Protocolo para el abordaje de **situaciones de violencia sexual hacia niñas, niños y adolescentes** en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud

Ministerio de SALUD

Autoridades del Ministerio de Salud Pública

Dr. Jorge Basso
Ministro de Salud Pública

Dr. Jorge Quian
Subsecretario de Salud Pública

Dra. Raquel Rosa
Directora General de la Salud

Dr. Gilberto Ríos
Subdirector de la Dirección General de la Salud

Sr. Humberto Ruocco
Director General de Secretaría

Ec. Arturo Echevarría
Presidente de la Junta Nacional de Salud

Dra. Adriana Brescia
Directora de la Dirección General de Coordinación

Protocolo para el abordaje de **situaciones de violencia sexual hacia niñas, niños y adolescentes** en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud

Protocolo para el abordaje de situaciones de violencia sexual hacia niñas, niños y adolescentes en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF Uruguay
Ministerio de Salud Pública

Autores:
Dra. Fernanda Lozano
Dra. Magdalena García
Mag. Sandra Sande
Dra. Virginia Perdomo
Dr. Carlos Zunino

Colaboradores: Lic. Fernanda Nin, Psic. Clínica Wanda Oyola, Dra. Ana Baráibar

Aportes: Dra. Sandra Romano, Mag. Andrea Tuana, Dra. Mónica Gorgoroso, Mag. Mariela Solari, Dr. Javier Prego, Dra. Alicia Deus, Dr. Walter Pérez, Dra. Susana Grumbaum, Lic. Tania Zina, Lic. Álvaro Capano, Lic. Irma Castro, Lic. Rosana Rodríguez, Lic. Adriana Fontán, Lic. Claudia Cánepa, Lic. Daniela Osores

Coordinación del proceso de elaboración y seguimiento:

Ministerio de Salud Pública. DIGESA - Áreas asesoras programáticas
Violencia Basada en Género y Generaciones: Irene Petit, Carla Bellini, Estela De Armas
Niñez: Claudia Romero, Gabriela Amaya
Adolescencia: Silvia Graña, Andrea Fabbiani, Lorena Quintana
Salud Mental: Carolina Fernández Crosa
Salud Sexual y Reproductiva: Ana Visconti, Florencia Forrisi
ITS-VIH/Sida: Susana Cabrera
Salud Integral de la Mujer: Rafael Aguirre

Edición técnica: Alejandra Saravia

Apoyo: María Elena Mizrahi. Coordinadora del Sistema Integral de Protección a la Infancia y la Adolescencia frente a la Violencia (SIPIAV)

Validadores del documento:
Dra. Sandra Leopold. *Profesora adjunta de Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales, UDELAR*
Prof. Mag. Lía Fernández Pellejero. *Directora del Departamento Salud del Niño, Niña y Adolescente. Directora de Carrera. Facultad de Enfermería, UDELAR*
Lic. Enf. Esp. Esther Lacava. *Directora del Departamento de Enfermería Comunitaria. Facultad de Enfermería, UDELAR*
Lic. Enf. Esp. Verónica Sánchez. *Profesora agregada del Departamento Materno Infantil. Facultad de Enfermería, UDELAR*
Dra. Alicia Canetti. *Profesora agregada con DT. Responsable de la Unidad de Salud Mental en Comunidad de la Clínica Psiquiátrica de Facultad de Medicina y del Centro Interdisciplinario de Infancia y Pobreza, UDELAR*
Dr. Gustavo Giachetto. *Profesor titular de Clínica Pediátrica. Facultad de Medicina, UDELAR*
Dra. María Catalina Pírez. *Profesora de Clínica Pediátrica. Departamento de Pediatría, Facultad de Medicina, UDELAR*
Dr. Javier Prego. *Profesor de Emergencia Pediátrica. Facultad de Medicina, UDELAR. Jefe del Departamento de Emergencia Pediátrica del Hospital Pediátrico, Centro Hospitalario Pereira Rossell, ASSE*
Dra. Alicia Sosa Abella. *Profesora agregada del Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria. Facultad de Medicina, UDELAR*
Mag. Margarita Fraga Mereles. *Profesora adjunta. Programa Problemáticas Clínicas de la Infancia y la Adolescencia. Instituto de Psicología Clínica, Facultad de Psicología, UDELAR*

Corrección de estilo: María Cristina Dutto
Diseño gráfico editorial: Taller de Comunicación
Impresión: Gráfica Mosca
Primera edición: noviembre de 2018

Aclaración: En este instrumento el uso del masculino genérico obedece a un criterio de economía de lenguaje y procura una lectura más fluida, sin ninguna connotación discriminatoria. A lo largo de la guía se tiene en cuenta la especificidad de los distintos grupos etarios. La bibliografía nacional e internacional en materia de MTI y asi incluye el maltrato y abuso ejercido tanto hacia niños y niñas como hacia adolescentes.

Tabla de contenido

9 **Glosario**

11 **Prólogo MSP**

13 **Prólogo UNICEF**

15 **Introducción**

17 **Definiciones y conceptualización**

17 Importancia del problema

19 Violencia y agresividad

20 Origen de la violencia

20 Formas de clasificar a la violencia

21 Violencia de género, violencia doméstica, violencia intrafamiliar

21 Violencia sexual hacia niños, niñas y adolescentes
21 Abuso sexual infantil y adolescente
24 Explotación sexual comercial infantil y adolescente
25 Embarazo no intencional, embarazo forzado y maternidad forzada

27 **El abordaje de las situaciones de violencia sexual hacia NNA desde el sector salud**

28 Etapa 1: Promoción de vínculos saludables y prevención de la violencia sexual

28 Etapa 2: Detección de indicadores clínicos y paraclínicos
28 Indicadores de violencia sexual en niños, niñas y adolescentes
34 El relato como indicador de alta especificidad
35 Indicadores cognitivo-conductuales y emocionales
35 Indicadores del entorno familiar y otros indicadores inespecíficos
36 Indicadores orientadores de una situación de explotación sexual comercial

