



**USAID**  
FROM THE AMERICAN PEOPLE



**PEPFAR**

U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief

# EL MANEJO CLÍNICO DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES QUE HAN EXPERIMENTADO VIOLENCIA SEXUAL

## CONSIDERACIONES TÉCNICAS PARA LOS PROGRAMAS DE PEPFAR



**AIDSTAR-One**  
AIDS SUPPORT AND TECHNICAL ASSISTANCE RESOURCES



**Together for girls**  
We can end sexual violence

**FEBRERO 2013**

Esta publicación fue posible con el apoyo del plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el alivio del SIDA (PEPFAR) a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) bajo el contrato # GHH-I-00-07-00059-00, Recursos de Asistencia Técnica y Apoyo para el SIDA (AIDSTAR-One) Sector I, Plan de Trabajo I.

1	2	4	5	8
3			6	
			7	9

- 1 © GRIP – Greater Rape Intervention Project, South Africa
- 2 © UNICEF/NYHQ2011-2384/Giacomo Pirozzi
- 3 © UNICEF/NYHQ2009-0218/Glenna Gordonn
- 4 © David Rotbard/John Snow, Inc.
- 5 © UNICEF/NYHQ2012-0096/Olivier Asselin
- 6 © John Snow, Inc.
- 7 © John Snow, Inc.
- 8 © Leah Jones/John Snow, Inc.
- 9 © Connie Woodbury/John Snow, Inc.

**DESCRIPCIÓN DE FOTOS DE UNICEF**

- 2. **Filipinas, 2011** Ángela (no es u nombre real), 16 destaca en la ciudad de Zamboanga, en la isla de Mindagao. Fue abusada sexualmente y golpeada por su empleador cuando trabajaba como empleada doméstica. Hoy vive en uno de los refugios de la ciudad donde recibe apoyo educacional y psicosocial y se prepara para testificar en la corte contra su ex empleador.
- 3. **Liberia, 2009** Unos pies de niños calzados con sandalias colgaban afuera de la casa de salvación de UNICEF, en las afueras de Monrovia la capital de la nación; para los sobrevivientes niños y mujeres que han experimentado violencia sexual y basada en género. La casa a cargo de la ONG de Liberia THINK (Touching Humanity in Need of Kidness), provee consejería, apoyo pisco-social, educación básica y capacitación tanto vocacional como para destrezas para la vida (incluida salud reproductiva y VIH).
- 5. **Republica Democrática del Congo, 2012** Celine (no es su nombre real) 16, atiende una clase de costura en el centro de transito y apoyo de UNICEF en Bukavu la capital de la provincia de Kivu del Sur. El centro a cargo de la ONG congoleesa BVES (Office for Volunteer Services to Children and Health), provee refugio, servicios de salud y psico-sociales y educación a niñas que han sobrevivido el abuso sexual y otros abusos.

# **EL MANEJO CLINICO DE NIÑOS Y ADOLESCENTES QUE HAN EXPERIMENTADO VIOLENCIA SEXUAL**

**CONSIDERACIONES TECNICAS PARA  
LOS PROGRAMAS DE PEPFAR**

## **Recursos de Asistencia Técnica para y Apoyo para el SIDA (AIDSTAR-One AIDS Support and Technical Assistance Resources)**

Recursos de Asistencia Técnica para el Apoyo para el SIDA, Sector 1, Orden de trabajo 1 (AIDSTAR-One) es financiado por el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA (PEPFAR) a través de la Agencia de Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID) bajo el contrato # GHH-I-00-07-00059-00, financiado el 31 de enero, 2008. AIDSTAR-One, está implementado por John Snow, Inc., en colaboración con BroadReach Healthcare, EnCompass, LLC, International Center for Research on Women, MAP International, mothers2mothers, Social and Scientific Systems, Inc., University of Alabama at Birmingham, White Ribbon Alliance for Safe Motherhood y World Education. El proyecto proporciona servicios de asistencia técnica a la Oficina de VIH/SIDA y los equipos nacionales del Gobierno de los Estados Unidos en gestión del conocimiento, liderazgo técnico, sostenibilidad de programas, planificación estratégica y apoyo para implementación de programas.

### **Cita recomendada**

Day, Kim and Jennifer Pierce-Weeks. 2013. *El Manejo Clínico De Niños Y Adolescentes Que Han Experimentado Violencia Sexual Consideraciones Técnicas Para Los Programas De PEPFAR*. Arlington, VA: USAID's AIDS. Recursos de Asistencia Técnica para el Apoyo para el SIDA, Orden de trabajo 1.

### **Agradecimientos**

Los siguientes individuos participaron en la consulta técnica inicial para desarrollar estas Consideraciones Técnicas, y contribuyeron significativamente con retroalimentación, incluso ejemplos de herramientas durante su revisión minuciosa de los borradores posteriores: Christine Amisi (Panzi Hospital/Fundacion Panzi , Republica Democrática del Congo [DRC]), Gretchen Bachman (USAID), Lilly Bertz (Coordinadora Oficina Global de SIDA de los Estados Unidos [OGAC]), Kathryn Brookmeyer (Centros de Control de Enfermedades y Prevención) [CDC], Lindsey Davis (USAID), Lina Digolo (LVCT, Cuidados y Tratamiento, Kenya), Mary Ellen Duke (USAID, Mozambique), Lynne Franco (AIDSTAR-One, EnCompass LLC), Sarah Karmin (UNICEF), Barbara Kenyon (Programa Mayor de intervención en violación Nelspruit [GRIP], South Africa), Jennifer Kim (Juntos por la Niñas) , Marcy Levy (AIDSTAR-One, John Snow, Inc.), Daniela Ligiéro (OGAC), Maury Mendenhall (USAID), Lyn Messner (AIDSTAR-One, EnCompass LLC), Michele Moloney-Kitts (Juntos por las Niñas), Colette Peck (USAID), Diana Prieto (USAID), Francelina Romão (Ministerio de Salud, Mozambique), Mary Sawyer (Universidad de Emory, Facultad de Medicina), Derrick Sialondwe (Centro Pediátrico de Excelencia Livingston, Zambia), Clara Sommarin (UNICEF), Valerie Tagwira (Apoyo Familiar de confianza, Zimbabwe), Rachel Tulchin (Oficina del Departamento de Asuntos Globales de la Mujer, de los Estados Unidos [S/GWI]) Monique Widyono (USAID), and Brenda Yamba (USAID, Lesotho). Participantes de campo de DRC, Kenya, Lesotho, Mozambique, Zambia, y Zimbabwe ofrecieron una visión crítica de sus experiencias encabezando esfuerzos para proporcionar servicios de atención a los niños y los adolescentes violados, en circunstancias muy difíciles y con pocos recursos.

Stephanie Weber desarrollo el primer borrador de las Consideraciones Técnicas incorporando la retroalimentación de varias fuentes y creando las bases para este documento. El Dr. Rudo Masanzu proporciono una amplia retroalimentación sobre el borrador de las Consideraciones Técnica, incluyendo el manejo de prácticas forenses actuales. Emily Koumans (CDC) y Claudia García-Moreno (Organización Mundial de la Salud [OMS]) proporcionaron retroalimentación adicional e instrumentos. Colegas de la sección de Discapacidad de UNICEF y Sergio Meresman (El Instituto Inter-Americano de Discapacidad y Desarrollo inclusivo) proporcionaron información detallada acerca de cómo las necesidades y los derechos de los niños con discapacidad deben ser considerados.

### **AIDSTAR-One**

John Snow, Inc.

1616 Fort Myer Drive, 16th Floor

Arlington, VA 22209 USA

Telefono: 703-528-7474

Fax: 703-528-7480

Correo electrónico: [info@aidstar-one.com](mailto:info@aidstar-one.com)

Internet: [aidstar-one.com](http://aidstar-one.com)

# CONTENIDOS

<b>ACRÓNIMOS</b> .....	ix
<b>GLOSARIO DE TERMINOS (MEDICOS)</b> .....	xi
<b>PROLOGO</b> .....	xvii
<b>INTRODUCCION</b> .....	1
ANTECEDENTES .....	1
RESPUESTA A LA VIOLENCIA SEXUAL Y EXPLOTACION .....	1
FOCO EN LOS NIÑOS.....	3
CONSECUENCIAS A CORTO Y LARGO PLAZO DE LA VIOLENCIA SEXUAL Y LA EXPLOTACION EN NIÑOS.....	4
RESPUESTA INTEGRAL A LA VIOLENCIA Y LA EXPLOTACION HACIA LOS NIÑOS .....	5
PRINCIPIOS RECTORES PARA LOS PROVEEDORES MEDICOS QUE ATIENDEN NIÑOS QUE HAN EXPERIMENTADO VIOLENCIA SEXUAL Y EXPLOTACION.....	6
<b>ESTABLECIENDO Y FORTALECIENDO LA RESPUESTA A NIÑOS Y ADOLESCENTES QUE HAN EXPERIMENTADO VIOLENCIA SEXUAL Y EXPLOTACION</b> .....	11
INFRAESTRUCTURA.....	11
ESTABLECIMIENTO .....	12
AMBIENTACION .....	14
EQUIPAMIENTO.....	15
PLANIFICACION DE PROGRAMA, DESARROLLO, Y MONITOREO/EVALUACION .....	15
EL ROL Y LA RESPONSABILIDAD DEL PROVEEDOR DE ATENCION DE SALUD .....	17
EDUCACION Y CAPACITACION DE LOS PROVEEDORES DE ATENCION DE SALUD .....	18
EDUCACION DEL USO DE LA LEY.....	20
REPORTAR SOBRE LA VIOLENCIA SEXUAL Y EXPLOTACION HACIA LOS NIÑOS.....	20
COLABORACION CON OTROS SERVICIOS .....	21
<b>MANEJO MEDICO FORENSE DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES QUE HAN EXPERIMENTADO VIOLENCIA SEXUAL Y EXPLOTACION</b> .....	23
SIGNOS Y SINTOMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y ABUSO EN NIÑOS.....	24
FORMAS CONCURRENTES DE VIOLENCIA .....	26
PROVISION DE ATENCION DE CUIDADOS .....	26
EXAMINACIONES AGUDAS.....	28
EXAMINACIONES NO AGUDAS .....	28
MANEJO DEL NIÑO QUE HA EXPERIMENTADO VIOLENCIA SEXUAL Y EXPLOTACION.....	28
COMUNICACION CON NINOS QUE HAN EXPERIMENTADO VIOLENCIA SEXUAL Y EXPLOTACION ....	28
CONSENTIMIENTO .....	30
TOMA DE LA HISTORIA MÉDICA - FORENSE .....	31
EVALUACION PSICOLOGICA .....	34
EXAMINACION FISICA Y ANO GENITAL .....	34
EXAMINACION DE LA NIÑA PRE PUBER .....	35
EXAMINACION DE LA NIÑA POST PUBER.....	39
MUTILACION GENITAL FEMENINA/ABLACION (MGF) .....	40
EXAMINACION DEL VARON .....	40
EXAMINACION ANAL EN EL VARON Y LA MUJER.....	41
LA EXAMINACION COLPOSCOPICA.....	41

RECOLECCION DE EVIDENCIA EN AGRESIONES SEXUALES AGUDAS.....	41
INTERPRETACION DE LOS HALLAZGOS CLINICOS .....	47
INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL EN NIÑOS .....	47
VIRUS HEPATITIS B (VHB) .....	49
PROFILAXIS NO OCUPACIONAL POST – EXPOSICION (PPENO).....	50
REGIMEN DE PPE VIH RECOMENDADO PARA NIÑOS.....	51
ANTICONCEPTIVO DE EMERGENCIA (AE) .....	52
TRATAMIENTO DE LESIONES .....	53
SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO .....	53
INFORME OBLIGATORIO.....	53
DOCUMENTACION.....	55
<b>INTERVENCIONES PSICOSOCIALES, SEGUIMIENTO, ATENCION Y DERIVACIONES .....</b>	<b>57</b>
ROL DEL PROVEEDOR MEDICO EN EL SEGUIMIENTO .....	58
ROL DE LA COMUNIDAD EN EL SEGUIMIENTO DE LA ATENCION.....	60
SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO .....	62
<b>REFERENCES .....</b>	<b>63</b>
<b>RECURSOS .....</b>	<b>67</b>
INTRODUCCION .....	67
ESTABLECIENDO Y FORTALECIENDO LA RESPUESTA A NIÑOS Y ADOLESCENTES QUE HAN EXPERIMENTADO VIOLENCIA SEXUAL Y EXPLOTACION.....	68
MANEJO MEDICO FORENSE DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES QUE HAN EXPERIMENTADO VIOLENCIA SEXUAL Y EXPLOTACION.....	69
INTERVENCIONES PSICO SOCIALES, SEGUIMIENTO, ATENCION Y DERIVACIONES.....	70
<b>ANEXO 1: GLOSARIO DE TÉRMINOS (GENERAL) .....</b>	<b>71</b>
<b>ANEXO 2: CONDUCTA SEXUAL EN NIÑOS PEQUEÑOS .....</b>	<b>75</b>
<b>ANEXO 3: ETAPAS DE MADURACIÓN SEXUAL DE TANNER .....</b>	<b>77</b>
<b>ANEXO 4: PREPARACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO CLÍNICO Y CONFIGURACIÓN DE LOS PUESTOS DE TRABAJO .....</b>	<b>79</b>
<b>ANEXO 5: COMPRENDIENDO EL CONSENTIMIENTO INFORMADO / CONSENTIMIENTO Y DERECHOS DE LOS PACIENTES.....</b>	<b>83</b>
EJEMPLO DE FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO .....	83
<b>ANEXO 6: EL EXAMEN FÍSICO DESDE “ARRIBA – HASTA LOS DEDOS DEL PIE” .....</b>	<b>87</b>
<b>ANEXO 7: DESCRIPCIÓN DE CARACTERÍSTICAS DE LAS LESIONES FÍSICAS.....</b>	<b>91</b>
<b>ANEXO 8: MANEJO MEDICO DE LA VIOLENCIA SEXUAL Y EXPLOTACIÓN EN NIÑOS Y CONFIGURACIÓN DEL PUESTO DE TRABAJO .....</b>	<b>93</b>
<b>ANEXO 9: EL ROL DEL CLÍNICO EN LA RECOLECCIÓN DE EVIDENCIAS, CONFIGURACIÓN DEL PUESTO DE TRABAJO .....</b>	<b>95</b>
<b>ANEXO 10: HISTORIA DE LA MUESTRA, FORMULARIO DE EXAMEN, Y MAPAS DEL CUERPO .....</b>	<b>99</b>

<b>ANEXO 11: LISTA DE COMPROBACIÓN DE LA ENFERMERA .....</b>	<b>113</b>
DECISIÓN SOBRE QUE ES MAS URGENTE .....	113
TOMANDO LA HISTORIA .....	113
<b>ANEXO 12: LISTA DE COMPROBACIÓN DEL DOCTOR.....</b>	<b>115</b>
TOMANDO LA HISTORIA (PUEDE HABER SIDO COMPLETADA POR LA ENFERMERA) .....	115
<b>ANEXO 13: LISTA DE COMPROBACIÓN DE LA ASISTENTE SOCIAL.....</b>	<b>119</b>
LA COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA ES CLAVE.....	119
<b>ANEXO 14: ROL DEL PROVEEDOR EN VINCULAR CON LOS RECURSOS DE LA COMUNIDAD, CONFIGURACIÓN DEL PUESTO DE TRABAJO .....</b>	<b>121</b>
<b>ANEXO 15: PRÁCTICAS PROMETEDORAS .....</b>	<b>123</b>
MODELO 1: CENTROS INTEGRALES .....	123
MODELO 2: CENTRO DE JUSTICIA PARA LA FAMILIA .....	123
<b>ANEXO 16: ALGORITMO DE ATENCIÓN .....</b>	<b>125</b>

## **FIGURAS**

FIGURA 1. ABORDAJE DE ATENCIÓN CENTRADO EN EL NIÑO .....	2
FIGURA 2. ALGORITMO DE ATENCIÓN.....	27
FIGURA 3. COMUNICACIONES Y REFERENCIAS ENTRE LA ATENCIÓN DE SALUD Y LOS RECURSOS EN LA COMUNIDAD.....	61

## **TABLAS**

TABLA 1. COMPONENTES PRINCIPALES EN LA RESPUESTA INTEGRAL A LA VIOLENCIA SEXUAL Y EXPLOTACIÓN .....	5
TABLA 2. GUÍA DE PRINCIPIOS PARA LA ATENCIÓN DE NIÑOS QUE HAN EXPERIMENTADO VIOLENCIA SEXUAL.....	7
TABLA 3. ESTÁNDARES MÍNIMOS PARA LA PROVISIÓN DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SITUACIONES POST VIOLACIÓN EN LOS ESTABLECIMIENTOS .....	13
TABLA 4. PLANIFICACIÓN DE PROGRAMAS Y DESARROLLO DE PROCESOS.....	16
TABLA 5. CONDUCTAS SEXUALES COMUNES EN TODOS LOS NIÑOS (HAGAN ET AL. 2008) (AAP 2005) .....	24
TABLA 6. CONSIDERACIONES EN LA TOMA DE LA HISTORIA .....	31
TABLA 7. EXAMINACIONES, POSICIONES Y TÉCNICAS .....	36
TABLA 8. CONSIDERACIONES FORENSES GENERALES .....	42
TABLA 9. RECOLECCIÓN DE PRUEBAS .....	43
TABLA 10. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE HALLAZGOS GENITALES (NO TODO INCLUIDO).....	47



# ACRONIMOS

ADN	ácido desoxirribonucleico
AE	anticoncepción de emergencia
ACNUR	Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Refugiados
CP VIH	Consejería y Pruebas para VIH
ECSA-HC	Comunidad de Salud del Este, Centro y Sur de África
ISG	Iniciativa de Salud Global
ITS	infección de transmisión sexual
MGF	ablación o mutilación genital femenina
NAAT	pruebas de amplificación del ácido nucleico (por sus siglas en inglés)
OMS	Organización Mundial de la Salud
PEPFAR	Plan de emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el alivio del SIDA
PPE	profilaxis post-exposición
PPENO	profilaxis post exposición al VIH no-ocupacional
PRC	cuidados post-violación (por sus siglas en inglés)
SIDA	síndrome de inmunodeficiencia adquirida
TARGA	terapia antiretroviral de gran actividad
TD	toxoides tetánico (por sus siglas en inglés)
UNICEF	Fondo para los niños de Naciones Unidas
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el desarrollo internacional (por sus siglas en inglés)
USG	Gobierno de los Estados Unidos (por sus siglas en inglés)
VBG	violencia basada en género
VHB	virus hepatitis B
VHS	virus del herpes simple
VIH	virus de inmunodeficiencia humano
VPH	virus del Papiloma humano
VSBG	violencia sexual y basada en género



# GLOSARIO DE TERMINOS (MEDICOS)

El siguiente glosario contiene información de terminología clínica útil para proveedores que trabajan con niños que han experimentado violencia sexual y explotación. Esta terminología puede ser útil en la documentación.

**ABRACION:** Raspado superficial de una porción de la piel o las mucosas. También conocido como rasguño o arañazo.

**FISURA ANAL:** Un desgarramiento en la piel perianal que irradia hacia fuera del orificio anal. Puede ser superficial o profunda y puede ser causado por objetos entrando o saliendo del ano. *Una variedad de causas incluyen el paso de heces duras (estreñimiento), enfermedades como la enfermedad de Crohn y trauma.* Las fisuras pueden sanar sin dejar cicatrices visibles.

**LAXITUD ANAL:** Disminución del tono muscular de los esfínteres anales que resulta en la dilatación del ano.

**ETIQUETA EN LA PIEL ANAL:** Una protuberancia del tejido del margen anal que interrumpe la simetría perianal de los pliegues de la piel. Es una proyección de tejido en la piel perianal. Cuando se encuentra fuera de la línea media, a menos que sea una variación congénita, debe ser considerado por lo que provoca, condiciones tales como la enfermedad de Crohn o trauma.

**ANO:** El orificio anal; la salida del intestino grueso, apertura del recto.

**APROBACION:** La voluntad expresa para participar en un servicio. Para niños pequeños que por definición son muy chicos para dar un consentimiento informado, pero lo suficientemente grandes para comprender y acordar en participar en el servicio, la aprobación informada es buscada. La aprobación informada es la voluntad expresa del niño de participar en un servicio (IRC UNICEF 2012).

**EVIDENCIA BIOLÓGICA:** Cualquier tipo de material biológico incluido sangre, orina, semen, heces, tejidos, células de la piel, fluidos en descomposición, saliva, lágrimas, moco, sudor, vómito y pus.

**MORETÓN:** Área de decoloración debido a un daño en los capilares o los vasos sanguíneos debajo de la piel que lleva a la pérdida de sangre en los tejidos circundantes y decoloración de la piel que varía en color (morado, azul, marrón, amarillo, etc. ). También conocido como una contusión. En personas de piel oscura, los moretón es pueden ser difíciles de ver; pero si hay dolor al ser palpado/a e hinchazón es importante y debe ser documentado.

**CADENA DE CUSTODIA/EVIDENCIA:** La documentación de pruebas de evidencia, es un registro de tiempos, lugares y personas que se han encargado de las pruebas desde el momento en que se recogen hasta que se utilizan en los tribunales.

**LESIONES DEFENSIVAS:** Son las heridas que ocurren cuando la víctima se defiende de los ataques del perpetrador usando diferentes partes de su cuerpo. Las heridas defensivas incluyen contusión, abrasiones, laceraciones, o cortaduras.

**ANO DE DIASTASIS:** Una zona suave en la región perianal , a menudo en forma de "V" o forma de cuña en la posición de 6 o 12 del día como en la cara de un reloj. . Es debido a la ausencia de la onduladora del músculo esfínter anal externo y tiene como resultado una pérdida de los pliegues anales de la piel en la zona. *Una variante congénita.*

**ESTROGENIZACION:** Efecto de la hormona sexual femenina, estrógeno, en los genitales. El himen toma un aspecto rosado y grueso, redundante, y pálido como el resultado de estrogenización. Estos cambios son observados en niños, con el inicio de pubertad, y como el resultado del estrógeno externo.

**MUTILACION GENITAL FEMENINA/ABLACION (MGF):** OMS define a la mutilación genital femenina (MGF) o ablación genital femenina (IGF) a todos los procedimientos que consisten en la extirpación total o parcial de los genitales externos femeninos u otras lesiones en los órganos genitales femeninos por razones culturales o de otra índole no terapéutica.

**FRENILLO DEL PENE:** un pequeño pliegue de la piel del prepucio que se conecta a la superficie ventral del pene.

**FRIABILIDAD:** término utilizado para describir los tejidos que sangran (anormalmente) fácilmente. Ejemplo: La friabilidad de las adherencias labiales que, cuando separadas suavemente, pueden sangrar. Friabilidad de la posterior de la comisura que cuando se aplica tracción suave provocando un leve sangrado. *Un hallazgo no específico debido a muchas causas diferentes.*

**GENITALIA:** (externa) También llamada vulva en las mujeres, incluye el Monte de Venus, labios mayores, labios menores, clítoris y vestíbulo de la vagina: el vestíbulo contiene el meato urinario, apertura vaginal y conductos de la glándula vestibular.

**HENDIDURA GLUTEA/NATAL:** La ranura entre las nalgas que va desde justo debajo del sacro hasta el periné.

**HIMEN:** collar membranoso o semi-collar que rodea el introito vaginal y separa los genitales externos de la vagina. La superficie exterior es el epitelio escamoso y la superficie interna es la membrana mucosa. Todas las mujeres tienen esta estructura y hay una gran variación en la morfología anatómica.

- **Anular:** La membrana del himen se extiende completamente alrededor de la circunferencia del orificio vaginal. Esta es una configuración común del himen.
- **Montículo:** Un área sólido, localizado, redondeado, un engrosamiento del tejido en el borde del himen. *Más comúnmente encontrados en Semilunar o anular.*
- **Hendidura o mueca:** angulares o forma de "V" en el borde de la membrana del himen que no se extiende a su base.
- **Semilunar:** himen con accesorios anteriores en las ubicaciones aproximadas de las 11 horas y la 1 en el tejido himeneal no visible entre los dos accesorios adjuntos. La configuración más común himeneal en las niñas de edad escolar y pre púberes.
- **Agujereado:** un himen con múltiples aberturas. *Una variante congénita.*
- **Fimbriado:** un himen con bordes muy plegadas con forma de una flor o apariencia festoneada. Esta es una configuración común himeneal en la pubertad (también llamada himen denticular).
- **Orificio del himen:** la abertura en la membrana himeneal que constituye la entrada o salida de la vagina.

- **Himen no perforado:** es el caso de la membrana himeneal que no tiene orificios. *Una variante congénita poco frecuente.*
- **Micro perforación:** En los casos en que la apertura himeneal es extremadamente pequeña. *Una variante congénita poco frecuente.*
- **Redundancia:** Abundante tejido himeneal que tiende a plegarse sobre sí mismo o sobresalir. *Un hallazgo frecuente en el sexo femenino en casos donde la membrana himeneal se encuentra bajo la influencia de los estrógenos (tanto las niñas como en adolescentes).*
- **Fosas Sépticas:** un himen con banda(s) de tejido que atraviesa el orificio creando dos o más orificios. *Una variante congénita.*
- **Etiqueta:** una proyección alargada de tejido procedente de cualquier parte de la línea himeneal. Comúnmente se encuentra en la línea media, y puede ser una extensión de una cresta posterior de la vagina. *Por lo general una variante congénita. Rara vez causada por un trauma.*
- **Corte Transversal:** una discontinuidad en la membrana himeneal que se extiende a través del ancho del himen a su base. Este término se utiliza para describir una lesión curada/ lesión no aguda. Interrupciones del himen parciales deben ser consideradas como un “desgarro” si es aguda (herida fresca) y una “muesca” si no es aguda. *Las interrupciones completas del himen deberían mencionarse como "un desgarro" si es aguda y un "corte transversal" y si no aguda.*

**INCISION:** también conocido como “corte”, una incisión es la división de la piel como consecuencia de un objeto agudo que viene contra la piel con la fuerza suficiente para dividirla.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO:** Consentimiento informado significa explicar todos los aspectos de la examinación a un paciente de manera tal que pueda comprenderlo en su totalidad. Particular énfasis deber ser puesto en el hecho de que la información pueda ser compartida con terceros, como ser la policía y otros. Esto es especialmente importante en lugares donde existe una obligación legal de informar sobre episodios de violencia (y por lo tanto detalles de la examinación) a autoridades relevantes. Es crucial que los pacientes y padres/cuidadores comprendan las opciones que tienen para optar y se les brinde suficiente información para permitirles tomar decisiones acerca de sus cuidados. Este es un derecho fundamental de todos los pacientes, pero tiene particular relevancia en este escenario donde pacientes pueden haber sido sometidos a un evento personal e intrusivo contra su voluntad. También es importante asegurarse de que el paciente tenga un sentido de control en la atención médica. Sobre todo, los deseos del paciente deben ser respetados (OMS, 2003).

**COLUMNAS INTRAVAGINALES/CRESTAS:** Elevado (desde el plano sagital/orientadas longitudinalmente) de las columnas más prominentes en la pared anterior con menos protagonismo en la pared posterior que puedan estar conectados en la superficie interior del himen.

**LABIOS MAYORES:** Pliegues doblados de piel que forma los límites laterales de la vulva.

**LABIOS MENORES:** Pliegues longitudinales, delgados de tejido dentro de los labios mayores. En niñas pre- púberes, estos pliegues se extienden desde la campana del clítoris hasta aproximadamente el punto medio en la pared lateral del vestíbulo. En las mujeres adultas, incluyen el vestíbulo y contienen la abertura de la vagina.

**ADHERENCIA LABIAL / FUSIÓN:** Es el resultado de la adhesión (fusión) del extremo más adyacente de las superficies mucosas de la porción posterior de las paredes vestibulares. Esto puede ocurrir en cualquier punto a lo largo del vestíbulo aunque esto es más común que ocurra en la parte

posterior (inferiormente). Puede ser casi completo (obscurer el vestíbulo entero) o parcial. Un descubrimiento común en niñas y chiquitas. *Extraño que aparezca por primera vez después de 6 a 7 años de edad. Puede estar relacionado con la irritación crónica. También llamado aglutinación labial.*

**LACERACION:** Una lesión/ herida fresca en los tejidos blandos resultantes de rasgar, triturar, estirar demasiado, tirar aparte, flexionar demasiado y forzar el tejido en la dirección opuesta; laceraciones resultantes del uso de la fuerza bruta. También llamado desgarró.

**LEUCORREA:** Una secreción fluida blancuzca, viscosa (glutinosa) de la vagina y cavidad uterina a través del cuello del útero. *Un hallazgo normal en los adolescentes y las mujeres adultas. (El término secreción fisiológica se utiliza a veces.)*

**LINEA VETSIBULARIS:** Una línea vertical, pálida /no vascularizada en la horquilla posterior y / o fosa navicular, que puede ser acentuada al poner tracción lateral sobre los labios mayores. *Un hallazgo común en niñas de todas las edades, incluidas recién nacidas y adolescentes.*

**(PERINEAL) BORDE MEDIANA:** Un canto o surco que marca la línea de unión de las dos mitades del perineo.

**MONTE DE VENUS:** La prominencia redondeada, carnosa creada por la articulación (sínfisis) púbica en la mujer.

**PENE:** Órgano sexual masculino compuesto de tejido eréctil por la cual pasa la uretra; compuesto por el sostén y el glande; el glande puede estar cubierto por el prepucio.

**PLIEGUES PERIANALES:** Arrugas o pliegues que la piel perianal irradia desde el margen anal, que son creados por la contracción de los esfínteres anales externos.

**CONGESTIÓN VENOSA PERIANAL:** La colección de sangre venosa en el plexo venoso de la región perianal de tejidos planos creando una coloración púrpura plana o inflamada. Puede ser localizada o difusa. Es diferente de un moretón. Es un hallazgo común en los niños cuando los muslos están flexionados hacia las caderas durante un período prolongado de tiempo. También se denomina congestión venosa perianal o agrupación venosa perianal.

**PERINEO:** Se encuentra entre la horquilla posterior y el ano en la mujer, y entre la base del pene y el ano en los hombres. La superficie externa del cuerpo perineal.

**CUERPO PERINEAL:** Es el tendón central del perineo. Localizado entre el vestíbulo y el ano en la mujer y entre el escroto y el ano en el hombre.

**PETEQUIAS:** Pequeñas hemorragias del tamaño de un alfiler y distintas, que se producen cuando hay ruptura de las arteriolas y vénulas. Pueden ser únicas o múltiples. A menudo causado por un aumento de la presión en los vasos sanguíneos, al igual que con esfuerzo durante el vómito y/o con estrangulamiento o por succión. También puede ser causado por un trastorno de sangrado, infección localizada o trauma.

**PROFILAXIS POST-EXPOSICION:** Refiere a la serie de medicamentos que deben ser suministrados inmediatamente luego de una situación de abuso sexual de riesgo o incidentes de agresión para prevenir la transmisión del VIH.

**HORQUILLA POSTERIOR:** Donde los labios menores se encuentran posteriormente. Esta zona puede mencionarse como la comisura posterior en la niña pre púber. Una zona común de heridas luego de agresión sexual.

**PUNCION:** Una herida producto del uso de un instrumento puntiagudo.

**EQUIPO DE RECOLECCION DE EVIDENCIA DE AGRESION SEXUAL:** Una caja o sobre que describe los tipos específicos de pruebas que se solicita del cuerpo de una víctima de agresión sexual que contiene el material necesario para esa colección y la habilidad de mantener la cadena de custodia una vez que las pruebas son recogidas y selladas.

**RECTO:** La porción recta, final del intestino grueso, que termina en el ano.

**DILATACIÓN ANAL REFLEJA:** La acción dinámica de la abertura del ano debido a la relajación de los músculos del esfínter interno y externo con la tracción/separación mínima de la nalga.

**URETRA:** La estructura tubular que conecta la vejiga con la apertura externa, a través de la cual pasa la orina hacia el exterior.

**VAGINA:** Estructura tubular con rugosidades contorneadas que se extienden anatómicamente desde el himen al cuello uterino; las rugosidades vaginales en parte sirven a que la vagina se pueda distender.

**VULVA:** La porción del genital femenino externo, consiste en los labios mayores, labios menores, clítoris, vestíbulo vaginal, fosa navicular, y horquilla posterior.



# PROLOGO

El Plan de emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el alivio del SIDA (PEPFAR) y la Iniciativa de Salud Global (ISG) enfatizan el monitoreo, prevención y respuesta a la violencia basada en género (VBG) como algo crítico para el fortalecimiento de los resultados de la salud en su totalidad. El desarrollo de una respuesta coordinada y holística para la VBG, incluyendo exámenes pertinentes y consejería para VBG; colaboraciones reforzadas entre la asistencia médica, y las redes de apoyo sociales comunitarias, y el sistema legal; acceso oportuno y disponibilidad de profilaxis post-exposición para VIH (PPE NO) son pilares claves tanto para PEPFAR como para ISG.

Al haberse reforzado la evidencia acerca de la VBG, se presta mayor atención a la necesidad de abordar la violencia sexual y la explotación de niños y adolescentes. Los resultados de la iniciativa<sup>1</sup> de PEPFAR I Violencia Sexual basada en Género (VSBG) demostró que en lugares en donde los servicios para agresión sexual que fueron incorporados en los centros de atención primaria en Uganda y Ruanda, un gran porcentaje de pacientes que se presentaban para atención médica, eran menores de 18, sin embargo los servicios no estaban adaptados a las necesidades particulares de este grupo de edad. Estos datos confirman lo que se sabía a través de anécdotas en toda África y que se respaldan con los resultados de las encuestas Violencia Contra Los Niños.<sup>2</sup> Barreras significativas impiden la provisión de servicios efectivos y significativos, para niños y adolescentes que han experimentado violencia sexual, incluida la preocupación respecto a poder asegurar la confidencialidad, disponibilidad de PPE NO, capacitación para los proveedores de salud en protocolos médicos (donde existan) para niños que hayan experimentado violencia sexual y explotación, y colaboración entre servicios médicos, legales, bienestar social y las redes de apoyo sociales comunitarias y las respuestas políticas a las VSBG (Kilonzo et al. 2008).

La disponibilidad de guía internacional en la provisión de servicios médicos/forenses para personas menores de 18 es limitada. La Comunidad de Salud del Este, Centro y Sur de África (ECSAHC), sacaron guías para el manejo clínico del niño abusado sexualmente en julio del 2011 (ECSA-HC 2011). A pesar que la Organización Mundial de la Salud (OMS) oficina Regional de África, estuvo involucrada en el desarrollo de las guías ECSA-HC, hasta la fecha, OMS no ha producido sus propias guías clínicas específicas para niños.<sup>3</sup> Hay ejemplos de instituciones locales que están abordando el tema de la atención de salud en niños y adolescentes, pero PEPFAR aun no ha provisto con información sistemática o dirección a sus socios implementadores en el tema.

---

<sup>1</sup> Mirar [http://www.aidstar-one.com/focus\\_areas/gender/pepfar\\_gender\\_special\\_initiatives/sexual\\_GBV\\_initiative](http://www.aidstar-one.com/focus_areas/gender/pepfar_gender_special_initiatives/sexual_GBV_initiative)

<sup>2</sup> Representante especial del Secretario General sobre la Violencia contra los niños. Encuesta de Progreso Mundial 2011. [http://srsg.violenceagainstchildren.org/page/Global\\_Progress\\_Survey\\_2011](http://srsg.violenceagainstchildren.org/page/Global_Progress_Survey_2011)

<sup>3</sup> OMS esta en el proceso de revisar las guías, que incluirán consideraciones para niños.

En respuesta a este vacío, el grupo de trabajo de PEPFAR de Género, Niños Huérfanos y Vulnerables y Tratamiento Pediátrico, en coordinación con Junto a las Niñas<sup>4</sup> convocaron una reunión de un día para expertos el 26 de abril del 2012, para desarrollar Consideraciones Técnicas sobre cuidados post violación para personas menores de 18 en centros de atención primaria que también provean servicios de VIH.

Los objetivos de esta reunión fueron:

- Revisar y construir en función de las guías y documentos existentes, incluidas las guías de ECSA-HC y las guías focalizadas en el adulto de OMS para la atención médica y legal para víctimas de violencia sexual.
- Desarrollar Consideraciones Técnicas incluidas las recomendaciones claves para la provisión de servicios post-violación en centros de atención primaria para menores de 18, para informar a PEPFAR específicamente y para ser consultado por otros socios e implementadores mas ampliamente.

La reunión técnica atrajo 28 personas incluidos miembros del Gobierno de EEUU a través de PEPFAR y representantes de Junto a las Niñas, así mismo proveedores experimentados (clínicos, expertos en conducta, y trabajadores sociales) con experiencia en protección de la infancia, abuso y explotación; atención a sobrevivientes de la violencia; emergencias pediátricas; servicios clínicos focalizados en los niños; prevención del VIH, atención y tratamiento, tratamiento de fistula, distribución de PPE para VIH. Los participantes representaron 8 países<sup>5</sup> y 14 organizaciones<sup>6,7</sup>. Estas consideraciones técnicas, han sido el resultado de un proceso de consultas que incluyo, la reunión y la incorporación de datos y retroalimentación luego de la reunión, provista por proveedores experimentados y

## CUADRO I.

### DEFINICIONES DE LOS TERMINOS UTILIZADOS

#### NIÑO/A QUE HA EXPERIMENTADO

**VIOLENCIA SEXUAL Y EXPLOTACION:** Una persona menor de 18 años de edad que haya experimentado abuso sexual. Explotación en niños es el uso de niños para ventaja económica o sexual, gratificación o ganancia, en general con consecuencias injustas, de crueldad y daño en el tratamiento del niño/a. Este es el término predominante que aparecerá en este documento.

