

# MANEJO DE LA VIOLENCIA SEXUAL

## RESUMEN

La violencia basada en género está relacionada al imbalance de poder que existe entre hombres y mujeres y se la encuentra en mayor o menor grado en todas las sociedades. Las Naciones Unidas muy recientemente la han reconocido como un problema de Derechos Humanos. La violencia basada en género incluye violencia emocional, física y sexual. Esta última representa la forma extrema y usualmente está acompañada de violencia física y/o emocional. Su prevalencia es difícil determinar, debido a la deficiencia de los registros. Pero, es muy probable que afecte por lo menos a un tercio de las mujeres en cualquier momento de sus vidas. La violencia sexual tiene múltiples consecuencias sobre la salud mental, física y ginecológica de las mujeres, que dependen en gran medida de la calidad de los cuidados que reciben inmediatamente después de un asalto sexual. Desafortunadamente, la mayoría de los servicios de emergencia en los establecimientos de salud, incluidos los grandes hospitales, raramente están preparados para proporcionar los cuidados más adecuados a estas mujeres. El manejo debe ser multidisciplinario y empieza con el tratamiento en crisis, anamnesis y examen clínico metódico, seguido de exámenes auxiliares, recojo de pruebas para identificar al perpetrador, tratamiento de las lesiones físicas existentes, prevención del embarazo no deseado con anticoncepción de emergencia, prevención de las infecciones de transmisión sexual que incluye VIH/sida, referencia para apoyo psicológico, social y legal y seguimiento por lo menos durante 6 meses

**PALABRAS CLAVE.** Violencia sexual; Abuso sexual; Asalto sexual; Violación; Violencia contra las mujeres

## ABSTRACT

Gender based violence is related to the power imbalance between men and women that is present, to a greater or lesser degree, in all societies. It was almost recently recognized as a human rights problem by the United Nations. It includes emotional, physical and sexual violence. Sexual violence is the extreme form of gender violence, usually accompanied by the other types of violence. Its prevalence is difficult to determine, but it most probably affects at least one third of women sometime in their life. It has multiple consequences over women's physical and gy-

necological health, which greatly depends on the quality of care the woman received immediately after the assault. Unfortunately, most emergency health services, including those in women's hospitals, are rarely prepared to provide correct care to these women. Care should be multidisciplinary and involves crisis treatment, meticulous clinical examination and complementary auxiliary methods, treatment of physical lesions, prevention of pregnancy and of transmission of sexually transmitted infections and AIDS, and follow up for at least six months after the aggression.

**KEYWORDS:** Sexual violence, Sexual assault, Sexual abuse, Rape, Violence against women

Luis Távara-Orozco

Rev Per Ginecol Obstet 2005; 52(1):15-20

- 1 Coordinador del Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología
- 2 Presidente del Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología  
Telefax: 51-1-437-3547  
E-mail: luistavara@speedy.com.pe

## INTRODUCCIÓN

La ONU definió la violencia contra las mujeres como "cualquier acto de violencia basada en género que resulta en daño físico, sexual o psicológico, sufrimiento que incluye amenazas de tales actos, coerción o privación arbitraria de la libertad en la vida pública o privada"<sup>1</sup>. Una vida sexual sin violencia es un derecho humano básico; pero, en todos los países la violencia afecta a las mujeres de los diferentes grupos<sup>2</sup>.

La tolerancia social de la violencia hace difícil que la mujer denuncie abuso físico y sexual; por tanto, la información estadística es dudosa y las mujeres que han sido violentadas sexualmente evitan denunciarla, por cuanto no confían en los proveedores de salud o de justicia<sup>3</sup>.

Alrededor del mundo, una mujer de cada tres ha sido agredida, coaccionada o víctima de alguna otra forma de abuso sexual en su vida y el abusador con frecuencia es miembro de su familia<sup>4-6</sup>. La violencia existe desde siempre, pero recién en las últimas tres décadas del siglo XX se la empieza a tratar abiertamente, lo que originó la elaboración de políticas públicas y luego de las Conferencias de Cairo y Beijín tomó una dimensión internacional<sup>3,7-10</sup>.

