TI ≤ 3%) pueden provocar complicaciones graves a largo plazo en la salud de la víctima de agresión sexual (enfermedad pélvica inflamatoria, esterilidad tubárica, embarazo ectópico, dolor pélvico crónico) (Faúndes, A. et al., 2006). Asimismo, se reconoce como necesaria la atención médica y psicosocial inmediata. Esta atención incide en el bienestar de las víctimas (de cualquier edad) y representa una parte importante del inicio del proceso de curación (De Toledo Blake et al., 2014). Por último, se puede señalar que uno de los impactos de la violencia sexual es el embarazo inducido por violación. Acorde al estudio previo, se evidenció que la alta frecuencia de ideación suicida entre las mujeres que experimentan este tipo de embarazos se reduce significativamente después de un aborto. Por lo tanto, en caso de que la prevención del embarazo no sea efectiva o posible, se recomienda el acceso inmediatos a servicios de aborto, en la etapa temprana del primer trimestre (De Toledo Blake et al., 2014).

Eficacia del kit de emergencia en la prevención de impactos negativos en la salud

En mujeres adultas víctimas de violencia o agresión sexual, proporcionar medicamentos, pruebas y/o vacunas que busquen prevenir el embarazo, las ETS y/o ITS (a través de la proxilaxis post-exposición, entre otros), incluido el VIH, es eficaz en la prevención de embarazos no deseados, así como la reducción del riesgo de contraer enfermedades e infecciones de transmisión sexual. No obstante, la atención debe darse en el menor tiempo posible (atención de emergencia) para reducir las probabilidades de embarazo o contagio, en centros de salud con el equipamiento adecuado y personal médico de calidad que realice el seguimiento necesario a cada caso. En cuanto al virus de inmunodeficiencia humana (VIH), específicamente, si este no se trata a tiempo, puede convertirse en una enfermedad severa: síndrome de inmunodeficiencia adquirida o también conocido como SIDA. Luego de un episodio de violencia o agresión sexual, existe una probabilidad de infección con VIH, por ello la prevención y seguimiento de las víctimas se torna necesaria, especialmente, dentro de las 72 horas posteriores al abuso. Los hallazgos presentados a continuación refuerzan estas afirmaciones. En un análisis descriptivo en el que se ofrecen pautas sobre cuidados posteriores a una agresión sexual, se indica que las pruebas de laboratorio para sífilis, hepatitis B y C, VIH, clamidia , gonorrea, tricomonas y VPH y para el diagnóstico de embarazo deben realizarse al ingreso y repetirse posteriormente durante el seguimiento. Ocasionalmente pueden estar indicados exámenes radiográficos, tomográficos o ecográficos complementarios. Se debe incluir el tratamiento de las lesiones físicas que puedan presentarse y la prevención del embarazo y de las enfermedades de transmisión sexual, así como ofrecer tratamiento psicológico durante el tiempo que sea necesario. Las lesiones físicas, dependiendo de la zona del cuerpo y gravedad, pueden requerir sutura, antibióticos, analgésicos y una vacuna y suero contra el tétanos. Además, se debe tomar en consideración que la serología para sífilis debe realizarse a los 30 días, para hepatitis B a los 180 días y para VIH a los 40, 90 y 180 días (Faúndes, A. et al., 2006).

Asimismo, se conoce que, en un estudio comparativo, de cohortes [antes (n=80) y después (n=48)] en el que se implantó un protocolo de atención a víctimas de agresión sexual en Urgencias de un hospital terciario, la profilaxis de ITS con un alto porcentaje de cumplimiento incluyó a Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae y Trichomonas vaginalis, el virus de inmunodeficiencia adquirida, el virus de la hepatitis B (VHB) y la sífilis dentro de su diagnóstico y tratamiento preventivo al ser las más prevalentes a partir de una agresión sexual (Miralles, A. & Falcó, A.,2021). En relación a la prevención del embarazo, en el análisis descriptivo en el que se ofrecen pautas sobre cuidados posteriores a una agresión sexual se indica que, si bien existe evidencia de que el uso del AE (anticonceptivo de emergencia) con levonorgestrel (sin estrógenos) puede tener alguna efectividad hasta el quinto día posterior a la violencia, claramente se obtiene mayor efectividad cuando se administra dentro de las primeras 24 horas, por lo que la AE siempre debe administrarse lo antes posible. (Faúndes, A. et al., 2006).

Por otro lado, respecto específicamente al virus de inmunodeficiencia humana (VIH), en el análisis descriptivo previamente mencionado se indica lo siguiente: si bien existen algunas dudas sobre la efectividad de la profilaxis del VIH, se recomienda su uso, debiendo administrarse dentro de las 72 horas posteriores a la agresión (como también lo señala la OMS). El riesgo de contraer VIH dependería de lo siguiente: gravedad de las lesiones, tipo de acto sexual forzado, número de perpetradores y, por supuesto, si uno o más perpetradores son seropositivos. La recomendación de profilaxis anti-VIH se apoya en la experiencia con la exposición laboral a la infección, que muestra que el tratamiento reduce el riesgo de seroconversión en un 81% si se administra dentro de las 4 horas posteriores al abuso sexual. Es necesario informar claramente a la mujer sobre su riesgo, sobre los efectos secundarios de los antirretrovirales y la necesidad de completar los 28 días de tratamiento. Solo aquellas que acepten el tratamiento después de haber recibido esta orientación deben ser incluidos en la profilaxis anti-VIH (Faúndes, A. et al., 2006). No obstante, se tienen pruebas de su efectividad. En un estudio, de cohortes [antes (n=80) y después (n=48)] en el que se implantó un protocolo de atención a víctimas de agresión sexual en Urgencias de un hospital terciario en España, la profilaxis post-exposición al VIH fue la variable que experimentó mayor incremento con la implantación del protocolo de atención.