**ABUSO SEXUAL INFANTIL:** La Organización Mundial de la Salud define al abuso sexual infantil como el involucramiento de un niño en una actividad sexual que el niño/a no comprende totalmente, no puede dar consentimiento informado, o el niño/a no esta preparado en términos de desarrollo y que viola las leyes o tabúes sociales de la sociedad. El abuso sexual se manifiesta por esta actividad entre un niño/a y un adulto u otro niño que por su edad, o desarrollo esta en una situación de responsabilidad, confianza, o poder y intención de la actividad es de gratificar o satisfacer las necesidades de la otra persona. Esto puede incluir – pero no esta limitado a:

- La incitación o la coerción para que un niño/a se dedique a cualquier actividad sexual ilegal
- La explotación de un niño/a en la prostitución u otras prácticas sexuales ilegales
- La explotación de los niños en la pornografía ya sea en materiales o actuación (OMS 1999).

<sup>4</sup> La sociedad de Junto con la Niñas (The Together for Girls partnership), incluye cinco agencias de NU, liderado por UNICEF, el Gobierno de EEUU a través de PEPFAR y sus socios implementadores, División de Prevención de la Violencia del CDC y la Oficina de Iniciativa Global de la Mujer del Departamento de Estado, y el sector privado, que fue creado con la intención de terminar con la violencia en contra de los niños con un foco particular en la violencia sexual contra las niñas.

<sup>5</sup> Republica Democrática del Congo, Lesotho, Kenya, Mozambique, Sud África, Estados Unidos, Zambia y Zimbabwe.

<sup>6</sup> Centros de Control y Prevención de Enfermedades, EnCompass LLC, Universidad Emory Facultad de Medicina, Clínica Apoyo Familiar de Confianza, Programa mayor de intervención de violación Nelspruit, John Snow, Inc., Liverpool CP VIH, Cuidados y Tratamiento, centro Pediátrico de Excelencia Livingston, Oficina del Coordinador de SIDA Mundial, Hospital Panzi/Fundación Panzi, Junto a las Niñas, UNICEF, Agencia de los EEUU para el Desarrollo internacional.

<sup>7</sup> Para mayor información sobre esta reunión [http://www.aidstar-one.com/focus\\_areas/gender/resources/technical\\_consultation\\_materials/prc](http://www.aidstar-one.com/focus_areas/gender/resources/technical_consultation_materials/prc)

expertos técnicos. Este documento debe ser consultado como guía para ayudar a los proveedores médicos a atender mejor y responder a las necesidades únicas y a los derechos de los niños que han experimentado violencia sexual y explotación<sup>8</sup>. El foco de estas consideraciones técnicas es en la provisión de servicios de atención post-violación e incluye información sobre el establecimiento de servicios orientados a las necesidades únicas de los niños, examinación física de cabeza a pies en niños que han experimentado violencia sexual y explotación, conduciendo la recolección de evidencia forense, y asegurando el seguimiento, atención y referencias para apoyo psico-social y servicios de apoyo.

Estas guías técnicas usan el termino “niños” para describir individuos menores de 18 años. Esta definición esta en consonancia con los convenios internacionales, tal como se resume en la definición de “niño” en el Glosario de términos en la página 67. El término “adolescente” no intenta remplazar el uso de “niño”, pero en cambio provee una definición adicional para describir edades específicas, maduración y estadios de desarrollo de individuos entre los 10 y los 19 años. Este documento reconoce que los términos niño y adolescente tienen diferentes significados de acuerdo al contexto.

El termino “niño que ha experimentado violencia sexual o explotación” es usado en todo el documento en vez de los términos “víctima” o “sobreviviente” (mirar Recuadro 1 para definiciones). Ambos niños y niñas pueden experimentar este tipo de violencia y las normas de género son la base de las manifestaciones específicas de la violencia sexual y explotación experimentada por niñas y niños.

---

<sup>8</sup> Varios términos son usados para relejar la violencia que sufren los niños. Este documento usa el termino “niños que han experimentado violencia sexual y explotación (mire el Glosario para las definiciones completas de los términos).



# INTRODUCCION

## ANTECEDENTES

Estas consideraciones técnicas tienen por objetivo ser una guía para proveedores de atención primaria en la atención apropiada para niños y adolescentes que han experimentado violencia sexual y explotación – basado en las prácticas actuales con evidencia. A través de esto se espera informar los esfuerzos de los implementadores de PEPFAR y otros socios involucrados en la atención clínica de niños así mismo en prevención del VIH/SIDA, cuidados y tratamiento para reforzar las respuestas de las organizaciones comunitarias, a los niños que han experimentado violencia sexual y explotación. Deben ser implementadas en concordancia con las guías nacionales del país de práctica del proveedor.

Este documento se supone es para ser usado por proveedores de salud en clínicas de atención, para incluir clínicos, científicos, psicólogos, y expertos de la conducta, trabajadores sociales, proveedores de atención pediátrica, Trabajadores de protección a la infancia, especialistas en VIH, y proveedores de servicios clínicos focalizados en los niños. El foco es específico en el manejo clínico de niños que han experimentado violencia sexual y explotación, pero las comunidades deben también esforzarse para desarrollar sistemas integrales para responder a las necesidades y derechos de estos niños. La respuesta integral incluye gobierno (por ejemplo: clínicas, policía, judicial, legisladores, bienestar social/ servicios de protección a la infancia, consejeros), y organizaciones no gubernamentales y civiles. Esta respuesta integral es a menudo pasada por alto, creando así un desafío durante la ejecución del programa (véase el Capítulo 2 para obtener más información sobre el establecimiento y fortalecimiento de la respuesta clínica).

## RESPUESTA A LA VIOLENCIA SEXUAL Y EXPLOTACION

Hay muchos servicios de la clínica de salud o establecimiento que pueden estar involucrados en reconocer y responder a los niños que han experimentado violencia sexual y explotación. Estos pueden incluir servicios como la clínica pediátrica donde los niños pueden revelar al proveedor de salud o el cuidador del niño puede traer al niño luego de una agresión para que sea atendido. Incluso puede ser en la clínica de maternidad donde la niña que ha experimentado violencia sexual y explotación sea tratada por un embarazo producto de esa agresión. Cualquiera de estos servicios puede estar involucrado en la respuesta y deben trabajar juntos para garantizar que el niño tenga acceso a los servicios que necesita. Dada la dificultad en asegurar un seguimiento de los servicios en estos casos, involucrando a otros recursos como ser el farmacéutico, servicios de bienestar social y consejería, y el programa de VIH puede ayudar a mejorar la respuesta total. La figura 1 ilustra los posibles recursos que pueden ser considerados para desarrollar un abordaje centrado en la atención al niño.

**Figura 1. Abordaje centrado en la atención del niño**



Estas consideraciones técnicas no intentan reemplazar, sino construir sobre las guías existentes que se dirigen a las necesidades clínicas de los niños que han experimentado violencia sexual y explotación, para enfatizar y mejorar la respuesta y el manejo clínico de la atención post-violación en niños.

Las siguientes publicaciones sirven de recursos fundamentales para estas consideraciones técnicas:

- Organización Mundial de la Salud (OMS) Guías para la atención medico legal para víctimas de violencia sexual, 2003
- Comunidad de Salud del Este, Centro y Sur de África (ECSA-HC) Guías para el manejo clínico del niño abusado sexualmente, 2011

- Comité Internacional de Rescate (IRC) y UNICEF Cuidando a los niños sobrevivientes de abuso sexual: Guías para proveedores de servicios en establecimientos humanitarios, 2012
- OMS Manual para la atención de salud de niños en emergencias humanitarias, 2008
- USAID Protegiendo a los niños afectados por VIH en contra del abuso, la explotación, violencia y negligencia, informe técnico, 2011(Long 2011)
- OMS y el Alto Comisionado para los Refugiados de Naciones Unidas: Manejo clínico de los sobrevivientes de violaciones: Desarrollo de protocolos para el uso con refugiados y personas desplazadas internamente, 2004.
- Salvar a los niños (Reino Unido): Protegiendo a los niños: Actitudes de la comunidad hacia el abuso sexual en niños en la zona rural de Mozambique, 2007.

## FOCO EN LOS NIÑOS

El abuso sexual y la explotación en niños ha sido reconocido como un tema crítico tanto en el desarrollo humano y como en los derechos humanos con implicaciones importantes para la prevención, cuidados y tratamiento del VIH y SIDA. A nivel mundial, se estima que 150 millones de niñas y 73 millones de niños menores de 18 años han experimentado algún tipo de violencia sexual y explotación (Pinheiro 2006). En muchos contextos hay niños en peligro de experimentar violencia sexual y abuso en diferentes ambientes tales como la comunidad, el hogar y la sociedad en general (Consejo de Población 2008; ECSA-HC 2010).

La violencia sexual y la explotación en niños son diferentes en varios aspectos a la de los adultos y por lo tanto no deben ser tratados de la misma manera. La violencia sexual y la explotación en niños son únicos debido a la dependencia económica de los niños, la posición débil en la sociedad (especialmente las niñas) y las desigualdades de género, incluido los altos índices de violencia basada en género (VBG) y las severas consecuencias de la epidemia de VIH en las estructuras familiares y de la comunidad. A diferencia de la VBG en adultos, la VBG en niños esta rodeada de una cultura de secreto, estigma y silencio ya que es visto como un asunto privado, especialmente cuando el agresor es un miembro de la familia. También hay una necesidad de reforzar la conciencia acerca de los derechos de los niños, que constituye violencia, y cuando y como reportarla (ECSA-HC 2010).

La violencia sexual es frecuentemente encubierta y decididamente en la mayoría de los casos no reportada, y el reportar entre niños es aún menos probable cuando los niños están a menudo avergonzados, asustados, e incapaces de expresar con palabras su experiencia. Se estima que solamente entre un 10% a 20% de los casos de abuso sexual y explotación son reportados a las autoridades (Pinheiro 2006). Cuando los niños revelan situaciones de abuso sexual y explotación es generalmente como parte de un proceso a lo largo de un largo periodo de tiempo, más que un evento aislado, comparado con los adultos. Esta forma de revelar puede tener implicaciones importantes para el manejo médico y la recolección de evidencia forense. Si un niño/a se presenta en una clínica, muchas de sus necesidades médicas, psicológicas y legales no son abordadas adecuadamente. Esto es particularmente cierto en los países del África Subsahariana donde varios países no tienen servicios integrales de atención post-violación y existen brechas en la coordinación y comunicación entre los servicios de salud reproductiva y VIH y los servicios legales y judiciales, and la legislación de violencia sexual (ECSA-HC 2010).

# CONSECUENCIAS A CORTO Y LARGO PLAZO DE LA VIOLENCIA SEXUAL Y LA EXPLOTACION EN NIÑOS

La violencia sexual tiene consecuencias generales que pueden afectar la salud y el bienestar de los niños, tanto en forma inmediata como a largo plazo. La violencia sexual y la explotación en niñas ha sido asociado con pensamientos suicidas, embarazos no deseado, complicaciones durante el embarazo, e infecciones de transmisión sexual (ITS)(Reza et al. 2009). El embarazo y las ITS son las consecuencias inmediatas de la violencia y la explotación. Las niñas menores de 15 años tienen cinco veces más probabilidades de morir durante el parto que las mujeres embarazadas de veintitantos, siendo el embarazo la principal causa de muerte en todo el mundo para las mujeres entre 15 a 19 años (ICRW 2012).

Adicionalmente a estos riesgos inmediatos, los niños que han experimentado violencia sexual y explotación, han demostrado un incremento considerable en el consumo de alcohol y drogas ilegales durante la adolescencia y adultez (Dube et al. 2005). También hay efectos en la salud mental, como la depresión clínica, desorden post-traumático, desordenes de la conducta (Danielson et al. 2010), e intentos de suicidio en comparación con aquellos niños sin historia de violencia sexual y explotación (Dube et al. 2005). Las mujeres que han experimentado violencia sexual y explotación de niñas, tienen tres veces mayor riesgo de ser sexualmente victimizadas en la adultez, comparadas con mujeres que no han sido expuestas en la niñez (Classen, Palesh, and Aggarwal 2005).

La violencia sexual y la explotación pueden incrementar el riesgo de enfermedades infecciones y crónicas mas adelante en la vida. Las niñas que han experimentado violencia sexual y explotación están a mayor riesgo de contraer VIH y otras ITS. Incluso si una niña no es infectada por el VIH inmediatamente después de un acto de violencia sexual y explotación, estudios indican que estará más propensa a contraer una infección o enfermedades crónicas, mas adelante en su vida (Jewkes, Sen, and Garcia-Moreno 2002).

Este tipo de violencia también afecta en forma negativa el acceso a la educación. Los niños que han experimentado violencia y explotación pueden ser removidos de la escuela por sus familias y cuidadores, o pueden decidir abandonar por temor y depresión. La falta de educación, sobre todo para las niñas, puede dificultar las perspectivas de tener ingresos sostenibles, y perpetúa y profundiza el ciclo de vulnerabilidad y dependencia. Por último, las sociedades pagan un precio profundo por estos resultados. *El estado de los niños del mundo* (UNICEF 2007) encontró que por cada año que una niña es educada, su casamiento se demora, en consecuencia se reduce el número de hijos que tendrá. Las mujeres educadas, tienen menos probabilidades de morir durante el embarazo o el parto, que sus homologas no educadas.

Evidencia reciente esta comenzando a resaltar, hasta donde los niños varones también son victimas de la violencia sexual y la explotación (Graham 2006; Russell 2007; Sivakumaran 2010; Watchlist 2010). Las normas de género y las actitudes predominantes, incluso la percepción errónea que sólo las niñas y las mujeres pueden ser víctimas de la violencia sexual, puede traducirse en una respuesta muy débil de parte de los proveedores de servicios y con resultados pobres en general en relación a los varones. Los proveedores de servicios deben ser conscientes de las normas de género que subyacen en las manifestaciones de esa violencia experimentadas por los niños y las niñas y las consecuencias de tales actitudes y normas y tener la capacidad para identificar y proveer servicios pertinentes, incluyendo la atención de seguimiento.

# RESPUESTA INTEGRAL A LA VIOLENCIA Y LA EXPLOTACION HACIA LOS NIÑOS

Las intervenciones clínicas efectivas para niños que han experimentado violencia sexual y explotación, son solo un componente dentro de la respuesta más amplia y necesaria de parte del gobierno y la comunidad. Los estudios han encontrado que el enfoque multidisciplinario mejora la calidad de la atención de la salud para todos aquellos que han experimentado violencia y explotación sexual, mejora la calidad de la recopilación de pruebas y la capacidad de aplicación de la ley para investigar con eficacia, y así aumentar las tasas de procesamiento con el tiempo. (Campbell et al. 2012; Crandall and Helitzer 2003). Componentes principales de una respuesta integral a la violencia sexual y la explotación (incluidas las entidades de base comunitarias) que están delineadas en la Tabla 1 y descritas detalladamente en esta sección.

Establecer una respuesta integral requiere colaboración y coordinación entre una gran variedad de proveedores de salud y partes interesadas (gubernamentales y no gubernamentales) y una comunidad que este preparada para ofrecer servicios e intervenciones a niños que han experimentado violencia sexual y explotación. El acceso inmediato a los servicios e intervenciones médicas es crucial e incluye evaluación médica forense, profilaxis post-exposición al VIH (PPE VIH) y para las niñas acceso a la anticoncepción de emergencia cada vez que sea necesario y de acuerdo a los protocolos y leyes nacionales.

La atención integral cumple con una gama de necesidades médicas, legales y psicosociales del niño, desde el primer punto de contacto hasta la recuperación. Los servicios de salud pueden desarrollar y fortalecer los servicios individuales pero un esfuerzo coordinado entre todas las partes interesadas para gestionar con eficacia la respuesta del sistema es la mejor manera de satisfacer las necesidades y derechos de los niños.

**Tabla 1. Componentes principales de una respuesta integral a la violencia sexual y explotación**

Sector	Componentes claves en la respuesta
<i>Salud</i>	Equipo de protección personal/protección patógenos sanguíneos
	Historia y examen físico realizado de manera apropiada para un niño
	Examen de embarazo, anticonceptivo de emergencia realizado de acuerdo a protocolos y leyes nacionales donde sea legal y apropiado
	Prueba diagnóstica de VIH
	Consejería en VIH
	Profilaxis post-exposición PPE VIH
	Profilaxis y/o tratamiento para enfermedades de transmisión sexual
	Exámenes de salud sexual
	Vacunación para Hepatitis B y Tétanos
	Evaluación y tratamiento de lesiones, examen forense y documentación

<b>Sector</b>	<b>Componentes claves en la respuesta</b>
	Consejería sobre trauma y cuestionario de salud mental
	Derivaciones de/a policía, y servicios de apoyo
	Historia y examen físico realizado de manera apropiada para un niño
<b>Sector</b>	<b>Componentes claves en la respuesta</b>
<i><b>Policía / Justicia</b></i>	Toma de declaraciones y documentación realizada de forma no amenazante, centrado en el niño
	Investigación criminal
	Adquisición y mantenimiento de la cadena de evidencias
	Garantizar la seguridad del niño
	Procesamiento/juicio del abusador
	Preparación del testigo y apoyo de la corte
	Referencias de/a los servicios de salud y apoyo
<b>Sector</b>	<b>Componentes claves en la respuesta</b>
<i><b>Servicio Social</b></i>	Evaluación para y referencia a servicios de apoyo psico-sociales
	Evaluación de seguridad y planificación
	Provisión de hogar seguro, derivación a otros servicios de ser necesario
	Reinserción en su familia o en el hogar, de ser necesario, incluyendo el acceso a la educación, la formación vocacional y apoyo en medios de subsistencia
	Consejería psico-social y rehabilitación a largo plazo
	Derivaciones de/a policía y los sectores de salud
	Concientización de la comunidad y reducción de estigma

## **PRINCIPIOS RECTORES PARA LOS PROVEEDORES MEDICOS QUE ATIENDEN NIÑOS QUE HAN EXPERIMENTADO VIOLENCIA SEXUAL Y EXPLOTACION**

Existen principios comunes subyacentes en la toma de decisiones al cuidar a niños que han experimentado violencia sexual y explotación. El seguir estos principios, se garantiza que las medidas adoptadas por los proveedores de servicios en nombre de los niños sean compatibles con los estándares de atención que tienen como finalidad beneficiar la salud y el bienestar del niño. Es crítico que la atención y el apoyo sean provistos de manera centrada en el niño, de manera tal que este no sea re-victimizado en el proceso.

La Tabla 2 describe estos principios rectores que se corresponden con las acciones listadas en las Las Directrices de la ACNUR sobre la respuesta a la Violencia Sexual y la prevención de la Convención de las Naciones Unidas para los Derechos del Niño (ACNUR 1995)

**Tabla 2. Principios rectores para la atención de los niños que han experimentado violencia sexual**

Principio	Acciones
Promover los mejores intereses para el niño	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantizar la seguridad física y emocional (bienestar) a lo largo de toda la atención y el tratamiento</li> <li>• Evaluar consecuencias positivas y negativas de las acciones con la participación de el niño y la persona que lo cuida (según corresponda)</li> <li>• El curso de acción menos perjudicial debe ser el preferido</li> <li>• Todas las acciones debieran asegurar que los derechos del niño, la seguridad y el desarrollo continuo no se vean comprometidos</li> </ul>
Garantizar la seguridad del niño	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantizar la seguridad física y emocional</li> <li>• Todas las acciones deberán proteger el bienestar físico y emocional del niño a corto y largo plazo</li> </ul>
Hacer sentir al niño confortable	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ofrecer comodidad, aliento y apoyo</li> <li>• Asegurar que los proveedores de servicios estén preparados para hacer frente a la revelación de la violencia sexual y la explotación</li> <li>• Creer el niño cuando haya elegido a revelar la violencia sexual y la explotación</li> <li>• Nunca culpar a los niños de cualquier forma de violencia sexual y explotación que hayan experimentado</li> <li>• Hacer que el niño se sienta seguro y cuidado de la manera en que es atendido en los servicios</li> </ul>
Garantizar la confidencialidad adecuada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La información acerca de la experiencia de violencia sexual y explotación deber ser compilada, usada y guardada en forma confidencial.</li> <li>• Asegurar la confidencialidad de la información recogida durante todos los aspectos de la atención médica incluyendo entrevistas y la historia clínica.</li> <li>• Compartir información únicamente de acuerdo con las políticas y las leyes locales y de acuerdo a las necesidades, después de obtener el permiso del niño o el cuidador.</li> <li>• Guardar toda la información de los casos de manera segura.</li> <li>• Si fuese obligatorio informar sobre el caso de acuerdo a la legislación local, informe al niño y al cuidador en cuanto los vea.</li> <li>• Si la salud o la seguridad del niño están en riesgo, puede haber limitaciones en cuanto a la confidencialidad para proteger al niño.</li> </ul>

Principio	Acciones
Involucrar al niño en la toma de decisiones	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los niños tienen derecho a participar en decisiones que tienen implicancias en sus vidas</li> <li>• El nivel de participación del niño en la toma de decisiones debe ser apropiado de acuerdo a la madurez, edad y las leyes locales.</li> <li>• Pese a que los proveedores de servicios no siempre podrán seguir los deseos del niño (basado en las consideraciones del mejor interés), siempre deberán empoderar y apoyar a los niños y tratarlos de manera transparente, abierta y respetuosa.</li> <li>• Si los deseos de un niño no pueden ser cumplidos, las razones que lo prevengan deben ser explicadas.</li> </ul>
Tratar a cada niño de forma igualitaria y equitativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilice el principio de no discriminación e inclusividad en todos los niños.</li> <li>• A todos los niños se les debe ofrecer la misma alta calidad de atención y tratamiento, independientemente de su etnicidad, religión, sexo, habilidad/discapacidad, situación familiar, estatus de sus padres o cuidadores, características culturales, o situación financiera, dándoles la oportunidad de desarrollar su potencial al máximo.</li> <li>• Ningún niño debe ser tratado injustamente por ninguna razón</li> </ul>
Fortalecer las resiliencias de los niños	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cada niño tiene fortalezas y capacidades únicas, y posee la capacidad de sanar.</li> <li>• Identifique y construya en base a las fortalezas naturales del niño y su familia como parte del proceso de recuperación y sanación</li> <li>• Los factores que promueven la recuperación del niño deben ser identificadas y construir sobre ellos durante los encuentros de atención.</li> <li>• Los niños que tienen relaciones cercanas cuidadosas y oportunidades para participar de manera significativa en la familia y en la vida de la comunidad y que se ven a sí mismos como fuertes, tendrán mas probabilidades de recuperarse y sanarse de la violencia sexual y explotación (Perry 2007)</li> </ul>
Los proveedores de atención de salud deben estar debidamente capacitados y especializados en el manejo de los niños que han sufrido violencia sexual y explotación	<p>Todos los proveedores encargados del cuidado de los niños que han sufrido violencia sexual y explotación, deben:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ser capacitados y orientados en la atención de la violencia sexual/atención post-violación y el uso de los protocolos de derivación.</li> <li>• Tener especialización en el examen médico forense</li> <li>• Tener formación avanzada y comprensión de la anticoncepción de emergencia basada en las leyes nacionales y legales, los protocolos, así como las ETS, profilaxis post-exposición al VIH, vacunación contra la hepatitis B, y la importancia de la intervención oportuna.</li> </ul> <p>Los centros de atención de la salud debieran:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar y capacitar a profesionales especializados (médicos, enfermeras forenses, o personal de la clínica) para proporcionar atención post-violación y servicios de atención para los niños.</li> </ul>

Principio	Acciones
<p>La salud y el bienestar del niño tienen prioridad sobre la recopilación de pruebas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervenciones en crisis; tratamiento de heridas serias, evaluación, tratamiento, y prevención del VIH, embarazo, e ITS son de importancia fundamental.</li> <li>• El bienestar del niño asegura que sea capaz de mantener su dignidad después la violencia sexual y la explotación, y no sentirse forzado, humillado, o más traumatizado por el proceso de buscar servicios.</li> <li>• Los niños NUNCA deben ser forzados a pasar por el examen médico forense si no lo desean, salvo que la examinación sea necesaria para el tratamiento médico (OMS 2003)</li> </ul>
<p>Informar a la policía no debe ser obligatorio para obtener atención médica</p>	<p>La decisión del niño en relación al involucramiento de la policía debe ser respetado en todo momento</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El niño no debe ser presionado, obligado, o forzado a informar el episodio de violencia sexual y explotación como condición para recibir cuidados médicos.</li> <li>• Es común que los trabajadores de la salud le digan al niño que el informe de la policía debe ser realizado y entregado el formulario en el establecimiento para poder realizar el examen.</li> <li>• A menudo los informes están vinculados a un pago y el hospital puede no estar de acuerdo en proporcionar servicios gratuitos si el paciente no ha informado a la policía sobre la agresión y no está en posesión de la documentación oficial. En la mayoría de los casos, estos son procedimientos más que requisitos legales y se debe cambiar a nivel de los establecimientos.</li> <li>• Los esfuerzos deben ser realizados a nivel del establecimiento para tener políticas transparentes en cuanto a informar, de modo que sea consistente con la política nacional, que este orientado al abordaje centrado en el paciente.</li> <li>• Los formularios de la policía debieran estar idealmente en los establecimientos de modo que cuando un niño se presente primero, pueda acceder al formulario en forma gratuita.</li> <li>• Al niño debe ofrecérsele todos los servicios disponibles incluidos el anticonceptivo de emergencia (AE) donde sea legal, PPE VIH, y otros servicios de salud, incluso si no hubiera un médico para firmar los formularios médico-legales, o si el niño decide no reportar a la policía.</li> </ul>
<p>Tenga en cuenta primero a la persona – luego los abordajes para la atención</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los profesionales que atienden niños que han experimentado violencia sexual y explotación deben tener una comprensión sólida de los abordajes actuales de atención integral independientemente de las capacidades de los pacientes</li> <li>• Reconocer que los niños con discapacidad (física y/o mental/emocional) tienen mayor riesgo de violencia sexual y explotación, y tienen los mismos derechos de acceder a atención, cuidados y tratamiento.</li> <li>• Asegurar que alguien entrenado este disponible de ser necesario para modos alternativos de comunicación (lenguaje de señas) para pacientes que requieran de este abordaje.</li> </ul>



# ESTABLECIENDO Y FORTALECIENDO LA RESPUESTA A NIÑOS Y ADOLESCENTES QUE HAN EXPERIMENTADO VIOLENCIA SEXUAL Y EXPLOTACION

Prevención e intervenciones efectivas como respuesta a los niños y adolescentes que han experimentado violencia sexual y explotación, requiere de un equipo multidisciplinario y un modelo en donde el abordaje se puede resumir en “se requiere de todo un pueblo”. Las respuestas satisfactorias a las necesidades y los derechos de los niños que han sufrido violencia sexual y explotación incluyen el fortalecimiento de los sistemas de salud (p. ej., mejoras de la infraestructura, el aumento de la capacidad de los proveedores de servicios, protocolos y fortalecimiento de los sistemas de supervisión incluyendo sistemas de registro para el manejo de casos), las referencias de servicios a otros establecimientos que cuentan con otros servicios, y el fortalecimiento de los vínculos entre los servicios clínicos y los de otros grupos interesados.

**Es crítico que la atención y el apoyo sean provistos de manera centrada en el niño y que este no sea re-victimizado en el proceso.**

Aunque puede haber mejoras para fortalecer la respuesta en la atención de la salud a las necesidades de los niños y adolescentes que han sufrido violencia sexual y explotación, se debe tener precaución en evaluar las fortalezas de la comunidad y las áreas débiles y dar recomendaciones prioritarias dentro y fuera de la atención de la salud.

## INFRAESTRUCTURA

El marco básico necesario para una respuesta inclusiva de todo el sistema incluye una respuesta jurídica que aborde la investigación de los aspectos penales de la violencia sexual y la explotación contra los niños, la respuesta de la justicia penal que haga responsables a los infractores, una respuesta del sistema de salud que se ocupe de las consecuencias e implicaciones inmediatas y a largo plazo para la salud, respecto de la violencia sexual y la explotación contra los niños.

Además, una amplia respuesta integral de los servicios (incluidos los servicios de bienestar social y de apoyo de base comunitaria) que aborde en forma eficaz la recuperación del niño, la rehabilitación y la seguridad.

Debido a que este documento está dirigido al manejo clínico de la violencia sexual y la explotación hacia los niños y los adolescentes, la infraestructura de los servicios de salud es lo que será trabajado específicamente. Sin embargo, es crítico que todos los componentes de la infraestructura sean considerados durante el desarrollo y la realización de programas si hay una expectativa de que los niños se mantengan a salvo de la violencia sexual y la explotación.

## **ESTABLECIMIENTO**

El examen médico forense debe ser realizado en un establecimiento médico con acceso óptimo a una serie amplia de servicios que puedan ser requeridos por el niño. Idealmente debiera ser un hospital o una clínica. Puede presentarse un niño con un problema agudo de salud (p.ej. una herida de cabeza, hemorragia) que requiera una intervención médica y tratamiento. De la misma manera, debiera haber acceso a una serie de servicios relacionados al laboratorio, consejería. Los niños debieran poder tener acceso a los servicios las 24 horas. Si esto no fuera posible, debieran tener acceso durante las horas de operación de la clínica, o la clínica podría disponer de un servicio de llamada de emergencia para poder responder.<sup>9</sup>

Independientemente de la ubicación, la atención debe ser ética, compasiva, objetiva y centrada en el niño, teniendo en cuenta la seguridad del niño, la privacidad, y su mejor interés, todo el tiempo.. Idealmente, los alrededores físicos debieran ser orientados hacia los niños. Pinturas, afiches, mantas, almohadones, y juguetes que son relativamente baratos, ayudaran al niño a sentirse más relajado y cómodo en el ambiente de la examinación.

Las limitaciones de los recursos pueden excluir la posibilidad de la prestación de servicios en una instalación ideal, pero es posible mejorar la calidad de las instalaciones existentes, asegurando que sean accesibles, seguras, limpias y privadas (OMS 2003):

- Seguridad. Puede haber cierto antagonismo hacia los servicios de violencia sexual (ya sean individuos o comunidades) por lo tanto deben existir medidas adecuadas para proteger a los niños, al personal, expedientes de salud, y el mismo establecimiento. Esto podría incluir un guardia para controlar el acceso, iluminación adecuada, cámaras de video de vigilancia, puertas y cajones con llave, y equipo de prevención de incendios.
- Limpieza. Un alto nivel de higiene se requiere para cualquier servicio médico. El establecimiento debe cumplir con las normas en materia de seguridad y salud aplicables a incendios, electricidad, agua, alcantarillado, ventilación, esterilización, y eliminación de residuos.
- Privacidad. Personas no autorizadas no debieran tener acceso a mirar o escuchar ningún aspecto de la consulta. La sala/s de examen debieran tener paredes y puerta, no simplemente cortinas.

Los perpetradores deben ser mantenidos separados de los niños que han experimentado violencia sexual y explotación.

---

<sup>9</sup> El sistema de 'turno' incluye una lista de proveedores que responden para tratar a niños en la clínica que han experimentado violencia sexual y explotación.

- Acceso. Es importante asegurar que los establecimientos estén adaptados para personas discapacitadas, y no creen impedimentos para el acceso a los servicios, ya sea desde una perspectiva física, de comunicación o las actitudes o puntos de vista.

Si un nuevo establecimiento es construido, asegurarse desde el principio que sea inclusivo y accesible para personas con discapacidades. Es más costo-efectivo hacerlo inicialmente que volver a construir/renovar después.

La Tabla 3 presenta una lista mínima de estándares para proveer atención integral a niños que han experimentado violencia sexual y explotación.

**Tabla 3. Estándares mínimos para proveer atención integral post-violación en establecimientos<sup>10</sup>**

Capacidad del establecimiento	Estándares mínimos para el manejo clínico	Informes y requisitos de registros del establecimiento	Requisitos mínimos de personal
Todas las instalaciones sanitarias básicas sin necesidad de exámenes de laboratorio (públicas y privadas)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manejo de emergencias y tratamiento de lesiones sufridas y derivaciones de ser necesario</li> <li>• Historia clínica detallada, examen y documentación</li> <li>• Derivar al paciente para detección del VIH, PPE y tratamiento / profilaxis de las ITS</li> <li>• Donde los servicios de consejería estén disponibles, proveer la entrevista inicial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Completar los formularios de atención post-violación de acuerdo al protocolo local</li> <li>• Mantener un registro de los casos de atención post-violación</li> <li>• Mantener un registro en el laboratorio</li> <li>• Derivar a un establecimiento para atención integral de post-violación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un médico entrenado o enfermera u oficial clínico</li> <li>• Un consejero entrenado (donde se ofrezca consejería)</li> </ul>
Todos los establecimientos de salud con VIH, TARGA, o clínicas de atención integral donde la TARGA puede ser monitoreada (establecimientos integrales donde se provee atención post-violación pueden ser provistas) (tanto establecimientos de salud privados como públicos)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manejo y tratamiento de lesiones</li> <li>• Historia clínica detallada, examen y documentación</li> <li>• Proveer AE (anticonceptivo de emergencia) y PPE incluido el manejo continuo de la PPE</li> <li>• Proveer tratamiento o profilaxis de las ITS</li> <li>• Proveer consejería y apoyo, pruebas de detección de VIH, y adherencia a PPE</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Completar los formularios de atención post-violación de acuerdo al protocolo local</li> <li>• Mantener un registro de los casos de atención post-violación</li> <li>• Mantener un registro en el laboratorio</li> <li>• Completar un formulario de atención post-violación para el manejo y seguimiento del niño</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un médico entrenado o enfermera y/u oficial clínico entrenados en manejo de TARGA/PPE</li> <li>• Un consejero entrenado (en trauma, pruebas de detección de VIH, y adherencia a PPE)</li> <li>• Laboratorio para detección de VIH y hepatitis B</li> </ul>

<sup>10</sup> Esta tabla esta adaptada de las Guías Nacionales de manejo Médico para la violencia sexual en Kenya.

# AMBIENTACION

Los niños y adolescentes que han experimentado violencia sexual y explotación pueden presentarse en cualquier punto del sistema de atención de salud. Por lo tanto, todos los establecimientos de atención en salud deben estar en una posición para reconocer la violencia sexual y la explotación y proveer servicios a los niños que han experimentado violencia sexual y explotación, independientemente de que un examen médico forense sea solicitado. Si aun no esta organizado, los establecimientos de atención en salud necesitan desarrollar capacitación específicos para el personal, así mismo como protocolos y procedimientos para proveer servicios a niños y adolescentes que pudieran haber experimentado violencia y explotación.

Lo ideal seria que los servicios médicos -legales fueran provistos simultáneamente en el mismo establecimiento y preferiblemente por el mismo proveedor de salud. A quienes desarrollan políticas y a los trabajadores de la salud se les alienta para que desarrollen este modelo de provisión de servicios. Ver el Anexo 15 para dos ejemplos de centros con un único servicio.

**En algunos países, los componentes de salud y médico – legales son provistos en diferentes momentos, lugares distintos y por personas diferentes. Este tipo de procedimiento es ineficiente, innecesario, y más importante aun, implica una carga injustificada en el niño que ha experimentado violencia sexual y explotación. Idealmente, la atención de salud, y los procesos médico – legales deben ser provistos simultáneamente, a la misma hora en el mismo establecimiento y preferiblemente por el mismo proveedor de salud (OMS 2003).**

Independientemente del establecimiento en cuestión, el espacio donde el proveedor realiza el examen debe incorporar lo siguiente:

- Centrado en el niño (estéticamente)
- Visual y auditivamente privado (una puerta que puede ser cerrada en vez de cortinas entre camas)
- Temperatura neutral (p. ej. No muy frio o muy caliente)
- Limpio, el establecimiento debe proveer sábanas y bata para cada niño
- Iluminación adecuada
- Acceso inmediato a agua limpia y jabón
- Acceso inmediato a baño con inodoro, y ducha de ser posible
- Una mesa o escritorio
- Un teléfono de ser posible
- Acceso a una lugar para sentarse/ una sala de espera para aquellos familiares no perpetradores y personal de apoyo, etc.
- Disponibilidad de comidas sencillas y agua potable.

## EQUIPAMIENTO

En relación con otros tipos de establecimientos médicos (por e.j un departamento de emergencias), los costos asociados al equipamiento para niños que han experimentado violencia sexual y explotación son relativamente pequeños y habitualmente los costos iniciales se hacen por única vez. Es posible obtener los materiales necesarios de las guardias de los hospitales y los costos recurrentes de materiales desechables debieran ser mínimos.

El Anexo 4 enumera una lista completa del equipamiento necesario para la provisión de una variedad de servicios médicos y forenses para niños que han experimentado violencia sexual y explotación. La falta de recursos financieros es el factor principal determinante de la calidad y cantidad de equipo provisto y mantenido. El cuadro 2 presenta una lista mínima de equipo requerido. Equipo adicional requerido para exámenes forenses esta presentado en el capítulo 3.