39 Etapa 3: Valoración del riesgo de la situación de violencia sexual
39 Manejo de la entrevista o anamnesis
44 Paraclínica
44 Diagnóstico de violencia sexual
45 Valoración de riesgo

47 Etapa 4: Respuesta de primera línea
48 En el momento
48 Menos de 72 horas + contacto génito-genital, génito-anal o génito-vaginal
49 Atención según el escenario de la detección o la derivación
51 a. Situaciones detectadas en el primer nivel de atención (PNA) o policlínica
51 b. Situaciones detectadas en escenarios no sanitarios (emergencias móviles, médicos de radio)
52 c. Situaciones detectadas en servicios de urgencia y emergencia
53 d. Niños, niñas o adolescentes derivados por orden judicial o fiscal
53 e. Situaciones detectadasdurante la hospitalización
53 Denuncia de una situación de violencia sexual hacia NNA
56 ¿Cuándo se debe denunciar una situación de violencia sexual?

57 Etapa 5: Seguimiento
58 Trabajo con la familia cuando la persona que ejerció la violencia ya no es parte del grupo de convivencia
58 Trabajo con adolescentes con conductas sexualmente abusivas hacia otros NNA
58 En explotación sexual comercial

61 **Bibliografía consultada**

67 **Anexos**

69 Anexo I. Recomendaciones y enunciados de prácticas adecuadas para el abordaje de la violencia sexual hacia niños, niñas y adolescentes desde el sector salud (OMS, 2017)

76 Anexo II. Política pública en violencia basada en género y generaciones. Avances normativos, reglamentarios y jurídicos

81 Anexo III. Uso de sedación en situaciones de maltrato y violencia sexual
81 Definición
81 Objetivo
81 Posibles indicaciones de sedación en situaciones de maltrato y/o abuso sexual hacia NNA
81 Metodología

84 Anexo IV. Pautas del MSP para toma de muestras para análisis forense en situaciones de violencia sexual[21]
84 Procedimiento
86 Consentimiento informado para toma de muestras para análisis forense en situaciones de violencia sexual
87 Referencias bibliográficas

88 Anexo V. Pautas de atención a las situaciones de violencia sexual en los servicios de urgencia y emergencia

89 Anexo VI. Tanner: grados de desarrollo puberal en varones y mujeres
89 Grados de desarrollo puberal en la mujer
89 Grados de desarrollo puberal en el varón

Glosario

ARP	adulto referente protector
ASSE	Administración de Servicios de Salud del Estado
ASI	abuso sexual infantil
AUCI	Agencia Uruguaya de Cooperación Internacional
CAIF	Centro de Atención a la Infancia y a la Familia
CEDAW	Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (por sus siglas en inglés)
CLADEM	Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer
CNA	Código de la Niñez y la Adolescencia
CNCLVD	Consejo Nacional Consultivo de Lucha contra la Violencia Doméstica
CONAPEES	Comité Nacional para la Erradicación de la Explotación Sexual Comercial y No Comercial de la Niñez y Adolescencia
CRL	Comité de Recepción Local
ERVBGG	Equipos de Referentes de Violencia Basada en Género y Generaciones
ERVD	Equipos de Referentes de Violencia Doméstica
ESC	explotación sexual comercial
VIH	virus de inmunodeficiencia humana
HPV	virus del papiloma humano
HPV	herpes simple virus
IAE	intento de autoeliminación
INAU	Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay
INMUJERES	Instituto Nacional de las Mujeres
ISPCAN	International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect
IAMC	instituciones de asistencia médica colectiva
ITS	infecciones de transmisión sexual
IVE	interrupción voluntaria del embarazo
MSP	Ministerio de Salud Pública
MTI	maltrato infantil y adolescente
NNA	niños, niñas y adolescentes
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PNA	primer nivel de atención
SIPIAV	Sistema Integral de Protección a la Infancia y Adolescencia contra la Violencia
SMU	Sindicato Médico del Uruguay
TAC	tomografía axial computada
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (por sus siglas en inglés)
VBG	violencia basada en género
VD	violencia doméstica

Prólogo MSP

La violencia sexual repercute de forma directa y negativa sobre la salud y el bienestar de las personas. Su magnitud y relevancia en la realidad nacional, así como los compromisos internacionales asumidos por el país, definen su integración en el plan de gobierno considerando *la incidencia de los determinantes sociales que contribuyen a que las personas puedan tener una vida saludable.*

El Sistema de Salud de Uruguay desea fortalecer su capacidad de respuesta a esta problemática crítica, y al incluirla en los Objetivos Sanitarios Nacionales (OSN) se espera impactar en la situación con resultados concretos que beneficien a la población, mejorando la atención integral, trabajando desde una perspectiva de derechos, género y generaciones.

A este objetivo contribuye el proceso de elaboración de un protocolo para la atención de salud de niñas, niños y adolescentes que han sufrido violencia sexual.

El Ministerio de Salud, con el apoyo técnico de UNICEF y en armonía con las recomendaciones de OPS-OMS, presenta esta publicación destinada a aportar herramientas a los equipos de salud para mejorar la calidad y la articulación de la respuesta a esas situaciones.

Este proceso ha sido posible en el marco de los principios rectores del Sistema Nacional Integrado de Salud, con una política pública fuertemente comprometida con el abordaje de los determinantes sociales de la salud y, dentro de estos, de la violencia basada en género y generaciones. Asimismo, también da cuenta de los avances del trabajo colectivo intenso que se viene realizando desde el año 2005 en el sector salud y recoge los lineamientos establecidos en el marco de los acuerdos intersectoriales y del *Plan de acción 2016-2019 por una vida libre de violencia de género con mirada generacional.*

Instamos a los equipos a incorporar en sus prácticas esta herramienta como instrumento para mejorar la calidad en la atención de la salud.

Dr. Jorge Basso
Ministro de Salud

Prólogo UNICEF

La violencia sexual hacia niños, niñas y adolescentes es una flagrante vulneración de sus derechos humanos. Constituye un atentado a su integridad física y psicológica que compromete su bienestar y condiciona de forma negativa su desarrollo futuro.