El autor consultó fuentes bibliográficas recientes en bibliotecas virtuales, hizo búsqueda individual en revistas y otras publicaciones, así como consultas con especialistas, a fin de ofrecer a los lectores información y recomendaciones, con base en las mejores prácticas. Los contenidos los vamos a desarrollar con la bibliografía disponible que se sustenta en reportes de casos clínicos, series de casos, estudios epidemiológicos descriptivos y analíticos y escasos ensayos clínicos controlados y revisiones sistemáticas.

## DEFINICIONES, PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO

Se define violencia sexual (VS) como un conjunto de acciones que obligan a una persona a participar en actos sexuales contra su voluntad o sin su consentimiento. Incluye el sexo forzado por razones económicas, violación durante una

cita, violación marital o por grupos de hombres (*gang rapes*), incesto, embarazo forzado y el tráfico en la industria del sexo. Incluye actividad sexual sin penetración, así como acoso sexual<sup>1,2,4,6</sup>. La violación que involucra a dos o más perpetradores es reportada en muchas partes del mundo, pero la información sistemática es escasa<sup>11</sup>.

El *National Center for Injury Prevention and Control/Centres for Disease Control and Prevention* (CDC) define VS como un contacto completo o intento de contacto no consensuado entre el pene y la vulva o el pene y el ano que cursa con penetración. También significa el contacto no consensuado, el voyerismo y acoso sexual verbal o conductual<sup>12</sup>.

Los términos 'violación', 'asalto sexual', 'abuso sexual' y 'violencia sexual' a veces son considerados sinónimos y a menudo intercambiables. Violación es la penetración físicamente forzada o coaccionada por otros medios, de vagina o ano, utilizando el pene, otra parte del cuerpo o algún objeto<sup>13</sup>.

La ONU<sup>5</sup> establece que existe un amplio rango de actos sexualmente violentos:

- Violación dentro del matrimonio
- Violación por extraños
- Violación sistemática durante un conflicto armado
- Caricias o acoso sexual no deseado, incluyendo demanda de sexo como compensación a un favor
- Abuso sexual de personas discapacitadas
- Abuso sexual de niños
- Matrimonio o cohabitación forzada

- Negación del derecho a usar anticonceptivos o adoptar medidas de protección contra infecciones de transmisión sexual (ITS)
- Aborto forzado
- Mutilación genital femenina e inspección obligatoria de la virginidad<sup>14</sup>
- Prostitución forzada y tráfico de personas.

El abuso sexual en la niñez difiere del abuso en la edad adulta. Las niñas raramente dan a conocer el abuso inmediatamente<sup>15</sup>. La ONU define el abuso sexual en la niñez como el involucramiento de un niño en una actividad sexual que no ha comprendido completamente, es incapaz de dar su consentimiento informado o no está preparado convenientemente<sup>16</sup>.

La prevalencia del asalto sexual es difícil establecer, pues los datos que se tiene no son fidedignos; porque no todos los casos son denunciados o buscan ayuda médica y los datos de la policía, servicios clínicos, encuestas y registros de las organizaciones no gubernamentales no son precisos<sup>5</sup>.

La ONU expresa que entre 12 y 25% de las mujeres sufren intentos de violación o son violadas al menos una vez en la vida<sup>17</sup>. En una muestra de 1 821 mujeres entre 18 y 64 años de edad en EE.UU., 20,4% habían sido agredidas sexualmente<sup>18</sup>. Otro estudio revela que 24% de las mujeres que tuvieron relaciones sexuales antes de los 14 años fueron forzadas<sup>19</sup>.

El Departamento de Justicia de EE.UU. y el CDC reportan que 14,8% de las mujeres mayores de 17 años de edad ha sido violada

### ¿Violencia sexual significa la violación de una mujer por un extraño?

No, por que:

- La violación solo es una forma de violencia sexual.
- La violación no solo puede ocurrir por un perpetrador extraño; la mujer puede ser violada por su esposo o pareja íntima.
- La violación no siempre ocurre por una persona, pueden ser dos o más los perpetradores.

en algún momento<sup>20</sup>. Un estudio en nativas norteamericanas mostró que 58,7% padeció violencia física o sexual en algún momento y 12% fue forzada por su pareja<sup>21</sup>.