### **Cuadro 2. EQUIPO MINIMO REQUERIDO**

- Camilla/mesa de examinación que permita realizar una litotomía
- Guantes sin esterilizar, sin polvo
- Espéculos para niñas **post púber SOLAMENTE**
- Materiales para los cultivos
- Lubricante
- Equipos para recolección de pruebas
- Materiales para pruebas forenses: bolsas de papel, cintas para cerrar las bolsas, contenedores, hisopos con punta de algodón, etc.
- Cámara digital de ser posible
- Espacio en el establecimiento para guardar imágenes intimas

## PLANIFICACION DE PROGRAMA, DESARROLLO, Y MONITOREO/EVALUACION

El monitoreo y la evaluación son importantes para mantener un alto nivel en la calidad de los servicios y un nivel de atención satisfactorio. Los resultados de la evaluación de los puntos fuertes y débiles de un establecimiento, puede ser utilizado para modificar y mejorar los servicios, según sea necesario, y son útiles para los administradores y gerentes a la hora de decidir cómo asignar los recursos escasos.

Los instrumentos para el monitoreo y la evaluación pueden incluir cuestionarios de satisfacción para ser completados por los pacientes, y recolección de información sobre el número de niños y adolescentes que han tenido experiencias de violencia sexual y la explotación, varias preguntas deben ser consideradas y realizadas basadas en el contexto. Estas están descritas en Tabla 4.

**Tabla 4. Planificación de programa y proceso de desarrollo**

Paso o estadio	Proceso de planificación	Consideraciones
1.	Evaluación de las necesidades de la comunidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Por qué la comunidad necesita implementar o mejorar su respuesta a los niños que han experimentado violencia sexual y explotación?</li> <li>• ¿Que es lo que sucede actualmente en la comunidad cuando un niño reporta un episodio de violencia sexual y explotación?</li> <li>• Cuales son desafíos existentes para una respuesta efectiva?</li> <li>• ¿Cómo las leyes y regulaciones locales impactan en la respuesta de la comunidad?</li> </ul>
2.	Evaluación de las necesidades del establecimiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué tipos de servicios de atención de la salud ya existen?</li> <li>• ¿Cuáles son las barreras para acceder a los servicios?</li> <li>• ¿Quiénes son los proveedores de atención de la salud en la zona?</li> <li>• ¿Cuál es su experiencia en la atención de los niños que han sufrido violencia sexual y la explotación?</li> <li>• ¿Cuáles son las necesidades educativas de los proveedores con respecto al cuidado de los niños que han sufrido violencia sexual y la explotación?</li> <li>• ¿Cuáles son las leyes, reglamentos o políticas institucionales que impactan: el consentimiento? O la recolección de pruebas forenses? Acceso a y la administración de AE?</li> <li>• ¿Qué tipos de instalaciones de laboratorio están disponibles?</li> <li>• ¿Qué tipos de medicamentos están disponibles?</li> <li>• ¿Qué tipos de equipo médico están disponibles?</li> </ul>
3.	Desarrollo de programa e implementación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cual es la misión, metas y objetivos del programa?</li> <li>• Que financiamiento esta disponible?</li> <li>• Que servicios serán ofrecidos?</li> <li>• Que horarios de atención se están considerando?</li> <li>• Son estos horarios accesibles a mujeres, niños, hombres?</li> <li>• ¿Quienes son los potenciales socios en la comunidad?</li> <li>• ¿Que tipo de derivaciones hay disponibles en el área local (p. ej. médicos especialistas, programas de crisis para violaciones, refugios de emergencia, servicios especializados para niños)?</li> <li>• ¿Quien estará a cargo y que calificaciones requieren?</li> <li>• ¿ Se crearan protocolos formales ?</li> <li>• ¿ Los roles de ciertos proveedores serán claramente delineados (p. ej. enfermeras, médicos, trabajadores sociales, auxiliares de salud)?</li> <li>• ¿Cuanto personal se requiere?</li> <li>• ¿Quien va a conducir la educación y entrenamientos a los proveedores y los socios de la comunidad?</li> </ul>

Paso o estadio	Proceso de planificación	Consideraciones
4.	Evaluación del programa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Que instrumentos para el monitoreo y la evaluación se necesitan y quien los desarrollará?</li> <li>• ¿Que mecanismos de control de calidad se implementara para la atención de los niños que han experimentado violencia sexual y explotación ?</li> <li>• Como evaluará el programa los servicios que se están ofreciendo (p. ej. usando cuestionarios de satisfacción con los pacientes)?</li> <li>• ¿Cómo va el programa medir los resultados, el rendimiento y el tipo de servicios prestados (p. ej. el número de niños que han sufrido violencia sexual y explotación por mes, edades de los niños, sexo de los niños que son atendidos y número de niños que han sufrido violencia sexual y explotación y que regresan para el seguimiento. El número de programas de educación o capacitación a miembros de la comunidad o a los profesionales de la salud) ?</li> <li>• ¿ El programa como va evaluar los resultados de los pacientes (p. ej. el número de niños que han experimentado violencia sexual y explotación que han adquirido una ITS, el número de embarazos [incluida la información sobre edad, sexo del niño que accedió a los servicios de atención] resultantes de la violencia sexual y explotación) y el cumplimiento del paciente con el régimen de medicación recomendada?</li> </ul>

## EL ROL Y LA RESPONSABILIDAD DEL PROVEEDOR DE ATENCION DE SALUD

En los casos donde niños y adolescentes han experimentado violencia sexual y explotación, la responsabilidad del proveedor clínico va más allá de la atención médica del niño. Los proveedores tienen un papel que desempeñar en la prevención de la violencia sexual y la explotación, y deben estar preparados para ir a la corte para asegurar que haya consecuencias para los actos violentos en general, pero en contra de los niños en particular. A continuación se presentan las funciones y responsabilidades de los prestadores de servicios de salud en preparación y respuesta a los niños, niñas y adolescentes que han sufrido violencia sexual y explotación. Esta atención debe ser proporcionada en una manera confidencial e imparcial. Es función y responsabilidad del proveedor de atención médica:

- Proveer atención medica, que incluye tratamiento para lesiones, prevención de enfermedades a largo plazo, y consecuencias de la violencia
- Recolectar pruebas forenses
- Exámenes para la violencia sexual y explotación

- Comunicarse con los niños y adolescentes que han experimentado violencia sexual y explotación en una manera comprensiva y compasiva
- Reconocer el impacto que la violencia sexual y la explotación pueden tener a largo plazo en la salud y el bienestar
- Documentar la historia médica forense pertinente
- Documentar lesiones y conducir una evaluación física
- Analizar, aconsejar y tratar VIH y otras ITS
- Ofrecer PPE VIH
- Prevenir embarazos no deseados
- Llenar los formularios necesarios para la policía (de acuerdo al país)
- Proveer derivaciones a recursos con base comunitarias
- Derivar a otros establecimientos de atención y servicios (dependiendo de lo que el niño o adolescente necesite y quiera)
- Proveer testimonio en la corte de ser requerido

No es el rol del proveedor de atención en salud determinar si el niño o adolescente ha experimentado violencia sexual y explotación. Información detallada sobre el rol y la responsabilidad del proveedor de salud se encuentra en el Capítulo 3.

## **EDUCACION Y CAPACITACION DE LOS PROVEEDORES DE ATENCION DE SALUD**

Con el fin de establecer un estándar de referencia para la atención de los niños y adolescentes que han sufrido violencia sexual y explotación, los proveedores de atención de salud deben ser capaces de diferenciar entre mito y realidad. Varios niveles de educación se han establecido, en función de la disciplina del proveedor.

Por ejemplo, hay un programa nacional de Sudáfrica "Cuidando a los sobrevivientes de agresión sexual y violación: un programa de capacitación para los proveedores de atención de salud en África del Sur." Este currículo fue desarrollado usando un abordaje holístico para la atención y reconoce la importancia fundamental de satisfacer las necesidades básicas de salud en un esfuerzo por mitigar los daños potenciales de una agresión sexual. OMS recomienda que los trabajadores de la salud que proveen servicios médico-legales a niños que han experimentado violencia sexual y explotación deben recibir un entrenamiento especializado que apunte a los aspectos médico – legales de la provisión de servicios (OMS 2003). También detalla un programa educativo de la Asociación Internacional de las Enfermeras Forenses con un contenido detallado aquí. Independientemente de la disciplina, la educación debe incluir mínimamente:

- Contexto social de la violencia sexual y explotación
- Definiciones
- Provisión de servicios centrados en el niño

- La examinación médico forense en niños
- Interpretación adecuada de los hallazgos
- Régimen de tratamiento apropiado para niños pre púberes y adolescentes
- Dinámicas de la violencia sexual y explotación hacia los niños y los desafíos asociados a la revelación
- Técnicas apropiadas de acuerdo al desarrollo del niño para la toma de la historia
- Desarrollo del protocolo clínico
- Requisitos legales para la documentación
- Documentación de la examinación y el tratamiento
- Cuestiones respecto al consentimiento informado
- Evitando la presión de otras disciplinas
- Marco legal local
- Control de calidad y revisión de pares
- Requisitos legales para los proveedores (informar, etc.)
- Derivación a los servicios pertinentes para los niños, niñas, adolescentes y cuidadores disponibles en la comunidad
- Educando a otras disciplinas en el rol del proveedor médico
- Prevención, identificación y manejo del trauma secundario.

Además de la educación inicial, los proveedores de la salud también deben tener la oportunidad de seguir su educación y formación y participar en el control de calidad y en el proceso de revisión por parte de sus colegas. Una adecuada formación en la dinámica de la violencia sexual y explotación hacia niños y adolescentes es esencial para el personal de la salud para prevenir daños potenciales a los niños y sus familias por falta de un diagnóstico o por sobre diagnosticar.

Los proveedores de la atención de la salud deben ser entrenados utilizando principios de la educación para adultos, y métodos como aprendizaje participativo, reflexión crítica, discusiones, pequeños grupos de trabajo, estudios de casos, demostraciones y juegos de roles. En lo posible, los capacitaciones deben realizarse en las mismas clínicas, utilizando proveedores con experiencia en el cuidado de los niños y adolescentes que han sufrido violencia sexual y explotación.

Es esencial que los trabajadores se mantengan objetivos y lo más libre posible de cualquier prejuicio o parcialidad en el cuidado de los niños, niñas y adolescentes que han sufrido violencia sexual y explotación. Es posible proveer un servicio objetivo y sin necesidad de sacrificar la compasión o sensibilidad.

En muchos casos, el sexo del proveedor de salud puede ser un tema crítico. Los directores y gerentes de los establecimientos de atención de salud deben asegurar que haya enfermeros y enfermeras, médicos y médicas disponibles en la medida de lo posible, y deben ser motivados a recibir capacitación en la atención de niños que han experimentado violencia sexual y explotación.

## **EDUCACION DEL USO DE LA LEY**

En la mayoría de los países, las normas de atención en combinación con protocolos locales, normas o leyes rigen la prestación de servicios médicos forenses para niños que han experimentado la violencia sexual y explotación. El no cumplimiento con las regulaciones locales puede comprometer futuras investigaciones o actuaciones judiciales y poner en peligro la seguridad del niño. Por esta razón, es imprescindible que los trabajadores de la salud tengan una buena comprensión de los cuidados necesarios, así como los protocolos locales, reglas y leyes que impactan a los niños que han sufrido la violencia sexual y explotación.

Igualmente importante es la respuesta de la aplicación de ley a los niños y adolescentes que han sufrido violencia sexual y la explotación que hace que la investigación y enjuiciamiento de la violencia sexual infantil y la explotación sean una prioridad. Por lo general, se trata de la policía trabajando en estrecha colaboración con los servicios sociales, familias y otros recursos comunitarios.

## **REPORTAR SOBRE LA VIOLENCIA SEXUAL Y EXPLOTACION HACIA LOS NIÑOS**

Cada comunidad tiene su propio conjunto de leyes y políticas que rigen cómo y a quién se debe reportar un informe sobre la sospecha de explotación y violencia sexual. La mayoría de las comunidades tienen una estructura de informe obligatorio para profesionales que trabajan con niños, y en muchas jurisdicciones el no reportar constituye un crimen. Por lo general, la ley determina que la presentación de informes de la actual violencia es investigada por los investigadores, no por la persona que informa sobre el crimen. Es fundamental que los proveedores sean conscientes de las leyes locales que rigen la presentación de violencia sexual y la explotación contra los niños. Si no hubiese leyes locales o políticas en el lugar en relación a informar e investigar violencia sexual y explotación hacia los niños, el profesional de la salud junto a otros agentes de servicios como bienestar social y protección al menor, necesitarían determinar cual es curso de acción mas efectivo para tratar de proteger al niño de futuras situaciones de violencia sexual y explotación, ver el Cuadro 3.

### **Cuadro 3. RECOMENDACIONES PRIORITARIAS**

Los siguientes elementos son parte integral de la provisión de servicios de calidad para niños que han experimentado violencia sexual y explotación y deben ser implementados en cualquier establecimiento que busque satisfacer las necesidades y derechos de estos niños.

- Mecanismos de presentación de informes de violencia sexual y explotación de niños a la justicia penal y las autoridades de protección infantil
- Procedimientos/protocolos/documentación aceptadas para recolectar, guardar y transportar muestras de evidencia
- Provisión de AE donde sea legal
- Prueba rápida de VIH y provisión de PPE VIH
- Formularios legales/documentación requerida que sea admitida en la corte
- Médicos (enfermeras, oficiales clínicos) legalmente facultados para realizar el examen/firmar formularios policiales/dar pruebas de evidencia médica en la corte
- Requisitos del niño para recibir examen médico-legal
- Comprensión de que tipo de evidencia es admisible en la corte para casos de abuso sexual y explotación en niños, que pueda ser recolectada por personal médico (sangre, orina, ropa, cabello, fibras). Conocimiento de la disponibilidad de análisis de evidencia
- Las personas que recolectan o tratan las pruebas de evidencia tienen el conocimiento del mantenimiento adecuado de la cadena de custodia
- Conocimiento si el informe policial es necesario previo a la examinación, y de ser este el caso, como obtener el formulario de documentación para la examinación
- Disponer de los formularios policiales necesarios en el establecimiento para documentar de ser necesario
- Identificar a la persona responsable de coleccionar u formar el formulario y enviarlo a la policía (p. ej. en Kenya es la persona que ha experimentado la violencia sexual y explotación)
- Conocer los costos (en caso de haber alguno) para los servicios forenses, pruebas de laboratorio o formularios necesarios.

## **COLABORACION CON OTROS SERVICIOS**

Es importante que los trabajadores de atención de la salud que atienden a los niños que han sufrido violencia sexual y explotación, colaboren con los organismos de aplicación de la ley y el poder judicial, los servicios de bienestar social, los centros de crisis para casos de violación, organizaciones no gubernamentales, organizaciones que representan a las personas con discapacidad, y otros organismos que pueden ser capaces de ayudar a satisfacer las necesidades complejas y los derechos de los niños y adolescentes que han sufrido violencia sexual y explotación. Trabajando en colaboración con este tipo de red, se puede contribuir a la supervisión de la prestación de servicios, la seguridad de los niños, y la formación de otras disciplinas. La función principal del proveedor es la prestación de servicios de atención en salud, pero también deben reconocer su papel como parte integrante de un equipo que se encarga de proporcionar una serie coordinada de los servicios a los niños y adolescentes que han sufrido violencia sexual y explotación. Otros miembros del equipo interdisciplinario deben incluir:

- Personal de Consejería
- Defensores de crisis/ apoyo basado en la comunidad
- Proveedores de servicios de Bienestar Social /Protección al menor
- Lideres religiosos
- Gerentes de Hospital
- Personal de farmacia
- Laboratorios médicos y forenses

# MANEJO MEDICO FORENSE DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES QUE HAN EXPERIMENTADO VIOLENCIA SEXUAL Y EXPLORACION

El acceso a la atención de salud especializada y el tratamiento, es un componente esencial del cuidado holístico para los niños que han experimentado violencia sexual y explotación. Los proveedores de atención de salud deben estar preparados para responder en forma profunda y compasiva a los individuos, incluidos niños que han experimentado violencia sexual y explotación.

El personal de salud debe estar entrenado en la atención clínica de los niños que han experimentado violencia sexual y explotación, y contar con el equipo necesario y los materiales para proveer tratamiento (IRC UNICEF 2011).

La evaluación en niños para la violencia sexual y explotación incluye:

- Obtención del consentimiento informado
- Obtención de la historia de todas las fuentes apropiadas
- Realizar exámenes físicos
- Tratamiento de lesiones
- Recolectar evidencia forense
- Ofrecer tratamiento presuntivo para ITS
- Ofrecer consejería y pruebas para VIH
- Ofrecer tratamiento preventivo para VIH
- Prevención del embarazo
- Proveer apoyo y seguimiento psico-social

De ser posible, el examen médico forense se debe llevar a cabo por un examinador quien este entrenado en habilidades de comunicación de acuerdo a las etapas de desarrollo y que este capacitado y calificado para la atención y el tratamiento de niños que han sufrido violencia sexual y explotación. Consulta con un especialista en violencia sexual y explotación hacia los niños o en un centro de evaluación (si es que existen) puede ser útil cuando se trata de casos difíciles o en los casos

que se producen en el contexto de otros problemas familiares como violencia intrafamiliar o abuso de sustancias (ECSA-HC 2011).

## **SIGNOS Y SINTOMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y ABUSO EN NIÑOS**

La violencia sexual y la explotación pueden ocurrir a lo largo de la infancia y en diferentes contextos, culturas y clases/castas. Los proveedores de servicios deben estar alerta ante los signos y síntomas que puedan sugerir que la violencia sexual y explotación ha tomado lugar.

Signos y síntomas típicamente caen en categorías físicas o de comportamiento, pero ningún signo o síntoma debe utilizarse de forma aislada para sugerir que hubo violencia sexual y explotación.

Un número significativo de niños que han experimentado violencia sexual y explotación no presentan ningún síntoma o signo de violencia sexual y explotación. La conducta sexual en los niños puede ir en un rango de normal a abusiva, por lo tanto es importante que los clínicos comprendan que es lo que debe ser apropiado de acuerdo al nivel de desarrollo del niño (ver Tabla 5), y como otro tipo de situaciones de estrés o trauma pueden estar impactando al niño (p. ej. guerra, muerte en la familia, etc.) (Friedrich et al. 2001; Silovsky y Niec 2002).

**Tabla 5. Conductas sexuales comunes en todos los niños (Hagan et al. 2008) (AAP 2005)**

<b>Estadio de desarrollo</b>	<b>Conducta sexual común</b>
<b>Pre escolar (menor de 4 años)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explorar y tocar las partes privadas, en público y en privado</li> <li>• Rozar las partes privadas (con la mano o contra objetos)</li> <li>• Mostrar las partes privadas a otras personas</li> <li>• Tratar de tocar los pechos de la mamá o de otras mujeres</li> <li>• Sacarse la ropa y desear estar desnudo/a</li> <li>• Intento de mirar a otras personas cuando estén desnudas o desvistiéndose (como en el baño)</li> <li>• Hacer preguntas acerca de su propio órgano y los de los demás y los fluidos corporales</li> <li>• Hablar con otros niños de su edad acerca de las funciones del cuerpo tales como hacer “popo” y “pipi”</li> </ul>
<b>Niños pequeños (4 – 6 años)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tocarse las partes privadas a propósito (masturbación), ocasionalmente en presencia de otros</li> <li>• Intento de mirar a otras personas cuando están desnudas o desvistiéndose</li> <li>• Imitar el comportamiento de una pareja (tal como besar o tomarse las manos)</li> <li>• Hablar sobre las partes privadas usando vocabulario “pícaro” aun cuando no comprenden el significado</li> <li>• Explorar las partes privadas con otros niños de su edad (como “jugando al doctor”, “te muestro mis partes si me muestras las tuyas”, etc.).</li> </ul>

Estadio de desarrollo	Conducta sexual común
<b>Edad escolar (7 – 12 años)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tocarse las partes privadas a propósito (masturbación), generalmente en privado</li> <li>• Jugar juegos con niños de su edad que involucran conducta sexual (tal como “el juego de la botella”, “jugando a la familia”, o “novia/novio”)</li> <li>• Intentar ver a otras personas desnudas o desvistiéndose</li> <li>• Mirar imagines de personas desnudas o parcialmente desnudas</li> <li>• Mirar/ escuchar contenido sexual en medios de comunicación (televisión, películas, juegos, Internet, música, etc.)</li> <li>• Desear tener mas privacidad (p. ej., no querer desvestirse enfrente de otras personas) y mostrase resistente a hablar de temas sexuales con adultos</li> <li>• Principio de atracción sexual/ interés en sus pares</li> </ul>

Una tabla con las conductas sexuales en niños pequeños se encuentra en el Anexo 14. El cuadro 4 contiene una lista de las indicaciones físicas que pueden implicar preocupación de violencia sexual y explotación.

<p><b>Cuadro 4.</b>  <b>INDICACIONES FISICAS VINCULADAS CON POSIBLE ABUSO SEXUAL</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Embarazo en una niña que no este legalmente en condiciones de dar consentimiento para actividad sexual</li> <li>• ITS en un niño que ya pasó la etapa de haberla adquirido vía perinatal</li> <li>• Dolor, lesiones, sangrado, lastimaduras, y perdidas en los genitales en un niño pre púber</li> <li>• Revelación de violencia sexual y explotación por un niño o adolescente</li> </ul>
--

## **FORMAS CONCURRENTES DE VIOLENCIA**

Los niños que experimentan violencia sexual y explotación pueden estar también expuestos a otras formas de violencia (emocional, física, negligencia, etc.) en la familia o en el ambiente. Es importante que los proveedores estén atentos a esto y busquen otras formas de violencia durante la examinación.

La coordinación y colaboración entre disciplinas es un componente necesario para la planificación segura de un niño o adolescente que ha experimentado violencia sexual y explotación para asegurarse que no continúe estando expuesto.

## **PROVISION DE ATENCION DE CUIDADOS**

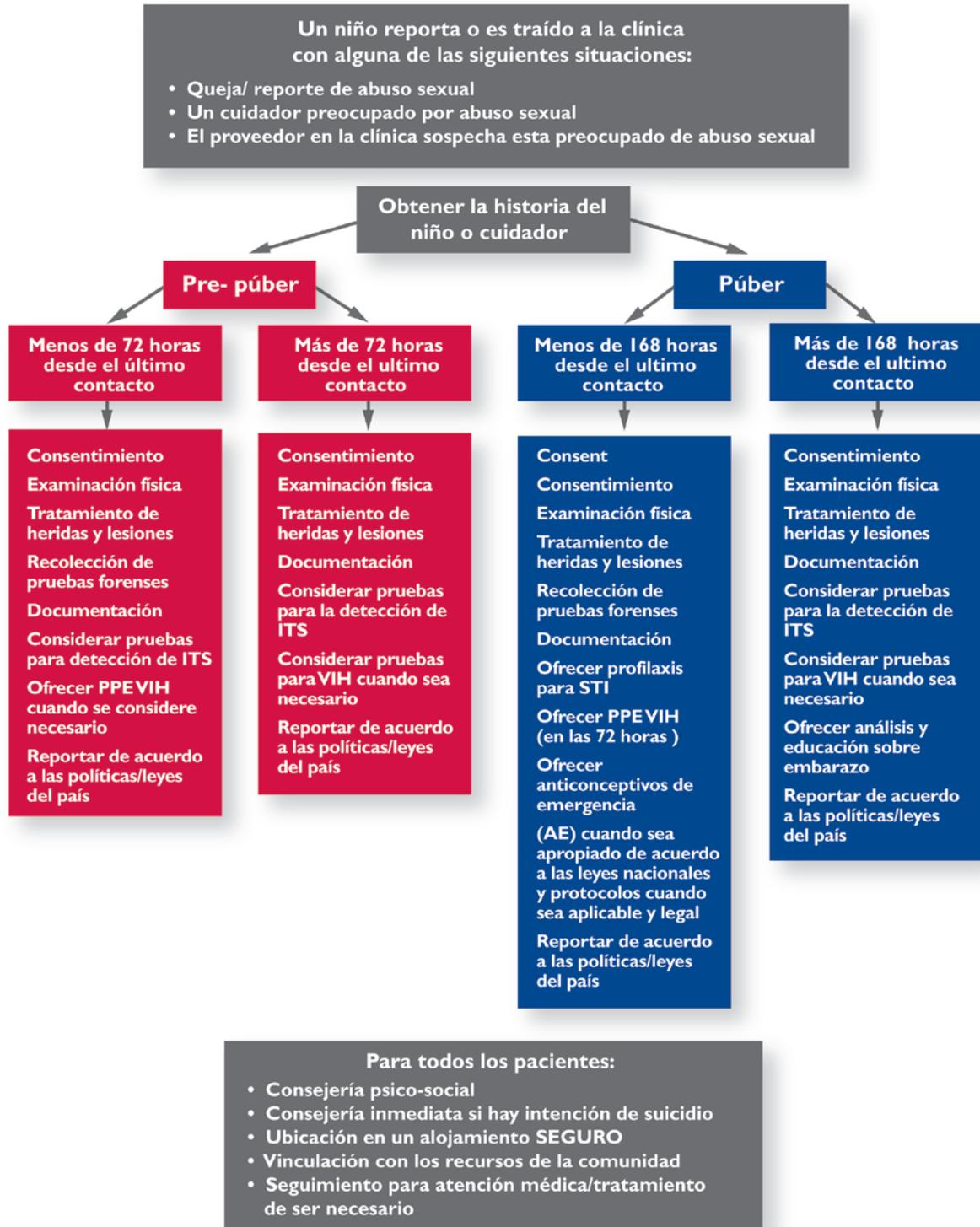
En los casos de violencia sexual y explotación de niños y adolescentes es necesario comprender la distinción entre la población pre púber y los adolescentes. Lastimaduras genitales son raras en niños pre púberes, y en la población de estos pacientes, una examinación con espejulo no es garantía en la mayoría de las circunstancias. Evidencia en ADN no se encuentra después de las 72 horas post agresión en el cuerpo del pre púber, pero es mas común encontrarlo en las ropas (Christian et al. 2000). Sin embargo, en el adolescente o población post púber, hay un aumento en el riesgo de que ascienda una infección pélvica que rara vez existe en pre púberes, garantizando un examen pélvico completo. Evidencia en la vagina y el cuello del útero puede ser hallado hasta 7 días o 168 horas luego de la agresión sexual (Facultad Forense, Legal y de Medicina 2011).

La urgencia de la atención médica es determinada por la presentación del paciente, presencia de lesiones, y tipo de agresión sexual. Es importante que todos los proveedores de salud reconozcan la urgencia del tratamiento de las lesiones por encima siempre de la recolección de evidencias. Típicamente los niños y adolescentes que han experimentado violencia sexual y explotación caen en dos categorías: aguda y no aguda. La clave para determinar correctamente a que categoría corresponde esta relacionado con el capacitación que tenga el proveedor de servicio que inicialmente interactúa con el niño. Es crítico recordar que cada niño es único con necesidades y preocupaciones individuales. Los proveedores de salud deben estar abiertos a estas necesidades.

Hay que estar atentos a que muchas lesiones graves que pueden poner en peligro la vida, pueden no ser físicamente visibles o ni siquiera asociadas a dolor (p. ej. sangrado interno del estomago o el cerebro, lesiones en la estructura del cuello debido a casos de estrangulación, fistula, etc.). Una historia y un examen completo son siempre los estándares mínimos de atención. Toda atención médica debe ser realizada utilizando equipo de protección para el personal de modo de minimizar los riesgos de exposición a sangre y demás patógenos. Los guantes deben ser usados durante la examinación y cambiados frecuentemente, de modo de evitar contaminación cruzada con los materiales de evidencia.

Un algoritmo mostrando el típico flujo grama de atención en el manejo clínico de un niño que ha pasado por la violencia sexual y explotación, se muestra en la figura próxima.

**Figura 2. Algoritmo de Atención**



## EXAMINACIONES AGUDAS

Dependiendo de la naturaleza y las circunstancias de la violencia sexual y la explotación, así mismo las preferencias del niño, si el incidente ocurrió en las últimas 168 horas en la población adolescente o en las últimas 72 horas en el pre púber, provisión de atención médica y recolección de evidencia deben ser ofrecidas.

Las necesidades inmediatas médicas/forenses son las siguientes:

- **Estabilización médica/ tratamiento de lesiones o dolores agudos:** En algunas circunstancias la naturaleza de la lesión (p. ej., huesos fracturados, heridas, o lesiones internas) van a requerir intervención médica inmediata.
- **Prevención del VIH:** El riesgo del VIH puede ser reducido si el niño es evaluado para el VIH y se le ofrece profilaxis post – exposición dentro de las 72 horas de la agresión sexual.
- **Prevención del embarazo:** El riesgo de embarazo no deseado puede reducirse si a la niña se le ofrece (Tanner estadio III y arriba) anticoncepción de emergencia dentro de las 120 horas de la agresión sexual.
- **Recolección de evidencia:** Si un adolescente (comienzo de la menstruación en las niñas, Tanner III en los niños [ver Anexo 3]) ha sido agredido/a dentro de las 168 horas de la examinación, la recolección de pruebas de evidencia debe ser ofrecido como parte de la provisión de los servicios. Si un niño pre púber ha sido agredido dentro de las 72 horas del examen, la recolección de pruebas de evidencia debe ofrecerse como parte de la provisión de los servicios.

## EXAMINACIONES NO AGUDAS

Independientemente del momento en que niños y adolescentes se presentan en el servicio de salud, si han revelado alguna situación de violencia sexual y explotación, van a requerir atención médica debido a las consecuencias asociadas para la salud. Las pruebas de ADN típicas, no se justifican pasadas las 168 horas del incidente.

# MANEJO DEL NIÑO QUE HA EXPERIMENTADO VIOLENCIA SEXUAL Y EXPLOTACION

## COMUNICACION CON NINOS QUE HAN EXPERIMENTADO VIOLENCIA SEXUAL Y EXPLOTACION

Para que la provisión de servicios sea efectiva, compasiva y hecha desde el corazón, el proveedor de servicios debe contar con el conocimiento apropiado, la actitud y las destrezas necesarias para comunicar confianza, confort y atención hacia el niño. Es a través de la dinámica en el proceso de la comunicación (verbal y no verbal) que las relaciones positivas se pueden desarrollar y ayudar a sanar.

La habilidad de poder comunicarse con el niño efectivamente es fundamental para compartir información, y también para alentar a futuras comunicaciones. Información veraz y confiable puede empoderar a los niños en su involucramiento en la siguiente toma de decisiones.

Los proveedores de salud a cargo de casos de niños que han experimentado violencia sexual y explotación deben esforzarse por comunicarse en forma apropiada de acuerdo al estadio de desarrollo del niño. Pese a que existen técnicas específicas para la toma de la historia, estas deben ser adaptadas de acuerdo a la edad y el estadio de desarrollo del niño, algunos principios fundamentales están delineados aquí para ayudar a guiar la comunicación, independientemente de la edad, sexo o contexto cultural del niño (IRC UNICEF 2012).

### **Principios fundamentales de la comunicación**

- Trate al niño con respeto y dignidad durante toda la examinación, independientemente de su estatus social, etnicidad, cultura, orientación sexual, estilo de vida, sexo u ocupación
- Salude al paciente por su nombre favorito
- Preséntese al niño y explíquele su rol usando lenguaje apropiado de acuerdo a su etapa de desarrollo
- Manténgase calmado/a durante la entrevista
- Evite mostrarse apurado/a
- Mantenga contacto visual tanto como sea apropiado culturalmente
- Sea empático y no prejuicioso/a
- Evite hacer asunciones acerca de la conducta no verbal de los niños en todas las etapas del desarrollo
- Evite hacer asunciones acerca del modo en que el niño se siente respecto del perpetrador o de los actos de agresión sexual y explotación (p. ej. que las situaciones fueron dolorosas, que el niño odia al perpetrador)
- Hable a la altura de los ojos o debajo
- Establezca confianza con el niño al conversar de otros temas no relacionados con la visita (p. ej. la escuela, animales, hermanos, etc.)

### **Técnicas de comunicación**

Los niños menores de 4 años de edad generalmente no están en condiciones de dar una historia detallada. Generalmente la historia es obtenida a través del cuidador que se presenta con el niño, pero no se le solicita información al niño. Sin embargo, el niño puede espontáneamente revelar información al proveedor durante la examinación. Estas declaraciones espontáneas deben ser registradas por el proveedor entre comillas.

- Cuando sea apropiado en relación al estadio de desarrollo del niño, la toma de la historia debe ser realizada solo con el proveedor – sin otros adultos presentes.
- Cada vez que sea posible, preguntas abiertas deben ser usadas. Ejemplos de preguntas abiertas son: “¿Sabes por qué estas hoy aquí?”, “¿Podrías contarme mas acerca de...?”, “¿” Que quieres decir con.....? “

- Preguntas guiadas son aquellas donde el proveedor sugiere una respuesta y deben ser evitadas. “¿Él te puso sus manos en tus pechos?” es un ejemplo de una pregunta guiada. Para hacer la pregunta no- guiada, se podría decir, “¿Que parte de tu cuerpo fue tocada?”
- Dele opciones al niño de hacer elecciones durante la entrevista (p. ej. “Preferirías esta manta o aquella manta?”). Esto permite al niño recuperar el control y sentirse empoderado.
- Evite usar las palabras “porque” o “como es posible” debido a que tienden a asignar culpa en el niño.
- Haga una pregunta a la vez.
- Evite el uso de proposiciones. Los niños pueden no comprender conceptos como adentro, afuera, arriba, abajo, etc.
- Los niños pequeños no tienen noción adecuada del tiempo, por lo tanto no se les debe preguntar en relación a cuando algo les sucedió a ellos.

Otras consideraciones en relación a la toma de historia en niños pequeños se pueden ver en la Tabla 7.

## **CONSENTIMIENTO**

Es importante que los proveedores reconozcan que el consentimiento es un proceso que continua durante la examinación y el tratamiento. Pese a que casi siempre hay un documento formal firmado, el consentimiento puede ser retirado en cualquier momento. Se debe considerar la capacidad y la edad del niño para determinar quién puede consentir para el examen de un niño (Sociedad de Protección Médica 2011). Si el niño no tiene la edad legal para consentir el tratamiento médico en el país donde se da el caso, entonces un padre, guardián o alguien que tenga el poder deberá dar el consentimiento. Es fundamental que los proveedores entiendan las leyes nacionales en relación al consentimiento antes de dar el tratamiento para asegurar la adhesión a los derechos del niño. Debiera haber un protocolo o políticas en el establecimiento explicando como obtener el poder de consentimiento cuando el niño/padre o guardián no pueden o no desean dar el consentimiento. Esto puede incluir la obtención de un representante legal. El Anexo 5 contiene más información sobre el consentimiento y aceptación durante la examinación.

El consentimiento para el examen, debe incluir información sobre la recolección y la disposición de las muestras forenses que se recogen en el curso de la examinación. El formulario de consentimiento debe incluir quiénes participan del proceso (p. ej., la policía, quienes hacen cumplir la ley y otras autoridades encargadas de la investigación) y la información y a quien se les dará las muestras obtenidas durante el examen. Los formularios de consentimiento se muestran en el Anexo 5.

## **EL ROL DE LOS NIÑOS**

Ofrecer a los niños información sobre lo que sucederá y que tengan oportunidad de expresar sus pensamientos, los ayuda a sentirse más seguros durante la atención y el tratamiento.

Los derechos de los niños en la toma de decisiones, están basados en las leyes locales y la política de los proveedores de servicios (IRC UNICEF 2012). El rol del niño en el proceso del consentimiento depende de las leyes locales y la política, pero también de la edad y el estadio de desarrollo del niño o adolescente recibiendo tratamiento.

- Los niños pre-púberes habitualmente se les solicita confirmación para la examinación, mas que consentimiento formal, y en general obtenido del padre (no perpetrador) o guardia.
- Los adolescentes son requeridos de ambos, confirmación y consentimiento para la examinación y el tratamiento. De todos modos, los exámenes no deben ser llevados a cabo a menos que sean confirmados por el niño o el adolescente. Esto significa que un niño nunca debe ser forzado y obligados a cumplir con la evaluación médico forense, lo cual puede causar más daños y traumas.

## TOMA DE LA HISTORIA MÉDICA - FORENSE

El propósito de la historia médica – forense es obtener toda la información médica y psico-social relevante relacionada a la salud del niño, así mismo las circunstancias específicas cuando ocurrió la agresión. Previo a obtener toda la historia relevante médica y del incidente, es fundamental que el proveedor establezca una comunicación efectiva con el niño. Como la capacidad de comunicación del niño cambia dramáticamente de acuerdo a la etapa del desarrollo, es muy importante el conocimiento y el nivel de comodidad que tenga el proveedor con estas etapas del desarrollo, ya que esto jugara un rol importante en la atención del niño. Ver Tabla 6 para algunas consideraciones generales en la toma de la historia con niños. Un ejemplo de formulario para la historia puede ser encontrado en el Anexo 10 y una descripción de trabajo para el manejo médico puede ser encontrado en el Anexo 8.