Para prevenir y combatir la violencia hacia los niños y las niñas, organizaciones de todo el mundo, entre las que se encuentran OMS y UNICEF, desarrollaron un marco de trabajo que propone siete estrategias conjuntas para poner fin a la violencia.[1] La plataforma INSPIRE se centra en la Convención sobre los Derechos del Niño y, particularmente, en el derecho a vivir libres de todas las formas de violencia. También visibiliza los efectos amplios y costosos que la violencia en la niñez tiene sobre la salud pública y el desarrollo de los países. INSIPRE es, a su vez, una herramienta esencial para contribuir a lograr la meta 16.2 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, destinada a poner fin a todas las formas de violencia contra los niños y las niñas.

Una de las estrategias que impulsa INSPIRE es la de fortalecer los servicios de atención y respuesta a los niños y niñas que han sido víctimas de violencia. El objetivo es mejorar el acceso a los servicios de buena calidad de salud, bienestar social y justicia para todos los niños y las niñas que los necesiten. En este sentido, establecer los protocolos de detección y atención de situaciones de violencia es una herramienta clave para lograr una adecuada protección y restitución de derechos y así reducir el impacto de la violencia a largo plazo.

El Estado uruguayo ha avanzado en la elaboración de protocolos y mecanismos articulados de respuesta a las situaciones de los niños y niñas con derechos vulnerados. El *Protocolo para el abordaje de situaciones de violencia sexual a niñas, niños y adolescentes en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud,* que aquí se presenta, es un paso trascendental en la profundización de estos esfuerzos. En el entramado de las instituciones de protección a la infancia, el sector salud tiene un papel fundamental en el abordaje de la violencia sexual: es el servicio idóneo para la identificación y el tratamiento de estas situaciones. De su valoración y su capacidad de respuesta dependerá el curso del conjunto de acciones que desplegará el sistema de protección especial.

Este protocolo reúne los principales acuerdos alcanzados por el Estado uruguayo para el abordaje de la violencia sexual hacia niños, niñas y adolescentes, revisa y adecua las prácticas institucionales del sector salud y construye una ruta para una mejor detección y atención de estas situaciones.

UNICEF confía en que esta será una herramienta útil para todos los técnicos y operadores de los servicios del sector salud del país y se compromete a continuar acompañando los esfuerzos del Estado uruguayo para garantizar los derechos de los niños, niñas y adolescentes. De su aplicación cotidiana en las instituciones del Sistema Nacional Integrado de Salud dependerá la efectiva protección de los derechos de los niños, niñas y adolescentes.

Oficina de UNICEF Uruguay

1 OMS (2016). *INSPIRE: Siete estrategias para poner fin a la violencia contra los niños.* Disponible en http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/inspire/INSPIRE_ExecutiveSummary_ES.pdf.

Introducción

Este instrumento pretende ser una herramienta conceptual y operativa para la prevención, detección y atención de situaciones de violencia sexual hacia niños, niñas y adolescentes (NNA) desde el sector salud. Jerarquiza el trabajo interdisciplinario y en red, los mecanismos de articulación y coordinación interinstitucional para potenciar los recursos existentes reconociendo el rol privilegiado del sector salud en el abordaje de este tipo de situaciones.

Los niños, niñas y adolescentes están expuestos a diversas formas de violencia que pueden causar consecuencias graves para su salud y desarrollo. Entre ellas se destacan el maltrato en el ámbito doméstico, *bullying* o violencia entre pares, acoso callejero, violencia interpersonal, institucional, entre otras, incluida la violencia sexual. Por la especificidad de su abordaje y la competencia del sector salud en esta forma de violencia, en este documento se tratará el abordaje de situaciones de violencia sexual infantil y adolescente. Las situaciones de maltrato infantil y su abordaje desde el sector salud serán tratadas en otro documento.

En los últimos años se han logrado avances en el reconocimiento de derechos de la infancia, políticas públicas y mecanismos de protección frente a situaciones de violencia sexual. No obstante, continúa siendo necesario que el sistema de salud profundice el abordaje de la violencia sexual, generando lineamientos y pautas estandarizados para la atención y la protección efectiva de niños, niñas y adolescentes (NNA) que han sufrido este tipo de violencia.

En una primera parte este protocolo plantea una serie de definiciones y conceptualizaciones relativas a la violencia hacia la infancia y la adolescencia, en particular en relación con la violencia sexual.

La segunda parte del documento plantea las distintas etapas del abordaje de las situaciones de violencia sexual hacia NNA desde el sector salud, empezando por la promoción de vínculos saludables y la prevención de la violencia sexual, seguida por la detección de indicadores clínicos y paraclínicos, la evaluación de la severidad y del riesgo de la situación de violencia sexual ya detectada y, por último, la respuesta de primera línea y el seguimiento que el sector salud debe dar.

El documento fue elaborado en el marco de un acuerdo de trabajo entre el Ministerio de Salud Pública, el SIPIAV y UNICEF. Refirió a un proceso de consultas y relevamiento de información a cargo de un equipo de especialistas en la temática y fue sometido a una instancia de validación por referentes académicos e institucionales con trayectoria y reconocimiento en el tratamiento del tema.

Este protocolo está alineado con las Directrices Clínicas de la Organización Mundial de la Salud sobre *Cómo responder a los niños, niñas y adolescentes que han sufrido abusos sexuales*, recientemente difundidas. Recoge además los últimos y principales aportes conceptuales e instrumentales consensuados en el Sistema Integral de Protección a la Infancia y la Adolescencia frente a la Violencia (SIPIAV) y en el Consejo Nacional Consultivo de Lucha contra la Violencia Doméstica y Sexual. Se plantea, además, en constante diálogo con el proceso de elaboración interinstitucional con apoyo de UNFPA de la *Hoja de ruta para la atención de situaciones de embarazo en niñas y adolescentes menores de 15 años*.