Como se indicó anteriormente, la PEP se debe administrar siempre que se cumpla una circunstancia de riesgo durante las primeras 72 horas, prolongándose el tratamiento hasta 28 días, con controles y seguimiento en las primeras 72 horas y, posteriormente, cada dos semanas (Miralles, A. & Falcó, A.,2021). En otra investigación cuasiexperimental, en la que se implementó un modelo integral de cuidado para víctimas de violencia sexual, se identificaron mejoras significativas en la mayoría de los indicadores relacionados con la PEP al VIH. Después de la intervención, las personas sobrevivientes tenían un 35% más de probabilidades de reconocer el AZT (Zidovudina) y/o el 3TC (Lamivudina) y la proporción que sabía que estos medicamentos se administraban para prevenir la infección por el VIH también aumentó significativamente (del 13% al 49%) (Kim, J. et al., 2007). Asimismo, en una investigación cuantitativa que buscó evaluar la adhesión por parte de 172 mujeres víctimas de violencia sexual al tratamiento de quimioprofilaxis para VIH, se concluyó que todas las mujeres víctimas de agresión sexual deberían participar en el esquema terapéutico (participar en el tratamiento de quimioprofilaxis para VIH) con la finalidad de reducir el riesgo de infección por VIH (Diniz, N. et al., 2007). Pese a las recomendaciones, aún existen ciertas limitaciones. Por ejemplo, de los resultados de un análisis cualitativo que buscó analizar el cuidado de la salud de víctimas de violencia sexual en servicios de salud pública, se pudo conocer que, aunque la profilaxis para el VIH se ofrece en el 65% de los hospitales de emergencia de los EE. UU., el problema encontrado es la baja adherencia a los protocolos de seguimiento ambulatorio (Deslandes, S. et al., 2016).

Estándares de atención post exposición a violación sexual

En relación a las prestaciones asistenciales integrales, de la revisión realizada, se puede confirmar que estas sí son eficaces para reducir los impactos de la violencia o agresión sexual, dado que se ofrecen servicios médicos, psicológicos y legales de calidad, poniendo en el centro de atención a la víctima y realizándo el seguimiento adecuado para reducir consecuencias negativas a futuro, como pueden serlo los embarazos no deseados, enfermedades, cuadros de depresión, ideación suicida, entre otros. Estas afirmaciones son respaldadas con la evidencia señalada a continuación. En un estudio cuasiexperimental, en el que se implementó un modelo integral de cuidado para víctimas de violencia sexual, se evidenciaron mejoras en (1) la utilización y eficiencia de los servicios por parte de la víctimas, (2) en el manejo clínico posterior a la violación, (3) en la provisión de PEP y (4) en la expansión de las funciones para la atención por parte de las enfermeras especializadas en la atención de estos casos (Kim, J. et al., 2007).

Otro caso similar sucedió en la provincia de Escuintla en Guatemala, en la que se implementó un proyecto sobre atención integral a víctimas de violencia en el seno del sistema de salud público que involucró al personal del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (condición indispensable para su sostenibilidad), y que conllevó a grandes avances: tuvo un efecto dinamizador en todo el país, catalizando la elaboración de un protocolo nacional de atención a las víctimas de violencia sexual, además de la revisión de los indicadores de esta violencia en el Plan Estratégico Nacional de VIH/sida y la presencia de este tipo de violencia en la agenda política (Agustí, C. et al., 2012). La atención integral debe incluir además, cuidados y atención psicológica a la víctima, sea de cualquier edad o sexo. Acorde a la literatura consultada, estas experiencias negativas con el personal del sistema social han sido denominadas en algún momento como "la segunda violación", "el segundo asalto" o "victimización secundaria" (Campbell, R., Patterson, D. & Lichty, L., 2005).

Una revisión sistemática que recopiló estudios principalmente sobre abuso sexual, urgencias médico-psicológicas y manejo de cuidado y que buscó averiguar la existencia de atención médico-psicológica inmediata para las víctimas de agresión sexual, tres publicaciones citan los Primeros Auxilios Psicológicos como un método estructurado de atención psicológica inmediata. De manera consensuada, se señala que la actitud que deben tener los cuidadores en contacto con las víctimas debe ser de escucha empática sin juzgar lo que pueda evocar a los pacientes (Djahanbani, S. et. al., 2021). Asimismo, a partir de un estudio cualitativo en el que se hizo seguimiento a dos adolescentes víctimas de abuso sexual, se determinó que es necesario contar con más personal y una planificación adecuada en los establecimientos de salud para garantizar que los servicios de atención posterior a la agresión estén disponibles las 24 horas del día y los 7 días de la semana. Los protocolos deberían incluir la provisión de suministros y equipos médicos necesarios, asegurando que los incómodos exámenes y/o pruebas se realicen en el menor tiempo posible (Khamala, C. et al., 2016).

Mientras tanto, en una investigación comparativa, de cohortes [antes (n=80) y después (n=48)] en el que se implantó un protocolo de atención a víctimas de agresión sexual en Urgencias de un hospital

terciario, se reveló la necesidad de que la atención a las víctimas en urgencias debe realizarse de forma preferente, procurando el menor tiempo de espera, siempre desde una actitud comprensiva, ofreciéndole intimidad y confidencialidad. (Miralles, A. & Falcó, A.,2021). Por otro lado, en el análisis descriptivo del informe de supervisión de Kits de emergencia en el Perú que implicó un trabajo de campo/supervisión a 158 hospitales de 2do y 3er nivel alrededor del Perú (90 priorizados), la Defensoría del Pueblo indica la necesidad especial de incidir en una atención enfocada en la usuaria, identificando aspectos que podrían evidenciar o presumir la existencia de violencia sexual considerando el estado de afectación de la víctima de violencia sexual, la cual requiere ser atendida con empatía y en un ambiente privado (Defensoría del Pueblo, 2019).