**Tabla 6. Consideraciones para la toma de la historia**

<b>Estadio de desarrollo</b>	<b>Consideraciones para tomar la historia</b>
<b>Bebes/Niños/ Jardín de Infantes (nacimiento hasta los 4 años de edad)</b>	<p>Los niños en este grupo etario carecen de habilidades verbales o son muy limitadas, por lo tanto no se les debe solicitar que relaten ninguna historia (ver técnicas de comunicación abajo).</p> <p>Adultos y cuidadores (no perpetradores) que se presentan con el niño para la atención, deben ser las primeras fuentes de información acerca del niño y la sospecha de violencia sexual y explotación.</p>
<b>Niños en edad escolar (5–9 años de edad)</b>	<p>Los niños en este rango de edad, deben proveer la historia en la medida de lo posible.</p> <p>Los cuidadores, padres, y guardianes pueden contribuir con información suplementaria pero no deben estar involucrados en la toma de la historia a menos que el niño se niegue a ser separado.</p> <p>Los proveedores deben usar preguntas no guiadas (ver técnicas de comunicación arriba)</p>

<p><b>Adolescentes tempranos y tardíos (10–18 años de edad)</b></p>	<p>Los niños en este rango de edad deben proveer su propia historia.</p> <p>Cuidadores, padres y guardianes no deben estar involucrados en la toma de la historia para permitir que el niño exprese su propio punto de vista sobre lo que le ocurrió.</p> <p>Los padres o guardianes pueden inhibir a niños en este rango de edad de poder compartir toda la información.</p>
<p><b>Circunstancias particulares</b></p>	<p>Consideraciones para la toma de la historia</p>
<p><b>El niño que no habla</b></p>	<p>Si el niño no puede o no le habla al proveedor, este deberá continuar hablando con el niño, y explicarle el procedimiento para la examinación, pero no tener expectativas que el niño le contara su historia.</p> <p>No es inusual que un niño que inicialmente no habla, comience a hablar en la medida en que avanza la examinación y comienza a sentirse más cómodo con el proveedor.</p> <p>Es posible que se presenten niños que no han experimentado violencia sexual y explotación.</p> <p>Algunos niños pueden no querer hablar sobre la violencia sexual y explotación - forzarlos a hablar acerca de esto puede traumatizarlos y no debe hacerse.</p>
<p><b>Niños con discapacidades</b></p>	<p>La comunicación con niños con discapacidades debe ser realizada de una manera en que se sientan mas cómodos (p. ej. lenguaje de signos, Braille, lenguaje sencillo/ imágenes, o recursos auditivos).</p> <p>Nunca se debe suponer que porque un niño tenga algún tipo de discapacidad no sea capaz de comunicarse.</p> <p>Algunas discapacidades afectan la forma en que los niños y adolescentes se comunican. Puede ser difícil de entenderlos, y es difícil para ellos comprender a los demás, esto puede dar lugar a malentendidos que dificultan aún más comprensión.</p> <p>Es importante recordar que los niños con discapacidades están a mayor riesgo de violencia sexual y explotación.</p>

<p><b>Mutilación genital femenina/Ablación (MGF)</b></p>	<p>Es importante respetar que algunos niños con discapacidad pueden querer compartir o exponerse con un extraño.</p> <p>Es importante considerar el mejor interés para el niño y no usar la fuerza cuando un niño con discapacidad no puede comunicarse por si mismo..</p> <p>Niñas con MGF deben ser examinadas igual que aquellas que no lo hayan pasado por esta practica (ver Glosario de Términos – Médicos de OMS para las definiciones de MGF/A).</p>
--	--

La historia medica – forense puede guiar el proceso de recolección de evidencia. Esto permite el desarrollo de un correcto plan de atención. En los niños casi toda la información debe ser obtenida de un padre, cuidador, o guardián; sin embargo, en la medida que el estadio de desarrollo lo permita, la historia de violencia sexual y explotación debe ser obtenida directamente por el niño o adolescente. Sugerencias de modos de tomar la historia con un niño pueden ser encontradas en el Cuadro 5.

El procedimiento para tomar la historia debe ser similar al de la toma de cualquier historia médica:

- Queja principal
- Historia de las enfermedades presentes
- Revisión de los sistemas
- Historia médica pasada, incluida cualquier historia de MGF o exámenes previos de violencia sexual y explotación
- Historia familiar y social

**Cuadro 5.**

**MODOS DE COMENZAR UNA SESION PARA LA TOMA DE LA HISTORIA**

- “Mi nombre es Juana, soy doctora. Mi trabajo es asegurar que estés muy bien.”
- “Podrías decirme tu nombre?”
- “Que edad tienes?”
- Revise el conocimiento que el niño tiene de las partes del cuerpo  
 “Como llamas esto?” Señale la oreja del niño.  
 Continúe de esta manera hasta que el niño haya mencionado la mayor parte de su cuerpo, incluidos los genitales. Use el lenguaje de los niños cuando les hable de las partes de su cuerpo.
- “Sabes por que estas aquí hoy?”
- “Te duele alguna parte?”

Las limitaciones en el tiempo para la toma apropiada de la historia, están dadas por la falta de atención debido a la edad y la fase de desarrollo. Consciente de esta limitación y reconociendo que hay variaciones individuales en los niños, no hay ningún "estándar" en el límite de tiempo ni recomendaciones sobre cantidad de tiempo para la toma de historia de los niños. Como regla general, la toma de la historia con niños no debiera llevar más de una hora.

Cuando se haya completado la historia, el proveedor puede ayudar al niño a prepararse para la examinación al conversar sobre los procedimientos, practicando las posiciones en que se le pedirá al niño que se ubique, y afirmarle al niño que el examen es para asegurarse que el/ella este "muy bien".

## **EVALUACION PSICOLOGICA**

La evaluación psicológica del niño debe incluir el estadio de desarrollo del mismo, y cualquier signo de angustia que el niño pueda haber experimentado como resultado de la violencia sexual y explotación.

A menudo pueden haber experimentado presión psicológica, amenazas de violencia física, y coerción para haber participado en la violencia sexual y explotación. Los niños que han experimentado violencia sexual y explotación necesitan sentir que están en un contexto seguro, y el proveedor debe asegurarse que el niño no se sienta apurado o de prisa durante la examinación. Los niños que han experimentado violencia sexual y explotación deben ser evaluados para (OMS 2003):

- Signos de depresión
- Ansiedad
- Síntomas asociados al desorden de estrés post traumático como ser evitar, adormecido o demasiado alerta
- Conducta sexual inapropiada
- Perdida de competencia social
- Daño cognitivo
- Abuso de sustancias
- Alteraciones en la imagen corporal
- Ideas suicidas

## **EXAMINACION FISICA Y ANO GENITAL**

Pese a que hay un deseo de poder separar el componente médico del forense durante la examinación, no es posible. Los componentes forenses o de evidencia del examen, de existir deben ser incorporados en todos los aspectos de la atención médica de modo de proveer una atención coherente. Por esta razón, todos los proveedores deben estar listos para incorporar toda la evidencia recolectada en la examinación como parte del procedimiento.

De igual importancia es el hecho que el proveedor este interesado en el niño en su totalidad, no solo en sus genitales. Por este motivo, la atención del proveedor debe estar focalizada en la evaluación de cabeza a pies en forma detallada, y rever los sistemas antes de realizar el examen genital (Ver Anexo 6).

Al realizar el examen de cabeza a pies en los niños es importante incluir lo siguiente:

- Registrar la altura, peso del niño, así como la medida de la circunferencia de la cabeza en niños menores de 3 años.
- Registrar el estadio sexual según Tanner en ambos sexos (ver Anexo 3).
- Evaluar cualquier lesión o enfermedad en proceso en todas las superficies de la piel, incluidas las plantas de los pies, detrás de las orejas, las axilas, los ojos y la cavidad oral/boca.
- Documentar el tamaño, ubicación, color, y tipo (lastimadura, lesión, etc.) de cualquier herida o enfermedad; de ser posible documentar con fotos.
- Documentar cualquier herida o enfermedad en proceso.

Una vez que una revisión total del sistema haya ocurrido, el proveedor puede focalizarse en el examen ano genital de acuerdo al estadio de desarrollo del niño. Una lista útil de términos médicos es incluida en este documento.

## EXAMINACION DE LA NIÑA PRE PUBER

Muchos proveedores poco familiarizados con las exámenes para violencia sexual y explotación, creen que serán traumáticas para los niños. Por este motivo, sugerencias tales como medicar, sedar o incluso mantener con fuerza al niño deben ser discutidas. De hecho, muy pocas veces los niños requieren ser sedados para la examinación. En la mayoría de los casos se les enseña a los niños las técnicas del examen y obedecen los pedidos del proveedor que esta a cargo de la examinación, una vez que ha establecido una buena comunicación con el niño.

Para niños pre púberes, el examen debe estar focalizado en la parte externa de los genitales.

**Generalmente hablando, no se debe usar el espejo ni hacer un examen digital <sup>11</sup> en niñas pre- púberes.** Indicaciones para un examen interno en niñas esta detallado en el Cuadro 6.

### **Cuadro 6.**

#### **INDICACIONES PARA EXAMEN INTERNO CON ESPÉCULO PARA NINAS PRE PUBERES**

- Sangrado por el orificio de la vagina
- Sugerencia que un objeto externo pueda estar presente en la vagina
- Lesión externa genital que pueda requerir una cirugía para ser reparada

---

<sup>11</sup> Examen digital no es indicado en niñas post púberes

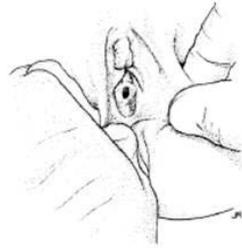
Generalmente hablando, si un examen interno es requerido, se debe considerar la anestesia o sedante.

**Tabla 7. Posiciones y técnicas para la examinación**

<b>Posición para el examen / Técnica</b>	<b>Descripción</b>
<b>Posición de pata de rana cubito - supina</b>	La niña esta sobre la mesa de examen o sobre el regazo de una persona con los pies juntos y las rodillas ligeramente separadas. Permite una buena visualización de los labios,y facilidad para la separación labial y para las técnicas de tracción.
<b>Pechos y rodilla en cubito supino</b>	El niño esta sobre la mesa de examen o sobre el regazo de una persona, con los pies y rodillas juntas, sosteniendo las rodillas en el pecho (puede necesitar ayuda). Permite una buena visualización del ano y las membranas de los alrededores.
<b>Posición para el examen / Técnica</b>	<b>Descripción</b>
<b>Posición pechos – rodilla prono (boca abajo)</b>	El niño esta sobre la mesa de examen en posición decúbito prono. Cabeza y el torso queden a ras de la mesa, las rodillas separadas y las nalgas hacia arriba. Permite una excelente visualización del ano, los tejidos circundantes, y la cavidad rectal en dilatación. Con el uso de la separación labial y la tracción (en caso de niñas) , permita la evaluación y confirmación de discrepancia himeneal mientras el niño estaba en posición decúbito supino pata de rana.
<b>Separación labial</b>	Con la niña en posición de cúbito supino de pata de rana, el proveedor suavemente separa los labios de la niña con las manos enguantadas para la visualización de las estructuras genitales.
<b>Tracción labial</b>	<p>Con la niña en posición de cúbito supino pata de rana, el proveedor retiene ligeramente labios mayores bilateralmente entre el pulgar y dedo índice con las manos enguantadas, tirando hacia si mismo/a y hacia abajo y hacia el ano de la niña. El examinador debe prestar atención especial a la zona posterior de la horquilla, antes, durante y después del examen ya que una lesión inducida durante el examen puede ocurrir.</p> <p>Con la niña en posición de prono rodillas – pecho, proveedor retiene ligeramente labios mayores bilateralmente entre el pulgar y dedo índice con las manos enguantadas, tirando hacia si mismo/a y hacia abajo y hacia el ano de la niña. El examinador debe prestar atención especial a la zona posterior de la horquilla, antes, durante y después del examen ya que una lesión inducida durante el examen puede ocurrir.</p>

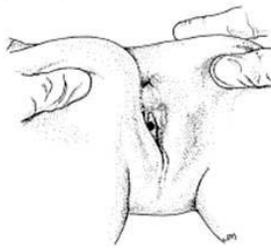
## Ilustración de posiciones de examinación y técnicas<sup>12</sup>

**Separación labial supina**



**Tracción supina labial**

**Posición pechos en las rodillas boca abajo**

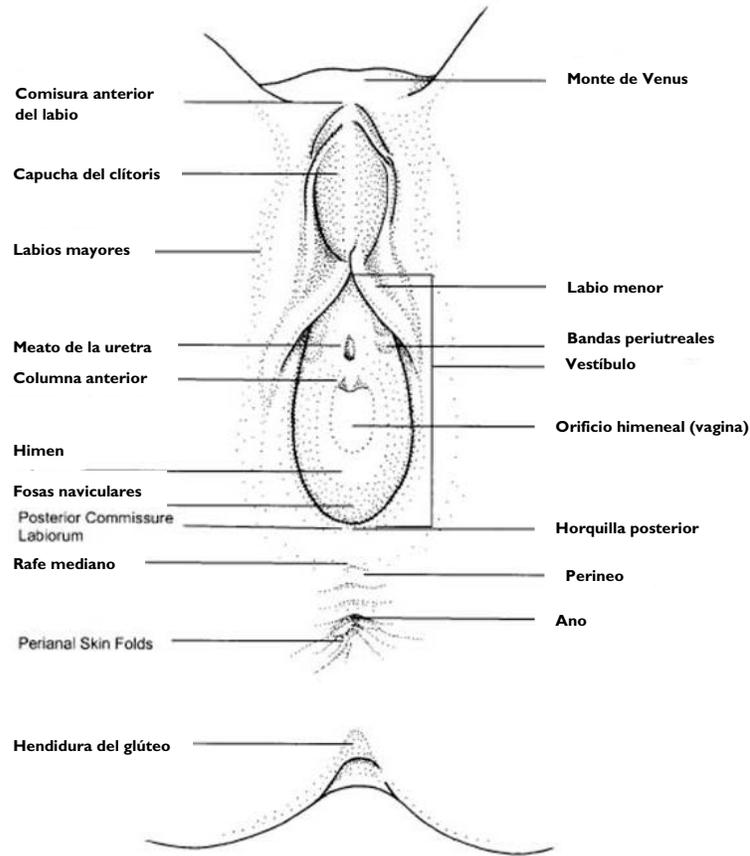


En niñas, evaluar las siguientes estructuras genitales externas para ver si hay lesiones o procesos de enfermedades:

- Monte de Venus
- Labio mayor y menor
- Capucha del clítoris y clítoris
- Uretra y membranas peri uretrales
- Horquilla posterior
- Fosa navicular
- Himen
- Vestíbulo Vaginal
- Perineo

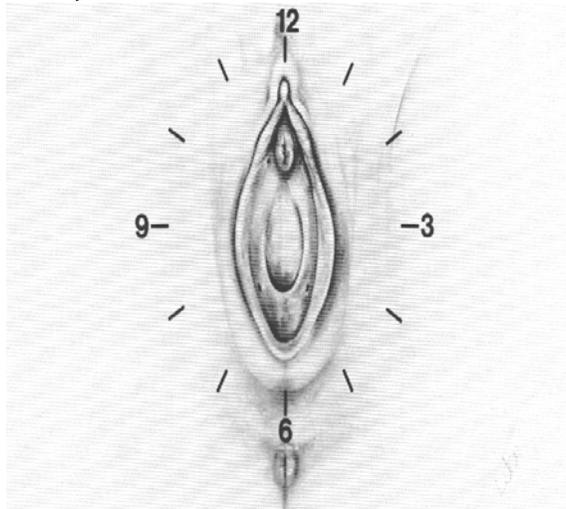
<sup>12</sup> California Medical Protocol for the Examination of Sexual Assault  
[http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0CD8QFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.calema.ca.gov%2Fpubli%2Fpublications%2Fdocuments%2Fforms%25202011%2Fnumeric%2520forms%2520listing%2Fprotocol%25202-923-2-950.pdf&ei=kiTCUMGsH86brQHn0IGgAg&usg=AFQjCNHJN-bQUneeSUK3pnB\\_cVVlkoAJig](http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0CD8QFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.calema.ca.gov%2Fpubli%2Fpublications%2Fdocuments%2Fforms%25202011%2Fnumeric%2520forms%2520listing%2Fprotocol%25202-923-2-950.pdf&ei=kiTCUMGsH86brQHn0IGgAg&usg=AFQjCNHJN-bQUneeSUK3pnB_cVVlkoAJig)

## Ilustración de la anatomía genital femenina <sup>13</sup>



<sup>13</sup>[http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0CD8QFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.calema.ca.gov%2Fpublic%2Fsafetyandvictimservices%2Fdocuments%2Fforms%25202011%2Fnumeric%2520forms%2520listing%2Fprotocol%25202-923-2-950.pdf&ei=kiTCUMGsH86brQHn0IGgAg&usg=AFOjCNHJN-bQUneeSUK3pnB\\_cVVlkoAJig](http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0CD8QFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.calema.ca.gov%2Fpublic%2Fsafetyandvictimservices%2Fdocuments%2Fforms%25202011%2Fnumeric%2520forms%2520listing%2Fprotocol%25202-923-2-950.pdf&ei=kiTCUMGsH86brQHn0IGgAg&usg=AFOjCNHJN-bQUneeSUK3pnB_cVVlkoAJig)

## Ilustración con cara de reloj



La documentación de la evaluación de estructura genital y los resultados, deben ser realizados usando la analogía de la cara de reloj (ver la ilustración). Algunos examinadores le asignan a la posición de la hora 12 la uretra, haciendo que la posición del reloj cambie, cuando cambia la posición de la niña. Otros mantienen las posiciones del reloj siempre iguales y siempre describen la posición de la niña cuando describen un resultado. Cada examinador debe seleccionar el método que le resulte mejor para su práctica, y adherir al mismo para cada examinación.

El proveedor superpone la cara del reloj y usa la hora adecuada para documentar lo que observa. Es fundamental que el proveedor tenga en cuenta el tipo de lesión, el tamaño si es posible, la estructura y el color de la lesión.

### **Cuadro 7. TECNICAS DE EVALUACION HIMENAL EN NIÑAS POST PUBERES**

- Use un algodón húmedo (hisopo) para recoger alrededor del himen fluidos, lesiones ocultas.
- Use un pequeño (8Fr) catéter estéril y un globo de Foley. El catéter se introduce a través del orificio himeneal en la vagina y el globo se infla con un grado que es tolerable (2-3 ml de agua en el globo). El catéter se retira lentamente y con cuidado hasta que el globo quede contra el aspecto interno del himen. El catéter se gira lentamente con la cara del reloj para permitir la vista del borde himeneal.

## **EXAMINACION DE LA NIÑA POST PUBER**

La adolescente que ha llegado a la etapa de pubertad debe recibir una examinación pélvica completa además de la toma de la historia y del examen físico. Las mismas técnicas de examinación (ver Cuadro 7) pueden ser utilizadas con pre púberes, de todos modos la litotomía (estar acostada sobre la espalda, con las rodillas flexionadas, los pies en los estribos de la camilla, y los muslos separados) es una posición usada también para la examinación con espejulo y es una practica estándar.

El examinador debe dar una descripción de la examinación a la niña previa a realizarla. Debe aclararle que tiene el derecho de decidir que se pare la examinación en cualquier momento en la medida en que avanza el proceso. Esto le dará a la niña una sensación de control durante la examinación y sobre su cuerpo. Tiene el derecho a solicitar durante la examinación la presencia de una enfermera, amiga o madre a su lado.

## MUTILACION GENITAL FEMENINA/ABLACION (MGF)

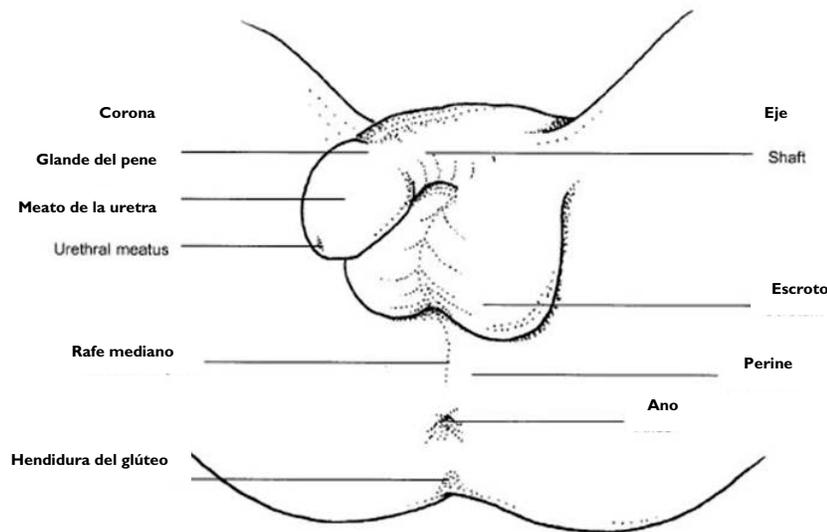
La observación y documentación de la existencia de MGF en la niña debe ser realizado de acuerdo al sistema de clasificación de OMS. MGF puede impactar la salud de las mujeres jóvenes y niñas a largo plazo, incluyendo dolor, infección, sangrado prolongado, hemorragias, infección del tracto urinario, y complicaciones para el embarazo (Kiragu 1995). Las leyes locales pueden variar en relación a la obligatoriedad de informar casos de MGF en niñas como parte de la violencia sexual y explotación.

## EXAMINACION DEL VARON

En los varones, la examinación genital debe incluir las siguientes estructuras y membranas, chequeando por signos de lesiones o enfermedades en proceso:

- Prepucio del glande
- Glande y frenillo del pene
- Meato uretral
- Cuerpo del pene
- Escroto
- Testículos
- Región inguinal
- Perineo

### Ilustración de la anatomía general masculina



## **EXAMINACION ANAL EN EL VARON Y LA MUJER**

La examinación anal en niños es mejor realizarla en la posición supina o prona con las rodillas hacia el pecho. En cualquiera de estas posiciones, realice una tracción suave para separar las mejillas de las nalgas. Durante la examinación anal, las siguientes membranas y estructuras deben ser inspeccionadas, nuevamente, mirando específicamente por signos de lesiones o procesos de enfermedad:

- Área perianal, poniendo especial atención a los pliegues perianales
- Borde anal/margen
- Canal ano rectal
- Ano
- Hendidura del glúteo

La examinación digital solo debe realizarse en casos donde se observa laxitud en el esfínter durante el examen. Colonoscopia no se realiza de rutina, a menos que haya sangrado, trauma obvio o dudas sobre presencia de un cuerpo extraño.

## **LA EXAMINACION COLPOSCOPICA**

Se realiza con un microscopio de campo binocular no invasivo, con iluminación de luz ajustable que crea una imagen ampliada. También puede proporcionar capacidad fotográfica de imágenes fijas o de vídeo. Cuando esta disponible, es utilizado para ampliar las imágenes ano genitales en niños que han experimentado violencia sexual y explotación, para facilitar la identificación de lesiones o enfermedades en proceso. Permite que queden registrados en forma permanente los hallazgos durante la examinación genital y así mismo tener una segunda opinión. También facilita la revisión con otros colegas, y para propósitos de enseñanza y capacitación .

Debido a que el costo del microscopio especial es alto, muchos establecimientos no cuentan con ello. Los proveedores pueden utilizar cualquier dispositivo de aumento manual, que permita evaluar los genitales.

## **RECOLECCION DE EVIDENCIA EN AGRESIONES SEXUALES AGUDAS**

Cuando un niño presenta para la atención intensa tras la violencia sexual y explotación, la recolección de pruebas debe ofrecerse como parte de la provisión de atención médica. Los principios generales forenses están delineados en la Tabla 8. Evidencia obtenida durante el examen como parte del informe de violencia sexual y explotación puede ser de ayuda en cualquier procedimiento criminal de la justicia. La recolección de evidencia es realizado habitualmente con un equipo de pruebas estandarizado. Muestras comunes están delineadas en la Tabla 10. Independientemente que exista un equipo de pruebas estandarizado, la recolección de pruebas de evidencia debe estar fundamentado en los detalles obtenidos del examinador durante la historia del paciente. En los casos de niños que no estén en condiciones de dar una historia clara debido a su etapa de desarrollo, la recolección de evidencia debe ser realizada basada en especímenes estándares conforme al protocolo.

La recolección de evidencia esta fundamentada en el entendimiento que donde existe contacto entre dos objetos, también existe la posibilidad de transferencia de materiales: Principio de intercambio de Locard (DeForest, Gaensslen, y Lee 1983). Cualquier contacto entre el perpetrador y el niño, así mismo como la escena del crimen, pueden tener potenciales pruebas que corroboren lo que sucedió y que queden allí. Las evidencias pueden estar en rastros de materiales, y/o fluidos corporales del perpetrador. Al ser examinado el cuerpo del niño, muestras forenses deben ser tomadas de áreas donde sea posible que haya evidencias.

**Tabla 8. Consideraciones forenses generales**

<b>Consideración</b>	<b>Fundamento</b>
Usar guantes durante todo el proceso de recolección de evidencia, y cambiarlos frecuentemente en la medida en que examina diferentes partes del cuerpo.	Previene de la posible contaminación de especímenes y exposición a sangre/fluidos corporales.
Recolectar la evidencia lo antes posible	La probabilidad de obtener muestras viables disminuye con el tiempo
Al recolectar muestras para examen médicos y especímenes forenses, tomar primero las muestras forenses	Existe una mayor posibilidad de obtener materiales biológicos con los primeros especímenes recolectados.
Manipular los especímenes adecuadamente	Asegure que los especímenes sean empaquetados, secados, y transportados correctamente. Las evidencias en las prendas deberían ser empaquetadas individualmente en bolsos de papel
Etiquete los especímenes adecuadamente	Etiquete todos los especímenes claramente con el nombre del paciente, fecha de nacimiento, fuente del espécimen, día y hora en que fue recolectado, y el nombre o iniciales del proveedor de salud (de acuerdo al reglamento)
Garantizar la seguridad de los especímenes	Los especímenes deben ser empaquetados y sellados para asegurarse de que no sean alterados.
Minimizar el numero de personas que manipule las muestras / especímenes	Esto garantiza que la cadena de custodia sea mantenida

El equipo estandarizado para las pruebas debe ser utilizado si esta disponible. Se deben seguir los protocolos nacionales. Los especímenes forenses deben ser secados adecuadamente para prevenir la posible degradación del ADN. En situaciones donde esto no es posible, los materiales deben ser empaquetados de modo que no retengan humedad (p. ej., papel en vez de plástico). El etiquetado y

empaquetamiento debe ser realizado de manera que se asegure la integridad de las muestras es mantenida. La Tabla 9 delinea el material, equipo e instrucciones para la recolección de evidencia.

La cadena de custodia debe ser documentada y mantenida desde el momento en que se obtiene del niño hasta el momento en que los materiales son entregados a la justicia. Esto garantizará que la integridad de la evidencia sea mantenida. El Anexo 9 provee una descripción de trabajo del rol del clínico en la recolección de evidencia.

**Tabla 9. Recolección de evidencia**

<b>Tipo / naturaleza de la agresión</b>	<b>Muestra de pruebas</b>	<b>Material posible</b>	<b>Equipo</b>	<b>Instrucciones para toma de muestras</b>
Penetración oral del pene con o sin eyaculación	<b>Hisopos orales</b>	Fluido seminal si la penetración fue en los 2 días	Hisopos esterilizados con algodón en las puntas	Utilizar dos hisopos de algodón seco y frotar la cavidad oral (p. ej., bajo la lengua , alrededor de los dientes, las mejillas y encías)
En todos los casos de recolección de evidencia	<b>Hisopos bucales</b>	Muestra de referencia de ADN del paciente	Hisopos esterilizados con algodón en las puntas	Utilizar dos hisopos de algodón y frotar la parte interior de cada mejilla por lo menos 20 minutos después de que el paciente haya comido o bebido debe completarse después de los hisopos Bucales
Si se sospecha del uso de drogas para facilitar la agresión sexual  Si el laboratorio que analiza las muestras del delito no acepta los hisopos bucales como muestra de referencia del ADN	<b>Sangre</b>	Si el uso de drogas para facilitar la agresión sexual y explotación se sospecha de haber ocurrido en las últimas 24 horas antes del examen	Tubo Sangre que contengan potasio oxalato o por lo menos 1,5 fluoruro de sodio o potasio oxalato o EDTA (ácido etilendiaminotetracético)	Colectar 10 ml de sangre de la vena

Si se sospecha del uso de drogas para facilitar la agresión sexual	<b>Orina</b>	Si se sospecha del uso de drogas para facilitar la agresión sexual y explotación dentro de las 120 horas antes del examen <sup>14</sup>	Tubo Sangre que contengan potasio oxalato o por lo menos 1,5 fluoruro de sodio o potasio oxalato o EDTA (ácido etilendiaminotetracético)	Colectar mínimo 90 ml de orina
Si el paciente se rompe una uña durante el ataque o rasguña o clava sus uñas en el cuerpo del agresor	<b>Raspado de uñas</b>	Piel, sangre, fibras, etc. (del agresor); y a los fines de comparación con las uñas rotas en la escena	Hisopos estériles con algodón en las puntas x 2  Agua esterilizada	Humedecer el primer hisopo con agua estéril y limpiar debajo de las uñas; repetir con el segundo hisopo seco (dos hisopos para cada mano). Solamente recoger uñas cortadas si fueron rotas durante el asalto
Si el agresor colocó su boca en cualquier parte del cuerpo del paciente, recoja espécimen  Si encuentra material extraño o suciedad durante la examinación, recoja el espécimen	<b>Otros especímenes en la superficie del cuerpo</b>	Los fluidos corporales/ ADN; otros posibles materiales extraños (piel dentro de las 48 horas)  Material extraño (p. ej., vegetación, cabello enmarañado, o pelos)	Dos hisopos con puntas de algodón x 2 por sitio, agua estéril  Plegado de farmacia	Limpia y frotar en primer lugar con un hisopo humedecido con agua los sitios donde el semen, los fluidos del cuerpo, o el ADN puedan estar presente; repetir con el segundo hisopo seco  Guardar los materiales extraños en el plegado de la farmacia, cerrar y sellar el sobre con las pruebas

<sup>14</sup> Society of Forensic Toxicologists Drug Facilitated Sexual Assault Fact Sheet: <http://soft-tox.org/sites/default/files/DFSA-Fact-Sheet.pdf>

Penetración pene/vagina u otro contacto entre genitales	<b>Los órganos genitales:</b> genitales externos en pre púberes	Fluidos corporales/ ADN: otros posible materiales extraños	Hisopos con las puntas de algodón  Agua esterilizada	En primer lugar limpiar y frotar con un hisopo humedecido con agua estéril los genitales externos, repetir con el segundo hisopo seco
Penetración pene/vagina u otro contacto entre genitales	<b>Los órganos genitales:</b> genitales externos en púberes	Fluidos corporales/ ADN: otros posible materiales extraños	Hisopos con las puntas de algodón  Agua esterilizada	En primer lugar limpiar y frotar con un hisopo humedecido con agua estéril los genitales externos, repetir con el segundo hisopo seco
	Baja vagina			Inserte un hisopo seco en la parte inferior de la vagina 1/3 (aproximadamente 2-4 cm más allá del orificio vaginal) y utilizar un suave movimiento de rotación para obtener una muestra y repetir con un segundo hisopo seco
	Alta vagina		Especulo y lubricante de base acuosa (p. ej., P-Y, Pedicat, Gelcat)	Pasar un espéculo lubricado y estéril dentro de la vagina; insertar un hisopo seco y limpiar y frotar el revestimiento mucoso de los dos tercios superiores y horquilla de la vagina; repita el proceso con un segundo hisopo seco. De no ser posible usar un espéculo, tome dos muestras con hisopos
	Cervical			Con el espéculo ubicado, use dos hisopos (uno por vez) para frotar la cara cervical

Penetración anal/del pene; penetración rectal/del pene; penetración oral/anal o contacto	<b>Ano rectal:</b>  Peri anal  Canal del ano	Fluidos del cuerpo/ADN; otros fluidos	Hisopos con punta de algodón  Agua esterilizada	Primero frotar y limpiar con el hisopo humedecido con agua la zona perianal/los pliegues; repetir con dos hisopos secos el mismo procedimiento para el canal anal
Contacto oral; contacto anal o rectal; material extraño sospechado (p. ej., lubricante)	<b>Hisopos para el pene</b> frenillo del pene y prepucio  Glande	Fluidos del cuerpo/ADN otros materiales	Hisopos con punta de algodón  Agua esterilizada	Primero frotar y limpiar con el hisopo humedecido con agua la zona del frenillo del pene, prepucio y la piel (cuando se encuentre). Repetir por segunda vez con el hisopo seco  Repetir el mismo procedimiento con el glande, evitando la uretra, (ya que si no se obtendrá ADN del mismo paciente)
Si el paciente esta usando las mismas prendas que uso durante la agresión sexual, recoja la ropa interior	<b>Prendas</b>	Material extraño adherido (p. ej., semen, sangre, pelos, fibras)	Bolsas de papel	Las prendas usadas durante la agresión sexual deber ser guardadas en bolsas de papel; las prendas mojadas deben ser secadas en lo posible, todos los artículos deben estar en bolsas separadas
Si el paciente estaba usando un tampón, toalla femenina, pañal en el momento de la agresión o inmediatamente después, o si se encuentra un preservativo en el cuerpo	<b>Tampón, toalla femenina, pañal, preservativo</b>	Fluidos del cuerpo, ADN, otros materiales extraños (p. ej., sangre, semen, pelos)	Contenedor esterilizado adecuado  Pequeña pinza	Recolectar si fueron usados durante o después de la penetración vaginal o anal  Para los preservativos use la pinza para cerrar la superficie abierta y colóquelo/s en el contenedor esterilizado

## INTERPRETACION DE LOS HALLAZGOS CLINICOS

Un rango amplio de hallazgos clínicos normales es esperable durante la examinación de un niño. Variaciones anatómicas procesos de enfermedad existen en todas la poblaciones, y pueden ser confundidos por violencia sexual y explotación. Por este motivo, los proveedores deben ser educados mínimamente en las variantes normales y las condiciones que comúnmente son confundidas como violencia sexual y explotación. Las investigaciones muestran que menos del 10 % de los niños que han experimentado violencia sexual y explotación tienen exámenes anormales (Adams 1994). La Tabla 10 muestra hallazgos comunes que pueden ser confundidos por violencia sexual y explotación.

**Tabla 10. Diagnostico diferencial de hallazgos genitales (no están todos incluidos)**

<b>Variantes anatómicas y procesos de enfermedad</b>	<b>Hallazgos comunes confundidos por violencia sexual y explotación</b>
MGF	Ver glosario de términos médicos
Aglutinación labial o adhesión	El resultado de la adhesión (fusión) del adyacente, el más extremo, de las superficies mucosas de la porción posterior de las paredes vestibulares. Este puede ocurrir en cualquier punto a lo largo del vestíbulo aunque es más común que ocurra posteriormente (en la parte inferior). Un descubrimiento común en niños y chiquitos. Es extraño que aparezca por primera vez después de los 6 a 7 años de edad. Puede estar relacionado con irritación crónica.
<b>Variantes anatómicas y procesos de enfermedad</b>	<b>Hallazgos comunes confundidos por violencia sexual y explotación</b>
Esclerosis del liquen	Una condición poco común, crónica, atrófica que crea que la piel sea más finita que lo normal y blanca. La esclerosis de liquen puede afectar la piel en cualquier parte del cuerpo, pero más a menudo es la piel de la vagina, el prepucio del pene, o la piel alrededor del ano. Esta asociado con picazón, lo cual puede causar áreas de sangrado e irritación.
Prolapso de la uretra	Una condición en la cual la uretra sobresale a través del meato externo. Es posible que tenga un aspecto hinchado y enrojecido.
Infección de estreptococo	Estreptococos del grupo A son las bacterias gram-positivas que producen betahemolysis y aparecen generalmente en forma de una cadena de dos o más bacterias y moléculas en su superficie conocida como grupos de antígenos Lancefield.

Infección por estafilococos	Las infecciones estafilocócicas son causadas por la bacteria estafilococo, una bacteria que vive normalmente en la piel o en la nariz de las personas sanas..
Herida de montar	Una herida que puede ocurrir en el área urogenital de una caída, donde el niño "se sienta como montado" sobre un objeto.

## INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL EN NIÑOS

Los niños que están siendo evaluados para la violencia sexual y explotación pueden requerir pruebas de diagnóstico basadas en su presentación y en la examinación física.

Debido a que la prevalencia para VIH y otras ITS en los niños pre púberes que han experimentado violencia sexual y explotación varia, hacerles pruebas para estas infecciones es un abordaje razonable (Kaplan et al. 2011). Sin embargo, en regiones geográficas con alta prevalencia de VIH y recursos limitados, la consejería y pruebas para VIH deben ser ofrecidas siempre que sea posible. Los proveedores querrán considerar como y bajo que circunstancias las pruebas van a ocurrir.

En niños pre púberes un espécimen de orina evacuada al azar (“orina sucia”) o amplificación de ácidos nucleicos (NAAT, por sus siglas en inglés) es superior a los hisopos genitales (Black 2009). NAAT es también adecuada para la población adolescente. En la ausencia de NAAT hisopos genitales en niños pre adolescentes deben tomarse de la vagina y, al lado del orificio vaginal. Las muestras cervicales son solo requeridas en adolescentes (p. ej., de acuerdo al estadio II de pubertad o mas tarde según Tanner, ver Anexo 3), ya que las adolescentes pueden tener infecciones asintomáticas.