Definiciones y conceptualización

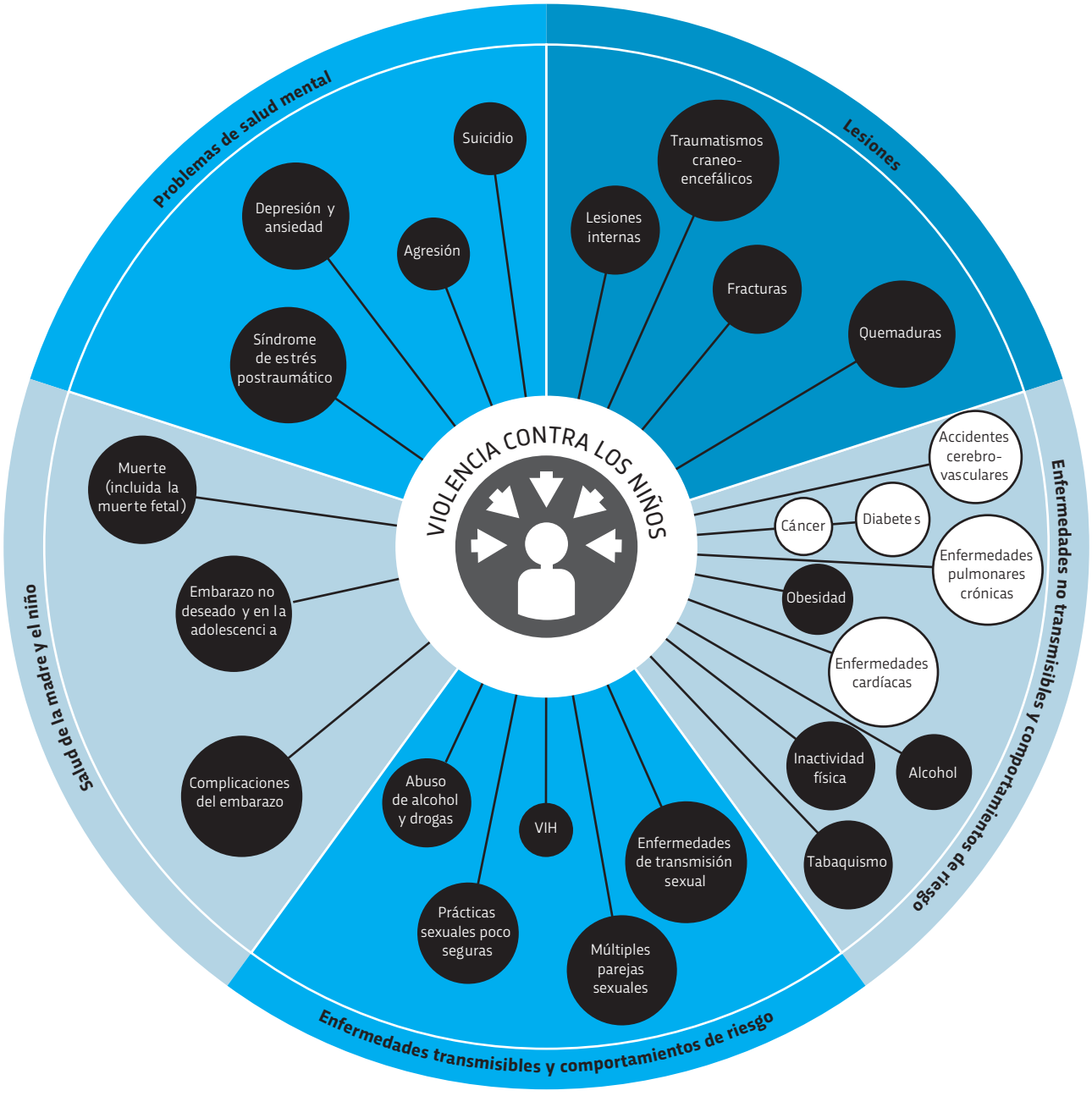
Importancia del problema

Existe consenso en que la violencia hacia NNA es una gravísima violación a los derechos humanos, que constituye un problema de salud pública y que impacta o puede impactar a corto, mediano y largo plazo en diversos ámbitos de la vida (salud, educativo, social, vincular, etcétera). Esta forma de trato genera distintos tipos de daño y costos directos e indirectos que comprometen incluso el desarrollo económico de los países (OMS, 2016).

En 2016 la Organización Mundial de la Salud (OMS) presentó un conjunto de estrategias para poner fin a la violencia hacia los niños. Este documento, que se denominó *INSPIRE,* reúne contribuciones de expertos técnicos de diferentes organizaciones que cuentan con una larga trayectoria de promoción de estrategias congruentes y basadas en la evidencia para prevenir la violencia en la niñez, entre ellas la Organización Panamericana de la Salud y el UNICEF. Plantea además los efectos de la violencia hacia la infancia en el plano de la salud de las personas. En términos generales *INSPIRE* plantea siete estrategias:

1. Implementación y vigilancia del cumplimiento de las leyes
2. Normas y valores
3. Seguridad en el entorno
4. Padres, madres y cuidadores reciben apoyo
5. Ingresos y fortalecimiento económico
6. Respuestas de los servicios de atención y apoyo
7. Educación y aptitudes para la vida

Fuente: OMS, *INSPIRE: Siete estrategias para poner fin a la violencia contra los niños*, 2016.



Efecto directo

Efecto indirecto debido a la adopción de comportamientos de alto riesgo

La exposición a la violencia desde etapas tempranas impacta en el desarrollo cerebral, genera estrés y se asocia con el riesgo a sufrir diversas patologías en la edad adulta (vinculadas a la salud mental, sexual y reproductiva, y enfermedades crónicas no transmisibles). Se han descrito efectos mortales vinculados al consumo de sustancias psicoactivas, intentos de autoeliminación y suicidios, aborto provocado en condiciones de riesgo, infección por VIH-sida, homicidio, así como efectos no mortales pero que se asocian con mayor morbilidad y consumo de servicios de salud (OMS, 2003).