Un ejemplo más claro de atención integral enfocada específicamente a víctimas de violencia sexual es el programa SANE en Estados Unidos, programa de enfermeras examinadoras de agresiones sexuales que están especialmente capacitadas para brindan atención médica de primera respuesta las 24 horas del día a sobrevivientes de violación. Sobre ello, se conoce lo siguiente. En la revisión sistemática de artículos psicológos, médicos, legales sobre el impacto de los programa SANE en víctimas de violencia sexual, los datos disponibles sugieren que las víctimas tratadas en los SANE reciben atención médica constante y de base amplia, con seguimiento. De los registros de una encuesta nacional realizada al personal del programa SANE, Ciancone, Wilson, Collette y Gerson (2000) encontraron que el 97% de los programas informaron que ofrecen pruebas de embarazo, el 97% proporciona anticoncepción de emergencia y el 90% ofrece profilaxis de ETS. (Campbell, R., Patterson, D. & Lichty, L., 2005); es decir, un gran alcance a nivel nacional. Por ejemplo, la tasa de pruebas de embarazo previas al SANE en el hospital donde se aplicó el programa fue del 79% y aumentó al 88% después del SANE. La provisión de anticoncepción de emergencia también fue más común después de la creación del programa SANE (66% a 87%). (Campbell, R., Patterson, D. & Lichty, L., 2005). Además, se encontraron cambios estadísticamente significativos en las tasas de prestación de servicios médicos de pre-SANE a post-SANE (antes y después de aplicar el programa en hospitales). Se registró que la profilaxis de las ETS se brindó de manera más rutinaria con el programa SANE en comparación con la atención de urgencias hospitalaria tradicional (89% a 97%) (Campbell, R., Patterson, D. & Lichty, L., 2005) [n°22]. Por último, con el programa SANE, las pruebas de VIH no se ofrecieron de forma rutinaria, sino que se brindaron selectivamente a los y las sobrevivientes: servicios como la realización de cultivos de ETS, pruebas de VIH, toxicología y detección de etanol. De esta manera, se confirma que las tasas de prestación de servicios con el SANE son sustancialmente más altas que las que se han encontrado en los estudios tradicionales de atención de urgencias (Campbell, R., Patterson, D. & Lichty, L., 2005) [n°22].

3.2 Niñas, niños y adolescentes

Eficacia en la prestación de kit de emergencia en la prevención de futuros hechos de violencia sexual

En niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia o agresión sexual, proporcionar medicamentos, pruebas y/o vacunas brindados en el Kit de emergencia es eficaz en la reducción del impacto de la violencia sexual, especialmente, en relación a los efectos en la salud física, sexual y mental que pudieran desencadenar en la víctima a futuro. No obstante, más que un Kit de emergencia, la evidencia apunta a brindar una atención integral de emergencia, con un seguimiento a la víctima. En una investigación cuantitativa en la cual participaron 172 mujeres víctimas de violencia sexual de Brasil, se encontró que el grupo etáreo más violentado sexualmente es de 12 a 18 años (45,4%), seguido de niñas (32,6%) y adultas (22%). (Diniz et. al, 2007). Una revisión sistemática que incluyó un estudio cuantitativo de revisión retrospectiva de historiales médicos y legales de pacientes de 0 a 20 años de Ohio (EEUU), informaron que la prevalencia de casos de abuso sexual entre las niñas es del 20% y entre los niñas, niños de alrededor del 8%. Otro estudio incluido en dicha sistematización, de caracter cuantitativo que consistió en el análisis prospectivo de casos de niñas y niños de 4 a 11 años en India sobre la prevalencia de casos de abuso sexual, informó que el 9% de las niñas y el 3% de los niñas, niños habían tenido relaciones sexuales orales, vaginales o anales forzadas. Un metanálisis de Stoltenberg et al. en 2015 informó que el 8% de los niñas, niños y aproximadamente el 18% de las niñas durante su infancia habían sufrido abuso sexual.

Según la OMS, la tasa de niñas, niños maltratados que se presentan en centros médicos y legales varía de un país a otro. Por ejemplo, la tasa de niñas, niños víctimas de abuso sexual que buscaban ayuda en centros legales o de salud en Suazilandia era del 24%, mientras que en Kenia era solo del 2% para los niñas, niños y del 6,8% para las niñas. (Rahnavardi et al., 2022). Acorde a Blanco et al. 2015, en un estudio de revisión de literatura de 62 estudios de distintas partes del mundo recopilados de la las bases de datos: Scopus, Pubmed y el Global Index Medicus de la OMS, las y los sobrevivientes de abuso sexual infantil pueden presentar cambios en las estructuras cerebrales neurológicas y es más probable que experimenten ansiedad, depresión, abuso de sustancias y otros problemas mentales y de comportamiento. Por lo tanto, es crucial garantizar que los niñas, niños y adolescentes que han estado expuestos o pueden haber estado expuestos al abuso sexual reciban atención médica y psicológica temprana y eficaz informada sobre el trauma.

Según una guía de USAID sobre el adecuado manejo clinico a víctimas de abuso o violencia sexual, la violencia y la explotación sexual pueden aumentar el riesgo de enfermedades infecciosas y enfermedades crónicas más adelante en la vida. Las niñas que han sufrido violencia y explotación sexual corren un mayor riesgo de contraer el VIH y otras ITS. Incluso si una niña no se infecta con el VIH inmediatamente después de un acto de violencia y explotación sexual, según Jewkes, Sen y Garcia-Moreno (2002), tiene más probabilidades de contraer enfermedades infecciosas y crónicas más adelante en la vida. El acceso rápido a los servicios y las intervenciones médicas son cruciales e incluyen la evaluación médico forense, la profilaxis posterior a la exposición no ocupacional al VIH (VIHnPEP) y, para las niñas, el acceso a la anticoncepción de emergencia. Las pruebas rápidas de

VIH y suministro de HIVnPEP están entre elementos que son integrales para la prestación de servicios de calidad para los niños y niñas que han sufrido violencia y explotación sexual y deben establecerse en cualquier instalación que busque satisfacer las necesidades y garantizar sus derechos.