Tratamiento presuntivo debe ser ofrecido a niños que han experimentado violencia sexual y explotación de acuerdo a las reglas locales. Los niños y adolescentes cuyas pruebas para ITS son positivas deben ser tratados de acuerdo a los protocolos nacionales.

Las muestras pueden ser requeridas para pruebas de ITS y embarazo (en el caso de mujeres adolescentes post púberes). Si el proveedor hará la prueba para ITS debe también ofrecer para VIH.

El diagnóstico de una ITS en un niño o adolescente que aun no es sexualmente activo dará evidencia que ha experimentado violencia sexual y explotación. El tipo de pruebas de diagnostico necesarias será determinado caso por caso.

Las pruebas que se realicen, y los resultados deberán ser documentados en los registros médicos. Las siguientes pruebas diagnósticas deben ser realizadas en niños:

- NAAT examen de orine para *Clamidia Tachomatis* y *Gonorrea Neisseria* . Este espécimen puede ser una orina tomada al azar, una muestra “no limpia (Black 2009).
- Pruebas de Trichomoniasis de una porción del espécimen de orina tomada al azar.
- Virus del Papiloma Humano (VPH) Las pruebas mediante hisopados de la vagina, perineo, tejidos genitales y sus alrededores. Esto se puede hacer con o sin la presencia de lesiones (ver consideraciones forenses generales en la Tabla 8) (Unger 2011).

- Virus del herpes simple (VHS) los cultivos pueden ser obtenidos a través del envío del fluido de una verruga. La auto inoculación puede ocurrir, y puede no ser diagnóstico por abuso sexual. Los cultivos virales pueden distinguirse entre tipo 1 y tipo 2.
- Prueba de VIH serología basal debe ser ofrecida en el momento de realizarse el examen, si se ha dado el consentimiento.
- La Transmisión Vertical (intrauterino) del VIH y otras ITS puede ocurrir. La transmisión también puede ocurrir durante el proceso del nacimiento mediante las secreciones cervicales de la madre (gonorrea, clamidia, VPH, VHS) (CDC 2010).
- Las implicaciones de las ITS comúnmente encontradas en el diagnóstico y la elaboración de informes de la violencia sexual y explotación de los bebés y los niños pre púberes (CDC 2010).

## **VIRUS HEPATITIS B (VHB)**

No hay información sobre la incidencia de la VHB como consecuencia de la violencia sexual y explotación. Sin embargo, VHB esta presente en el semen y los fluidos vaginales y es transmitido sexualmente. De ser posible, la vacuna para la hepatitis B debe ser administrada a los niños que no estén vacunados y que hayan experimentado violencia sexual y explotación dentro de las 6 semanas del incidente (Rogstad et al. 2010). Los niños que han experimentado violencia sexual y explotación están en un riesgo mayor de contraer VHB si no han sido vacunados. Si hay vacunas disponibles, y el niño aun no ha sido vacunado, debe ser tratado con el tipo de vacuna y dosis apropiadas. La primera dosis debe ser dada en el momento de la examinación como parte del tratamiento. Una vez que se inicia la vacunación, el niño (o el cuidador, de ser apropiado) debe ser instruido para completar la serie de 3 dosis y animado para revacunarse el año siguiente.

**Al usar pruebas diagnosticas para ITS en niños, es importante saber el momento de la violencia sexual y explotación, ya que los cultivos para ITS posiblemente den un resultado negativo, a menos que el niño tenga un infección pre-existente. Seguimiento de pruebas es necesario en casos de violencia sexual aguda y explotación de modo de repetir las pruebas que fueron realizadas durante la examinación inicial.**

Si hay vacunas disponibles, y el niño aun no ha sido vacunado, debe ser tratado con el tipo de vacuna y dosis apropiadas. La primera dosis debe ser dada en el momento de la examinación como parte del tratamiento. Una vez que se inicia la vacunación, el niño (o el cuidador, de ser apropiado) debe ser instruido para completar la serie de 3 dosis y animado para revacunarse el año siguiente.

### **Tratamiento**

Durante la examinación, se debe realizar la evaluación y tratamiento para exposición a ITS, embarazo, y lesiones. Ejemplos de tratamientos que deben anticiparse son:

- PPENO
- Profilaxis y tratamiento para ITS
- Prevención del embarazo
- Tratamiento de lesiones

## **PROFILAXIS NO OCUPACIONAL POST – EXPOSICION (PPENO)**

Los niños están a mayor riesgo de transmisión del VIH que los adultos debido a que la violencia sexual y explotación esta frecuentemente asociado con múltiples episodios de violencia y puede resultar en trauma en las mucosas. Situaciones específicas de violencia sexual y explotación (por e.j sangrado, que muchas veces acompaña trauma) puede incrementar el riesgo de transmisión del VIH en casos de penetración vaginal, anal u oral. El sitio donde la eyaculación ocurre, la carga viral en la eyaculación, y la presencia de una ITS o lesiones genitales en el agresor o en el niño que ha sufrido violencia sexual y explotación también podría aumentar el riesgo de infección por el VIH (CDC 2005).

Varios factores afectan la recomendación médica para PPENO y afectan la aceptación de las recomendaciones de parte, incluyendo:

- La probabilidad que el agresor tenga VIH
- Cualquier característica de la exposición que pudiera aumentar el riesgo de transmisión del VIH
- El tiempo transcurrido después del evento
- Los potenciales beneficios y riesgos asociados con la PPENO

Determinar el estatus respecto al VIH del agresor en el momento de la examinación usualmente no es posible; por lo tanto el proveedor de atención de salud deberá evaluar toda la información relacionada con la epidemiología local relacionada con el VIH y las características de exposición de la violencia sexual y la explotación.

Cuando el estatus del agresor respecto al VIH es desconocido, los factores que deben ser considerados para determinar si es que hay un riesgo aumentado de transmisión del VIH son:

- Si hubo penetración vaginal, anal, u oral
- Si hubo eyaculación en las membranas mucosas
- Si hubieron múltiples agresores involucrados
- Si hay lesiones presentes en las mucosas del agresor o en el niño que experimentó violencia sexual y explotación
- Cualquiera otra característica de la violencia, el niño o el agresor que pudiera aumentar el riesgo de transmisión del VIH

Los factores de riesgo para adquirir VIH en un acto de violencia sexual y explotación determinarán si la PPENO debiera ser ofrecida al niño. La profilaxis de post exposición para el VIH es un área donde la práctica y las modalidades de tratamiento cambian con frecuencia. Por estos motivos se impulsa a los trabajadores de la salud a:

- Mantenerse informado de las recomendaciones actuales en este tema.
- Familiarizarse con las políticas y/o recomendaciones nacionales
- Asegurarse de estar consciente de los riesgos, beneficios y costos de los diferentes regímenes, de modo de estar completamente informado para poder transmitirlo a los niños que han experimentado violencia sexual, explotación y a sus familiares respecto de estos temas (ECSA-HC 2011)

El niño, cuidador, y el trabajador de la salud deben evaluar los riesgos y beneficios de iniciar o abstenerse del tratamiento PPE y decidir juntos cual es la mejor opción para el niño. Si la PPE es ofrecida, la siguiente información debe ser discutida con el niño y el cuidador:

- Los beneficios no comprobados de los antiretrovirales
- La toxicidad comprobada de los antiretrovirales
- La importancia del seguimiento cercano
- El beneficio de la adherencia a la dosis recomendada
- La necesidad de la iniciación temprana de la PPE para optimizar los potenciales beneficios (p. ej.,

Lo antes posible y hasta las 72 horas luego de la agresión). Los proveedores deben enfatizar que la PPE parece ser bien tolerada por niños y que efectos severos son raros (CDC 2010).

Lo antes que la PPE es iniciada luego de la exposición, mayor la probabilidad que prevendrá la transmisión del VIH, si hubiese exposición al mismo. Sin embargo, la angustia después de una agresión también podría prevenir al niño de pesar exactamente los riesgos de exposición y los beneficios de la PPE y de tomar una decisión informada de comenzar la terapia. De ser prescrita la PPE debiera ser iniciada 72 horas después de la violencia sexual y explotación y ser dada durante 28 días. El nivel de las enzimas hepáticas y funciones renales del paciente deben ser medidas y un hemograma completo deben ser realizados antes de comenzar con la PPE (para establecer valores de referencia) y luego monitorear a intervalos regulares hasta que el tratamiento se haya completado. **Si los resultados de la prueba inicial para el VIH fueran negativos, se debe repetir a las 6, 12, y 24 semanas luego de la agresión sexual.** Si las pruebas iniciales no fueron aceptadas en el momento del examen, se le debe decir al niño que puede volver para la prueba. Si hubiera disponible, un profesional especializado en la infección por el VIH en niños, debe ser consultado antes de recetar la PPE.

## REGIMEN DE PPE VIH RECOMENDADO PARA NIÑOS

Los proveedores deben estar familiarizados con los protocolos locales y la medicación disponible dada la naturaleza cambiante de las terapias antiretrovirales. De acuerdo a la OMS, PPE debe estar ampliamente disponible para niños, y el desafío de asegurar que este disponible y la importancia del seguimiento deben ser conversados, ve cuadro 8. Es reportada que las tasas de

seguimiento y captación para las pruebas son bajas, y las estrategias para resolver las necesidades de los niños respecto a la PPE requiere mayor atención. Consultas con un especialista en enfermedades infecciosas deben ser realizadas de ser posible, en cuando la PPE es considerada de modo que la información sobre dosis, formulaciones, apropiadas para niños este disponible para los clínicos. La disponibilidad de un consultor en enfermedades infecciosas no debiera retrasar o prevenir la

**El régimen de medicación recomendada para PPE en niños dependerá de protocolos locales o nacionales. Estas medicaciones e información sobre las dosis deben estar disponible y fácilmente accesible.**

provisión de PPE NO. Consejería apropiada y consentimiento deben ser obtenidos en el momento en que la prueba es ofrecida y si la PPE es dada.

Efectos secundarios comunes incluyen náusea, vómitos, diarrea, dolores de cabeza, fatiga, y malestar general en el cuerpo. A pesar de la naturaleza benigna de los efectos secundarios listados, algunos pueden ser severos causando que los pacientes dejen de tomar la medicación. Adicionalmente, las personas que toman PPE tienen riesgo de toxicidad hepática y renal, por eso son importantes las pruebas de base y el seguimiento como parte de la atención.

La consejería y las pruebas para VIH (CP VIH) deben ser ofrecidos siempre como parte del servicio de PPE, basado en el consentimiento informado con los estándares de pre-prueba y post-prueba de acuerdo a los protocolos locales o nacionales. La prueba de VIH no debe ser obligatoria o pre-requisito para proveer PPE, y los resultados deben ser tratados con la estricta confidencialidad (OMS/ILO 2008). Si no hay CP VIH disponible en el establecimiento y en niño esta en la categoría para recibir PPE, en este caso la medicación debe ser comenzada lo antes posible. No se recomienda que el niño sea derivado a programas de prevención de la transmisión materno – infantil, ya que el régimen de medicación que se prescribe en esa situación es inapropiado para PPE (OMS/ILO, 2008).

En lo posible, CP VIH confidenciales deben ser realizadas en el mismo establecimiento. En ausencia de esta opción, el niño debe ser derivado a un centro de CP VIH CP VIH. Independientemente de donde se le hagan las pruebas al niño, servicio de consejería apropiada debe estar disponible antes y luego de la prueba de VIH.

**Cuadro 8.**  
**LAS OPCIONES PARA  
PROVEER PPE EN LA  
PRIMERA CONSULTA SON  
LAS SIGUIENTES:**

- El suministro inicial de medicamento dura de 1–7 días (paquete de inicio)
- Medicamento se suministra cada 1 o 2 semanas para motivar al seguimiento y minimizar el posible desperdicio de medicamento (se va incrementando la dosis)
- Los 28-días completos del ciclo de la medicación en la primera visita (maximizando la posibilidad de que esto se cumpla en caso que el seguimiento sea una preocupación) (OMS/ILO 2008)

## **ANTICONCEPTIVO DE EMERGENCIA (AE)**

Es imperativo que el proveedor de atención en salud comprenda las leyes que existen en el país en el que la atención es brindada. Este incluye estatutos nacionales, civiles, religiosos, y políticas de asistencia médica en el lugar. El rol del proveedor de salud es informar sobre las opciones disponibles para prevención del embarazo en la niña que haya experimentado violencia sexual y explotación o que pudiera estar regresando a una situación que requiriera de esta prevención.

Esta información y opciones deben estar basadas en protocolos y leyes nacionales, particularmente en lo que refiere a menores.<sup>15</sup>

El embarazo como consecuencia de la violencia sexual y la explotación debiera ser preocupante para cualquier niña (Tanner estadio III o mas arriba, ver Anexo 3), independiente de tener ya su periodo.

<sup>15</sup> De acuerdo con el Gobierno de los Estados Unidos y PEPFAR Fiscal 2013. El Plan Operativo de Orientación para el país (PEPFAR 2012). 16

<sup>16</sup> PEPFAR apoya el derecho de las personas a decidir voluntariamente el número, la distribución, y el espaciamiento de sus hijos y de disponer de la información y los medios para hacerlo, y el derecho a tomar estas decisiones voluntariamente dentro de un contexto libre de discriminación, y estigma, la coerción, coacción o engaño. Los fondos de PEPFAR no podrán ser utilizados para obtener anticonceptivos, salvo condones masculinos y femeninos, que también protegen contra el VIH.

Incluso una única exposición puede resultar en embarazo. Dependiendo de la legislación, y de los protocolos nacionales que guían la provisión a menores, AE debe ser ofrecida hasta cinco días (120 horas) luego de la violencia sexual y la explotación. La dosis recomendada es 1.5 mg. de anticonceptivo progestina en una única dosis. Es mejor la eficacia de este régimen si es usado dentro de las 72 horas; de todos modos puede ser administrado hasta 120 horas. Si la agresión ocurrió fuera del periodo de las 120 horas para AE, entonces una prueba de embarazo puede ser ofrecida.

Una alternativa al régimen de AE que es efectivo hasta 120 horas post-exposición es el acetato uliprista, 30 mg en forma oral, dosis única. Se ha encontrado que es más efectivo que el levonorgestrel, especialmente hasta la 120 horas límite (Glasier et al. 2010).

Hay efectos secundarios limitados para el AE, náusea y vómitos pueden ocurrir, pero es más factible que ocurran con las medicaciones basadas en estrógenos que ya no se recomiendan más.

Otros efectos secundarios pueden incluir sensibilidad en los pechos, manchas o sangrados, e irregularidades menstruales. Medicación antiemética puede ser ofrecida si la paciente experimenta náuseas antes de tomar el AE. A las niñas que están embarazadas en el momento de la examinación se les debe ofrecer información sobre todas las opciones disponibles.

## **TRATAMIENTO DE LESIONES**

Aunque es raro, puede haber lesiones físicas y/o genitales que ocurren como consecuencia del resultado de la violencia sexual y explotación. Todas las lesiones deben ser tratadas en el momento del examen. Cualquier sutura, entablillado, tratamiento del dolor o cuidado de la herida se debe iniciar con tratamiento médico adecuado. Si hubiera cualquier interrupción en las membranas mucosas o integridad de la piel, debe administrarse apropiadamente la terapia de Tétanos toxoide. En niños no vacunados previamente, puede ser necesario administrar suero antitetánico y comenzar un curso de vacuna antitetánica (WHO 2008). En niños menores de 7 años de edad, Difteria, Tétanos y Tos Ferina o Difteria y Tétanos es preferible a la terapia de Tétanos toxoide solamente. Para niños de 7 años de edad y mayores, Td es preferible al Tétanos toxoide solamente (OMS 2008).

Hay ocasiones cuando las lesiones son lo suficientemente significativas como para requerir intervención quirúrgica. Cuando la cirugía es necesaria, los proveedores deben hacer todo lo posible para recolectar las pruebas antes del procedimiento quirúrgico, mientras que el paciente está anestesiado.

## **SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO**

Ver capítulo 4.

## **INFORME OBLIGATORIO**

Muchos países carecen de un sistema confiable de informes obligatorios para niños que han experimentado violencia sexual y explotación, y hay definiciones diferentes entre los países sobre lo que es la violencia sexual y explotación hacia niños (WHO 2003). El reporte del delito obligatorio y las categorías de edad a las que estas exigencias se aplican varía. Es esencial que el proveedor de asistencia médica sea consciente de las leyes existentes en cuanto al reportaje obligatorio de la violencia sexual y explotación hacia los niños. Los estándares de PEPFAR son que cada agencia tenga una política en el lugar, en el nivel de la clínica para dirigir a los proveedores en el proceso de reportaje. Si el reportar es mandatorio, entonces el niño y su cuidador deben ser informados de las

responsabilidades del proveedor de salud, y esto puede ser realizado en conjunto durante el proceso con el primer consentimiento informado.

La siguiente información debe ser compartida con el niño (si es adecuado en relación a su etapa de desarrollo) y su cuidador:

- La agencia/ persona a la cual/quien el proveedor de salud informara
- La información específica que será reportada
- Como debe ser la información reportada (escrito, verbalmente, etc.)
- El resultado probable del informe
- Los derechos del niño y la familia en el proceso en este caso.

**La información obligatoria *no es lo mismo que derivar al niño por protección inmediata por estar en peligro inminente.***

Debe haber medidas inmediatas adoptadas para garantizar la seguridad del niño (a través de la remisión a la policía local o agencias de protección infantil), antes de hacer el informe obligatorio designado. Una vez que el niño este seguro, los procedimientos de declaración obligatorios pueden ser implementados (IRC/UNICEF 2012).

Las mejores prácticas recomendadas por UNICEF y el Comité Internacional de rescate, para denunciar los casos de violencia sexual infantil y la explotación en lugares donde funcionan los sistemas de notificación obligatoria son (IRC/UNICEF 2012):

- Inclusión de protocolos para mantener la discreción y confidencialidad de los niños que han experimentado violencia sexual y explotación
- Conocer los criterios de caso que garantizan un informe obligatorio
- Realizar el reporte verbal y/o escrito ( de acuerdo a la ley) en un tiempo específico (generalmente 24 a 48 horas)
- Reportar solo la información mínima necesaria para completar el informe
- Explicar al niño y al cuidador que esta sucediendo y por que
- Documentar el informe en el archive del niño y hacer un seguimiento con la familia y autoridades relevantes
- Cuanto mayor es el niño, mas necesita estar involucrado activamente en las consideraciones alrededor del informe.

Este no significa que el niño puede determinar si un informe esta hecho, pero mejor dicho reconoce su capacidad de entender lo que puede ser lo mejor en su circunstancia en cuanto a como y cuando el informe es hecho.

## DOCUMENTACION

El niño o adolescente que se presenta en la clínica para atención debe tener un registro escrito del encuentro. Este debe incluir el informe medico forense, diagramas o mapas del cuerpo con los hallazgos, y si hay disponibles, fotografías. Todos los aspectos de la atención deben estar documentados incluyendo consentimientos informados, la historia médica forense, hallazgos de la evaluación física, evidencia recolectada, cualquier examen o tratamiento dado, fotografías o imágenes obtenidas durante la examinación, y cualquier seguimiento de atención o derivaciones realizadas. Si el proveedor de salud es llamado para testificar en cualquier procedimiento de la justicia criminal, puede usar este informe para recordar el encuentro con el paciente.

El registro escrito debiera reflejar exactamente el comportamiento del niño, cualquier declaración hecha por el niño durante el curso del tratamiento, y cualquier historia o acontecimientos. Toda la información documentada deberá ser legible y exacta. Cualquier declaración hecha por el niño debería ser puesta entre comillas, textuales, más que hacer una interpretación de lo que se ha dicho. Es generalmente preferible usar una forma estándar para documentar el examen, para conveniencia y fiabilidad (OMS 2003). Un formulario de ejemplo esta incluido en el Anexo 10.

Todas las lesiones deben estar documentadas claramente, usando terminología estándar y lenguaje descriptivo. Mínimamente, todas las lesiones o heridas deben incluir que tipo de lesión (moretón, laceración, etc.), el tamaño de la herida, el color y la ubicación. Información sobre la descripción de rasgos físicos de heridas pueden ser encontrados en el Anexo 7. Todos los hallazgos deben ser anotados en mapas del cuerpo o en pictogramas (ejemplos pueden ser encontrados en el Anexo 10), y también ser foto documentados cuando haya equipo disponible. Describa las lesiones si hacer especulaciones de como ocurrieron; sin embargo si el niño detalla de donde son las lesiones, es apropiado documentar sus palabras, entre comillas. Anote todas las muestras tomadas de las lesiones. Las heridas deben ser fotografiadas previas a intervenciones de limpieza, o suturas.

Cuando se provee atención a un niño que ha experimentado violencia sexual y explotación, existe la posibilidad que el proveedor de salud tenga que preparar documentación y testimonio acerca del cuidado brindado. La siguiente tabla provee una lista de lo “Que si” y lo “Que no” en relación a la documentación que los proveedores pueden hallar útil en la práctica.

### Documentación los “Si” y los “No”

SI	NO
Escriba en forma legible	Deje secciones en blanco
Complete todos los aspectos de la tabla	Tache otra documentación ya escrita
Registre día y hora de la examinación	Use abreviaciones no aprobadas
Registre la historia y la fuente	Saque conclusiones sin fundamento
Asegúrese que todas las copias sean legibles	Saque conclusiones legales
Si usted no examino algo, escriba No examinado	Llene el formulario si usted no fue la persona que examino
Coloque las declaraciones de los pacientes entre comillas	
Firma cada pagina	
Complete toda la documentación legal	



# INTERVENCIONES PSICOSOCIALES, SEGUIMIENTO, ATENCION Y DERIVACIONES

Las consecuencias en la salud a largo plazo asociadas con la violencia sexual y explotación en niños y adolescentes, particularmente las consecuencias en la salud mental y el riesgo de adquirir VIH, ponen en evidencia cuan importante es que los proveedores comprendan su rol en asegurar intervenciones psico-sociales apropiadas, derivaciones y seguimiento para los niños que han experimentado violencia sexual y explotación. Las responsabilidades del proveedor incluyen:

- Intervenciones de salud inmediata y emergente
- Prevención o tratamiento de la enfermedad
- Seguridad del niño dentro del establecimiento y al salir del mismo
- Derivaciones a recursos y servicios apropiados en marcha

Debido a que la explotación y la violencia sexual pueden afectar a un niño en diferentes etapas a lo largo de su crecimiento y desarrollo, la consejería permanente y la intervención de servicios clave deben ser un fuerte componente de todas las intervenciones iniciales y de seguimiento. El proveedor está bien posicionado para asegurar el uso eficaz de los servicios. Se anima a los proveedores para que reúnan a los siguientes servicios en las comunidades, tomando la iniciativa para establecer una lista de los recursos existentes, y cómo esos servicios pueden colaborar para mejorar las respuestas iniciales y a largo plazo a la violencia sexual y explotación:

- Emergencia médica
- Clínica
- Cirugía
- Maternidad
- Abogacía
- Consejería
- Servicio de bienestar social incluyendo servicio de protección al menor
- VIH
- Salud comunitaria
- Farmacia
- Laboratorio (pruebas y evidencias)

Adicionalmente, los proveedores pueden permitir que en sus instalaciones se realicen reuniones periódicas para mejorar la respuesta global con las entidades involucradas en la búsqueda de una respuesta a la violencia sexual y la explotación hacia los niños. El desarrollo y aplicación de políticas encaminadas a la respuesta adecuada a los niños, incluida la educación a los proveedores de tal manera que la respuesta a las necesidades de los niños sea apropiada tanto desde el punto de vista médico así como sensible a las cuestiones que rodea la violencia sexual y la explotación es fundamental.

El objetivo de colaboración entre los recursos de la comunidad es el de identificar y abordar mejor las necesidades y los derechos de los niños que han sufrido violencia sexual y la explotación.

La posibilidad que el sistema criminal de justicia deba estar involucrado pone en evidencia la responsabilidad que tiene el proveedor en relación a comunicarse con la policía así mismo proveer las pruebas de evidencia que fueron recolectadas. Si es obligatorio informar de los casos de violencia sexual y la explotación hacia los niños en el establecimiento del proveedor, este debe obtener una copia del protocolo de administración habitual con información sobre los procedimientos policiales y judiciales y llenarlo con los datos sobre la violencia sexual y explotación hacia el niño. Evalué cada caso en forma individual. En algunos lugares, reportar casos de sospecha de violencia sexual y explotación, puede ser perjudicial para el niño si medidas de protección no son posibles (OMS/NUCDH 2004).

## **ROL DEL PROVEEDOR MEDICO EN EL SEGUIMIENTO**

Los proveedores médicos verán niños que han sido agudamente agredidos así como aquellos que han experimentado violencia sexual y explotación en forma crónica, por lo tanto deben estar preparados para comprometer a servicios de salud y de base comunitaria apropiados. La siguiente tabla delinea típicos servicios de seguimiento para casos agudos y no agudos de violencia sexual y explotación.

<b>Agudo</b>	<b>No agudo</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Defensa</li> <li>• Bienestar Social y servicios de Protección al menor</li> <li>• Consejería</li> <li>• Laboratorio (evidencias)</li> <li>• Laboratorio (pruebas)</li> <li>• VIH</li> <li>• Farmacia</li> <li>• Cirugía</li> <li>• Salud comunitaria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Defensa</li> <li>• Bienestar Social y servicios de Protección al menor</li> <li>• Consejería</li> <li>• Laboratorio (pruebas)</li> <li>• VIH</li> <li>• Farmacia</li> <li>• Maternidad</li> <li>• Salud comunitaria</li> </ul>

Los proveedores de asistencia médica, como profesionales con una infraestructura establecida y base científica, deben tomar la iniciativa en la educación de los trabajadores de la comunidad y a los centros de derivación en el estigma bien arraigado, la discriminación, los mitos, y silencio en cuanto a la violencia sexual y explotación hacia los niños y las amenazas a su salud a largo plazo.

El examen forense médico agudo y el tratamiento pueden dirigirse con eficacia a la prevención del embarazo, ITS, y el VIH, pero la mayor parte de la recuperación psicológica del niño ocurrirá en los meses y a veces años después de violencia sexual y explotación a través de su trabajo con defensores, asistencia social, y servicios de consejería.

La siguiente lista enumera intervenciones sugeridas para ser implementadas por los proveedores de salud de manera de establecer o reforzar los vínculos existentes con servicios de base comunitaria, psicológica y social.

- Anime y realice visitas de intercambio rutinarias con proveedores expertos en la violencia sexual y explotación en niños con el objetivo de mejorar la respuesta de salud.
- Conduzca un mapeo interactivo de la comunidad para identificar proveedores de servicios con experiencia en el trabajo de niños que han experimentado violencia sexual y explotación de modo de derivar y recibir derivaciones a sus servicios.
- Desarrolle un directorio formal con todos los servicios de la comunidad para niños y distribuya copias a todos los proveedores de salud que atienden niños.
- Genere y oficialice las relaciones con las instituciones de referencia, incluyendo el establecimiento de derivación formal y sistemas de contra-referencia.
- Desarrolle protocolos formales e informales en relación a estándares de confidencialidad, provisión de servicios, recolección de datos, y/o colaboración más cercana en proyectos y actividades.
- Establezca un sistema formal de referencias con un mecanismo integral de hacer seguimiento.
- Desarrolle algoritmos de atención que incluya seguimientos con citas establecidas y derivaciones a proveedores de servicios externos.
- Desarrolle sistemas de derivación para facilitar el seguimiento del uso de los servicios de derivación.
- Conduzca actividades de alcance comunitario para asegurar que las comunidades estén al tanto de los servicios disponibles para niños que han experimentado violencia sexual y explotación y como acceder a estos servicios.
- Elaborar materiales de comunicación para sensibilizar a la comunidad y a las clínicas.
- Educar a la comunidad y a los proveedores de servicios para aumentar la sensibilidad y la comprensión de una respuesta apropiada.

Los proveedores de salud son los “guardianes” para los niños que han experimentado violencia sexual y explotación. Estos niños requieren intervenciones de un grupo coordinado y capacitado de profesionales de la salud, trabajadores sociales, y organizaciones no gubernamentales incluyendo organizaciones que representan a personas con discapacidad, personal y voluntarios de servicios psicológicos y de apoyo social.

## **ROL DE LA COMUNIDAD EN EL SEGUIMIENTO DE LA ATENCION**

Pese a que la mayor responsabilidad del rol del proveedor de salud es conducir el manejo clínico del niño. Asegurarse que los niños y las familias estén al tanto y sean derivados a apoyo adicional localizado fuera del establecimiento de salud, así mismo como facilitarles el acceso es también una responsabilidad importante.

Los servicios de apoyo de la comunidad, muchas veces son provistos por una variedad de fuentes, incluidas organizaciones no gubernamentales, organizaciones que representan a personas con discapacidad, y organizaciones religiosas.

Pueden ser personas que prestan servicios directos a los niños que han sufrido violencia sexual y explotación sexual y a sus familias, incluyendo la policía, los fiscales, los servicios sociales, los refugios comunitarios y albergues, centros de asesoramiento jurídico, las clínicas locales, las organizaciones de mujeres y organizaciones que proveen atención psico-social. Garantizar vínculos sólidos de referencias con estos proveedores es crítico, pero a menudo sin embargo no es un área desarrollada totalmente en dentro de los servicios de atención post violación. La comunicación y derivaciones entre los profesionales de la salud y los recursos de la comunidad se muestran en la ilustración a continuación.

**Figura 3. Comunicaciones y referencias entre atención de salud y recursos de la comunidad**



## **SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO**

El seguimiento de los niños que han experimentado violencia sexual y explotación puede ser difícil. Por lo tanto, es esencial que el tratamiento realizado durante la examinación sea lo mas completo posible. Seguimiento en relación a pruebas para ITS será necesario si debido a la complejidad de la primera visita luego de un episodio de violencia sexual y explotación, esto no se hizo.

El tiempo para seguimiento de cualquier examen o tratamiento debe ser individualizado de acuerdo al niño. Repetición de pruebas para embarazo, VIH, VHB y sífilis será necesaria de acuerdo al tratamiento inicial.

El médico debe asegurarse de que el niño o la persona que lo cuida estén conscientes de la necesidad y los tiempos para las visitas de seguimiento. Las visitas de seguimiento también permiten la observación y documentación de cualquier curación o mejora de trauma observado durante la primera examinación. La sanación en los niños se produce con bastante rapidez, por lo que se espera que las lesiones físicas y genitales se puedan resolver o vayan sanando en las citas de seguimiento. El seguimiento también se puede utilizar para asegurarse de que el niño y su familia hayan recibido suficiente apoyo psicológico de lo necesitado.

# REFERENCES

- Adams, JA, K Harper, S Knudson, et al. 1994. "Examination Findings in Legally Confirmed Child Sexual Abuse: It's Normal to be Normal." *Pediatrics* 94(3):310-17.
- American Academy of Pediatrics (AAP). 2005. *Sexual Behaviors in Children*. Elk Grove, Ill: AAP.
- Black, CM, EM Driebe, LA Howard, et al. 2009. "Multicenter Study of Nucleic Acid Amplification Tests for Detection of *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* in Children being Evaluated for Sexual Abuse." *The Pediatric Infectious Disease Journal* 28:608-13.
- Campbell, R, D Bibee, K Kelley, et al. 2012. "The Impact of Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) Program Services on Law Enforcement Investigation Practices. A Mediation Analysis." *Criminal Justice and Behavior* 39(2):169-84.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 2005. "Antiretroviral Postexposure Prophylaxis after Sexual, Injection-drug Use, or Other Nonoccupational Exposure to HIV in the United States: Recommendations from the US Department of Health and Human Services." *Morbidity and Mortality Weekly Report* 54(No. RR-2).
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 2010. "CDC Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines." *Morbidity and Mortality Weekly Report* 59(No. RR-12).
- Christian, CW, JM Lavelle, AR De Jong, et al. 2000. "Forensic Evidence Findings in Prepubertal Victims of Sexual Assault." *Pediatrics* 106:100-104.
- Classen CC, OG Palesh, and R Aggarwal. 2005. "Sexual Revictimization: A Review of the Empirical Literature." *Trauma, Violence, & Abuse* 6(2):103-29.
- Cleland, K, H Zhu, N Goldstuck, et al. 2012. "The Efficacy of Intrauterine Devices for Emergency Contraception: A Systematic Review of 35 Years of Experience." *Human Reproduction* 27(7):1994-2000.
- Crandall, CS, and D Helitzer. 2003. *An Impact Evaluation of a Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) Program*. Washington, DC: National Institute of Justice.
- Danielson, CK, A Macdonald, AB Amstadter, et al. 2010. "Risky Behaviors and Depression in Conjunction with—or in the Absence of—Lifetime History of PTSD Among Sexually Abused Adolescents." *Child Maltreatment* 15(1):101-107.
- DeForest, P, RE Gaensslen, and H Lee. 1983. *Forensic Science: An Introduction to Criminalistics*. New York:McGraw-Hill.
- Dube, S, R Anda, D Whitfield, et al. 2005. "Long-term Consequences of Childhood Sexual Abuse by Gender of Victim." *American Journal of Preventative Medicine* 28(5):430-8.
- East, Central and Southern African Health Community (ECSA-HC). July 2011. *Guidelines for the Clinical Management of Child Sexual Abuse*. Arlington, Va: USAID.
- East, Central and Southern African Health Community (ECSA-HC). 2010. "Addressing Child Sexual Abuse in sub-Saharan Africa: Report of an Experts Meeting." Dar es Salaam, August 3-7, 2010.Arusha, Tanzania: ECSA-HC.60

- Faculty of Forensic and Legal Medicine. July 2011. "Recommendations for the collection of forensic specimens from complainants and suspects." Available at <http://fflm.ac.uk/upload/documents/1309786594.pdf>
- Friedrich, WN, JL Fisher, CA Dittner, et al. 2001. "Child Sexual Behavior Inventory: Normative, Psychiatric, and Sexual Abuse Comparisons." *Child Maltreatment* 6:37-49.
- Glazier, AF, ST Cameron, PM Fine, et al. 2010. "Ulipristal Acetate versus Levonorgestrel for Emergency Contraception: A Randomised Non-inferiority Trial and Meta-analysis." *The Lancet* 375(9714):555-62.
- Graham, R. 2006. "Male Rape and Careful Construction of the Male Victim." *Social Legal Studies* 15(2):187-208.
- Hagan, JF, JS Shaw, and P Duncan, eds. 2008. "Theme 8: Promoting Healthy Sexual Development and Sexuality." In *Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents*, 3<sup>rd</sup> ed., 169-176. Elk Grove Village, Ill: American Academy of Pediatrics.
- Innocenti Research Centre (IRC) and United Nations Children's Fund (UNICEF). June 2012. *Caring for Child Survivors of Sexual Abuse. Guidelines for Health and Psychosocial Service Providers in Humanitarian Settings*. New York: IRC Agency Headquarters.
- Innocenti Research Centre (IRC) and United Nations Children's Fund (UNICEF). May 2011. *Advancing the Field Caring for Child Survivors of Sexual Abuse in Humanitarian Settings: A Review of Promising Practices to Improve Case Management, Psychosocial & Mental Health Interventions, and Clinical Care for Child Survivors of Sexual Abuse*. New York: IRC Agency Headquarters.
- International Center for Research on Women (ICRW). 2012. "Child marriage facts and figures." Available at <http://www.icrw.org/child-marriage-facts-and-figures>
- Jewkes, R, P Sen, and C Garcia-Moreno. 2002. "Sexual Violence 2002." In *World Report on Violence and Health*, ed. E Krug, LL Dahlberg, JA Mercy, et al. Geneva: World Health Organization.
- Kaplan, R, J Adama, S Starling, et al. 2011. "Medical Response to Child Sexual Abuse: A Resource for Professionals Working with Children and Families." *STM Learning* 168-9.
- Kilonzo, N, et al. 2008. *Strengthening Reproductive Health and HIV and AIDS services Utilizing Sexual Violence as a Nexus in sub-Saharan Africa*. Briefing Paper. Nairobi, Kenya: LVCT, Care and Treatment.
- Kiragu, K. 1995. "Female Genital Mutilation: A Reproductive Health Concern." *Population Reports. Series J: Family planning programs* 23(33, SUPPL):1-4.
- Lechner, M, and K Nash. 2012. (healthcare worker, Swaziland). Discussion at meeting. November 2012.
- Long, Sian. 2011. "Affected by HIV Against Abuse, Exploitation, Violence and Neglect. Technical Report." Arlington, Va: USAID's support and technical assistance resources, AIDSTAR-One, Task order 1.
- Medical Protection Society. 2011. *Professional Support and Expert Advice. Consent to Medical Treatment in South Africa: An MPS Guide*. London: Medical Protection Society.
- Moreno, C. 2005. *WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence Against Women: Initial Results on Prevalence, Health Outcomes and Women's Responses*. Geneva: World Health Organization.
- Perry, B. 2007. *The Boy Who Was Raised as a dog: And Other Stories from a Child Psychiatrist's Notebook: What Traumatized Children Can Teach us about Loss, Love, and Healing*. New York: Basic Books.
- Pinheiro, P. 2006. *World Report on Violence against Children*. Geneva: United Nations Publishing Services
- Population Council. 2008. *Sexual and Gender-based Violence in Africa: Literature Review*. Nairobi, Kenya: Population Council.