La violencia hacia NNA se asocia con múltiples efectos negativos en la salud de las personas, por lo que el sector salud tiene la responsabilidad de prevenir y dar respuesta adecuada a todas las formas de violencia. Por el contacto frecuente con las familias y los NNA durante las consultas preventivas o por patologías comunes de la infancia, el personal de salud debe poder identificar las situaciones de riesgo, así como la situación de violencia tanto hacia el NNA como hacia su madre (OPS, OMS, UNICEF, 2017). La violencia hacia a la infancia y la adolescencia es un fenómeno universal, que no discrimina clases sociales ni niveles socioeducativos.

Es importante tener en cuenta que frente a una situación de violencia hacia un niño, niña o adolescente la actitud tomada por los profesionales puede ser determinante de la evolución de la situación (Romano, Samuniski, Grela y Lindner, 2006), de ahí la importancia de contar con técnicos capacitados y sensibilizados con la temática para brindar atención de calidad y evitar malas prácticas individuales e institucionales.

Es difícil conocer la prevalencia real de la violencia hacia niños, niñas y adolescentes por el tipo de definiciones empleadas en las encuestas, el método de investigación que se utiliza, y porque existe una importante tendencia a subdeclarar las situaciones. La mayoría de los casos identificados y denunciados corresponden a las situaciones más graves, pero existen muchas otras situaciones de elevada prevalencia que no son contabilizadas por sus dificultades en la detección, porque son minimizadas o naturalizadas.

A nivel internacional se estima que uno de cada cuatro adultos manifiesta haber sufrido maltrato físico en la infancia, y una de cada cinco mujeres y uno de cada trece varones declara haber sufrido abuso sexual (OMS, 2016).

Anualmente 58% de los NNA en América Latina y el Caribe sufren abuso físico, sexual o emocional, con más de 99 millones de vidas afectadas por la violencia (OPS, OMS, UNICEF, 2017).

Violencia y agresividad

La violencia es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como «El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones» (OPS, 2003). Lo que define que se trate de violencia es el acto intencional de poder, con el objetivo de someter, dominar y controlar a otra persona como fruto de desigualdad de poder, asimetría en las relaciones y primacía hegemónica del modelo patriarcal de las sociedades actuales; no es un requisito la existencia del daño (CNCLVD, 2015).

Frecuentemente términos como *agresividad* y *violencia* son empleados como sinóni-

mos; sin embargo, aluden a situaciones diferentes. La agresividad es una reacción innata del ser humano, natural y biológicamente determinada, vinculada al instinto de supervivencia, que se adquirió en algún momento de la evolución de la humanidad, se despliega ante determinados estímulos y cesa ante inhibidores específicos.

La violencia no es producto de la evolución biológica del ser humano, sino que es un fenómeno complejo, producto de la influencia y la evolución cultural. Es una conducta socioculturalmente aprendida y evitable. Se manifiesta cuando la agresividad se torna intencional, deliberada y potencialmente dañina. Puede definirse como «el resultado de la interacción entre la agresividad natural y la cultura» (Sanmartín, 2006).

Origen de la violencia

Existen diversas teorías y modelos explicativos acerca de la violencia. Actualmente los más aceptados son el modelo ecológico y la teoría del aprendizaje social.

El modelo ecológico explica la violencia desde la multicausalidad, identificando la existencia de factores de riesgo y factores protectores en cuatro niveles: individual, relacional, comunitario y sociocultural, atravesados por la perspectiva de género y generacional (OMS, 2003).

El *factor de riesgo* es una condición que precede al desarrollo de un determinado problema y que se asocia al incremento de la probabilidad de su aparición. En el campo de la violencia es fundamental la detección de factores de riesgo tanto para padecer como para ejercer violencia. Los *factores protectores* son las condiciones que se asocian con menores chances de aparición del problema. En el caso de la violencia hacia la infancia es fundamental conocerlos para potenciarlos cuando se aborda una situación.

La teoría del aprendizaje social se basa en el hecho de que el ser humano es agresivo por naturaleza, pero violento por cultura (Sanmartín, 2006). La violencia es una forma de relacionarse aprendida y modelada culturalmente. Esta teoría habilita intervenciones educativas para prevenir situaciones de violencia.

Formas de clasificar a la violencia

La clasificación que propone la OMS en su *Informe mundial de la violencia y la salud* (2003) estipula la existencia de tres categorías de violencia basadas en las particularidades de quien comete el acto violento:

- la *violencia autoinfligida,* esto es, la violencia que una persona se inflige a sí misma;
- la *violencia interpersonal,* que es la violencia impuesta por otro individuo o un número pequeño de individuos;
- la *violencia colectiva,* es decir, la violencia infligida por grupos más grandes, como el Estado, contingentes políticos organizados, tropas irregulares u organizaciones terroristas.

En particular, la violencia interpersonal tiene las siguientes formas de expresión:

- *Física.* Cualquier acción u omisión que dañe o pueda dañar la integridad corporal de una persona (desde golpes, arañazos y tirones

de oreja hasta heridas por arma blanca o de fuego).

- *Psicológica.* Cualquier omisión o acción que cause o pueda causar un daño cognitivo, emocional o conductual. Incluye el maltrato emocional (gritos, insultos y humillaciones) así como las conductas controladoras. Puede darse de forma aislada o acompañar a otras formas de violencia.
- *Sexual.* Todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo (OMS, 2003).
- *Patrimonial*: utilización no autorizada de los recursos económicos o patrimoniales de otro. Acciones que privan a la víctima de bienes que le corresponden o hacen uso inapropiado de estos.

Violencia de género, violencia doméstica, violencia intrafamiliar

Utilizar el concepto de **violencia basada en género** implica que esta violencia ocurre debido a desigualdades estructurales que ubican a las mujeres en un lugar de subordinación respecto a los hombres. El artículo 4 de la Ley de Violencia hacia las Mujeres Basada en Género (ley 19.580) entiende por *violencia basada en género hacia las mujeres* toda conducta, acción u omisión, en el ámbito público o el privado, que, sustentada en una relación desigual de poder con base en el género, tenga como objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, el goce o el ejercicio de los derechos humanos o las libertades fundamentales de las mujeres.