Eficacia del kit de emergencia en la prevención de impactos negativos en la salud

En niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia o agresión sexual, proporcionar medicamentos, pruebas y/o vacunas que busquen prevenir el embarazo, las ETS y/o ITS (a través de la proxilaxis post-exposición, entre otros), incluido el VIH, es eficaz en la prevención de embarazos no deseados, así como la reducción del riesgo de contraer enfermedades e infecciones de transmisión sexual. Respecto a la profilaxis de VIH en niñas, niños y adolescentes, en una revisión sistemática y de metaanálisis que seleccionó 21 estudios para identificar y categorizar los servicios de diagnóstico y tratamiento que necesitan los niñas, niños y adolescentes abusados sexualmente en Estados Unidos, se señala que la realización de las pruebas de VIH dependía de la edad del paciente, el historial de abuso, el momento del examen médico y las características del perpetrador. Si el caso es justificado, se debe realizar una prueba rápida de VIH (con resultados definitivos en 2 horas). Si los resultados iniciales son negativos, las víctimas deben repetir la prueba a las 6, 12 y 24 semanas después del abuso sexual. Por otro lado, debido a que la frecuencia del VIH varía en niñas, niños y adolescentes que han sido abusados sexualmente, el diagnóstico de estas infecciones es recomendado por casi toda la literatura (Rahnavardi, M. at al., 2022).

Asimismo, dependiendo de la naturaleza y circunstancias de la violencia y explotación sexual, así como de la preferencia de la niña, niño o adolescente, si un incidente ha ocurrido dentro de las últimas 168 horas en la población adolescente o 72 horas en la prepuberal, se deben tomar medidas para la atención médica y la recolección de pruebas. Las necesidades médicas/forenses más inmediatas son las siguientes: estabilización/tratamiento médico de una lesión o dolor agudo y prevención del VIH al ofrecer profilaxis posterior a la exposición al virus dentro de las 72 horas posteriores a la agresión. (Day & Pierce-Weeks, 2013). Por otra parte, un artículo de procedimientos indicados para la atención de urgencia de víctimas de violación sexual, se señaló que las mujeres, niñas y/o niños expuestos al semen u otros fluidos del agresor deben recibir profilaxis de ETS no virales, con excepción de los casos en los que se conozca que el agresor haya utilizado preservativo. Incluso si no ha habido eyaculación, la profilaxis está indicada para casos de relaciones anales, vaginales y orales. Asimismo, se recomienda que los medicamentos se prescriban lo antes posible en dosis única, sin límite de tiempo exacto para la introducción de la profilaxis de las ETS no virales, diferente de la prevención del VIH (Faúndes, A. et al., 2006).

Finalmente, en una investigación cuantitativa que incluyó a 111 niñas, niñas, niños y adolescentes pacientes pediátricos (de 9 a 17 años), de los cuales el 81% fue evaluado por posible caso de abuso sexual en EEUU, se analizó que el Virus del Papiloma Humano (VPH) es una de las ITS más comunes, por lo que la vacunación contra la VPH es importante y especialmente eficaz para las

poblaciones vulnerables como lo son las niñas, niños y adolescentes que han podido pasar por un abuso o violencia sexual. Así, se recomienda la vacunación contra el VPH teniendo en cuenta consideraciones para poblaciones especiales y se respalda la administración de la vacuna lo antes posible ni bien conocer un historial de abuso sexual, tan pronto como la víctima cuente con 9 años de edad (Goodman, E. A., & Goodpasture, M, 2020). Un análisis cualitativo que aborda la agresión sexual aguda en el grupo de edad de los adolescentes mayores de 12 años, permitió conocer que la profilaxis del VIH debe considerarse según las pautas de profilaxis post exposición (PEP) del VIH de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) cuando hay penetración genital o anal con eyaculación conocida, sobre todo, si ocurrió un traumatismo o si la víctima tiene una infección genital conocida. Existen riesgos y beneficios de la PPE para el VIH que deben considerarse (Crawford-Jakubiak J. et al., 2017).

En otro análisis cualitativo que buscó analizar el cuidado de la salud de los niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia en servicios de salud pública a partir de 20 entrevistas a personal administrativo de hospitales y de la recolección de reportes y demás, se pudo conocer que, independientemente de la presencia o gravedad de las lesiones físicas y de la edad relacionadas a la violencia sexual, una medida protectora frente a las situaciones de exposición con riesgo de transmisión se refiere a la profilaxis de ETS/SIDA y hepatitis virales, indicadas para dichos casos (Deslandes, S. et al., 2016).

Respecto a la prevención de embarazos no deseados producto de un hecho de abuso sexual, un estudio cualitativo que realizó 20 entrevistas a directivos y técnicos a nivel central de las secretarías de salud municipal y análisis de documentos en el servicio de salud pública municipal a niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia en cuatro ciudades - Porto Alegre (Rio Grande do Sul), Belém (Pará), Fortaleza (Ceará) y Campo Grande (Mato Grosso do Sul) -, ha encontrado que "la insuficiencia y el retraso de la Anticoncepción Hormonal de Emergencia conducen a una baja eficacia, lo que puede contribuir a un aumento del número de embarazos resultantes de la violación sexual".

Estándares de atención post exposición a violación sexual

En niños, niñas y adolescentes resulta efectivo garantizar atención diferenciada en las prestaciones asistenciales integrales a fin de reducir los impactos de la violencia sexual que sufrieron. El estándar mínimo y diferenciado es necesario según la evidencia analizada. En un análisis cualitativo que aborda la agresión sexual aguda en el grupo de edad de los adolescentes mayores de 12 años, se señala que entre las víctimas niñas, niños y adolescentes de agresión sexual, se observan tasas más altas de depresión, ideación suicida e intentos de suicidio y otros comportamientos de autolesión, como la automutilación y los trastornos alimentarios. La ideación suicida u homicida debe ser atendida de inmediato junto con un profesional de salud mental capacitado y con experiencia (Crawford-Jakubiak J. et al., 2017).