- Reza, A, MJ Breiding, J Gulaid, et al. 2009. "Sexual Violence and Its Health Consequences for Female Children in Swaziland: A Cluster Survey Study." *The Lancet* 373:1966-72.
- Rogstad, K, A Thomas, O Williams. et al. 2010. "UK National Guideline on the Management of Sexually Transmitted Infections and Related Conditions in Children and Young People (2009)." *International Journal of STD & AIDS* 21(4):229-41.
- Russell, W. 2007. "Sexual Violence Against Men and Boys." *Forced Migration Review Issue 27* (January). Save the Children UK. 2007. *Protecting Children: Community Attitudes to Child Sexual Abuse in Rural Mozambique*. Maputo: Mozambique: Save the Children UK.
- Silovsky, JF, and L Niec. 2002. "Characteristics of Young Children with Sexual Behavior Problems: A Pilot Study." *Child Maltreatment* 7:187-97.
- Sivakumaran, S. 2010. "Lost in Translation: UN Responses to Sexual Violence Against Men and Boys in Situations of Armed Conflict." *International Review of the Red Cross* 877(31-03-2010).
- The United States President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR). 2012. *FY 2013 Country Operational Plan (COP) Guidance*. Washington, DC: PEPFAR.
- Unger, ER, NN Fajman, EM Maloney, et al. 2011. "Anogenital Human Papillomavirus in Sexually Abused and Nonabused Children: Results of a Multicenter Study." *Pediatrics* 128(3):e658-65.
- United Nations (UN). 1989. *United Nations Convention on the Rights of a Child*. Article 1. Available at <http://www2.ohchr.org/english/law/pdf/crc.pdf> (access January 2013)
- United Nations Children's Fund (UNICEF). 2007. *The State of the World's Children*. New York: UNICEF.
- United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). 1995. *Sexual Violence Against Refugees: Guidelines on Prevention and Response*. Geneva: UNHCR.
- Watchlist. 2010. *Setting the Right Priorities: Protecting Children Affected by Armed Conflict in Afghanistan*. New York: Watchlist.
- World Health Organization (WHO). 1999. *Report of the Consultation on Child Abuse Prevention*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (WHO). 2003. *Guidelines for Medico-legal Care for Victims of Sexual Violence*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (WHO). 2008. *Manual for the Health Care of Children in Humanitarian Emergencies*. Geneva: WHO.
- World Health Organization/International Labour Organization (WHO/ILO). 2008. *WHO/ILO Joint Guidelines on Post-Exposure Prophylaxis (PEP) to Prevent HIV Infection*. Section 2.5.3 HIV testing and counseling. Geneva: WHO.
- World Health Organization/United Nations High Commission for Refugees (WHO/UNHCR). 2004. *Clinical Management of Rape Survivors: Developing Protocols for Use with Refugees and Internally Displaced Persons*, revised edition. Geneva: WHO.



# RECURSOS

## INTRODUCCION

World Health Organization (WHO) Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence, 2003; available at <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/924154628X.pdf>

East, Central and Southern African Health Community (ECSA-HC) Guidelines for the Clinical Management of Child Sexual Abuse, 2011; available at [http://www.aidstarone.com/sites/default/files/ECSA%20CSA\\_Guidelines\\_09\\_2011.pdf](http://www.aidstarone.com/sites/default/files/ECSA%20CSA_Guidelines_09_2011.pdf)

International Rescue Committee (IRC) and UNICEF Caring for Child Survivors of Sexual Abuse: Guidelines for health and psychosocial service providers in humanitarian settings, 2012; available at [http://www.unicef.org/pacificislands/IRC\\_CCSTGuide\\_FullGuide\\_lowres.pdf](http://www.unicef.org/pacificislands/IRC_CCSTGuide_FullGuide_lowres.pdf)

WHO Manual for the health care of children in humanitarian emergencies, 2008; available at [http://www.jhsph.edu/news/stories/2008/Moss\\_disaster\\_guide.html](http://www.jhsph.edu/news/stories/2008/Moss_disaster_guide.html)

USAID Protecting Children affected by HIV against abuse, exploitation, violence, and neglect technical report, 2011; available at [http://www.aidstar-one.com/sites/default/files/AIDSTAROne\\_Report\\_OVC\\_Child%20Protection.pdf](http://www.aidstar-one.com/sites/default/files/AIDSTAROne_Report_OVC_Child%20Protection.pdf)

WHO and United Nations High Commissioner for Refugees: Clinical management of rape survivors: Developing protocols for use with refugees and internally displaced persons, Rev Edition, 2004; available at <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/924159263X.pdf>

Save the Children/UK. Protecting Children: Community attitudes to child sexual abuse in rural Mozambique, 2007; available at [http://www.savethechildren.org.uk/sites/default/files/docs/protecting\\_children\\_mozambique\\_1.pdf](http://www.savethechildren.org.uk/sites/default/files/docs/protecting_children_mozambique_1.pdf)

PEPFAR Expert Meeting on Clinical Post-Rape Care for Children in Primary Health Care Centers that Provide HIV Care, 2012; available at [http://www.aidstar-one.com/sites/default/files/AIDSTAROne\\_PEPFAR%20PRC%20Meeting%20Report\\_DC\\_April%202012.pdf](http://www.aidstar-one.com/sites/default/files/AIDSTAROne_PEPFAR%20PRC%20Meeting%20Report_DC_April%202012.pdf)

Population Council: Sexual and Gender Based Violence in Africa Literature Review, 2008; available at [http://www.popcouncil.org/pdfs/AfricaSGBV\\_LitReview.pdf](http://www.popcouncil.org/pdfs/AfricaSGBV_LitReview.pdf)

UNICEF: The State of the World's Children, 2007; available at <http://www.unicef.org/sowc07/docs/sowc07.pdf>

WHO: Female Genital Mutilation Fact Sheet, 2012; available at <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en/>

UNICEF: The State of the World's Children, 2011; available at [http://www.unicef.org/sowc2011/pdfs/SOWC-2011-Main-Report\\_EN\\_02092011.pdf](http://www.unicef.org/sowc2011/pdfs/SOWC-2011-Main-Report_EN_02092011.pdf)

International Center for Research on Women; available at <http://www.icrw.org/child-marriage-factsand-figures>

Population Council February, 2008. Sexual and Gender Based Violence in Africa: Literature Review; available at [http://www.popcouncil.org/pdfs/AfricaSGBV\\_LitReview.pdf](http://www.popcouncil.org/pdfs/AfricaSGBV_LitReview.pdf)

# ESTABLECIENDO Y FORTALECIENDO LA RESPUESTA A NIÑOS Y ADOLESCENTES QUE HAN EXPERIMENTADO VIOLENCIA SEXUAL Y EXPLOTACION

Sexual Violence Research Initiative: South African Regional Training Programme For the Care and Support of Sexual Assault Survivors training; available at <http://www.svri.org/africantraining.pdf>

Responding to Sexual Violence: Community Approaches; available at [http://www.law.berkeley.edu/HRCweb/SVA\\_CommunityApproaches.pdf](http://www.law.berkeley.edu/HRCweb/SVA_CommunityApproaches.pdf)

UNFPA. Addressing Sexual Violence in Humanitarian Settings; available at <http://www.unfpa.org/emergencies/violence.htm>

Developing an Integrated Model for Post-rape Care and HIV Post-Exposure Prophylaxis in Rural South Africa: Rural AIDS and Development Action Research Programme; available at [http://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/PNADK615.pdf](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADK615.pdf)

CARE International's Overall Approach to Prevention of Sexual Exploitation and Abuse; available at <http://gender.care2share.wikispaces.net/Sexual+Abuse+and+Exploitation>

What Are We Learning About Protecting Children in the Community? An Interagency review of evidence on community based child protection mechanisms; available at [http://www.unicef.org/wcaro/What\\_Are\\_We\\_Learning\\_About\\_Protecting\\_Children\\_in\\_the\\_Community\\_Summary.pdf](http://www.unicef.org/wcaro/What_Are_We_Learning_About_Protecting_Children_in_the_Community_Summary.pdf)

Preventing Child Maltreatment: a guide to taking action and generating evidence from WHO and the International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect; available at [http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365_eng.pdf)

Sexual Violence in Africa: Key Issues for Programming from the Population Council; available at [http://www.popcouncil.org/pdfs/AfricaSGBV\\_KeyIssues.pdf](http://www.popcouncil.org/pdfs/AfricaSGBV_KeyIssues.pdf)

Caring for Child Survivors of Sexual Abuse in Humanitarian Setting: A Review of Promising Practices to Improve Case Management, Psychosocial & Mental Health Interventions, and Clinical Care for Child Survivors of Sexual Abuse from UNICEF and IRC; available at <http://onerresponse.info/GlobalClusters/Protection/GBV/Documents/Caring%20for%20Child%20Survivors%20in%20Humanitarian%20Settings%20-%20LIT%20REVIEW%20Aug%202011.pdf>

Post Rape Care Program Profile from LVCT, Care and Treatment; available at [http://www.endvawnow.org/uploads/browser/files/programme\\_profile\\_and\\_highlights.pdf](http://www.endvawnow.org/uploads/browser/files/programme_profile_and_highlights.pdf)

# MANEJO MEDICO FORENSE DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES QUE HAN EXPERIMENTADO VIOLENCIA SEXUAL Y EXPLOTACION

International Association of Forensic Nurses SANE Education Guidelines; available at [http://www.iafn.org/associations/8556/files/SANE%20Educational%20Guidelines%20Approved Member%20use%20in%20Member%20Center.pdf](http://www.iafn.org/associations/8556/files/SANE%20Educational%20Guidelines%20Approved%20Member%20use%20in%20Member%20Center.pdf)

Africa Regional Issues Brief: HIV, Children and the Law; available at <http://www.hivlawcommission.org/index.php/ard-dialogue-documentation?task=document.viewdoc&id=70>

DeForest P, RE Gaensslen, and H Lee. 1983. *Forensic Science: An Introduction to Criminalistics*. New York: McGraw-Hill Faculty of the Forensic and Legal Medicine. "Guidelines for the collection of specimens." Available at [www.rcplondon.ac.uk/Faculty/ForensicAndLegalMedicine](http://www.rcplondon.ac.uk/Faculty/ForensicAndLegalMedicine) (accessed July 2010)

The Evaluation of Sexual Abuse in Children, American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect, by Nancy Kellogg, 2005; available at <http://www.pediatricsdigest.mobi/content/116/2/506.full>

Seeking Patients' Informed Consent: The Ethical Considerations from the Health Care Professions Council of South Africa; available at [http://www.hpcs.co.za/downloads/conduct\\_ethics/rules/seeking\\_patients\\_informed\\_consent\\_ethical\\_consideration.pdf](http://www.hpcs.co.za/downloads/conduct_ethics/rules/seeking_patients_informed_consent_ethical_consideration.pdf)

Sexually Transmitted Diseases and Child Sexual Abuse from the US Department of Justice; available at [http://www.missingkids.com/en\\_US/documents/sexually\\_trans\\_disease\\_child\\_sex\\_abuse.pdf](http://www.missingkids.com/en_US/documents/sexually_trans_disease_child_sex_abuse.pdf)

A National Protocol for Sexual Assault Forensic Examinations of Adults and Adolescents from the US Department of Justice, 2004; available at <http://safeta.org/associations/8563/files/National%20Protocol.pdf>

National Training Standards for Sexual Assault Medical Forensic Examiners from the US Department of Justice, 2006; available at <http://safeta.org/associations/8563/files/training%20standards.pdf>

Post-Rape Care Checklists for Women, Men and Children from PATH; available at <http://www.iawg.net/resources/jobaids/Post-Rape%20Care%20for%20Adults%20and%20Children%20Pocket%20Guide.pdf>

WHO Emergency Contraception Fact Sheet N 244; available at <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs244/en/> (accessed November 2012)

# **INTERVENCIONES PSICO SOCIALES, SEGUIMIENTO, ATENCION Y DERIVACIONES**

Sample Manual of Interagency Procedures and Practices; available at

[http://www.rhrc.org/resources/gbv/gbv\\_vann4.pdf](http://www.rhrc.org/resources/gbv/gbv_vann4.pdf)

Disability is Natural; available at <http://www.disabilityisnatural.com/explore/pf>

Guidelines for Counseling on Child Sexual Abuse from the Southern African Aids Trust; available at [http://www.satregional.org/sites/default/files/publications/SAT\\_child\\_sexual\\_abuse\\_english.pdf](http://www.satregional.org/sites/default/files/publications/SAT_child_sexual_abuse_english.pdf)

Delivering post-rape care services: Kenya's experience in developing integrated services from WHO; available at <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/7/08-052340/en/index.html>

# ANEXO I

## GLOSARIO DE TERMINOS (GENERAL)

Términos y definiciones comunes usadas en todo el documento están descriptos a continuación.

**ADOLESCENCIA:** Periodo entre los 10 y 19 años de edad. Es un desarrollo continuo en las áreas físicas, cognitivas, conductuales y psico sociales.

**ADOLESCENTE:** Cualquier persona entre los 10 y 19 años de edad.

**ADULTO:** Cualquier persona mayor de 18 años de edad.

**CUIDADOR:** La persona que está ejerciendo los cuidados diarios de un niño o niños. Puede ser un cuidador, pariente, hermano, amigo de la familia, o tutor; esto no necesariamente implica responsabilidad legal. Esto se puede aplicar a los padres transitorios (aquellos que se ocupan de un niño temporariamente, así como aquellos que lo hacen formalmente).

**CADENA DE CUSTODIA:** Una documentación cronológica formal de la custodia y posesión de pruebas. Esto es usado para establecer la integridad de la recolección de pruebas en un corte

**NIÑO:** Cualquier persona menor de 18 años de edad. Los niños van evolucionando de acuerdo a sus capacidades, en relación a su edad y al estadio de desarrollo en el que se encuentra. Al trabajar con niños es fundamental comprender estos estadios ya que determinara el método apropiado de comunicación con ellos.

También permitirá que el proveedor establezca el nivel de comprensión particular de cada niño y su capacidad para tomar decisiones sobre su cuidado. Como resultado el proveedor estará en condiciones de tomar una decisión informada acerca de cual es la intervención mas adecuada para cada niño.

Las siguientes definiciones clarifican el término “niño” en relación a la edad y al estadio de desarrollo para guiar las intervenciones y tratamiento:

- Niños = 0–18, de acuerdo a la Convención sobre los derechos del niño
- Niños pequeños = 0–9
- Adolescencia temprana = 10–14
- Adolescencia tardía = 15–18

**NIÑO QUE HA EXPERIMENTADO VIOLENCIA SEXUAL Y EXPLOTACION:** Una persona menor de 18 años que ha experimentado un acto de abuso sexual. Explotación infantil es el uso de niños para beneficio de otra persona ya sea económica o ventaja sexual, gratificación, ganancia, generalmente resultando en el tratamiento dañino, injusto y cruel del niño (Salven a los niños, Gran Bretaña 2007). Este es el término predominante usado en este documento.

**ABUSO SEXUAL INFANTIL:** La Organización Mundial de la Salud define al abuso sexual infantil como “el involucramiento de un niño en una actividad sexual que no comprende totalmente,

y que no puede dar consentimiento, o para la cual el niño no está preparado en términos de desarrollo o que viola las leyes o tabúes sociales de la sociedad. El abuso sexual infantil es evidenciado por la actividad entre un niño y un adulto u otro niño que por edad o por estar en un estadio mayor de desarrollo está en una relación de responsabilidad, confianza o poder, la actividades tiene como intención satisfacer o gratificar las necesidades de la otra persona. Esto puede incluir pero no está limitado a:

- la incitación o la coerción para que un niño se dedique a cualquier actividad sexual ilegal
- la explotación de un niño en la prostitución u otras prácticas sexuales ilegales
- la explotación de niños para “actuaciones o materiales pornográficos” (OMS 1999)

**CONFIDENCIALIDAD:** Confidencialidad es un principio ético que está asociado con profesiones de servicios médicos y sociales. Mantener la confidencialidad requiere que los proveedores de servicios protejan la información tomada acerca de sus pacientes y acuerden con compartir información de sus pacientes solo con el permiso explícito de los mismos. Toda la información escrita debe ser mantenida en un lugar confidencial en archivos bajo llave. Puede haber limitaciones a la confidencialidad al trabajar con niños (p. ej., puede ser obligatorio informar sobre casos de agresiones y/o abusos en niños).

**REVELACION:** El proceso de compartir información. En referencia a este documento, la revelación es en el contexto de abuso sexual y se refiere específicamente a la manera que una persona se entera de la experiencia de abuso sexual en un niño. La revelación sobre abuso sexual puede ser directa o indirectamente comunicada, voluntaria o involuntariamente.

**VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO (VBG):** En el sentido amplio, “violencia basada en género” es la violencia dirigida a un individuo basado en su sexo biológico, identidad de género, o de la percepción social acerca de su adhesión a las normas socialmente aceptadas de masculinidad y feminidad. Incluye abuso físico, sexual y psicológico; amenazas, coerción, privación arbitraria de la libertad, y privación económica, ya sea que ocurra en la vida pública o privada.

- La VBG toma muchas formas y puede ocurrir a lo largo del ciclo de vida, desde la fase prenatal, durante la infancia y la adolescencia, los años reproductivos, y durante la vejez (Moreno 2005). La VBG incluye el infanticidio femenino; prácticas tradicionales dañinas tales como los casamientos forzados en niñas, crímenes de honor, ablación genital femenina; abuso sexual infantil y esclavitud; Y tráfico de personas; abuso y coerción sexual; negligencia; violencia doméstica y abuso en los mayores.
- Mujeres y niñas son las que están a mayor riesgo y más afectadas por la VBG. En consecuencia los términos “violencia contra las mujeres” y “violencia basada en género” se usan con frecuencia en forma indistinta.

Sin embargo, varones y hombres también pueden experimentar VBG, al igual que las minorías sexuales y de género, tales como los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero. Independientemente del enfoque, la violencia de género tiene sus raíces en las desigualdades estructurales entre hombres y mujeres y se caracteriza por el uso y abuso de poder y el control físico, emocional o financiero.

**PRINCIPIO DE INTERCAMBIO DE LOCARD:** Un principio de la ciencia forense, desarrollado por Edmund Locard en el cual encontró que cada contacto, no importa cuando leve sea, entre dos objetos resultará en un intercambio entre ambos. Cualquier contacto entre el agresor y el niño, así como el lugar del crimen en sí mismo, puede tener potenciales pruebas de evidencia

dejadas atrás. Esta evidencia puede estar en los restos de objetos y/o fluidos corporales del agresor. En la medida en que el cuerpo del niño es examinado, muestras forenses deben ser tomadas de las áreas donde pueda existir evidencia.

**INFORME OBLIGATORIO:** Esto se refiere a las leyes y políticas nacionales o jurisdiccionales que ordena a algunos organismos y / o personas en profesiones tales como: (maestros, trabajadores sociales, personal de salud, etc.) que informe a protección del menor y / o autoridades de la justicia penal de supuesto abuso (por ejemplo, físico, sexual, negligencia, abuso emocional y psicológico, intercambio sexual ilegal).

**PERPETRADOR:** Una persona que directamente inflige o apoya la violencia o abuso en otra persona en contra de su voluntad. Los perpetradores de violencia en contra de los niños pueden ser adultos, o niños incluyendo:

- Padres, guardianes, y otros cuidadores
- Otros miembros de la familia y miembros viviendo en la misma casa (adultos y niños)
- Otros parientes que no viven en la misma casa (tíos/tías, abuelos, primos)
- Novio / novia, pareja romántica, comprometido/a, o marido/esposa en el caso de niño casado)
- Amigos, conocido, vecinos (ambos amigos de la familia pero también pares)
- Adultos desconocidos/extraños
- Figuras públicas de autoridad (maestros, soldados, oficiales de policía, religiosos, trabajadores de la salud, líderes de grupos juveniles, y adultos de organizaciones trabajando con niños)

**VIOLACION:** Físicamente forzada o penetración por otra parte impuesta — aunque leve — de la vagina o ano, usando un pene, otras partes del cuerpo o un objeto (Jewkes, Sen, and Garcia-Moreno 2002). Penetración de la vagina o ano o boca con otra parte u objeto sin consentimiento.

**PROVEEDOR DE SERVICIO:** Proveedores de servicios de salud y psico sociales a cargo de proveer servicios directos a niños que han experimentado violencia basada en género. Esto profesionales incluyen trabajadores sociales, trabajadores de la salud y trabajadores de protección al menor. Nota: este término no se refiere a la policía u oficiales judiciales, aunque gran parte de la orientación en las secciones de comunicación pueden solicitar a los profesionales policiales y judiciales también.

**EXPLOTACION SEXUAL:** Cualquier situación o intento de abuso hacia otra persona en una posición de vulnerabilidad, de diferencia de poder, o de la confianza para fines sexuales. Esto incluye beneficios monetarios, sociales o políticos de la explotación sexual de una persona<sup>16</sup> (véase también abuso sexual infantil).<sup>16</sup>

**SOBREVIVIENTE/VICTIMA:** El término “sobreviviente” en este documento implica mujeres, niñas, hombres y varones, a menos que sea indicado diferente. La mayoría de los individuos que se presentan para intervenciones en relación a la violencia sexual y basada en género son mujeres y niñas. Es también reconocido que hombres y varones pueden ser víctima. Las directrices se refieren

---

<sup>16</sup> <http://europeandcis.undp.org/files/hrforms/STSGB200313%20-%20Measures%20for%20Protection%20from%20Sexual%20Exploitation%20and%20Sexual%20Abuse.pdf>

a la persona abusada como sobreviviente, víctima, cliente o paciente. Las palabras sobreviviente, víctima, cliente y paciente deben ser usadas en forma indistinta.

**VIOLENCIA HACIA LOS NIÑOS:** Todas las formas de violencia física, mental, lesión o abuso, negligencia o tratamiento negligente, maltrato o explotación, incluido el abuso sexual (UN 1989).

- **Violencia física hacia los niños:** comprende violencia fatal y no fatal. Puede ser definida como el uso intencionado de fuerza física contra un niño que resulta o tiene alta probabilidad de resultar en daño para la salud, sobrevivencia, desarrollo o dignidad. Incluye todo tipo de castigo y todas las formas de tortura, cruel, inhumana, o tratamiento degradante o castigo, e intimidación física, burla por parte de adultos y de otros niños. El castigo “corporal” "o físico" es cualquier castigo en el cual la fuerza física es usada e intencionada para causar algún grado de dolor o incomodidades, aunque leve. Este incluye golpear (con la mano o un instrumento), dar una patada, sacudir o lanzar, rasguñar, pellizcar, cortar, tirarles del pelo o de las orejas, los azotes, obligando a los niños a permanecer en posiciones incómodas, quemaduras, ingestión forzada (Pinheiro 2006).
- **Violencia emocional hacia los niños:** Un patrón de incumplimiento que se reitera con el paso del tiempo, o un incidente aislado que proporciona un ambiente que tiene una alta probabilidad de dañar la salud física o mental del niño, espiritual, moral o social. Puede incluir:
  - Todas las formas persistentes de interacciones dañinas con el niño, por ejemplo hacerles sentir que no valen nada, que no son queridos, son no deseados, peligrosos, o sólo valen para satisfacer las necesidades de otros.
  - Asustar, aterrorizar, y amenazar; explotar y corromper, despreciar y rechazar; aislar, ignorar y favorecer.
  - Negar la sensibilidad emocional; descuido de salud mental, de las necesidades médicas, y educativas.
  - Insultar, llamar con nombres inapropiados, humillar, ridiculizar, menospreciar.
  - Exposición a violencia doméstica.
  - Ubicar en un régimen de aislamiento, condiciones humillantes o degradantes, detención
  - Acoso psicológico y burlas por parte de adultos u otros niños, incluso a través de tecnologías de información y comunicación (incluido el ‘acoso por internet’).
- **Violencia sexual hacia los niños:** Todas las formas de abuso sexual y explotación sexual hacia los niños (Ver Abuso sexual en niños).

## ANEXO 2

# CONDUCTA SEXUAL EN NIÑOS PEQUEÑOS<sup>17</sup>

Ejemplos de conductas sexuales en niños de 2 a 6 años de edad

Conductas normales, normales	Conductas normales, menos comunes	Conductas infrecuentes en niños normales	Raramente normal
Tocarse/masturbarse los genitales en público/privado	Frotar el cuerpo contra otros	Solicitar a adulto/par que participe en actos sexuales específicos	Cualquier conducta sexual que involucre a otro niño que sea mas de 4 años mayor
Mirar/tocar los genitales de los hermanos o pares	Tratar de introducir la lengua cuando besa	Insertarse objetos en los genitales	Serie de conductas sexuales que se repiten a diario
Mostrar los genitales a los pares	Tocar los genitales de los adultos	Imitar a propósito las relaciones sexuales	Comportamiento sexual que se traduce en angustia emocional o dolor físico
Estar parado o sentado demasiado cerca	Imitar de forma grosera los movimientos relacionados con el acto sexual	Tocar los genitales de los animales	Conductas sexuales asociadas con otras conductas físicas agresivas
Tratar de ver a pares o padres desnudos	Conductas sexuales que son ocasionales pero persistentemente molestan a otros	Conductas sexuales que son habitualmente molestas para los demás	Conducta sexual que involucra coerción
Los comportamientos son pasajeros, pocos, y fáciles de distraerse	Los comportamientos son pasajeros y moderadamente sensibles a la distracción	Los comportamientos son persistentes y resistentes a la distracción paternal	Las conductas son persistentes y el niño se enfada de ser distraído

<sup>17</sup> American Academy of Pediatrics. <http://www2.aap.org/pubserv/PSVpreview/pages/behaviorchart.html>



# ANEXO 3

## ESTADIOS DE MADURACION SEXUAL SEGUN TANNER <sup>18</sup>

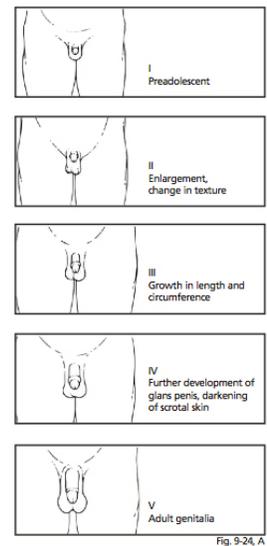
En mujeres jóvenes, el estadio de desarrollo del pecho según Tanner , es el siguiente (Fig 9 – 24, C)

- Estadio I (Pre adolescente) – Solo la papila esta elevada sobre el nivel de la pared torácica.
- Estadio II (Pecho burbujeante) – Elevación del pecho y las papilas pueden presentarse como pequeños montículos junto con algún aumento del diámetro de la areola.
- Estadio III – Los pechos y areola siguen ampliando, aunque ellos no muestren ninguna separación del contorno.
- Estadio IV – Las papilas y la areola se elevan por encima del nivel de los pechos y se forman montículos secundarios en la medida en que se desarrolla el tejido
- Estadio V – Los pechos femeninos maduros se han desarrollado. La papila puede extenderse ligeramente encima del contorno de los pechos a consecuencia de la recesión de la areola.



Los estadios para el desarrollo de los genitales masculinos son los siguientes: (Fig. 9 – 24, A):

- Estadio I (Pre adolescente) – los testículos, el saco del escroto, y pene tienen el tamaño y la proporción similar a aquellos de la infancia temprana.
- Estadio II – hay agrandamiento del escroto y los testículos y un cambio en la textura de la piel escrotal que también puede enrojecerse. Esto no es obvio cuando es visto en una fotografía en blanco y negro.
- Estadio III – hay crecimiento adicional del pene, al principio en longitud, aunque con un poco de aumento de la circunferencia también. Hay crecimiento de los testículos y escroto.
- Estadio IV – el pene se agranda considerablemente en longitud y en circunferencia con mayor desarrollo del glande. Los testículos y el escroto continúan agrandándose y hay oscurecimiento de la piel escrotal. Esto es difícil de evaluar en una fotografía en blanco y negro.
- Estadio V – los genitales son adultos en relación al tamaño y forma.

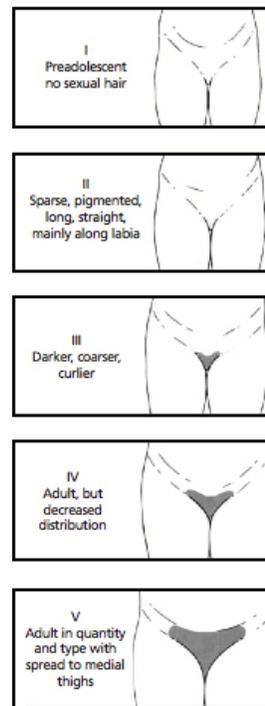


<sup>18</sup> Vermont Department of Health. <http://healthvermont.gov/family/toolkit/tools%5CJ-1%20CARD%20Tanner%20Stages.pdf>

Debido a que la aparición y progresión de la pubertad es tan variable, Tanner ha propuesto una escala uniformemente aceptada, para describir la aparición y progresión de cambios puberales (Fig. 9-24). Niños y niñas están clasificados en una escala de 5 puntos. Los niños están clasificados para el crecimiento de vello púbico y el desarrollo genital, y las niñas están clasificadas para el desarrollo de los pechos y vello púbico.

El crecimiento del vello en las mujeres esta organizado de la siguiente manera (Fig 9 – 24, B):

- Estadio I (pre adolescente) – el pelo de los vellos se desarrolla sobre el pubis de una manera no mayor que sobre la pared anterior. No hay pelo sexual.
- Estadio II – el pelo es escaso, largo, pigmentado, suave, liso o sólo es ligeramente rizado, aparece. Estos pelos son vistos principalmente a lo largo de los labios. Esta etapa es difícil de ser vista en fotografías en blanco y negro.
- Estadio III – considerablemente más oscuro, más grueso y rizado, el pelo sexual aparece y se ha propagado escasamente sobre el cruce de la pubis.
- Estadio IV – la distribución del pelo es adulta pero ha disminuido en cantidad total. No se propaga a la superficie media de los muslos.
- Estadio V – pelo es adulto en cantidad y tipo y tiene forma de triángulo inverso. Allí se extiende a la superficie media de los muslos.



El crecimiento del vello en los hombres esta organizado de la siguiente manera (Fig. 9-24, D):

- Estadio I (pre adolescente) – el pelo de vellos aparece en el pubis con un grado de desarrollo similar al de la pared abdominal. No hay vello púbico sensible.
- Estadio II - hay escaso desarrollo de pelo velloso largo pigmentado, es un poco ondulado o recto. El cabello se ve principalmente en la base del pene. Esta etapa puede ser difícil de evaluar en una fotografía, especialmente si el sujeto tiene cabello rubio.
- Estadio III – el vello púbico es considerablemente más oscuro, más grueso y rizado. La distribución se extiende ahora por el cruce del pubis, y en este punto el pelo puede ser reconocido fácilmente en fotografías en blanco y negro.
- Estadio IV – El cabello es ahora adulto en distribución y tipo, pero todavía es considerablemente menor que la observada en adultos. No hay propagación a la superficie media del muslo.
- Estadio V – El cabello es adulto en la cantidad y el tipo, se describe en el triángulo inverso. Allí se extiende a la superficie media de los muslos.



## ANEXO 4

# PREPARACION DEL ESTABLECIMIENTO CLINICO Y MATERIAL DE APOYO

Este material de apoyo puede ser utilizado como una lista de verificación para ayudar al sitio clínico (administradores de instalaciones y proveedores) para determinar su preparación para dar una respuesta eficaz al manejo médico de los niños que han experimentado la violencia sexual y explotación. Prioridad se debe dar a la educación del personal médico en el lugar.

Las exámenes médicos forenses deben realizarse en un sitio médico donde exista acceso óptimo a una gran variedad de servicios que pudieran ser requeridos por el niño. Idealmente esto debería ser un hospital o clínica. Los niños deben ser capaces de acceder a los servicios las 24 horas del día. Si eso no es posible, deben acceder a la clínica durante las horas de operación. La atención debe ser ética y compasiva, objetiva y centrada en el niño. La escasez de recursos puede excluir la posibilidad de la prestación de servicios en una instalación ideal, pero es posible mejorar la calidad de las instalaciones existentes asegurando que sean accesibles, seguras, limpias y privadas (OMS 2003).

### Preparación general del establecimiento

- Desarrollar e implementar políticas escritas, procedimientos y protocolos en la lengua de los proveedores de atención.
- Garantizar educación a los proveedores de salud en violencia sexual infantil y explotación.
- Desarrollar documentación clínica y formularios para evaluaciones físicas.
- Desarrollar e implementar un sistema de almacenamiento de registro médico seguro.
- Desarrollar un sistema de seguimiento de datos.

### Preparación del sitio de examinación

- Determinar un sitio apropiado para la examinación privada.
- Utilizar los recursos disponibles para crear un ambiente estético favorable a los niños.
- Asegurar acceso inmediato a iluminación adecuada, agua, jabón y baños.
- Desarrollar un plan de dotación de personal que fomente la disponibilidad de personal de la salud capacitados, 24 horas por día.
- Planee la disponibilidad de un chaperón / acompañante que esté presente en la sala de examen durante la revisión ano-genital de la evaluación médica.

### Equipo necesario

- Guantes de examinación estériles y sin polvo
- Mesa de examinación que permita la posición para litotomía
- Especulo para niñas post púberes UNICAMENTE
- Suministros para cultivos
- Lubricantes
- Equipos para recolección de muestras
- Suministros forenses (ver Capítulo 2)
- Recipiente para desechar objetos corto punzantes
- Agujas , jeringas
- Agua estéril, solución salina estéril
- Batas para pacientes, ropa de cama y sábanas
- Suministros médicos básicos para el tratamiento de lesiones (suturas, vendajes, tablillas, tijeras)

Provisiones para confort de los pacientes toallas higiénicas femeninas, alimentos, bebidas, artículos de tocador, ropa/ropas interior

---

Equipo de resucitación

---

Cámara digital y suministros relacionados, tales como tarjetas de memoria, baterías, flash y regla estándar fotográfica

---

Lupa de aumento manual

---

Acceso a autoclave para esterilizar material de ser necesario

---

Instalaciones de laboratorio o acceso a pruebas

---



## ANEXO 5

# COMPRESION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO/AFIRMACION Y LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES

Es importante para el proveedor de salud tener una comprensión básica de la información necesaria para explicar al paciente acerca de las opciones que tiene durante la examinación, y obtener su consentimiento/afirmación para la atención.

Debido a que la edad de consentimiento médico y consentimiento para la prueba de VIH varía entre países, es fundamental que el proveedor serpa las leyes nacionales en relación a consentimiento y comprenda la legislación.

Un niño que esta en la edad de **consentir** (que varia de acuerdo al país) debiera firmar un permiso para todos los tratamientos, incluida la examinación médica forense.

Un niño que esta por debajo de la edad para consentir para este tratamiento debiera de todos modos **asentir** para la atención, y se le debe pedir permiso para proseguir. Si el niño no esta en edad de consentimiento, entonces el proveedor de salud debe obtener consentimiento o bien del padre/guardián o cuidador, además de obtener el asentimiento del niño.

El niño **nunca** debe ser obligado a pasar por una examinación médico forense (p. ej. control de virginidad).

Los proveedores de atención de salud deben conocer la siguiente información en relación con los derechos de los niños en la toma de decisiones:

- La persona/s responsable de dar el permiso (consentimiento informado) para la atención y tratamiento en el contexto local
- La edad en la cual un niño puede independientemente consentir para la atención y tratamiento en el contexto local
- El mecanismo para que terceras personas provean el consentimiento en caso que los padres o cuidadores no estén disponibles o si algún padre o cuidador se sospecha sea el perpetrador

<b>Porción de la examinación</b>	<b>Consentimiento necesario</b>
Examinación medico forense	Consentimiento firmado
Recolección de muestra forense	Consentimiento firmado
Divulgación de la información a policía/otras agencias, servicio social)	Consentimiento firmado
Documentación fotográfica de la examinación	Consentimiento firmado
Prueba de VIH	Consentimiento firmado
Anticoncepción de emergencia	Consentimiento firmado

El consentimiento puede ser escrito, en un único documento, o puede haber una lista de comprobación de pasos, de modo que el consentimiento es dado a cada uno individualmente.

El paciente puede consentir para cada procedimiento y el consentimiento puede ser quitado en cualquier momento del proceso (un ejemplo de formulario de consentimiento esta incluido). El niño y la persona que lo cuida deben comprender la necesidad de proteger al niño contra daños futuros, incluyendo cualquier información obligatoria que pueda ser necesaria en el caso de los niños que experimentaron violencia sexual o explotación, ideas suicidas o homicidas. Un niño en condiciones de dar su propia historia debe hacerlo en una situación de uno a uno con el proveedor para asegurar la confidencialidad y la habilidad del niño de hablar abiertamente cuando se le hacen preguntas (p. ej., si consintió en alguna de las actividades sexuales).

Los niños también deben comprender que pueden parar el proceso del examen en cualquier momento y pedir por una “tiempo afuera” en cualquier momento. También pueden tener a alguien de su confianza durante la examinación (reconociendo que quizá ni el cuidador/padre sea la persona que el niño prefiere). El proveedor debe dejarle en claro que esta bien hacer preguntas si no esta claro lo que se le esta preguntado o si no comprende algo. Se le debe preguntar al niño durante el examen si tiene alguna pregunta.