Entre 1 207 mujeres londinenses mayores de 15 años, 8% fue violada, casi 8% tuvo otro tipo de asalto y 16% tuvo sexo forzado por una pareja en la edad adulta<sup>9</sup>. En la población checa, 11,6% de las mujeres mayores de 15 años fue forzada a tener contacto sexual en algún momento<sup>22</sup>.

En México, entre las mujeres de 15 y más años, 17% fue víctima de VS alguna vez<sup>3</sup>. En el Perú, 40% de adolescentes y jóvenes inició su vida sexual por coito forzado<sup>23</sup> y en Brasil 30% de mujeres informaron haber tenido relaciones sexuales for-

zadas y otro 32% admitió haberlas tenido contra su voluntad, porque creían estar obligadas a satisfacer a sus compañeros<sup>24</sup>.

Un reporte de *Lancet* muestra que el abuso sexual en niñas de 20 países fluctúa entre 7 y 36% y la mayor parte de abusadores son hombres conocidos por las víctimas<sup>25</sup>. En escolares canadienses, 23% de las niñas experimentaron acoso sexual<sup>26</sup>. Dos tercios de 535 jóvenes en Washington que se embarazaron siendo adolescentes habían sido abusadas y 44% violadas<sup>27</sup>. En estudiantes de Cape Town, 5,8% fueron violadas y muchas veces los maestros fueron los responsables<sup>28</sup>. En Jamaica se reporta que el asalto sexual es mayor entre niñas y adolescentes<sup>29</sup>.

En la violación sexual están involucradas frecuentemente las personas cercanas a las víctimas, sus familiares, sus esposos o parejas sexuales.

Así como no existe un perfil conocido del perpetrador de un asalto, todas las mujeres pueden ser víctimas de una violación en cualquier momento; sin embargo, existen algunos factores de riesgo<sup>13</sup>.

### ATENCIÓN DE LAS VÍCTIMAS DE VIOLACIÓN SEXUAL

Los casos de violación al interior de los servicios tienen un sentido trágico en las víctimas y familiares que las acompañan. La atención requiere de una concepción integral del caso y un manejo multidisciplinario. Las mujeres violadas deben ser atendidas rápidamente, proporcionando en primer lugar apoyo psicológico para el manejo de la crisis, asegurar privacidad, respeto, permitirles que hablen y se desahoguen. Guardar siempre los principios éticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia durante la atención; mostrar interés en resolver las necesidades de la víctima con sensibilidad y compasión<sup>6,13,38-40</sup>.

Controlada la crisis, se debe proceder a una detallada anamnesis, cuidando de mantener la privacidad y dejando que la mujer se desahogue. Registrar correctamente los datos obtenidos, con el propósito de que la víctima no sea interrogada nuevamente por otra persona.

Obtenida la autorización correspondiente, el examen físico debe ser hecho cuidadosamente en presencia de un personal de salud o un familiar de la mujer y registrando todos los hallazgos:

### ¿Las mujeres violadas tienen un perfil conocido?

No, pero existe mayor riesgo, cuando son mujeres<sup>(21,27,30-37)</sup>:

- No acompañadas
- Discapacitadas
- En prisión o detenidas
- Con problemas de drogas y alcohol
- Con historia de violación o abuso sexual
- Involucradas en prostitución
- En una relación íntima abusiva o dependiente
- Víctimas de una situación de guerra o conflicto armado
- Sin hogar o 'empobrecidas'

Para atender a una víctima de violación, luego de la terapia en crisis:

- Asegurar atención rápida y soporte a su salud mental
- Determinar su estado de salud
- Identificar y documentar las lesiones
- Interrogar con prudencia, sin juicios de valor ni comentarios
- Obtener consentimiento informado para su atención. Evitar revictimización
- Controlada la situación de crisis, efectuar examen físico y obtener evidencias medicolegales
- Nunca dejarla sola
- Cumplir el protocolo de tratamiento
- Tener kit con material, pruebas de laboratorio, suturas y medicamentos a utilizar
- Incorporar apoyo de salud mental, social y legal

- Apariencia general y signos vitales
- Inspeccionar extremidades para identificar traumatismos
- Inspeccionar cara y cuero cabelludo
- Examinar cuello, nuca, tronco y mamas
- Reclinarla para hacer examen abdominal
- Examinar piernas, cara interna de muslos y nalgas
- Hacer examen genital y anal: verificar la integridad o traumatismo en genitales externos y ano, aplicar espéculo, hacer examen digital del canal vaginal. Otros utilizan colposcopia y vulvovaginoscopia en la evaluación<sup>41,42</sup>. Se hará examen rectal si fuera necesario, aún con proctoscopia.
- Registrar y clasificar cuidadosamente los traumatismos.