Asimismo, el término **violencia intrafamiliar o doméstica** alude al espacio en que ocurre la violencia: dentro de la familia o en el ámbito de los afectos, lo que incluye la violencia que sufren las mujeres por sus parejas o exparejas o por familiares cercanos, y además, incorpora a otros sujetos que pueden ser víctimas de violencia en este espacio, como NNA, personas adultas mayores y también hombres. Según la ley 19.580, constituye violencia doméstica toda acción u omisión, directa o indirecta, que menoscabe limitando ilegítimamente el libre ejercicio o goce de los derechos humanos de una mujer, ocasionada por una persona con la cual tenga o haya tenido una relación de parentesco, matrimonio, noviazgo, afectiva o concubinaria.

Violencia sexual hacia niños, niñas y adolescentes

Abuso sexual infantil y adolescente[1]

La OMS define el abuso sexual infantil y adolescente como la participación de un NNA en una actividad sexual que no entiende plenamente y con respecto a la que no está capacitado para dar su consentimiento fundamentado, o para la cual el NNA no está preparado de acuerdo con su nivel de desarrollo y no puede dar su consentimiento, o que infringe las leyes o tabús de la sociedad.

1 Definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017).

Agresión sexual. Es el uso de la fuerza física o de otro tipo para conseguir o intentar una penetración sexual. Abarca la violación, definida como la penetración forzada de la vulva, la vagina o el ano, aplicando la fuerza física u otra forma de coacción, con un pene, otra parte del cuerpo o un objeto. También puede incluir la penetración oral. El agresor puede ser cualquier persona (es decir, un adulto u otro niño, niña o adolescente, conocido por la víctima o desconocido).

Los NNA pueden ser objeto de abuso sexual perpetrado tanto por adultos como por otros NNA que, en virtud de su edad o etapa de desarrollo, se encuentran en una posición de responsabilidad, confianza o poder sobre la víctima. Este abuso comprende el incesto, que consiste en el abuso por un familiar o pariente cercano. El abuso sexual incluye la intención de gratificar o satisfacer las necesidades del perpetrador o de un tercero, lo que incluye la búsqueda de poder sobre el NNA. Los adolescentes también pueden experimentar abuso sexual a manos de sus compañeros, en especial en el contexto de las citas amorosas o las relaciones íntimas.

La OMS ha identificado tres tipos de abuso sexual hacia los niños:

1. *Abuso sexual sin contacto* (por ejemplo, amenazas de abuso sexual, acoso sexual verbal, solicitud de favores sexuales, exposición indecente, exposición del niño a la pornografía).
2. *Abuso sexual con contacto,* lo que incluye las relaciones sexuales con penetración o intento de penetración (es decir, agresión o violación sexual).
3. *Abuso sexual con contacto que excluye las relaciones sexuales con penetración, pero incluye otros actos,* como contacto inapropiado, estimulación por medio de caricias y besos. A menudo, el abuso sexual de los niños se hace sin fuerza física, más bien por medio de la manipulación (por ejemplo, psicológica, emocional o material). Puede ocurrir con frecuencia, a lo largo de semanas o hasta años, como episodios repetidos que se tornan más invasivos con el transcurso del tiempo, pero también puede ocurrir una sola vez.

Los datos nacionales describen la problemática de la siguiente forma:

- La Encuesta de Prevalencia de Violencia Doméstica en Mujeres Mayores de 15 años que Consultan en Servicios de Salud muestra que el 34,4% de las mujeres declaran haber vivido situaciones de violencia basada en género (VBG) durante su infancia (MSP, 2012).
- El último informe anual de SIPIAV da cuenta de que en el 85% de los casos de NNA abusados sexualmente y atendidos por el sistema de protección el perpetrador es una persona allegada al niño. En la mayoría de las situaciones pertenece al núcleo familiar y convive con la víctima. En el 83% de los casos que se atendieron la situación es recurrente, y en el 71% la cronicidad ya se había instalado (SIPIAV, 2017).
- Cifras de embarazo adolescente en menores de 15 años reflejan que en 2017 hubo 136 embarazos de adolescentes en ese tramo etario (MSP, 2017).
- En 2014 se registraron 169 nacimientos en niñas menores de 14 años, 122 en el 2015, 123 en el 2016 y 98 en 2017 (MSP, 2018).
- En los últimos cinco años, 108 NNA fueron asesinados, de los cuales 30 lo fueron por violencia intrafamiliar (UNICEF, 2017).
- En el período comprendido entre abril 2017

y marzo 2018, las instituciones de asistencia médica colectiva (IAMC) informaron de 116 situaciones de violencia sexual a NNA menores de 18 años atendidas en los servicios de urgencia. De ellas, 94 corresponden al sexo femenino y 22 al masculino (MSP, Metas asistenciales).

Características del abuso sexual infantil

La literatura sobre la temática da cuenta de que los abusadores en la familia siguen un proceso comparable a un *ritual* que repiten paso a paso. Cuando hay, como es frecuente, más de una víctima a lo largo de generaciones, los relatos con respecto al ritual coinciden (Perrone y Nannini, 1998).

El abuso sexual hacia niños, niñas y adolescentes tiene una dinámica característica, que se describe como un estado de *hechizo* que se establece mediante tres tipos de prácticas relacionales:

- *Efracción,* que significa penetrar en una propiedad privada por la fuerza. El abuso sexual intrafamiliar es comparable a una estafa, a una traición de la confianza, porque el agresor toma posesión de la víctima mediante argumentos engañosos.
- *Captación,* práctica que apunta a apropiarse del otro, a ganar su confianza, a atraerlo, retener su atención y privarlo de su libertad. Para ello utiliza como vías la mirada, el tacto y la palabra.
- *Programación,* que consiste en inducir comportamientos predefinidos a fin de activar ulteriormente conductas adecuadas a una situación o un libreto previsto. El abusador utiliza miradas, gestos o señales contextuales que indican que *llegó el momento,* que se inició el ritual.