En una revisión sistemática y de metaanálisis que seleccionó 21 estudios para identificar y categorizar los servicios de diagnóstico y tratamiento que necesitan los niñas, niños y adolescentes abusados sexualmente en Estados Unidos, se indica que la elección de la intervención conductual o psicológica va a depender de la edad y las etapas de desarrollo de cada víctima, además de sus problemas conductuales y emocionales. Durante la atención, es necesario proporcionar un lugar privado y acogedor a las niñas, niños para las entrevistas, además de garantizar su seguridad como víctimas; preservar su autonomía y evitar la coerción; proporcionar respuestas y apoyo sin prejuicios. Se necesita utilizar el lenguaje del niño, niña y adolescente y dar información adecuada a su edad. Las víctimas que han recibido previamente intervenciones de salud mental podrían necesitar atención psiquiátrica inmediata. (Rahnavardi et al., 2022). En un análisis descriptivo en el que se ofrecen pautas sobre cuidados posteriores a una agresión sexual, se indica que las mujeres, niñas y/o niños expuestos al semen u otros fluidos del agresor deben recibir profilaxis de ETS no virales, con excepción de los casos en los que se conozca que el agresor haya utilizado preservativo. Incluso si no ha habido eyaculación, la profilaxis está indicada para casos de relaciones anales, vaginales y orales. Asimismo, se recomienda que los medicamentos se prescriban lo antes posible en dosis única, sin límite de tiempo exacto para la introducción de la profilaxis de las ETS no virales, diferente de la prevención del VIH (Faúndes, A. et al., 2006).

Por su parte, en un estudio cuasiexperimental que explora la viabilidad de discutir, recomendar y administrar la vacunación contra el VPH a partir de una muestra de 111 niñas, niños y adolescentes (9 a 17 años), se pudo conocer que el Virus del Papiloma Humano (VPH) es una de las ITS más comunes. Además se señala que la vacunación contra la VPH es importante y especialmente eficaz para las poblaciones vulnerables como lo son las niñas, niños y adolescentes que han podido pasar por un abuso o violencia sexual. A partir de la revisión sistemática que también realizan, recomiendan la vacunación teniendo en cuenta consideraciones para poblaciones especiales y se respalda la administración de la vacuna lo antes posible ni bien conocer un historial de abuso sexual, tan pronto como la víctima cuente con 9 años de edad (Goodman, E. A., & Goodpasture, M, 2020).

4. Discusión

A partir de los resultados de la búsqueda y procesamiento de la literatura se discuten los resultados principales para darle fortaleza a las mejoras que se requieran hacer en el marco de la aplicación del kit de emergencia en Perú, el cual se encuentra aprobado y regulado por la Directiva Sanitaria Nº 083 MINSA/2019/DGIESP que asegura la disponibilidad y en establecimientos de salud del MINSA. Dicha Directiva establece que es un subgrupo de productos preestablecidos que deben ser entregados en la atención de un caso de violencia sexual contra la mujer, tal como se puede observar a continuación en la Tabla 3

Tabla 3. Productos que son parte del kit de emergencia en Perú.

A nivel de los Establecimientos de Salud del primer nivel de atención del I -1 al I -3 (kit mínimo)

Producto	Cantidad
Levonorgestrel 0.75 – Blister por 2 Tab.	01
Prueba rápida para hepatitis B	01
Prueba rápida duales VIH/SIFILIS	01
Vacuna contra la difteria y tétanos (DT Adulto)	02
Jeringas descartables 3ml y 10ml	02
Azitromicina 500 mg – Tableta	02
Penicilina G Benzatínica 2400000 UI – Inyectable	01
Prueba rápida de hormona Gonadotropina Coriónica (HCG)	01
Preservativos sin nonoxinol	20

A nivel de los Establecimientos I-4 y Hospitales del segundo y tercer nivel (kit completo)

Producto	Cantidad
Levonorgestrel 0.75 – Blister por 2 Tab.	01
Prueba rápida para hepatitis B	01
Prueba rápida duales VIH/SIFILIS	01
Vacuna contra la difteria y tétanos (DT Adulto)	02
Jeringas descartables 3ml y 10ml	02
Azitromicina 500 mg – Tableta	02
Penicilina G Benzatínica 2400000 UI – Inyectable	01
Cefixina 400 mg o ceftriaxona 1g – Inyectable	01
Emtricitabina 200 mg + Tenofovir 300 mg - Tableta	30
Lopinavir 200 mg + Ritonavir 50 mg - Tableta	120
Prueba rápida de hormona Gonadotropina Coriónica (HCG)	01
Preservativos sin nonoxinol	20

Fuente: según la Directiva Sanitaria Nº 083 MINSA/2019/DGIESP.
Elaboración propia.

Con toda la literatura sistematizada se tiene en cuenta entonces que existe evidencia para sugerir su eficacia en i) la prevención de futuras agresiones sexuales; ii) en la reducción del impacto de la violencia sexual; iii) en la prevención de embarazo, enfermedades e ITS; iv) en garantizar un estándar mínimo de prestaciones asistenciales integrales. Todos estos resultados se tienen en consideración tanto para cuando la población sea de mujeres adultas como de niños, niñas y adolescentes.

En la prevención de futuras agresiones sexuales la evidencia señala la pertinencia de proporcionar medicamentos, pruebas y/o vacunas para la reducción de futuras agresiones sexuales. No obstante, más que un kit de emergencia se indica la importancia de brindar una atención médica de emergencia con un seguimiento a la víctima. En la sección anterior se describió que, en EE. UU., según una investigación (McFarlane, J. et al., 2005) en la que se aplicaron test y cuestionarios a 148 mujeres de distintos grupos étnicos (afroamericanas, hispanas, mujeres hispano hablantes y mujeres blancas de habla inglesa) entre 2001 y 2003 se identificó que recibir atención médica redujo el riesgo de que la mujer sufriera más agresiones sexuales en un 32% ($p=0.087$).