Complementar el examen con radiografías, tomografía, ultrasonido, exámenes para ITS/VIH, descartar embarazo y tomar muestras para identificar al asaltante, como presencia de cabellos, uñas, sangre, semen, fragmentos de piel,

tanto en la víctima como en el presunto asaltante<sup>6,13,38-43</sup>. La identificación del ADN de la víctima o asaltante, hoy en día constituye una prueba importante de orden legal<sup>44,45</sup>, así como de sustancias extrañas utilizadas para perpetrar el crimen<sup>46</sup>.

La atención médica debe considerar, previo consentimiento informado, la prestación de servicios médicos para los traumatismos físicos: suturas, antibióticos, analgésicos, aplicación de antitoxina tetánica, vacuna contra el tétanos, anticoncepción de emergencia (AE), profilaxis contra las ITS, incluyendo VIH/sida y hepatitis B<sup>6,13,38,39</sup>.

Una revisión Cochrane, un estudio multicéntrico y el *American College of Obstetricians and Gynecologists* sustentan el uso de la AE en la violación. Se puede utilizar levonorgestrel 1,5 mg repartido en dos dosis de 0,75 mg con intervalo de 12 horas o en dosis única dentro de los 3 días de la agresión. De no disponer de levonorgestrel solo, se puede utilizar el método de Yuzpe<sup>47-49</sup>. La AE tiene especial utilidad en las adolescentes<sup>27</sup>.

A pesar de que no existe evidencia de la eficacia de la terapia para prevenir las ITS, muchas experiencias recomiendan su uso<sup>6,10,13,38,50-55</sup>:

- Para la gonorrea, ceftriaxona, 125 mg, intramuscular, dosis única, o ciprofloxacino, 500 mg, dosis única. No usar ciprofloxacino en embarazadas.
- Para la sífilis, penicilina benzatina, 2,4 millones UI, vía intramuscular, repartidas en 1,2 millones en cada nalga, dosis única. En caso de alergia, usar eritromicina, 500 mg, oral, 4 veces al día, por 15 días.
- Para la clamidia, azitromicina, 1 g, vía oral, dosis única, o doxiciclina, 100 mg, vía oral, 2 veces al día, por 7 días. No usar doxiciclina en embarazadas.
- Para la tricomoniasis y vaginosis bacteriana, metronidazol, 2 g, vía oral, dosis única. No utilizar en el primer trimestre del embarazo.
- Para la hepatitis B, inmunoglobulina, 0,25 mL (2,5 µg), en menores de 10 años; 0,5 mL (5 µg), en adolescentes; y 1,0 mL (10 µg), en adultas. Aplicar en el deltoides en las primeras 72 horas de ocurrida la violación. En mujeres no vacunadas, se puede iniciar la vacunación contra la hepatitis B.

Igualmente, no existe evidencia de la eficacia de la profilaxis para VIH; tampoco se sabe el número exacto de víctimas de violencia sexual que llegan a infectarse con VIH<sup>6,56,57</sup>. El CDC sostiene que estudios en animales sugieren que la profilaxis postexposición (PEP) es más beneficiosa cuando es administrada dentro de 1 a 2 horas de exposición al VIH, lo que sig-

nifica que aplicarla más tarde es menos efectiva; sin embargo, no hay una respuesta definitiva acerca del intervalo durante el cual es benéfica en humanos<sup>58</sup>. A pesar de las anteriores consideraciones, hoy en día se recomienda la PEP en diferentes países<sup>6,13, 29,38,39,52,59-61</sup> y la sugieren lo más rápido posible luego del asalto, en las primeras 72 horas. Se sabe que la terapia después de exposición ocupacional al VIH reduce en 81% el riesgo de seroconversión, cuando los medicamentos fueron aplicados en promedio 4 horas después de la exposición<sup>59</sup>.