### Directrices para el Consentimiento informado/Afirmación (IRC/UNICEF 2012)

Grupo de edad	Niño	Cuidador	Si no es el cuidador y no es en el mejor interés del niño	Medio
0-5	Afirmación consentida	Consentimiento informado	Consentimiento informado de otro adulto de confianza o del proveedor de salud	Consentimiento escrito
6-11	Afirmación consentida	Consentimiento informado	Consentimiento informado de otro adulto de confianza o del proveedor de salud	Afirmación consentida verbal, consentimiento escrito
12-14	Afirmación consentida	Consentimiento informado	Otro adultos de confianza o la información consentida del niño si tiene nivel suficiente de madurez (puede tener peso)	Afirmación consentida verbal, consentimiento escrito
15-18	Consentimiento informado	Obtener consentimiento informado con el permiso de niño	Consentimiento informado del niño y suficiente nivel de madurez (tiene peso)	Consentimiento escrito

Los derechos de los pacientes varían de acuerdo al país y a veces también de acuerdo a la jurisdicción. Los proveedores de salud deben estar informados sobre las políticas locales y nacionales respecto de los derechos de los pacientes, y tenerlos en consideración cuando proveen servicios a niños que han experimentado violencia sexual y explotación. De no existir directrices locales o nacionales, entonces el establecimiento que provee atención post violación debe desarrollar políticas para los derechos de los pacientes. Aunque deberíamos esforzarnos para asegurar que haya un resultado favorable de la justicia penal para el niño, hay que reconocer que las comunidades tendrán diferentes respuestas e infraestructura necesaria para proveer este resultado. Hay que reconocer que el aspecto más importante que el médico puede proporcionar es que la salud y el bienestar del niño durante la atención sea la prioridad, y que el niño sea tratado con dignidad y compasión.

# EJEMPLO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO<sup>19</sup>

## NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO

Nota para el proveedor de salud: Lea el formulario completo al niño que ha experimentado violencia sexual o explotación y/o el guardián, explicando que puede seleccionar cualquiera (o ninguno) de los pasos listados.

Obtenga una firma, o huella digital con firma de un testigo.

Yo, \_\_\_\_\_ (escriba el nombre del paciente o padre/cuidador) autorizo al establecimiento de salud mencionado para realizar lo siguiente (marque los espacios apropiados) en mi niño/ \_\_\_\_\_ [incluya el nombre del niño/a]:

Paso	Si	No
Conducir una examinación médica completa que puede incluir examen genital		
Recolectar muestras de posible evidencia que puede incluir: ropas, cabellos de los peines, usar hisopo para quitar muestra debajo de las uñas, muestras de sangre y fotografías		
Proveer información médica y muestras de evidencia a la policía, y corte judicial en relación al caso de mi niño, esta información estará limitada a esta examinación y el seguimiento de cuidados que se provea relevante		

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_

<sup>19</sup> Fuente: Guías Nacionales de Manejo sexual en Kenya, 2nd ed., 2009

## ANEXO 6

# LA EXAMINACION FISICA DE “CABEZA A PIES”

Lo que sigue es una lista detallada y sistemática, paso a paso de la examinación de cabeza a pies, para ser conducida en los niños. La examinación debe ser realizada con la mayor dignidad y privacidad posibles. Limite la exposición del cuerpo a la zona que está siendo examinada (p. ej., cuando se observa el pecho, cubra el resto del cuerpo para darle privacidad al niño/a).

Paso	Observación	Otros
<b>Paso 1</b>	Note la apariencia general del niño, conducta y etapa de desarrollo	Tome los signos vitales, altura, peso y la medida de la circunferencia de la cabeza cuando sea apropiado
<b>Paso 2</b>	Inspeccione la cabeza y el cuero cabelludo. Observe zonas con falta de cabello, y evidencia de hematomas y Petequias	Palpar el cuero cabelludo buscando áreas blandas. Palpación suave del cuero cabelludo puede revelar sensibilidad e hinchazón, sugestivo de hematoma. Pérdida de cabello puede haber sido debido a arranque del cabello durante la agresión, el cabello suelto debe recogerse con guantes por el examinador, buscar Petequias en la superficie del cuero cabelludo; palpación suave de las márgenes de la mandíbula y orbital puede revelar sensibilidad indicando hematomas no visibles
<b>Paso 3</b>	Inspeccione los ojos, observar moretones alrededor de los ojos (esto puede ser sutil), y buscar la presencia de Petequias conjuntivas o hemorragias. Inspeccione todas las superficies del cuello buscando lesiones.	Palpar el cuello para enfisema subcutáneo. Alguno de estos síntomas puede indicar que se ha producido un evento de estrangulación

<b>Paso 4</b>	Inspeccione la parte externa e interna de las orejas, sin olvidar el área detrás de las orejas como pruebas de que hubo pelea, este puede ser un signo que existe fractura de cráneo. La sangre o pérdida de líquido cefalorraquídeo (CSF) del oído también pueden indicar fracturas de cráneo	
<b>Paso 5</b>	Inspeccione la nariz y la boca; mire la nariz para signos de sangrado o pérdida de CSF, o áreas de lesiones en la parte externa de la nariz. La boca debe ser inspeccionada cuidadosamente incluidos los labios, encías, lengua, buscando lesiones en estas estructuras o en la mucosa bucal. Petequias en las partes blandas y duras del paladar pueden indicar penetración oral o estrangulación. Revise el área del frenillo para lesiones de rasgado y observe dientes rotos.	Recoger hisopos orales como se recomienda
<b>Paso 6</b>	Lesiones en el cuello pueden indicar un evento posible de estrangulamiento - garantizado con más preguntas por parte del proveedor. Inspeccione todas las superficies del cuello por lesiones.	Palpe el cuello buscando enfisema subcutáneo y tome nota si observa marcas de ligadura. Cualquiera de estos síntomas puede indicar un evento de estrangulamiento. Abrasiones en el cuello, en los casos de estrangulación pueden ser causadas por el niño, que trata de protegerse del estrangulamiento. Petequias o hematomas rojo de mordeduras o succión deben ser anotadas y tomar muestras de saliva antes de ser tocadas.
<b>Paso 7</b>	Evalué las manos del niño de ambos lados observe el aspecto general y busque si hay lesiones. Observe las muñecas por signos de marcas por ataduras	Recoja pruebas de evidencia de debajo de las uñas de ser apropiado
<b>Paso 8</b>	Inspeccione los antebrazos para heridas, apropiada circulación, sensación y movimiento; cualquier herida de pinchazo intravenosos deberían ser notados	Palpe para notar zonas blandas

<b>Paso 9</b>	Inspeccione la zona de la parte superior de los brazos y axilas para heridas, apropiada circulación, sensación y movimiento	Los niños que han sido forzados con las manos pueden tener hematomas con la marca de la yema de los dedos del perpetrador en sus brazos
<b>Paso 10</b>	Los pechos y el tronco deben ser examinados. La herida obvia sutil puede ser vista en una variedad de sitios en el tronco. Los pechos son con frecuencia un objetivo de asalto en pacientes femeninas, incluso marcas de mordeduras y succión	Recoger muestras de saliva de estar indicado. Auscultar los pulmones
<b>Paso 11</b>	Observe la espalda del niño, esto puede ser realizado al final de la examinación, pidiéndole que se vuelque en la camilla o estando de pie y así observar la totalidad de la espalda	Observe si hay lesiones, moretones y palpe para ver si hay zonas blandas
<b>Paso 12</b>	Complete la examinación abdominal, incluida inspección, auscultación, y palpar para excluir cualquier trauma interno	Si sospecha presencia de saliva o fluidos corporales recoja muestras de evidencia
<b>Paso 13</b>	Examinar los aspectos anteriores y posteriores de las piernas con especial atención al interior de los muslos para ver si hay lesiones. Observar materiales extraños y evaluar si hay partes blandas. También evaluar los pies, tobillos y las plantas para ver si hay materiales extraños y sensibilidad	Recoja materiales extraños si hubiese, palpe para ver si hay zonas blandas y si el rango de movimiento es limitado
<b>Paso 14</b>	Inspeccionar la parte posterior de las piernas, esto puede ser más fácil de lograr con el niño estando de pie o sentado en el regazo de su padre. Por otra parte, el niño puede ser examinado en la posición de decúbito supino y pidiéndole que levante cada pierna una por una y a continuación, hacerlo rotar ligeramente para inspeccionar cada nalga	Cualquier evidencia biológica debe ser recolectada con hisopos húmedos (semen, saliva, sangre) y con guantes en las manos para (cabello, fibras, hierbas, tierra)
<b>Paso 15</b>	Deformaciones obvias deben ser notadas	La presencia de tatuajes es generalmente innecesaria, a menos que el niño haya sido tatuado por el perpetrador, por lo tanto esta relacionado con la escena del crimen



## ANEXO 7

### DESCRIPCION DE CARACTERISTICAS DE LESIONES FISICAS (OMS/ACNUR 2004)

Descripción	Notas
<b>Clasificación / tipo</b>	Usar terminología apropiada en la medida de lo posible, abrasión, hematoma, cortadura, laceración, herida
<b>Sitio</b>	Situé el lugar de la herida/lastimadura
<b>Tamaño</b>	Mida la herida, usando una regla o método estándar como una moneda
<b>Forma</b>	Describa la forma de la herida, linear, irregular, curva,
<b>Alrededores</b>	Note la condición de las membranas cercanas: hinchada, blanda, amoratado
<b>Color</b>	Note cualquier cambio en el color, rojizo, pálido, moretones
<b>Contenido</b>	Note la presencia de material extraño en la herida, tierra, mugre, vidrio
<b>Edad</b>	Tome nota de cualquier curación de heridas, tales como cortes que están formado costras; moretones mejorados, no intente poner fechas a las heridas
<b>Borders</b>	Caracterice los bordes de las heridas, desiguales, suaves
<b>Profundidad</b>	De un estimado de la profundidad de las heridas, de ser posible



## ANEXO 8

# DESCRIPCION DEL TRABAJO PARA EL MANEJO MEDICO DEL NIÑO ABUSADO SEXUALMENTE Y EXPLOTADO

Los proveedores pueden usar esta descripción de trabajo como una lista de comprobación de las tareas que deben ser completadas cuando se evalúa a un niño que ha experimentado violencia sexual y explotación.

- Obtenga la historia del niño sin tener presente al cuidador, en la medida de lo posible.
- Documente la historia obtenida directamente del niño cuando sea apropiado, usando citas textuales en lo posible (con niños de cuatro años y mayores).
- Obtenga la historia del cuidador presente, sin que este el niño en la medida de lo posible, a menos que el niño sea no verbal.
- Documente la historia obtenida del cuidador.
- Establezca un periodo de tiempo del último contacto con el perpetrador (examen agudo o no agudo).
- Identifique y hable sobre las medidas de seguridad en caso se identifique que el y perpetrador viva en la misma casa.
- Identifique y documente todo tratamiento provisto.
- Asegúrese de coleccionar toda la evidencia si la agresión ocurrió en menos (<) de 72 horas /3 días pasados en niños pre – púberes.
- Asegúrese de coleccionar toda la evidencia si la agresión ocurrió en menos (<) de 168 horas/ 7 días pasados en niños adolescentes.
- Identifique y documente lesiones en la superficie del cuerpo.
- Identifique y documente lesiones ano-genitales.
- Ofrezca prevención del embarazo cuando sea necesario debida al riesgo (pene/penetración vaginal o sospecha) y etapa del desarrollo sexual.
- Realice cultivo para infecciones de transmisión sexual (ITS) cuando sea apropiado.
  - Prueba de orina (NAAT por sus siglas en inglés) en niños adolescentes o pre adolescentes.
  - Hisopos para cultivos oral y anal según se requiera para Gonorrea o Clamidia
- Ofrezca prevención de las ITS en niños adolescentes.
- Ofrezca PPE VIH cuando sea apropiado y este disponible.
- Cumplir con las obligaciones en materia de presentación de informes obligatorios cuando sea apropiado.
- Proveer con recursos de base comunitarios en la medida de lo posible.
- Planifique y documente atención de seguimiento.



## ANEXO 9

# DESCRIPCION DE TRABAJO DEL CLINICO EN LA RECOLECCION DE EVIDENCIA

Los proveedores pueden usar esta descripción de trabajo para determinar el tipo de evidencia que debe ser recolectada, y como debe ser recolectada, y en que periodo de tiempo luego del incidente de violencia sexual y explotación.

- Si un clínico ve a un paciente agudo luego de un episodio de violencia sexual y explotación la recolección de evidencia debe ser ofrecida al paciente como parte de la atención estándar.
- La recolección de evidencia debe realizarse en niños pre-púberes si la agresión ocurrió en las pasadas 72 horas /3 días.
- La recolección de evidencia debe realizarse en niños adolescentes si la agresión ocurrió en las pasadas 168 horas/7 días.

Tipo / naturaleza de la agresión	Muestra Evidencia	Material posible	Equipo	Instrucciones para las muestras
Penetración oral o con pene / con o sin eyaculación	<b>Hisopos orales</b>	Fluido seminal si la penetración oral fue en los pasados 2 días	Hisopos con punta de algodón estériles	Utilice dos hisopos de algodón seco y frote en la cavidad oral (p. ej., bajo la lengua, alrededor de los dientes, las mejillas, las encías).
En todos los casos de recolección de pruebas	<b>Hisopos bucales</b>	Muestra de referencia del ADN del paciente	Hisopos con punta de algodón estériles	Use dos hisopos para frotar en la parte interna de cada mejilla al menos 20 minutos luego que el paciente haya bebido o comido. Esto debe ser completado luego de los <b>hisopos orales</b> .
Si se sospecha el uso de drogas para la agresión Si el laboratorio que	<b>Sangre</b>	Si se sospecha el uso de drogas para la agresión dentro de las 24	Tubo de sangre que contiene oxalato de potasio o al menos 1,5 fluoruro de sodio	Tome 10 ml de sangre de la vena

<b>Tipo / naturaleza de la agresión</b>	<b>Muestra Evidencia</b>	<b>Material posible</b>	<b>Equipo</b>	<b>Instrucciones para las muestras</b>
analiza la muestra no acepta el hisopo bucal como muestra de ADN de referencia		horas de la examinación	oxalato de potasio o ácido etilendiaminotetraacético	
Si se sospecha el uso de drogas para la agresión	<b>Orina</b>	Si se sospecha el uso de drogas para la agresión dentro de las 120 horas de la examinación <sup>20</sup>	Contenedor estéril apropiado con al menos 1,5 % de fluoruro de sodio conservante	Recolectar al menos 90ml de orina
Si el paciente se rompió una uña durante la agresión o rasguño o hundió su dedo en el cuerpo del perpetrador	<b>Hisopos para las uñas de los dedos</b>	Piel, sangre, fibras, etc. (del atacante); y para comparar con cualquier uña rota encontrada en la escena	Hisopos con punta de algodón estériles x 2  Agua estéril	Humedezca el primer hisopo con agua estéril y limpie debajo de las uñas. Repita con el segunda hisopo seco. (Use dos hisopos para cada mano). Solo recoja las unas rotas si esto sucedió durante la agresión.
Si el agresor puso su boca en cualquier parte del cuerpo del niño, recoja una muestra. Si material extraño o mugre aparecen durante la examinación, recólectelos.	<b>Otros especímenes sobre la superficie del cuerpo</b>	Fluidos corporales/ADN; otros materiales extraños (piel dentro de 48 horas) (p. ej., vegetación, pelo enmarañado o pelos extraños)	Hisopos con punta de algodón estéril 2 por sitio  Agua estéril  Pliegue doblado de farmacia	Humedezca primero el hisopo y frote aquellas partes del cuerpo donde pudiera haber fluidos corporales, semen, o ADN. Repetir con hisopo seco. Coloque el material de evidencia en el pliegue doblado de la farmacia, ciérrelo y séllelo.
Penetración pene/vagina u otro contacto genital con genital	<b>Genitales pre-púberes Genitales externos</b>	Fluidos corporales/ADN; otros posible materiales extraños	Hisopos con punta de algodón estériles  Agua esterilizada	Humedecer el primer hisopo con agua estéril y frotar los genitales externos. Repetir con el segundo hisopo seco.

<sup>20</sup> Society of Forensic Toxicologists Drug-Facilitated Sexual Assaults Fact Sheet: <http://soft-tox.org/sites/default/files/DFSA-Fact-Sheet.pdf>

Tipo / naturaleza de la agresión	Muestra Evidencia	Material posible	Equipo	Instrucciones para las muestras
Penetración pene/vagina u otro contacto genital con genital	<p><b>Genitales púberes</b></p> <p>Genitales externos</p> <p>Baja vagina</p> <p>Vagina alta</p> <p>Útero</p>	Fluidos corporales/ADN; otros posible materiales extraños	<p>Hisopos con punta de algodón estériles</p> <p>Agua esterilizada</p> <p>Espéculo y lubricante de base acuosa (por e.j KY®, Pedicat®, Gelcat®)</p>	<p>Humedecer el primer hisopo con agua estéril y frotar los genitales externos.Repetir con el segundo hisopo seco.</p> <p>Inserte un hisopo seco en la parte baja de la tercera parte de la vagina (aproximadamente 2-4 cm del orificio vaginal) y utilice un suave movimiento de rotación para la obtención de la muestra. Repita el proceso con un segundo hisopo seco.</p> <p>Pasar un espéculo estéril dentro de la vagina. Inserte un hisopo seco, limpie y frote el revestimiento mucoso de la parte superior - dos tercios de la horquilla de la vagina. Repita el proceso con un segundo hisopo seco. Si no es posible pasar un espéculo, intentar obtener dos muestras vaginales.</p> <p>Con el especulo en su lugar, use dos hisopos secos, uno por vez, para frotar las caras de las paredes del útero.</p>

Tipo / naturaleza de la agresión	Muestra Evidencia	Material posible	Equipo	Instrucciones para las muestras
Penetración Anal / del pene; penetración, rectal / pene penetración o contacto oral, anal /	<p><b>Ano rectal:</b></p> <p>Zona perianal</p> <p>Canal anal</p>	Fluidos corporales; ADN, otros materiales	<p>Hisopos de punta de algodón estériles</p> <p>Agua estéril</p>	Humedecer primero el hisopo con agua y frotar el área / pliegues perianales. Repita con el segundo hisopo seco. Con otros dos hisopos, repetir el mismo procedimiento para el canal anal.
Contacto oral; anal o rectal (sospecha de material extraño, p. ej., lubricante)	<p><b>Hisopos para el pene:</b></p> <p><b>Eje del pene, frenillo y prepucio</b></p> <p><b>Glande</b></p>	Fluidos del cuerpo/ADN otros materiales	<p>Hisopos con punta de algodón</p> <p>Agua esterilizada</p>	<p>Primero frotar y limpiar con el hisopo humedecido con agua la zona del frenillo del pene, prepucio y la piel (cuando se encuentre). Repetir por segunda vez con el hisopo seco</p> <p>Repetir el mismo procedimiento con el glande, evitando la uretra, (ya que si no se obtendrá ADN del mismo paciente)</p>

# ANNEX 10

## MODELO DE HISTORIA, FORMULARIO DE EXAMINACION (OMS/ACNUR 2004), Y MAPAS DEL CUERPO<sup>21</sup>

### Formulario de Historia Médica y Formulario de Examinación – Violencia Sexual

#### I. INFORMACION GENERAL

Nombre		Apellido	
Dirección			
Sexo	Fecha de nacimiento: (día/mes/año)		Sexo
Fecha y hora de la examinación		En presencia de	

En caso de niño incluya nombre de la escuela a la que concurre y nombre de padres o guardián.

#### 2. EL INCIDENTE

<b>Fecha del incidente:</b>		<b>Hora del incidente:</b>	
Descripción del incidente (descripción del sobreviviente):			
<b>Violencia física</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Descripción del tipo y localización en el cuerpo</b>
Tipo: golpear, morder, tirar del cabello, etc.			
Uso de elementos para evitar la resistencia			
Uso de arma/s			
Uso de drogas/alcohol			

<sup>21</sup> [www.ou.edu/cwtraining/assets/pdf/.../Anatomical%20Drawings.doc](http://www.ou.edu/cwtraining/assets/pdf/.../Anatomical%20Drawings.doc)

<b>Penetración</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>No estoy seguro/a</b>	<b>Descripción (oral, anal, vaginal, tipo de objeto)</b>
Pene				
Dedo				
Otro (describa)				
	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>No estoy seguro/a</b>	<b>Localización (oral, anal, vaginal, otro)</b>
Eyacuación				
Uso de preservativo				

Si el sobreviviente es un niño, también pregunte: ¿Ocurrió esto anteriormente? ¿Cuándo fue la primera vez? ¿Hace cuanto que viene sucediendo? ¿Quién lo hizo? ¿Sigue siendo esta persona una amenaza? También pregúntele si hubo sangrado de la vagina o recto, dolor al caminar, cistitis, dolor al defecar, signos de pérdidas u otros signo o síntoma.

### 3. HISTORIA MÉDICA

Después del incidente, el sobreviviente	Si	No		Si	No
¿Vomitó?			¿Enjuagó la boca?		
¿Orinó?			¿Se cambió de ropa?		
¿Defecó?			¿Se enjuagó o baño?		
Brush teeth?			¿Usó tampón o toalla higiénica?		
<b>Uso de anticonceptivo</b>					
Píldora		DIU		Esterilización	
Inyectable		Preservativo		Otro	
<b>Historia menstrual / obstétrica</b>					
Ultima fecha periodo	día/mes/año		¿Estaba menstruando en el momento del episodio ? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Evidencia del embarazo	Numero de semanas de embarazo _____semanas				
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
Historia obstétrica					
<b>Historia de relación sexual consentida (solo si se han tomado muestras para ADN)</b>					
Ultima relación sexual consentida una semana antes que el episodio	Fecha: día/mes/año		Nombre del individuo:		
<b>Problemas de salud existentes</b>					
Historia de mutilación genital femenina, tipo					
Alergias					
Medicación actual					
<b>Estatus de vacunación</b>	<b>Vacunado/a</b>	<b>No vacunado/a</b>	<b>No sabe</b>	<b>Comentarios</b>	
Tétanos					
Hepatitis B					
<b>Estatus VIH/SIDA</b>	Sabe		No sabe		

#### 4. EXAMINACION MEDICA

Apariencia (ropas, cabello, obvia discapacidad física o mental )			
Estado mental (calmo/a, llorando, ansioso/a, cooperante, deprimido/a, otros			
Peso:	Altura:	Estadio puberal: pre púber, púber, maduro/a:	
Ritmo del pulso:	Presión sanguínea:	Ritmo respiratorio:	Temperatura:
<b>Hallazgos físicos:</b>			
Describa sistemáticamente, y use los mapas del cuerpo adjuntos, la posición exacta de todas las heridas, contusiones, Petequias, señales, etc. Documente, el tamaño, el color, forma y otros detalles. Sea descriptivo, no de interpretaciones.			
Cabeza y cara		Boca y nariz	
Ojos y orejas		Cuello	
Torso		Espalda	
Abdomen		Nalgas	
Brazos y manos		Piernas y pies	

#### 5. EXMINACION GENITAL Y ANAL

Vulva/Escroto	Introito / Himen	Ano
Vagina / Pene	Útero	Examen recto-vaginal/Bi manual
<b>Posición para el paciente (supina, prono, rodillas contra pechos, lateral, sentado sobre falda adulto)</b>		
Para examinación genital:		Para examinación anal:

## 6. INVESTIGACIONES REALIZADAS

Tipo y ubicación	Examinado/enviado al laboratorio	Resultado

## 7. EVIDENCIA TOMADA

Tipo y ubicación	Enviado a .... / guardado	Recolectado por / Fecha

## 8. TRATAMIENTOS PRESCRIPTOS

Tratamiento	Si	No	Tipo y comentarios
Prevención/Tratamiento ITS			
Anticoncepción de emergencia			
Tratamiento de lesiones			
Profilaxis del Tétano			
Vacuna Hepatitis B			
Profilaxis post exposición para el VIH			
Otro			

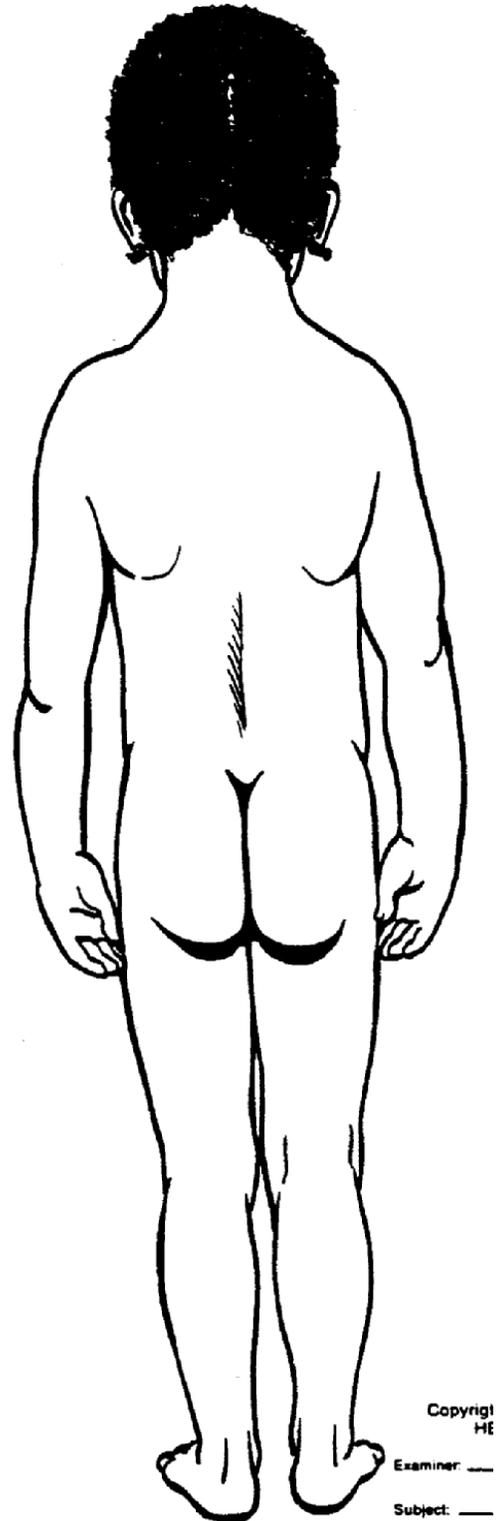
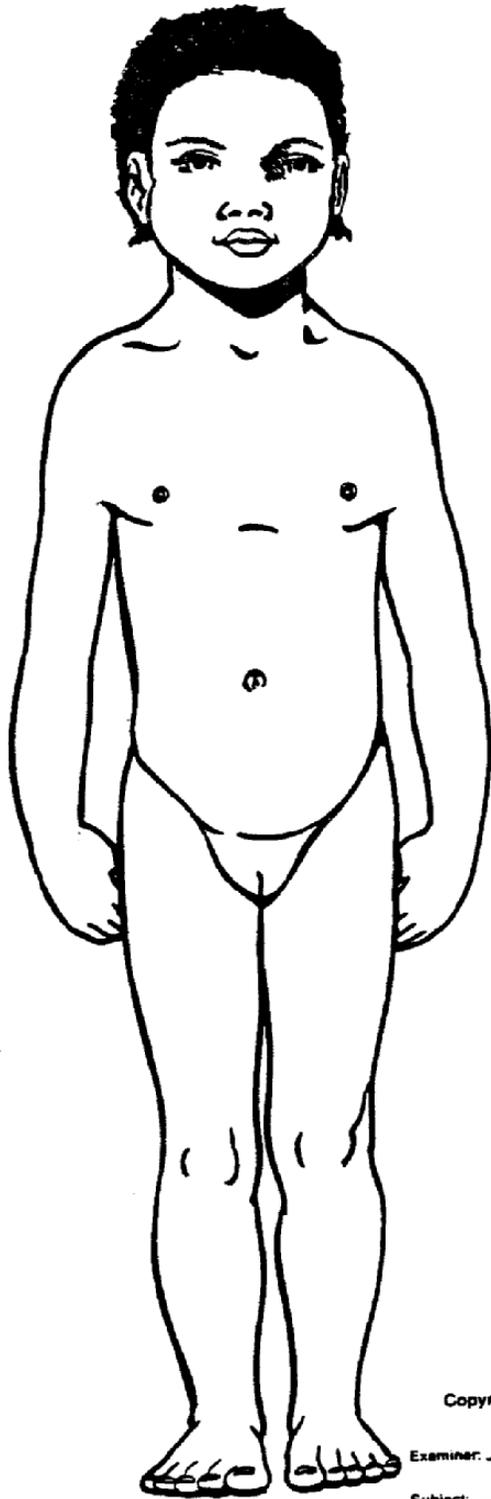
## 9. CONSEJERIA, DERIVACIONES, SEGUIMIENTO

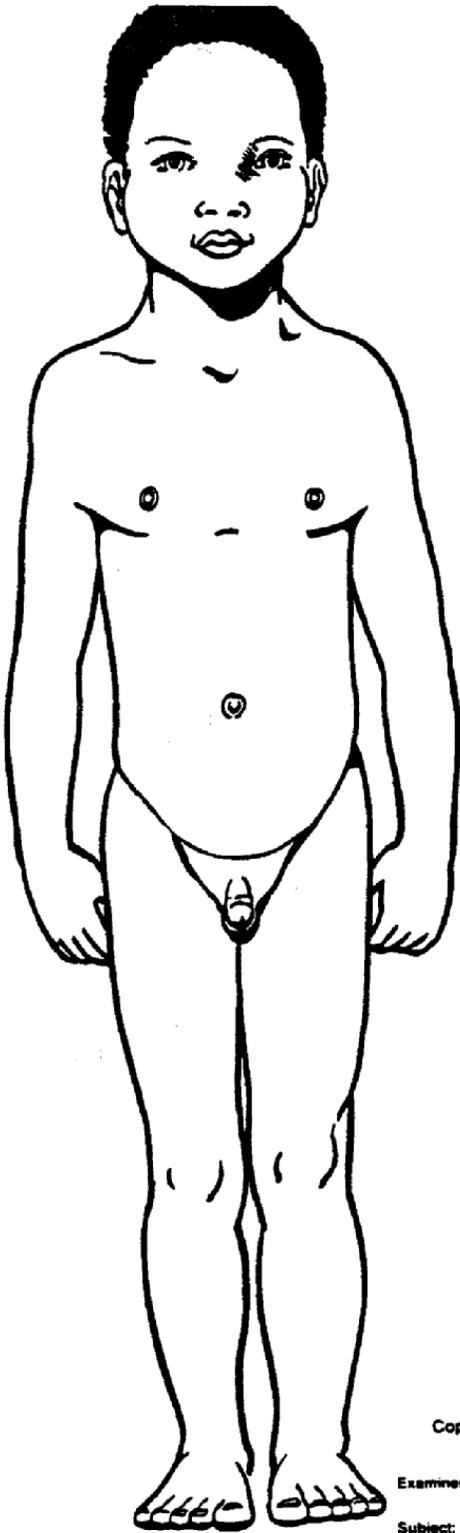
Estado psicológico general	
El sobreviviente planea reportar a la policía O ya reportó <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
El sobreviviente tiene un lugar a donde ir <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Alguien lo acompaña <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Se le brindo Consejería:	
Derivaciones	
Se requiere seguimiento	
Fecha que necesita turno	

Nombre del proveedor de salud que realizo la examinación / entrevista : \_\_\_\_\_

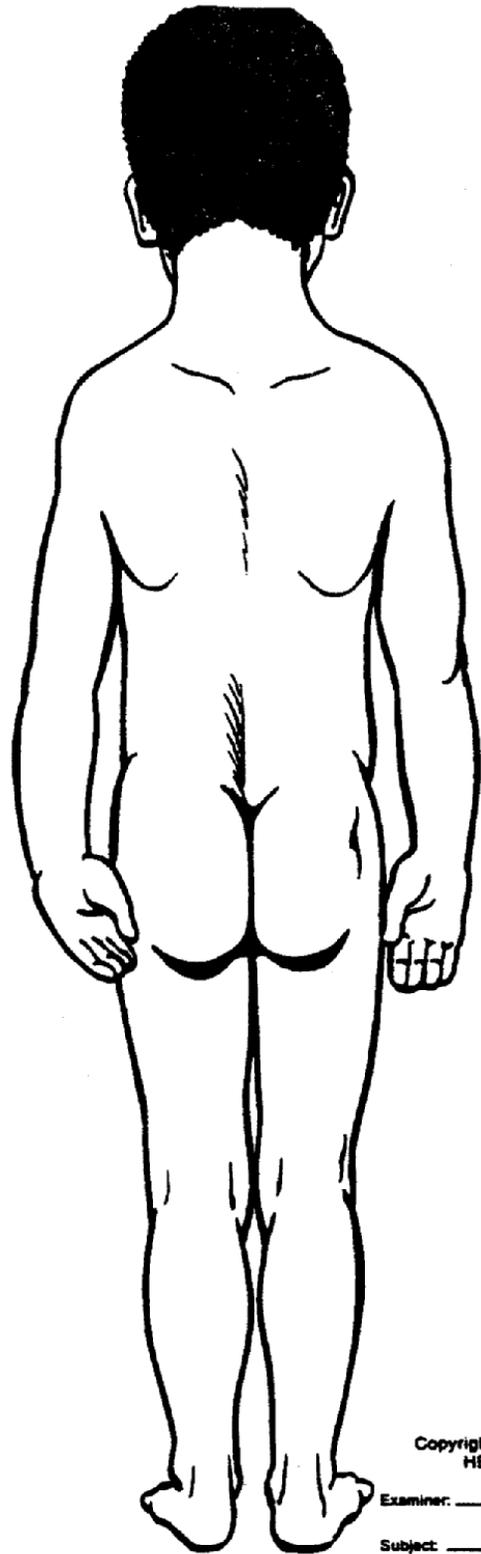
# MAPAS DEL CUERPO

(Escriba su nombre y el tema que examinó)

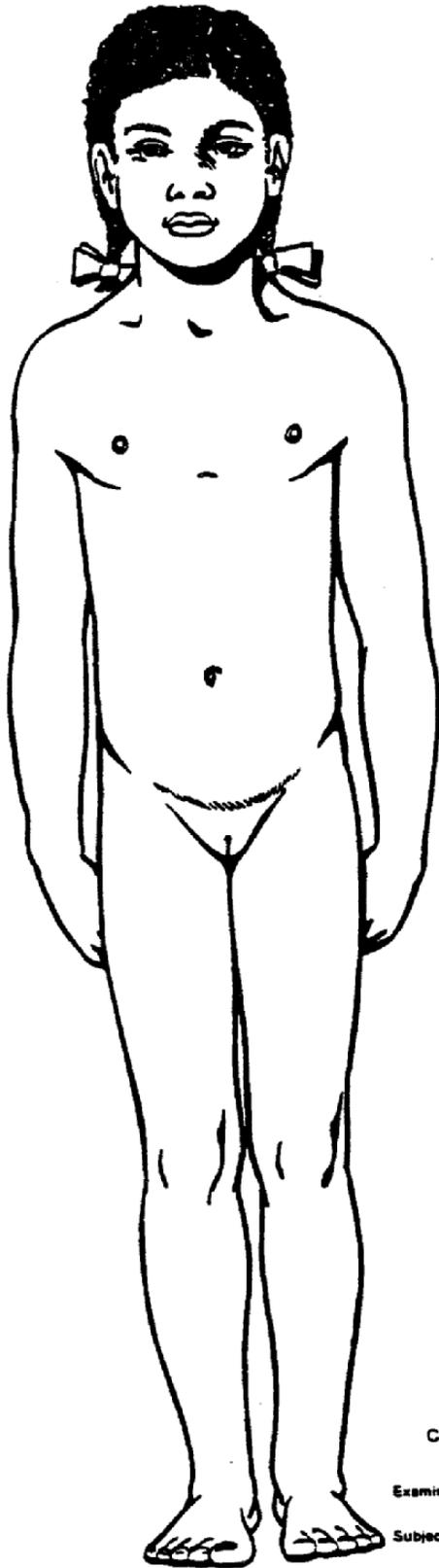




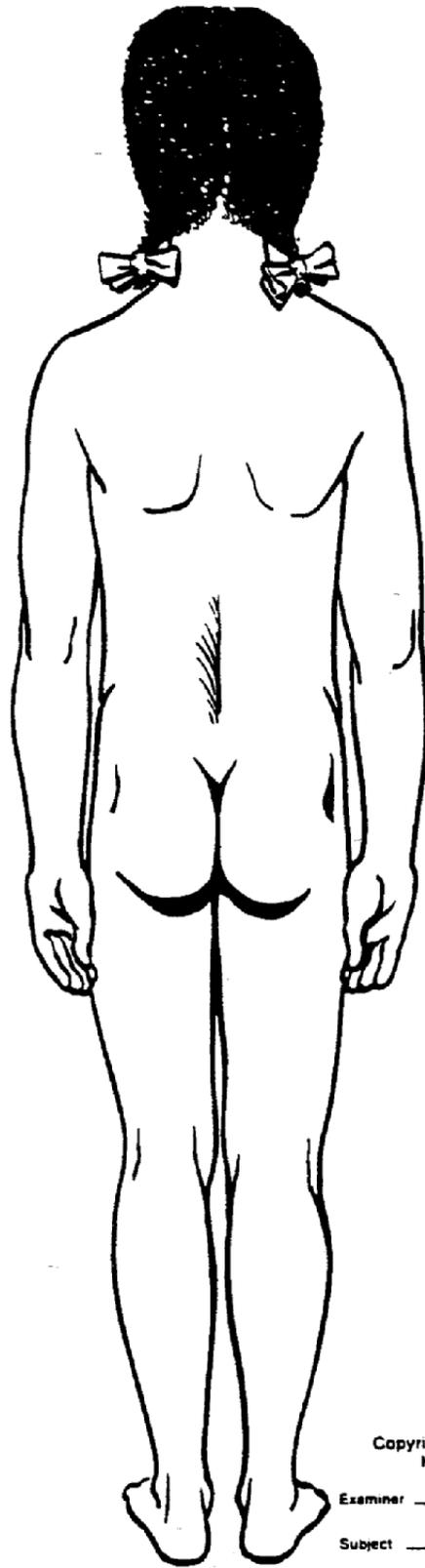
Copyright  
HE.  
Examiner: \_\_\_\_\_  
Subject: \_\_\_\_\_