En la reducción del impacto de la violencia sexual en mujeres adultas el kit de emergencia es eficaz en la reducción del impacto de la violencia sexual, especialmente, en relación a los efectos en la salud física, sexual o mental que pudieran desencadenar en la víctima a futuro.
No obstante, más que un kit de emergencia, la evidencia apunta a brindar una atención integral de emergencia. El 7% de los casos de violación en Brasil resultan en embarazo. De ello, se estima que entre 60 y 70 mil mujeres mueren anualmente por complicaciones de abortos inseguros y cientos de

miles sufren consecuencias a futuro, que incluyen dolor pélvico crónico e infertilidad. Si no se tratan las ITS pueden provocar complicaciones graves a largo plazo en la salud de la víctima de agresión sexual (enfermedad pélvica inflamatoria, esterilidad tubárica, embarazo ectópico, dolor pélvico crónico) (Faúndes, A. *et al.*, 2006). La atención médica y psicosocial inmediata incide en el bienestar de las víctimas (de cualquier edad) y representa una parte importante del inicio del proceso de curación (De Toledo Blake *et al.*, 2014). También existe suficiente evidencia de que proporcionar medicamentos, pruebas y/o vacunas el kit de emergencia es eficaz en la reducción del impacto de la violencia sexual referida a la salud física, sexual o mental de la víctima.

Según Blanco et al. 2015, las y los sobrevivientes de abuso sexual infantil pueden presentar cambios en las estructuras cerebrales neurológicas y es más probable que experimenten ansiedad, depresión, abuso de sustancias y otros problemas mentales y de comportamiento.
Según USAID, las víctimas de abuso o violencia sexual, la violencia y la explotación sexual pueden aumentar el riesgo de enfermedades infecciosas y enfermedades crónicas más adelante en la vida. El acceso rápido a los servicios y las intervenciones médicas son cruciales e incluyen la evaluación médico forense, la profilaxis posterior a la exposición no ocupacional al VIH (VIHnPEP) y, para las niñas, el acceso a la anticoncepción de emergencia (Jewkes, Sen y Garcia-Moreno, 2002).

En la prevención de embarazo, enfermedades e ITS en mujeres adultas La evidencia indica que proporcionar medicamentos, pruebas y/o vacunas es eficaz en la prevención de embarazos no deseados, así como la reducción del riesgo de contraer enfermedades e infecciones de transmisión sexual. Pero la atención debe darse en el menor tiempo posible (atención de emergencia) para reducir las probabilidades de embarazo o contagio, en centros de salud con el equipamiento adecuado y personal médico de calidad que realice el seguimiento necesario a cada caso. El uso del anticonceptivo de emergencia con levonorgestrel (sin estrógenos) puede tener alguna efectividad hasta el quinto día posterior a la violencia, pero tiene mayor efectividad cuando se administra dentro de las primeras 24 horas (Faúndes, A. *et al.*, 2006). La recomendación de profilaxis anti-VIH (como señala la OMS) muestra que el tratamiento reduce el riesgo de seroconversión en un 81% si se administra dentro de las 4 horas posteriores al abuso sexual. Las pruebas de laboratorio para sífilis, hepatitis B y C, VIH, clamidia, gonorrea, tricomonas y VPH y para el diagnóstico de embarazo deben realizarse al ingreso y repetirse posteriormente durante el seguimiento (Faúndes, A. *et al.*, 2006). Las lesiones físicas, dependiendo de la zona del cuerpo y gravedad, pueden requerir sutura, antibióticos, analgésicos, una vacuna y suero contra el tétano.

En niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia o agresión sexual, proporcionar medicamentos, pruebas y/o vacunas de manera pronta que busquen prevenir el embarazo, las ETS y/o ITS (a través de la proxilaxis post- exposición, entre otros), incluido el VIH son eficaces en la prevención de embarazos no deseados, así como la reducción del riesgo de contraer enfermedades e infecciones de

transmisión sexual. Debido a que la frecuencia del VIH varía en niñas, niños y adolescentes que han sido abusados sexualmente, el diagnóstico célere de esta y otras infecciones es recomendado por casi toda la literatura (Rahnavardi, M. at al., 2022). Las necesidades médicas/forenses inmediatas son la estabilización y tratamiento médico de una lesión o dolor agudo y prevención del VIH, luego de la profilaxis posterior a la exposición al virus dentro de las 72 horas posteriores a la agresión (Day & Pierce-Weeks, 2013). En una investigación que incluyó a 111 niñas, niñas, niños y adolescentes pacientes pediátricos de los cuales el 81% fue evaluado por posible caso de abuso sexual en EEUU, se analizó que el Virus del Papiloma Humano (VPH) es una de las ITS más comunes, por lo que la vacunación contra la VPH es importante y especialmente eficaz en estas poblaciones vulnerables (Goodman y Goodpasture, 2020).

En cuanto a garantizar un estándar mínimo de prestaciones asistenciales integrales a mujeres adultas se confirma que sí son eficaces para reducir los impactos de la violencia o agresión sexual, dado que se ofrecen servicios médicos, psicológicos y legales de calidad, poniendo en el centro de atención a la víctima y realizándole el seguimiento adecuado para reducir consecuencias negativas a futuro, como pueden serlo los embarazos no deseados, enfermedades, cuadros de depresión, ideación suicida, entre otros. En un estudio cuasiexperimental, en el que se implementó un modelo integral de cuidado para víctimas de violencia sexual, se evidenció mejoras en (1) la utilización y eficiencia de los servicios por parte de la víctimas, (2) en el manejo clínico posterior a la violación, (3) en la provisión de PEP y (4) en la expansión de las funciones para la atención por parte de las enfermeras especializadas en la atención de estos casos (Kim, J. *et al.*, 2007)

Los protocolos deberían incluir la provisión de suministros y equipos médicos necesarios, asegurando que los incómodos exámenes y/o pruebas se realicen en el menor tiempo posible (Khamala, C. *et al.*, 2016). La actitud que deben tener los cuidadores en contacto con las víctimas debe ser de escucha empática sin juzgar lo que pueda evocar a los pacientes (Djahanbani, S. *et. al.*, 2021). La Defensoría del Pueblo de Perú (2019) indica la necesidad especial de incidir en una atención enfocada en la usuaria, la cual requiere ser atendida con empatía y en un ambiente privado. La evidencia recomienda que resulta efectivo garantizar las prestaciones asistenciales integrales a fin de reducir los impactos nocivos de la violencia sexual, como los que se describieron para el caso de mujeres adultas.