Para la profilaxis, debe usarse dos inhibidores de la transcriptasa reversa nucleósido y un inhibidor de proteasa, o los dos primeros asociado con un inhibidor de la transcriptasa reversa no nucleósido y mantener la terapia 4 semanas, para lo cual se recomienda educación y consejería<sup>62</sup>. De los diferentes esquemas de PEP, transcribimos el propuesto por el Ministerio de Salud de Brasil: zidovudina, 300 mg, oral, cada 8 horas, + lamivudina, 150 mg, oral, cada 12 horas, + indinavir, 400 mg, oral, cada 8 horas. Estas dosis deben variar en las niñas y en las adolescentes muy jóvenes<sup>38</sup>.

Se recomienda el seguimiento para verificar el cumplimiento de la terapia a los 7 días y a las 4 semanas y hacer serología para sífilis a los 30 días, hepatitis B a los 180 días y VIH a los 40, 90 y 180 días<sup>38,39</sup>. También, para detectar la posibilidad de un embarazo si es que hubiera retraso menstrual<sup>6,38</sup>.

La atención de las víctimas no puede estar completa si no se ha hecho la referencia a los servicios de salud mental, servicio social y servicio legal<sup>6,38</sup>.

## EN CONCLUSIÓN

Para ajustarse mejor a los principios éticos, los médicos, como personas influyentes dentro de la sociedad, deben abogar por las acciones contra la violencia, estudiar mejor el problema, estimular la participación de los hombres y hablar más abiertamente del tema<sup>63</sup>. En la atención de la violencia se debe integrar todo el personal de salud, para lo cual se hace necesario capacitarlo desde su formación profesional en la universidad, en el posgrado y en la educación médica continua, así como incorporar en la educación a los varones y toda la sociedad<sup>5,40,64</sup>.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. United Nations General Assembly. Declaration on the elimination of violence against women. Geneva, Dec 20, 1993.
2. De Bruyn M. La violencia, el embarazo y el aborto. Cuestiones de derechos de la mujer y de salud pública. 2ª Ed. Chapel Hill, NC: IPAS. 2003; 1-78.
3. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional sobre violencia contra las mujeres, Cuernavaca-México: INSP. 2003; 1-132.
4. Heise L, Ellsberg M, Gotemoeller M. Ending violence against women. Population Reports 1999; Series L, N° 11.
5. Krug EG, Dahler L, Mercy J, et al, Eds. World Report on Violence and Health. Geneva: WHO, 2003.
6. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Modelo integrado para la prevención y atención de la violencia familiar y sexual. Manual Operativo, 1ª Ed. Guadalajara-México: Secretaría de Salud. 2004; 1-186.
7. United Nations. Report of the International Conference on Population and Development. Cairo 5-13 September 1994. New York: UNO. 1995 (Sales N° 95.XIII.18).
8. United Nations. Report of the Fourth World Conference on Women, Beijing 4-15 September 1995. New York: UNO. 1996 (Sales N° 96.IV.13).
9. Coid J, Petruckevitch A, Cheng WS, et al. Sexual violence against adult women primary care attenders in east London. Brit J Gen Pract. 2004;54(499):135-6.
10. Magid DJ, Houry D, Koepsell T, et al. The epidemiology of female rape victims who seek immediate medical care. J Interpers Viol. 2004;19(1):3-12.
11. Swart I. Rape surveillance through district surgeons' offices in Johannesburg, 1996-1998: findings, evaluation and prevention implications. South Afric J Psychol. 2000;30:1-10.
12. Basile KC, Saltzman LE. Sexual violence surveillance: uniform definitions and recommended data elements. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control/ Centers for Disease Control and Prevention. 2002; 1-94.
13. WHO. Guidelines for medicolegal care for victims of sexual violence. France: World Health Organization. 2003; 1-154.
14. Frank MW. Virginity examination in Turkey: role for forensic physician female sexuality. JAMA. 1999;282:485-90.
15. Berliner L, Conte JR. The effects of disclosure and intervention on sexually abused children. Child Abuse and Neglect. 1995;19:371-84.
16. WHO. Report of consultation on child abuse prevention. Geneva: WHO. 1999 (document WHO/HSC/PVI/99.1).
17. WHO. Violence against women. Geneva: WHO, June 2000.
18. Stacey P, Falik M. Prevalence of violence and its implications for women's health. Women's Health Issues. 2001;11(3):244-58.
19. Dickson N, Paul C, Herbison P, Silva P. First sexual intercourse: Age, coercion and later regrets reported by a birth cohort. Brit J Med. 1998;316(7124):29-33.
20. Tjaden P, Thoense N. Full report of the prevalence, incidence and consequences of violence against women: findings from the National Violence Against Women Survey. Washington DC: National Institute of Justice, United States Department of Justice and Centers for Disease Control and Prevention. 2000 (NIJ 183781).
21. Malcoe LH, Duran BM, Montgomery JM. Socioeconomic disparities in intimate partner violence against Native American women: a cross-sectional study. BMC Med. 2004;20-4.
22. Weiss P, Zverina J. Experiences with sexual aggression within the general population in the Czech Republic. Arch Sexual Behavior. 1999;28:265-9.
23. Cáceres CF, Vanoss M, Sid-Hudes E. Sexual coercion among youth and young adolescents in Lima, Peru. J Adolesc Health. 2000;27:361-7.
24. Faundes A, Hardy E, Osis MJ, Duarte G. O risco para queixas ginecológicas e disfunções sexuais segundo historia da violencia sexual. Rev Bras Ginecol Obstet. 2000;22(3):153-7.
25. Watts C, Zimmerman C. Violence against women: global scope and magnitude. Lancet. 2002;359(9314):1232-7.
26. Bagley C, Boliitho F, Bertrand I. Sexual assault in school, mental health and suicidal behaviors in adolescent women in Canada. Adolescence. 1997;32:361-6.
27. Boyer D, Fine D. Sexual abuse as a factor in adolescent pregnancy and child maltreatment. Fam Plann Perspect. 1992;24:4-11.
28. King G, Flisher AJ, Noubary F, et al. Substance abuse and behavioral correlates of