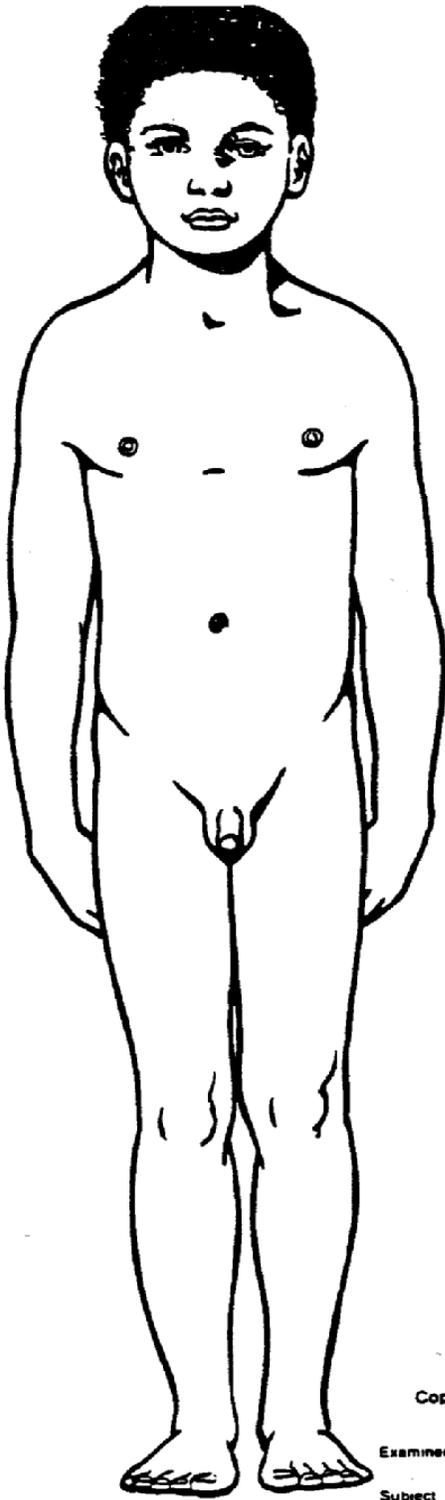
Copyright  
HEA  
Examiner: \_\_\_\_\_  
Subject: \_\_\_\_\_



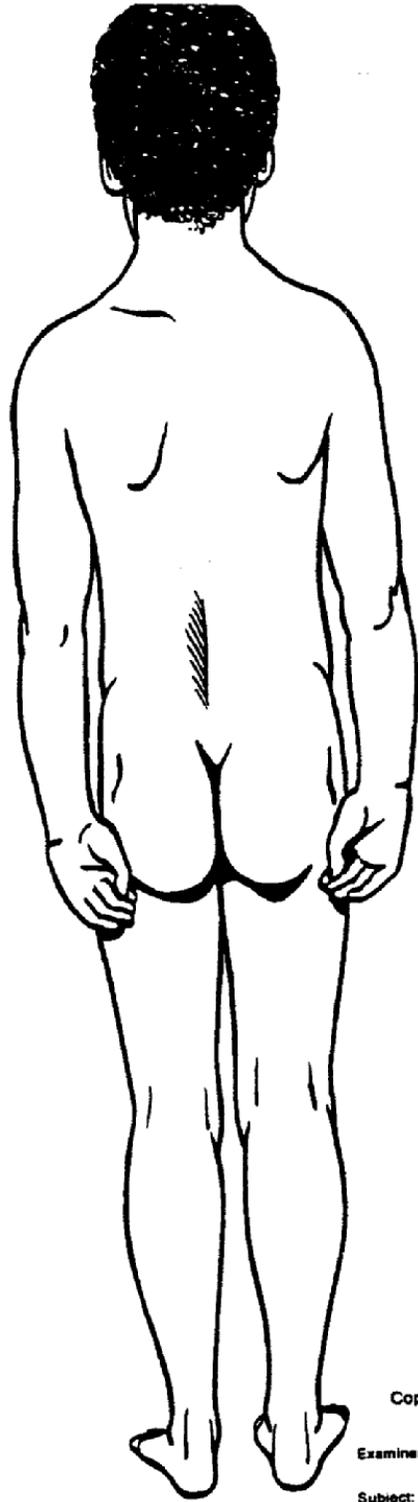
Copyright  
Examiner: \_\_\_\_\_  
Subject: \_\_\_\_\_



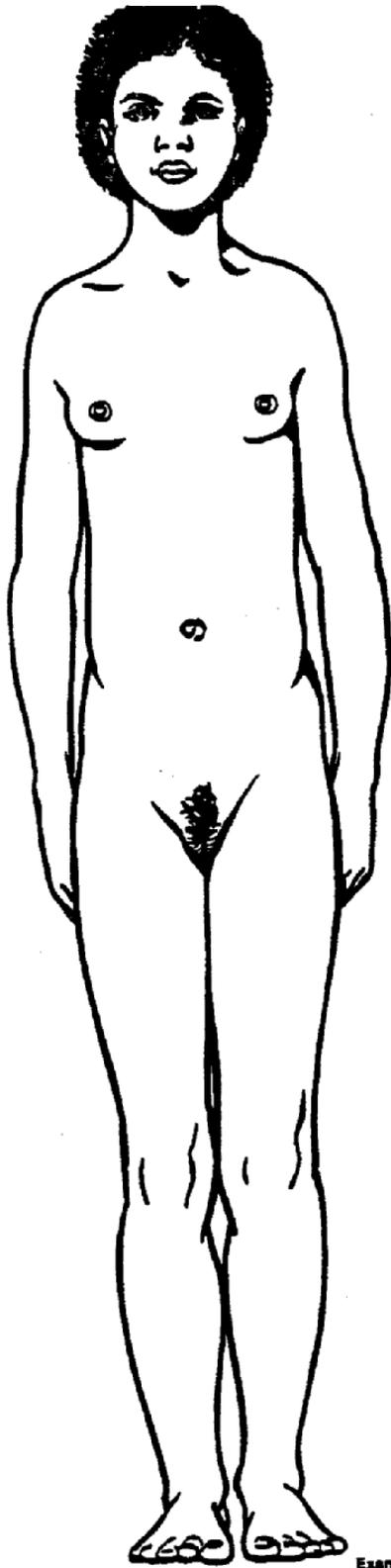
Copyright  
HEA  
Examiner: \_\_\_\_\_  
Subject: \_\_\_\_\_



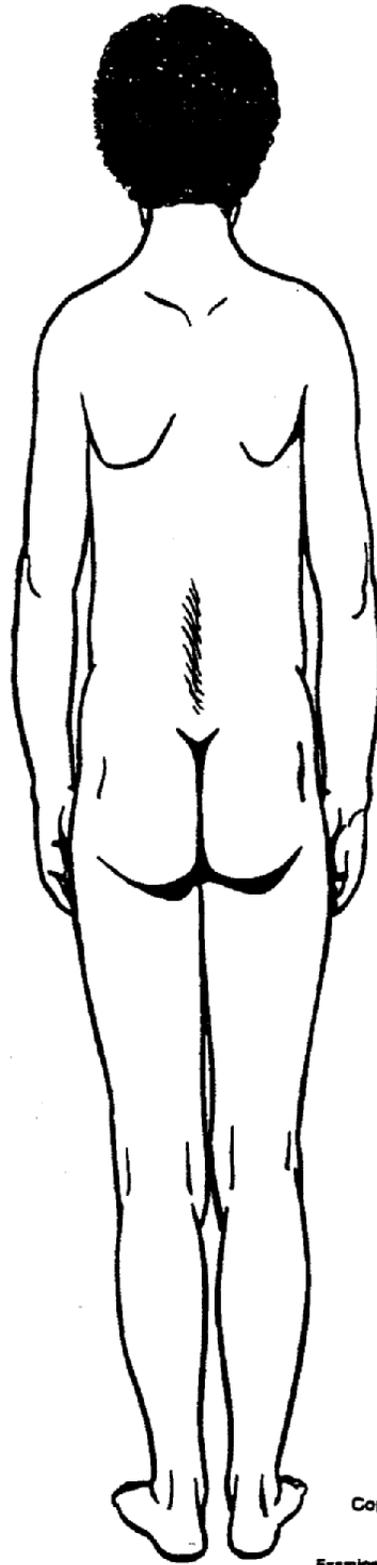
Copyright  
HE  
Examiner \_\_\_\_\_  
Subject \_\_\_\_\_



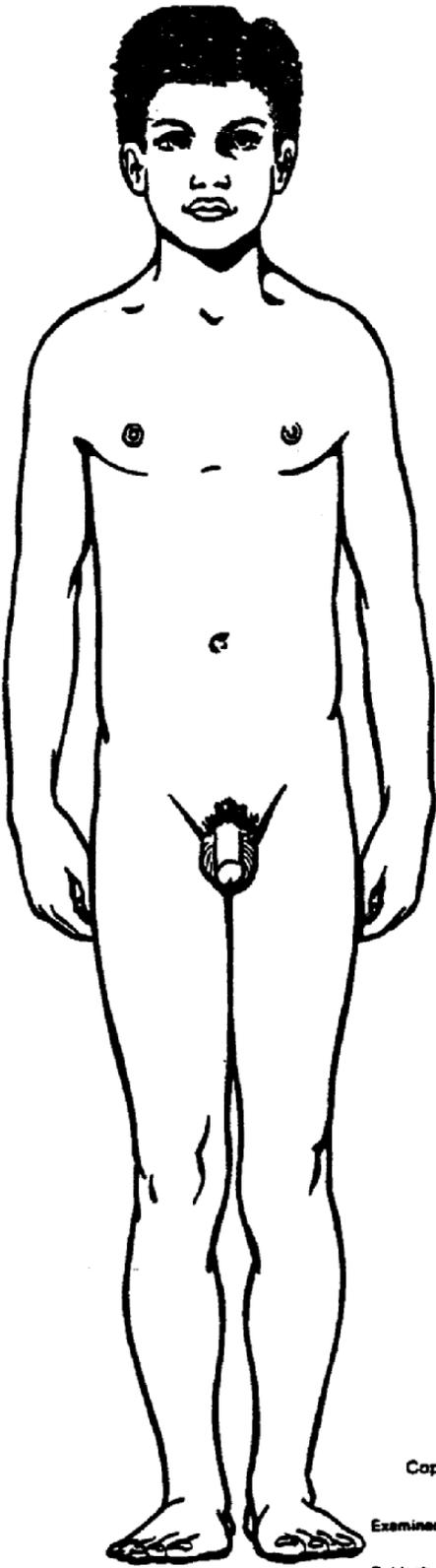
Copyright  
H  
Examiner: \_\_\_\_\_  
Subject: \_\_\_\_\_



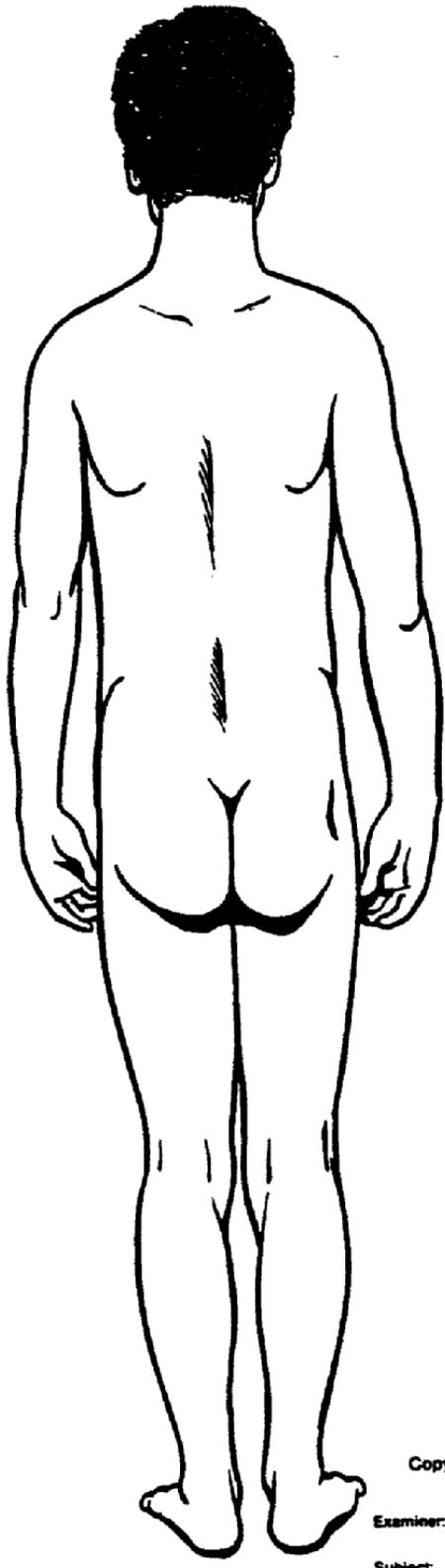
Copy:  
Examiner: \_\_\_\_\_



Copyright  
HEJ  
Examiner: \_\_\_\_\_

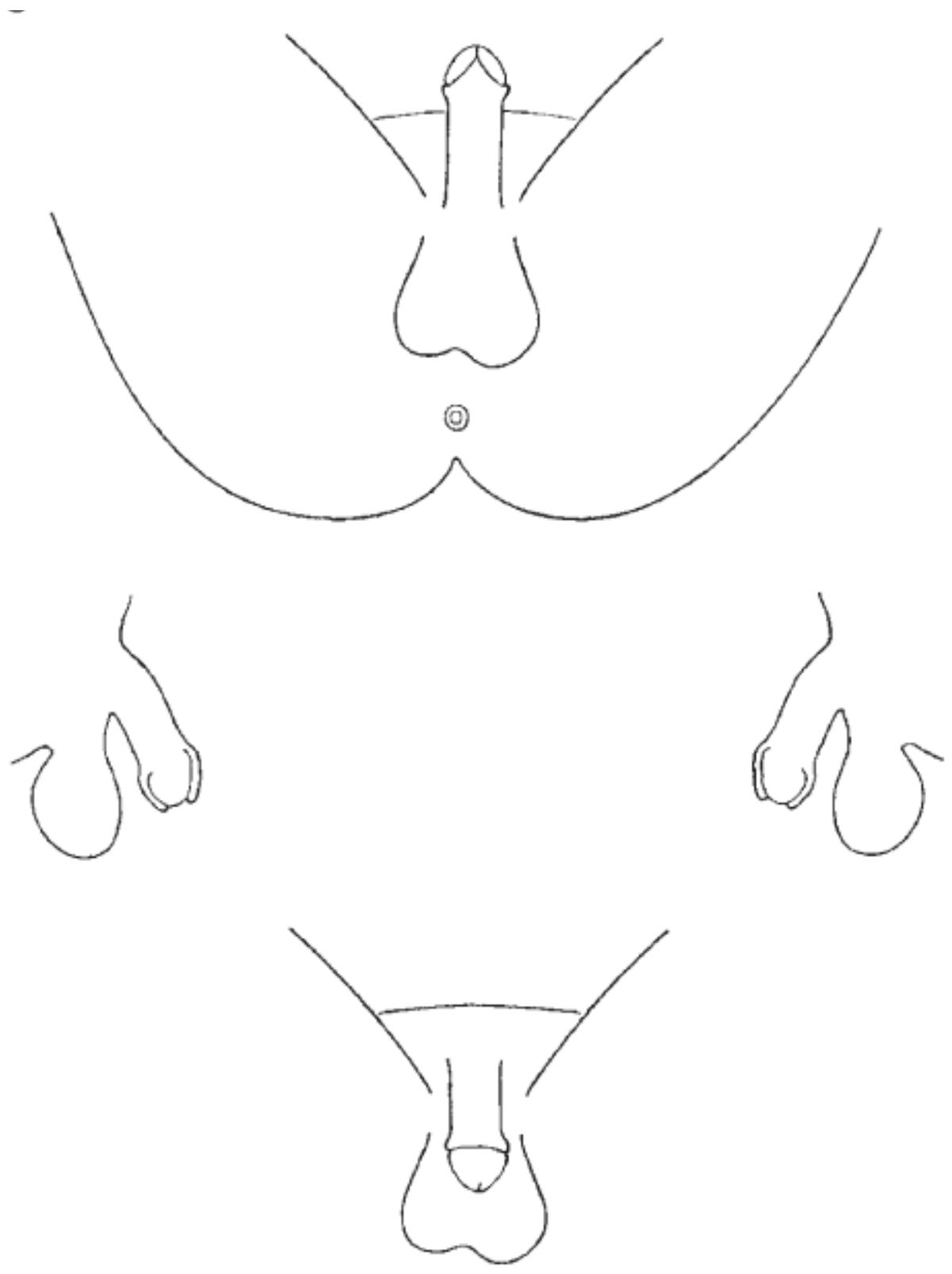


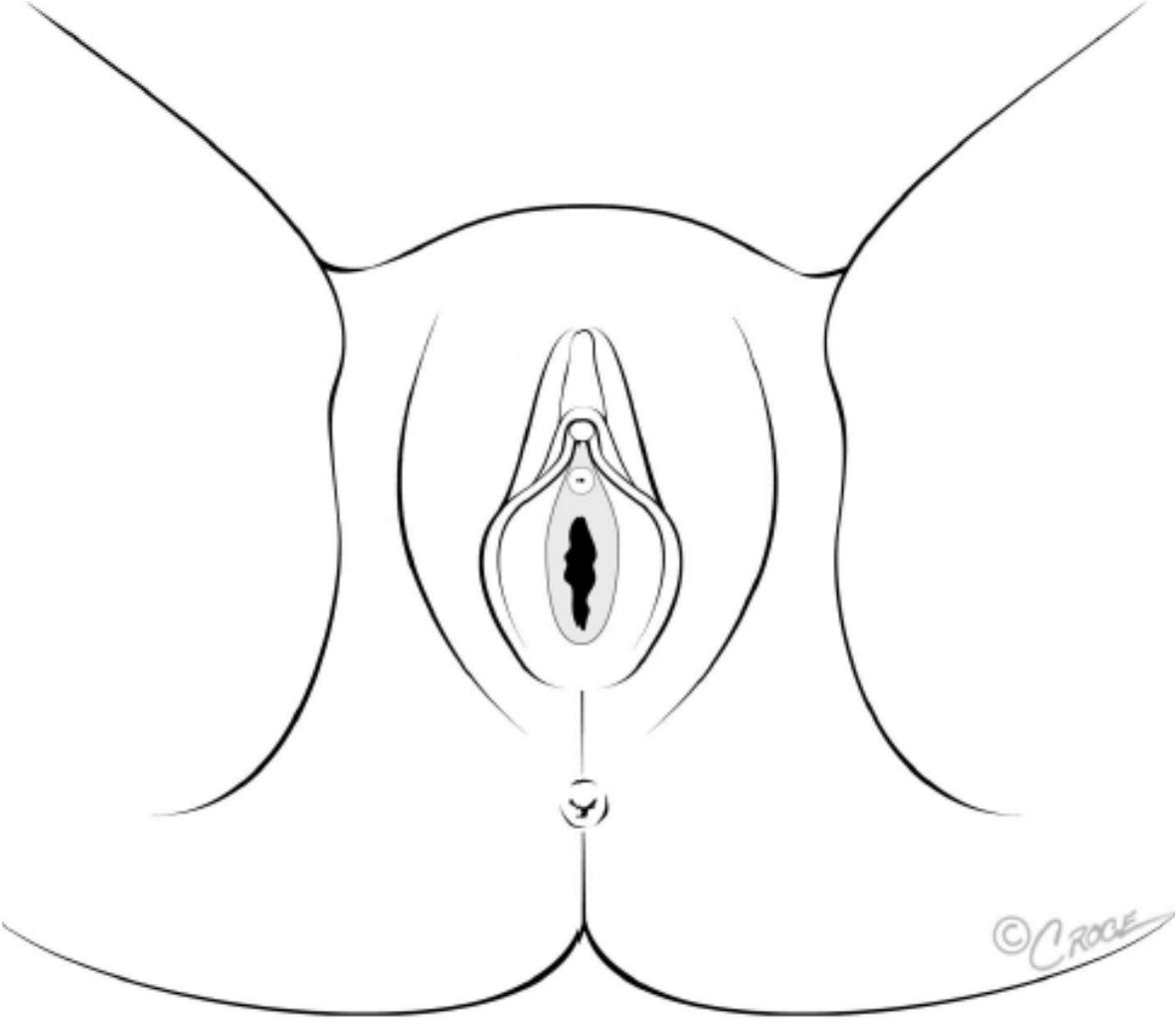
Copyright  
HEA  
Examiner: \_\_\_\_\_  
Subject: \_\_\_\_\_



Copyright  
H  
Examiner: \_\_\_\_\_  
Subject: \_\_\_\_\_  
Person Repn

je, male (back view)





# ANEXO II

## LISTA DE COMPROBACION DE ENFERMERIA

### DECISIÓN DE PRIORIDADES

#### TOMA DE LA HISTORIA

- | Historia forense
  - Evaluar el nivel de desarrollo
  - No lo intente con niños menores de 5 años
  - Haga preguntas abiertas (evite preguntas cuyas respuestas sean si/no)
    - Cuéntame lo que pasó
    - No presione a un niño a hablar
  - Intente hablar con el niño y si cuidador por separado y en privado
  - Escriba la historia del paciente o cuidador tal como fue relatado, use comillas
  - Consiga información importante
    - Cuando ocurrió la violación
    - Cuantas veces ocurrió la violación
    - Tipo de penetración
    - Uso de preservativo (etc.)
  - Historia médica
    - Algún dolor, sangrado, lastimadura
    - Última menstruación
    - Última relación sexual
    - Método anticonceptivo
    - Otra historia médica o diagnóstico

#### CONSIDERACIONES PARA DEJAR IR AL PACIENTE

- | Revise los resultados de los exámenes
  - Lesión o no lesión (que significa esto)
  - Que es lo que podemos decir o no decir respecto de un examen
    - Podemos decir si hay lesión o infección
    - No podemos decir si hubo penetración y vía que mecanismos
    - No podemos proporcionar control de virginidad
  - Signos y síntomas para regresar
  - Medicaciones
- | Planificación de seguridad
  - ¿Hacia donde va el niño?
  - ¿Quién estará allí va a proteger al niño?

## **\* RECUERDE COMUNICACION TERAPEUTICA**

- | “Esta no es tu culpa”
- | “Yo te creo ”
- | Explique que sucederá durante la examinación
- | Ofrezcale opciones durante la examinación
- | Darle apoyo y aliento al paciente durante la examinación !

(Lechner y Nash 2012)

# ANEXO 12

## LISTA DE COMPROBACION DEL DOCTOR

### TOMA DE LA HISTORIA

#### (PUEDE HABER YA SIDO COMPLETADA POR ENFERMERIA)

- | Historia forense
  - Evaluar el nivel de desarrollo
  - No lo intente con niños menores de 5 años
  - Haga preguntas abiertas (evite preguntas cuyas respuestas sean si/no
    - § Cuéntame lo que pasó
    - § No presione a un niño a hablar
    - § Refiérase a la tabla para los detalles de la violación
      - No haga preguntas que ya han sido hechas y documentadas
      - Evite preguntas que sugieran culpa
        - “ ¿ Que estabas haciendo allí solo/a ?
  - Escriba la historia del paciente o cuidador tal como fue relatado, use comillas
  - Consiga información importante
    - § Cuando ocurrió la violación
    - § Cuantas veces ocurrió la violación
    - § Tipo de penetración
    - § Uso de preservativo (etc.)
    - § ¿El perpetrador es una persona conocida o un extraño?
    - § ¿Se conoce el estado de VIH del perpetrador?

### HISTORIA MÉDICA

- | Algún dolor, sangrado, lastimadura
- | Última menstruación
- | Última relación sexual
- | Método anticonceptivo
- | Mujer embarazada
- | Otra historia medica o diagnostico
- | Historia familiar y social

### EXAMEN MÉDICO FORENSE

- | Completar evaluación física
  - Evalúe la salud en general
  - Evalúe lesiones en la superficie del cuerpo
  - Evalúe el estadio de maduración (estadios de Tanner)
  - Este puede ser el único examen físico que el paciente haya tenido en mucho tiempo

- Posiciones
  - Posición “Pata de rana”
  - Posición “Rodillas - pechos” (supina y prono)
- Separación y tracción de labios
  - Permite una completa visualización de los bordes del himen, la fosa navicular, y la horquilla posterior.
  - Evaluación del himen
    - Estrogenizado
      - Aparece en recién nacidas (estrógeno aun de la madre) hasta los 4 años aproximadamente (puede variar)
      - Aparece mas grueso y redundante
    - No Estrogenizado
      - Aparece en niñas pequeñas hasta los cuatro años hasta el inicio de la pubertad
      - Aparece finito y translucido
      - Doloroso al ser tocado
      - NUNCA inserte hisopos, dedos o
    - Estrogenized
      - Aparece en niñas pequeñas hasta los cuatro años hasta el inicio de la pubertad
      - Aparece mas grueso y redundante
      - Prepara el cuerpo para reproducción y parto
      - TODOS los hímenes tienen una apertura
      - Si el himen esta completamente cerrado, este es una condición médica que requiere atención
    - Examen con espéculo
      - Solo debe ser realizado con niñas ya desarrolladas
      - Evaluar la vagina y el útero por posible lesión e infección
    - Evaluación anal
      - Evaluar a todos los pacientes por posible lesión o infección

## CONSIDERACIONES MÉDICAS

- | S Profilaxis para ITS
  - Considerarlo para todos los pacientes violados en un periodo de 4 semanas
    - Incluso si fue considerado consensual
- | PPE
  - Considerarlo para TODOS los pacientes violados en las 72 horas (con resultados de examen negativo)
  - No es necesario que hayan lesiones presentes
  - No es necesario que haya pruebas de violación presente

- Considerarlo para todas las pacientes púberes violadas en las 120 horas
- Prueba de embarazo debe ser realizada a toda paciente púber
- | Vacunas
  - Discuta la situación con el paciente y su cuidador
  - Considere la vacuna contra el Tétanos cuando hay una herida

## **CONSIDERACIONES PARA DAR DE ALTA AL PACIENTE**

- | Revise los resultados de los exámenes
  - Lesión o no lesión (que significa esto))
  - Que es lo que podemos decir o no decir respecto de un examen
    - § Podemos decir si hay lesión o infección
    - § No podemos decir si hubo penetración y vía que mecanismos
    - § No podemos proporcionar control de virginidad
  - Signos y síntomas para regresar
  - Medicaciones
- | Planificación de seguridad
  - ¿Hacia donde va el niño?
  - ¿Quién estará allí va a proteger al niño?

## **\*RECUERDE COMUNICACION TERAPEUTIC**

- | “Esta no es tu culpa”
- | “Yo te creo ”
- | Explique que sucederá durante la examinación
- | Ofrezcale opciones durante la examinación
- | Darle apoyo y aliento al paciente durante la examinación !

(Lechner y Nash 2012)



# ANEXO 13

## LISTA DE COMPROBACION DEL ASISTENTE SOCIAL

### LA COMUNICACION TERAPEUTICA ES CLAVE

- | Discusión sobre la violación
  - Evalúe el nivel de desarrollo
  - No haga preguntas sobre la violación a niños menores de 5 años
  - Deje que el paciente lidere la conversación (si es que quiere hablar sobre tema)
    - Pregunte al paciente si desea hablar, en caso afirmativo
      - Haga preguntas abiertas (evite preguntas cuyas respuestas sean si/no)
        - “Cuéntame que es lo que pasó”
        - Deje que el paciente cuente su historia a su manera
        - NO PRESIONE a un niño a hablar
        - Refiérase a la tabla para detalles de la violación
          - No haga preguntas que ya han sido hechas y documentadas
            - Evite preguntas que impliquen culpa
              - “¿Que estabas haciendo solo/a allí?”
  - Intente inicialmente hablar por separado y en privado con el niño y su cuidador
    - Hable con ambos juntos si este es el deseo de ellos
  - Apoye y aliente al niño y al cuidador
    - “Yo te creo”
    - “Siento orgullo por ti por lo que estas hablando”
    - “Esto no es tu culpa”
    - “Has hecho lo que tenias que hacer para sobrevivir la violación”
    - “Tu no has hecho nada malo”
    - “Nadie merece ser violado”

## **CONSIDERACIONES PARA DEJA IR AL PACIENTE Y PLANIFICACION DE SEGURIDAD**

- | Discuta posibles síntomas relacionados al trauma
  - Sentimientos de culpa y vergüenza
  - Emociones descontroladas como miedo, enojo y ansiedad
  - Pesadillas
  - Pensamientos o intentos suicidas
  - Disfunción sexual
  - Abuso de sustancias
  - Entumecimiento
  - Síntomas somáticos sin explicación médica
  - Retraimiento social
- | ¿A donde se deja ir al paciente?
  - ¿Vive el perpetrador en la misma casa?
  - ¿Puede el perpetrador dejar la casa?
  - ¿Hay otro lugar donde pueda vivir el niño ?
  - ¿Quién protegerá al niño?
  - ¿Que hacer si el niño se siente amenazado o vuelve a haber abuso?

(Lechner y Nash 2012)

## **ANEXO 14**

# **DESCRIPCION DE TRABAJO PARA EL ROL DEL PROVEEDOR EN LA VINCULACION CON LOS RECURSOS DE LA COMUNIDAD**

Los proveedores de servicios médicos que ven a los niños que han sufrido violencia sexual y explotación deben estar preparados a dedicarse a vincular al paciente a servicios adecuados de salud y servicios basados en la comunidad, en un esfuerzo por dar a los niños la mejor oportunidad posible de recuperación y de reintegración, así como para proporcionar apoyo para los cuidadores y familiares en seguimiento.

La ilustración siguiente, identifica recursos basados en la comunidad, al cual deben ser vinculados el niño o adolescente, familiar o cuidador y explica la razón de por que la referencia a cada uno de estos servicios. La comunicación y referencia entre la asistencia médica y los recursos de comunidad son representadas en la ilustración aquí. \*Esto también puede ser apropiado para gerentes/directores del establecimiento.



# ANEXO 15

## PRÁCTICAS PROMETEDORAS

### MODELO 1: CENTROS INTEGRALES

La idea de modelo de centro integral, es tener un equipo multisectorial con actores esenciales para proporcionar todos servicios para la violencia sexual en un solo lugar. Además de ofrecer servicios clínicos, típicamente tienen un oficial de policía en el sitio o el cual puede ser llamado para abrir sumarios y/o toma de declaraciones en el centro; hay un trabajador social, una enfermera, y/o consejeros comunitarios para proporcionar consejería de crisis y apoyo psicosocial; y, en el caso ideal, alguien que se ponga en contacto con el fiscal y supervise los casos cuando van a juicio. Los centros integrales también puede proporcionar o referir a los pacientes a servicios adicionales como asesoría psicológica, refugios de emergencia, y cualquier necesidad de atención de salud. Estos centros modelo tienden a estar situados en el interior de los hospitales o centros de salud, si bien hay algunos ejemplos de centros independientes o en clínicas basadas en la comunidad.

El Hospital General de Livingstone en Zambia tiene un modelo de centro integral, inaugurado en 2008, situado en el Centro Pediátrico de excelencia en Livingstone. La ventaja del modelo integral es que potencialmente puede proporcionar una gama amplia de servicios más eficientes y coordinados, para la atención de la salud.<sup>22</sup> Los desafíos potenciales son que este tipo de centros suelen requieren significativamente más espacio y recursos para operar, incluyendo personal dedicado y un gerente del sitio o Coordinador de servicios. Adicionalmente, preguntas sobre costo-efectividad y sostenibilidad quedan sin responder, particularmente en áreas rurales donde la cantidad de pacientes es generalmente pequeña.

### MODELO 2: CENTRO DE JUSTICIA PARA LA FAMILIA

El modelo centro de justicia para la familia también ofrece un modelo integral, donde equipos multidisciplinarios comparten un mismo espacio físico para proveer todos los servicios esenciales para la violencia sexual. Además de ofrecer servicios de salud, el centro puede tener un oficial de la justicia allí mismo, un entrevistador forense, consejero y apoyo del servicio social. El centro está conectado a menudo con recursos comunitarios disponibles, refugio o consejería continua si fuera necesario. El centro puede ser ubicado dentro de un establecimiento de salud, o independiente en la comunidad.<sup>23</sup>

---

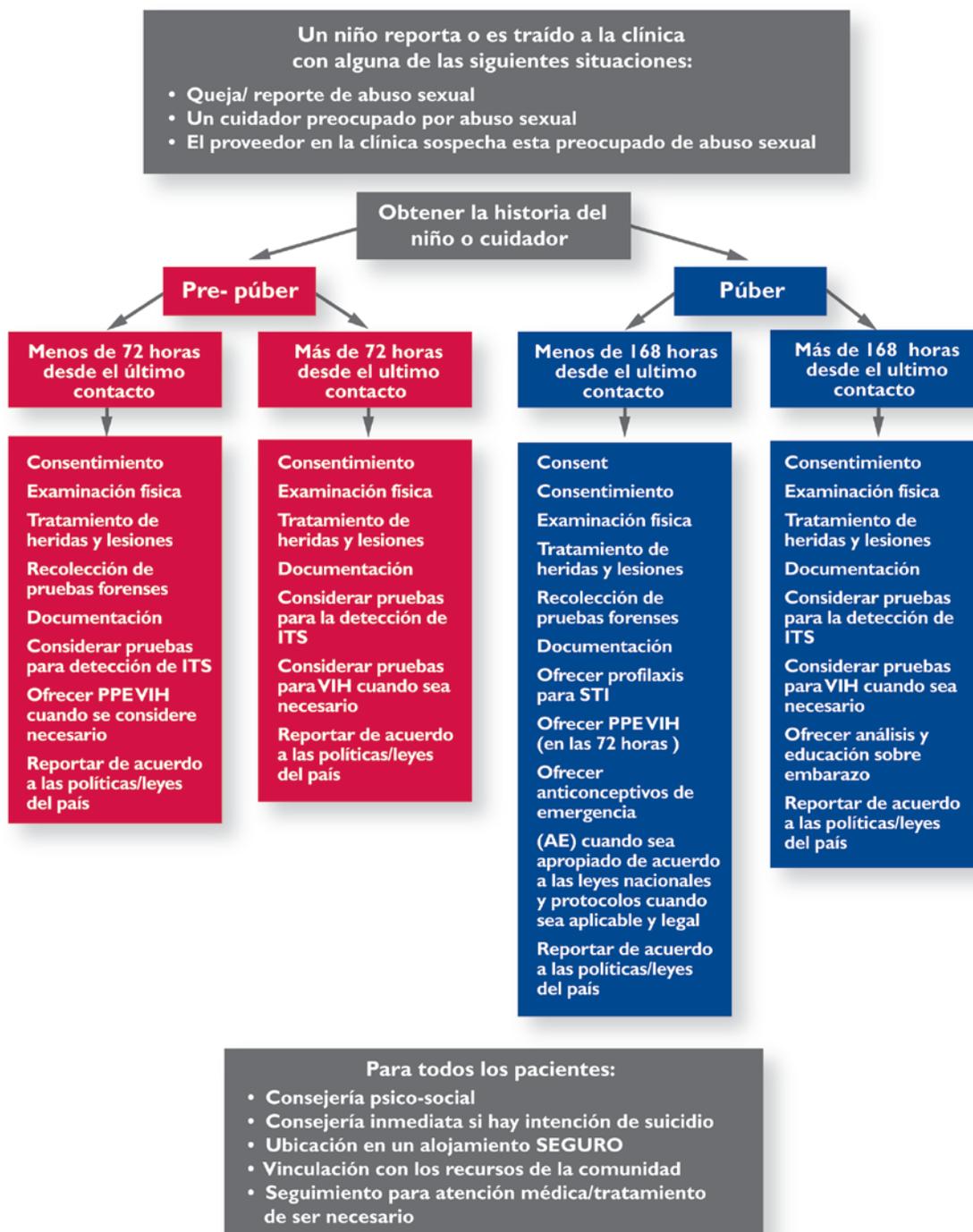
<sup>22</sup> AIDSTAR One. <http://www.aidstar-one.com/sites/default/files/PRC%20Panel%20Presentation.pdf>

<sup>23</sup> Family Justice Center Alliance. <http://www.familyjusticecenter.org/>



# ANEXO 16

## ALGORITMO DE ATENCION





Para más información, por favor visite [www.aidstar-one.com](http://www.aidstar-one.com)

**AIDSTAR-One**

John Snow, Inc.

1616 Fort Myer Drive, 16th Floor

Arlington, VA 22209 USA

Telefono: 703-528-7474

Fax: 703-528-7480

Correo electrónico: [info@aidstar-one.com](mailto:info@aidstar-one.com)

Internet: [aidstar-one.com](http://aidstar-one.com)