> Cada vez que la abuela se iba a dormir la siesta el abuelo prendía el regador y yo ya sabía que subía a mi cuarto. (Niña, 9 años)

Es un proceso planificado por el agresor, de acercamiento y seducción, en que se aproxima progresivamente a la víctima ganándose su confianza. Va sexualizando los vínculos y las formas de relacionarse (enseñanza de higiene y educación sexual, entre otras) y busca estrategias para atraer a la víctima y evitar la revelación. Utiliza frases como: «Quién mejor que yo, que te quiero, para enseñarte» o «Esto es tan especial que no todos lo entienden. Mejor no lo cuentes».

Roland Summit (1983) refiere al «síndrome de acomodación al abuso sexual», el cual incluye las siguientes etapas (Bentancor, Lozano y Solari, 2013):

- **Secreto.** Esta situación se inicia muchas veces como un juego, como un secreto especial que el adulto tiene con el niño o la niña. Se trata siempre de un adulto de mucha confianza (padre, padrastro, tío, abuelo, amigo de la familia), respetado por los demás adultos de la familia y muy querido por el niño, quien no puede imaginar que esa persona le haga daño.
- **Impotencia.** Al secreto se suman las amenazas, que generan miedo (o terror), no solo a perder el cariño de ese adulto, pese a que le hace mal, sino también a lastimar a su madre, a romper la familia. Todo esto genera un sentimiento de gran impotencia, un convencimiento de que de esa situación no se puede

salir. El niño se convence del poder del adulto y de que merece que eso le suceda.
- **Atrapamiento y acomodación.** Ante esta situación, el niño o la niña buscan mecanismos de acomodación: «Cuando sabía que él venía a mi cuarto, me parecía que era parte de la pared», «No sentía nada», «No me acuerdo qué pasaba, porque hacía de cuenta que no estaba ahí».
- **Divulgación retrasada, conflictiva, no convincente.** Cuando se logra vencer el terror, romper el silencio y revelar la situación, en general hace mucho tiempo que ocurre. Las revelaciones suelen ser discursos confusos, pero cargados de angustia, vergüenza y terror.
- **Retractación.** El fenómeno de la retractación ocurre cuando el niño comienza a percibir los cambios que se provocan en su entorno una vez que revela la situación: cambios en la familia, peleas, separación, recriminaciones, angustia de su madre... Si a esto se suma un proceso de intervención en que el niño es revictimizado —debe relatar varias veces la situación vivida y dejarse revisar por distintas personas—, es muy probable que se retracte.

Consecuencias del abuso sexual

Las variables a considerar para evaluar las consecuencias de la violencia sexual en niños, niñas y adolescentes están ligadas a:

- El tiempo transcurrido desde el inicio del abuso. A mayor cronicidad, más daño potencial.
- La proximidad afectiva con el perpetrador. Las peores consecuencias se presentan cuando el victimario es una figura de apego. Esta situación rompe la lógica del cerebro, programado para apegarse a quien le prodiga protección y cuidados.
- Tipo de conducta abusiva (uso o no de violencia física). La presencia de dolor físico y el uso de violencia que evidencia intencionalidad de dañar están ligados a mayores consecuencias a largo plazo.
- Fragilidad psíquica previa del NNA. Niños sugestionables, sumisos, con baja autoestima tienen mayores dificultades en la evolución.
- Reacción del entorno. Si el entorno reacciona con espanto, el NNA va a considerar que lo que le ha sucedido no tiene solución; si no le creen cuando refiere lo que le sucede, va a sentir mayor desprotección.
- Sostén familiar y social con que cuente la víctima. A mayor sostén familiar y comunitario, mayores posibilidades de restauración de daño.

Explotación sexual comercial infantil y adolescente

Dentro de la violencia sexual se incluye la **explotación sexual comercial**, definida como:

> […] el abuso sexual por parte de un adulto [que] incluye la remuneración en efectivo o en especie, a una persona menor de edad o a una o varias terceras personas. Lo/as NNA son tratado/as como un objeto sexual y como un objeto comercial. La explotación sexual comercial constituye una forma de coerción y violencia contra la niñez y equivale al trabajo forzado así como a las formas contemporáneas de esclavitud. (Congreso Mundial contra la Explotación Sexual Comercial de los Niños, 1996, p. 2)

Incluye diversas modalidades:[2]

- actos sexuales remunerados o con promesa de remuneración (explotación callejera, en rutas, whiskerías, prostíbulos, casas de masajes, etcétera);
- utilización de imágenes o representaciones de NNA en pornografía;
- utilización de NNA en espectáculos con connotaciones sexuales;
- explotación sexual en viajes y turismo;
- matrimonio forzado, parejas fictas o forzadas definidas por el CONAPEES (2016) como «relaciones de apariencia afectiva que encubren acuerdos de carácter económico entre una persona adulta y una adolescente; un adulto y al menos un adulto de referencia del adolescente o una unión forzada, promoviendo una ficción que encubre, produce y reproduce la situación de explotación. En Uruguay suele aceptarse socialmente como noviazgo o concubinato y es tipificado internacionalmente como matrimonio forzado» (p. 17);
- trata con fines de explotación sexual, que incluye la captación, el transporte, el traslado, la acogida o la recepción del NNA para su explotación; puede ser internacional (cruzar fronteras hacia otro país) o interna (dentro de un mismo país).

Embarazo no intencional, embarazo forzado y maternidad forzada

El embarazo en adolescentes tiene consecuencias inmediatas y a largo plazo en diversos ámbitos de su vida; por ejemplo, sobre la salud, la educación, las relaciones sociales, la posibilidad de desarrollo. Evidencia las distintas formas de la desigualdad al afectar fundamentalmente a las poblaciones más vulnerables (CLADEM, 2016).