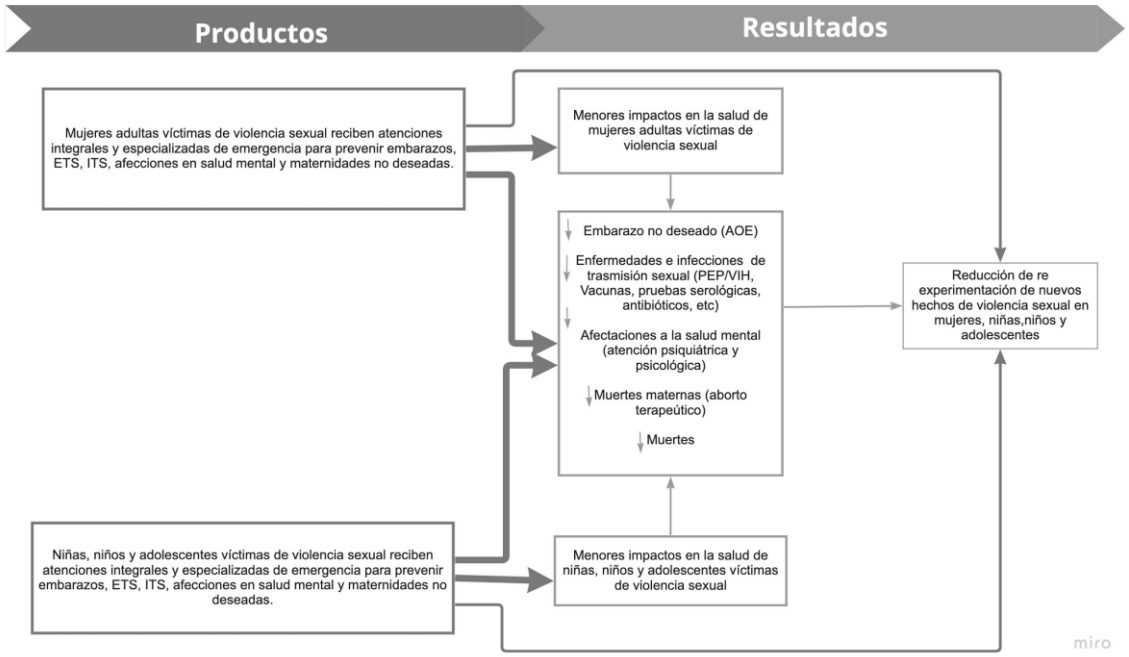
En víctimas niñas, niños y adolescentes de agresión sexual se observan tasas más altas de depresión, ideación suicida e intentos de suicidio y otros comportamientos de autolesión, como la automutilación y los trastornos alimentarios. La ideación suicida u homicida debe ser atendida de inmediato junto con un profesional de salud mental capacitado y con experiencia (Crawford-Jakubiak J. et al., 2017). En base a un metaanálisis de 21 estudios se indica también que la elección de la intervención conductual o psicológica va a depender de la edad y las etapas de desarrollo de cada

víctima, además de sus problemas conductuales y emocionales. Durante la atención, es necesario proporcionar un lugar privado y acogedor a las niñas, niños para las entrevistas, además de garantizar su seguridad como víctimas; preservar su autonomía y evitar la coerción; proporcionar respuestas y apoyo sin prejuicios.

Se necesita utilizar el lenguaje del niño, niña y adolescente y dar información adecuada a su edad. Las víctimas que han recibido previamente intervenciones de salud mental podrían necesitar atención psiquiátrica inmediata (Rahnavardi et al., 2022)

En base a toda esta literatura expuesta se puede sostener que las intervenciones en base al kit de emergencia, acompañadas de atención médica integral oportuna, reducen significativamente el impacto de la violencia sexual en mujeres adultos, niños, niñas y adolescentes.

Ilustración 2. Modelo explicativo de la violencia sexual contra niños y niñas



5. Conclusiones

Las discusiones investigativas respecto a la pertinencia de intervenciones de atención en salud post situaciones de violencia sexual han sido superadas. Las investigaciones confirman que intervenciones integrales que porporcionan medicamentos, pruebas y/o vacunas, atenciones especializadas y seguimiento son eficaces en la reducción de futuras agresiones sexuales (McFarlane, J. et al., 2005). Así también, se señala que es eficaz en la reducción del impacto de la violencia sexual, especialmente, en relación a los efectos en la salud física, sexual y mental que pudieran desencadenar en la víctima a futuro (Diniz et. al, 2007). No obstante, las discusiones giran entorno a los estándares o las formas en que estas intervenciones deben ser brindadas; así, más que un Kit de emergencia, en tanto una intervención puntual que consiste en la entrega de medicamentos, la evidencia apunta a brindar una atención integral de emergencia que incluya atención médica y psicosocial inmediata con disponibilidad de 24 horas y 7 días a la semana, brindado por personal especializado en la atención a víctimas de violencia, con empatía, seguimiento a la víctima para lograr adherencia al tratamiento profiláctico, entre otros (Faúndes, A. et al., 2006; De Toledo Blake et al., 2014; Djahanbani, S. et. al., 2021; Khamala, C. et al., 2016; Campbell, R., Patterson, D. & Lichty, L., 2005).

Los hallazgos también indican que es necesario establecer estándares diferenciados para la atención de niñas, niños y adolescentes (Rahnavardi et al., 2022). Este grupo poblacional, según Jewkes, Sen y Garcia-Moreno (2002), tiene más probabilidades de contraer enfermedades infecciosas y crónicas más adelante en la vida, por lo que el acceso rápido a los servicios y las intervenciones médicas y psicosociales son cruciales. Asimismo, estas deben incluir evaluación médico forense, la profilaxis

posterior a la exposición no ocupacional al VIH (VIHnPEP) y, para las niñas, el acceso a la anticoncepción de emergencia e interrupciones del embarazo (De Toledo Blake *et al.*, 2014); también se discute la necesidad de administrar la vacunación contra el VPH, siendo que esta ITS es una de las más comunes (Goodman, E. A., & Goodpasture, M, 2020).