- sexual assault among South African adolescents. *Child Abuse Negl.* 2004;28(6):283-96.
29. Steel-Duncan JC, Pierre R, Evans-Gilbert T, et al. HIV/AIDS following sexual assault in Jamaica children and adolescents: a case for HIV post-exposure prophylaxis. *West Indian Med.* 2004;53:352-5.
  30. Abma J, Driscoll A, Moore K. Young women's degree of control over first intercourse: An exploratory analysis. *Fam Plan Perspect.* 1998;30:12-8.
  31. Jewkes R, Levin J, Mbananga N, Bradshaw D. Rape of girls in South Africa. *The Lancet.* 2002;359(9303):274-5.
  32. Erulkar AS. The experience of sexual coercion among young people in Kenya. *Int Fam Plan Perspect.* 2004;30:182-9.
  33. Pedersen W, Skrondal A. Alcohol and sexual victimization: a longitudinal study of Norwegian girls. *Addiction.* 1996;91:565-81.
  34. Rivera-Rivera L, Lazcano-Ponce E, Salmeón-Castro J, y col. Prevalencia y determinación de la violencia de la pareja contra las mujeres mexicanas: un estudio basado en población. *Salud Pública Mex.* 2004;46:113-22.
  35. Slaughter L. Involvement of drugs in sexual assault. *J Reprod Med.* 2000;45:425-30.
  36. Omorodion F, Olusanya L. The social context of reported rape in Benin City, Nigeria. *Afr J Reprod Health.* 1998;2:37-43.
  37. Watts C. Withholding sex and forced sex: dimensions of violence against Zimbabwean women. *Reprod Health Matters.* 1998;6:57-65.
  38. Ministerio da Saude do Brasil. Norma tecnica Prevencao e Tratamento dos agravos resultantes da violencia sexual contra mulheres e adolescentes, 2ª ed. Brasilia: Ministerio da Saude. 2002: 1-36.
  39. Pedrosa L. Atención médica de personas violadas, 1ª ed. Guadalajara-México: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva/Censida/Ipas. 2000: 1-46.
  40. Granados M, Ortiz JD, Campos L Eds. Monterrey Declaration on Domestic and Sexual Violence Against Women. Monterrey-México: Ipas. 2000: 1-13.
  41. Grossin C, Sibila I, de la Gradmaison GL, et al. Analysis of 418 cases of sexual assault. *Forensic Sci Int.* 2003;131:125-30.
  42. Mancino P, Parlavecchio E, Melluso J, et al. Introducing colposcopy and vulvovaginoscopy as routine examinations for victims of sexual assault. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 2003;30:40-2.
  43. Christian CW, Lavelle JM, De Jong AR, et al. Forensic evidence findings in prepuberal victims of sexual assault. *Pediatrics.* 2000;106:100-4.
  44. Da Silva DA, de Souza AC, de Carvalho JJ, de Carvalho E. Tipagem da DNA extraído de lamina da esfregaco vaginal em casos suspeitos de estupro. *Sao Paulo Med J.* 2004;122:70-2.
  45. Drobnic K. Analysis of DNA evidence recovered from epithelial cells in penile swabs. *Croat Med J.* 2003;44:350-4.
  46. Frison G, Favreto D, Tedeschi L, Ferrara SD. Detection of thiopental and pentobarbital in head and pubic hair in a case of drug-facilitated sexual assault. *Forensic Sci Int.* 2003;133:171-4.
  47. Cheng L, Gülmezoglu AM, et al. Interventions for emergency contraception. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, issue 3. art N°: CD001324.pub2.DOI: 10.1002/14651858.CD001324.pub2
  48. von Hertzen. Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a multicentre randomized trial. *The Lancet.* 2002;360:1803-10.
  49. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG practice patterns: emergency oral contraception. *Int J Gynecol Obstet.* 1997;56:290-7.
  50. Ononge S, Wandabwa J, Kiondo P, Busingye R. Clinical presentation and management of alleged sexually assaulted females at Mulago hospital, Kampala, Uganda. *Afr Health Sci.* 2005;5(1):50-4.
  51. Kerr E, Cottee C, Chowdhury R, et al. The Haven: a pilot referral centre in London for cases of serious sexual assault. *BJOG.* 2003;110:267-71.
  52. Mein JK, Palmer CM, Shand MC, et al. Management of acute adult sexual assault. *Med J Aust.* 2003;178:226-30.
  53. WHO. Guidelines for the management of sexually transmitted infections. Geneva: WHO. 2003 (documents WHO/RHR/03.18), WHO/HIV/2003.09
  54. Giba AM, McManus T, Forster GF. Should we offer antibiotic prophylaxis postsexual assault? *Int J STD AIDS.* 2003;14:99-102.
  55. Rovi S, Simon N. Prophylaxis provided to sexual assault victims seen at US emergency departments. *J Am Med Women Assoc.* 2002;57:204-7.
  56. Wiebe ER. Offering HIV prophylaxis to people who have been sexually assaulted: 16 months' experience in a sexual assault service. *Can Med As J.* 2000;162:641-5.
  57. Bamberger JD. Postexposure prophylaxis for human immunodeficiency virus (HIV) infection following sexual assault. *Am J Med.* 1999;106:323-6.
  58. Centers for Disease Control and Prevention. Public Health Service Guidelines for Management of Health-Care Worker exposure to HIV and recommendations for postexposure prophylaxis. *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR).* 1998; 47(RR-7):1-28).
  59. Myles JE, Bamberger J. Offering prophylaxis following sexual assault. California: San Francisco Department of Public Health and The California HIV PEP after Sexual Assault Task Force in conjunction with The California State Office of AIDS. 2001: 1-34.
  60. Bamberger J, Katz M, Waldo C, Gerberding J. HIV postexposure prophylaxis following sexual assault. *Am J Med.* 1999;106:323-6.
  61. California Department of Health Services. Offering HIV Post-Exposure Prophylaxis (PEP) Following Non-Occupational Exposures. California: The California Task Force on Non-Occupational PEP and the California Department of Health Services, Office of AIDS. 2004: 1-47.
  62. Haddad M, Inch C, Glaeir RH, et al. Patient support and education for promoting adherence to highly active antiretroviral therapy for HIV/AIDS (Cochrane Review). *The Cochrane Library, Issue 2, 2005.* Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
  63. Ramos-Lira L, Saltijeral-Mendez MT, Romero-Mendoza M, y col. Violencia sexual y problemas asociados en una muestra de usuarias de un centro de salud. *Salud Pública Mex.* 2001;43:182-91.
  64. MacDonald R. Editorial: Time to talk about rape. *Br Med J.* 2000;321:1034-5-