6. Referencias

Rahnavardi, M., Shahali, S., Montazeri, A., & Ahmadi, F. (2022). Health care providers' responses to sexually abused children and adolescents: a systematic review. BMC health services research, 22(1), 1-11. https://doi.org/10.1186/s12913-022-07814-9

Miralles, A. M., & Falcó, A. C. (2021). Resultados de la implantación de un protocolo de atención a víctimas de agresiones sexuales en Urgencias de un hospital terciario de referencia. Revista española de salud pública, (95), 59. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8254680

Broaddus-Shea, E. T., Scott, K., Reijnders, M., & Amin, A. (2021). A review of the literature on good practice considerations for initial health system response to child and adolescent sexual abuse. Child abuse & neglect, 116, 104225. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104225

Djahanbani, S., Spodenkiewicz, M., Bruneau, L., Mascarel, P., Rene, E., Gillet, C., Atwan, N., Guillon, E., Jehel, L. & Gokalsing, E. (2021). Prise en charge médico-psychologique immédiate aux urgences des personnes adultes victimes d'agression sexuelle: revue systématique de la littérature. In Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, 180. https://doi.org/10.1016/j.amp.2021.08.016

Defensoría del Pueblo. (2019). Supervisión entrega de kits de emergencia para la atención de casos de violencia sexual. Serie Igualdad y No Violencia N° 016.

Dennis, M. L., Owolabi, O. O., Cresswell, J. A., Chelwa, N., Colombini, M., Vwalika, B., Mbizvo, M. T., & Campbell, O. (2019). A new approach to assess the capability of health facilities to provide clinical care for sexual violence against women: A pilot study. Health Policy and Planning, 34(2), 92–101. https://doi.org/10.1093/heapol/czy106

Goodman E, Goodpasture M. Human papilloma virus vaccination after pediatric sexual abuse evaluations in the outpatient child sexual abuse subspecialty clinic: A quality improvement project. J Forensic Nurs. 2020;16(1):16–21. https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000251.

Deutsch, S. A., Benyo, S., Xie, S., Carlin, E., Andalaro, B., Clagg, B., & De Jong, A. (2018). Addressing HPV Prevention During Pediatric Acute Sexual Assault Care. Journal of forensic nursing, 14(3), 154.https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000209

Crawford-Jakubiak J., Alderman E., Leventhal J., Flaherty E., Idzerda S., Legano L., Lukefahr J., Sege R., Braverman P., Adelman W., Breuner C., Levine D., Marcell A., O'Brien R., Committee on Child Abuse and Neglect & Committee on Adolescence. (2017). Care of the adolescent after an acute sexual assault. Pediatrics, 139(3). https://doi.org/10.1542/peds.2016-4243

Deslandes, S. F., Vieira, L., Cavalcanti, L. F., & Silva, R. (2016). Atendimento à saúde de crianças e adolescentes em situação de violência sexual, em quatro capitais brasileiras. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, 20, 865-877. https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0405

Wangamati, C.; Thorsen, V.; Gele, A.; Sundby, J. (2016) Postrape care services to minors in Kenya: are the services healing or hurting survivors?. International Journal of Women's Health 2016:8 249–259. https://doi.org/10.2147/IJWH.S108316

Fulp, J.; Rostapshova, O.; Feenstra, M.; Carty, C. (2015) Impact Evaluation of the "Increasing Services for Survivors of Sexual Assault in South Africa" Program. USAID

Schilling, S.; Samuels-Kalow, M.; Gerber, J.; Scribano, P.; French, B.; Wood, J. (2015) Testing and Treatment After Adolescent Sexual Assault in Pediatric Emergency Departments. PEDIATRICS Volume 136, number 6, December 2015. https://doi.org/10.1542/peds.2015-2093

(De Toledo M., Drezett J., Santos G., Xavier V., Daminello R., Rocha F., Sarubbi V., Adami F., Carlos L. (2014) Factors associated to late-term abortion after rape: literature review. Reproducción y Climatério, Volumen 29, número 2 , mayo–agosto de 2014: 60-65. https://doi.org/10.1016/j.recli.2014.08.003

Day, K., & Pierce-Weeks, J. (2013) The Clinical Management of Children and Adolescents Who Have. Experienced Sexual Violence: Technical Considerations for PEPFAR Programs. USAID.

Agustí, C., Sabidó, M., Guzmán, K., Pedroza, M. I., & Casabona, J. (2012) Proyecto de atención integral a víctimas de violencia sexual en el departamento de Escuintla, Guatemala. Gaceta Sanitaria, Volume 26, Issue 4, July–August 2012, Pages 376-378. https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.12.014

Diniz N; De Almeida L.; Dos S Ribeiro B.; De Macêdo V. (2007) Women victims of sexual violence: adherence to chemoprevention of HIV. Revista latinoamericana de enfermagem 15 (1) Feb 2007. https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000100002

"Kim, J.; Mokwena, L.; et al. (2007) Developing an Integrated Model for Post-rape Care and HIV Post-exposure Prophylaxis in Rural South Africa. USAID

Faúndes, A.; Fernando C.; Bedone A. J.; Távara, L. (2006) Sexual violence: recommended procedures and results of emergency care for women victims of rape. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia 2006; 28(2): 126-35. https://doi.org/10.1590/S0100-72032006000200009

Tadayuki C.; Bedone, A. J.; Faúndes, A. (2005). Atendimento de emergência a mulheres que sofreram violência sexual: características das mulheres e resultados até seis meses pós-agressão. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(1):192-199, jan-fev, 2005. https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000100021

McFarlane, J.; Malecha, A.; Watson, K.; Gist, J.; Batten, E.; Hall, I; & Smith, S. (2005) Intimate Partner Sexual Assault Against Women: Frequency, Health Consequences, and Treatment Outcomes. Obstetric & Gynecogy 2005; 105: 99 –108. doi: 10.1097/01.AOG.0000146641.98665.b6

Campbell, R.; Patterson, D.; Lichty, L. (2005). The Effectiveness of Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) Programs: A Review of Psychological, Medical, Legal, and Community Outcomes. TRAUMA, VIOLENCE, & ABUSE, Vol. 6, No. 4. https://doi.org/10.1177/1524838005280328