El embarazo en adolescentes puede ser producto de iniciación sexual temprana o de violencia sexual.[3] En edades tempranas (menores de 15 años) debe ser especialmente sospechado el abuso sexual. El embarazo y la maternidad forzada incrementan el daño psíquico que podría haberse generado por la situación de violencia sexual. Se considera embarazo y maternidad infantil forzada cuando una niña (menor de 14 años) queda embarazada sin buscarlo ni desearlo y se le niega, dificulta, demora u obstaculiza la interrupción del embarazo; el deseo de la niña de interrumpir el embarazo es el indicador más claro de que no quiere ser madre (CLADEM, 2016).

2 Véase CONAPEES (2016).

3 La ley 19.580 tipifica los delitos de abuso sexual y asociados y establece: «Es violencia sexual la implicación de niñas, niños y adolescentes en actividades sexuales con un adulto o con cualquier otra persona que se encuentre en situación de ventaja frente a aquellos, sea por su edad, por razones de su mayor desarrollo físico o mental, por la relación de parentesco, afectiva o de confianza que lo une al niño o niña, por su ubicación de autoridad o poder».
Al mismo tiempo, dispone la imprescriptibilidad de los delitos sexuales contra niñas, niños y adolescentes, eleva la pena mínima a dos años de penitenciaría para casos de abuso sexual y redefine el consentimiento en las relaciones. Esto último resulta especialmente relevante dado que antes el Código Penal establecía en su artículo 272 que a partir de los 12 años una adolescente podía consentir una relación sexual con un adulto. La ley 19.580 agrega que esto es «siempre que no exista entre ambas personas una diferencia mayor a diez años», lo que implica un avance respecto de la consideración de las asimetrías presentes en las relaciones.

El abordaje de las situaciones de violencia sexual hacia NNA desde el sector salud

La violencia sexual hacia NNA es un grave problema de salud pública, una violación de los derechos humanos con consecuencias para la salud de la población a corto, mediano y largo plazo. Al sector salud no solo le compete el tratamiento de las consecuencias de la violencia sexual, sino también tener un rol activo en la prevención, la detección y la atención de las situaciones de violencia sexual, tomando en cuenta que muchas veces es el único lugar al que niños, niñas y adolescentes pueden acceder. Recientemente la OMS ha difundido las *Directrices clínicas para responder a niños, niñas y adolescentes que han sufrido violencia sexual* (OMS, 2018b), donde formula una serie de recomendaciones y prácticas adecuadas para los proveedores y servicios de salud. Estas orientaciones clínicas pautan y normatizan las prácticas institucionales, técnicas y profesionales de los prestadores de salud frente a situaciones de violencia sexual infantil (véase el Anexo I).

Objetivos del abordaje desde el sector salud

- Promover buenas prácticas de crianza y prevención de la violencia sexual: disminuir los factores de riesgo y potenciar los factores protectores.
- Atender a la salud integral de NNA: incorporar esta problemática como un tema que impacta en su salud y desarrollo.
- Desarrollar estrategias de largo plazo tendientes a reparar el daño, prevenir nuevos perjuicios y procurar el cese de la situación de violencia.
- Garantizar la continuidad en la atención integral a través del seguimiento junto con otras instituciones.
- Evaluar y asegurar la atención de otras posibles víctimas en el entorno familiar o escolar.

En este protocolo se plantea la división esquemática del abordaje de la violencia sexual hacia niños, niñas y adolescentes en las siguientes etapas, que suelen solaparse y no implican necesariamente un orden cronológico:

1. Promoción de vínculos saludables y prevención de la violencia sexual.
2. Detección de indicadores clínicos y paraclínicos.
3. Valoración del riesgo de la situación de violencia sexual.
4. Respuesta de primera línea: atención según el escenario de detección.
5. Seguimiento.

Los servicios de salud deben ofrecer una respuesta integral, coordinada, protocolizada y singular, integrando redes territoriales —como parte del sistema de protección— que a su vez sirvan de sostén para los profesionales intervinientes.

Es fundamental recordar que los datos referentes a la salud de las personas son sensibles y, por lo tanto, requieren un plus de protección. Los equipos de salud están obligados a la confidencialidad: solamente pueden revelar el secreto profesional si hay justa causa. Por lo tanto, solo podrán compartir información que sea absolutamente necesaria para la protección del NNA.

El registro en la historia clínica debe ser completo, claro, ordenado y realizado por todos los profesionales de la salud intervinien-

tes. No solo deben consignarse los datos de la anamnesis, examen físico, paraclínica y diagnóstico, sino también la toma de decisiones en función de la valoración del riesgo y las acciones realizadas (coordinaciones, identificación del ARP, denuncias y otras). Deberá incluir asimismo las verbalizaciones del NNA textuales, entrecomilladas y sin interpretaciones. Los datos contenidos en la historia clínica son datos sensibles que requieren protección y su acceso está supeditado a lo que establece la normativa vigente.

Etapa 1: Promoción de vínculos saludables y prevención de la violencia sexual

La prevención de la violencia, en el sentido amplio del término, implica ser capaces de identificar las formas de evitar que las personas cometan actos violentos. Esto se logra a partir de la eliminación, o al menos la reducción, de las causas subyacentes y de los *factores de riesgo* (OMS, 2003). Se entienden por factores de riesgo las condiciones que aumentan las probabilidades de que ocurra la violencia pero no la determinan.

Prevenir la violencia sexual implica favorecer el desarrollo de *factores protectores,* tanto individuales como familiares y comunitarios.

Las *acciones de prevención primaria* tienden a reducir la incidencia (aparición de casos nuevos) mediante la disminución de factores de riesgo y el aumento de los factores protectores tanto individuales como familiares y comunitarios.

El control de salud de NNA sanos constituye un ámbito privilegiado para ello: da consejería anticipatoria, pesquisa estos factores de riesgo y protectores, y promueve en el niño el cuidado de su propio cuerpo. Enseñar el respeto que el cuerpo merece comienza con la propia actitud profesional en la consulta, al solicitar autorización para desvestir al NNA, examinarlo o realizar cualquier procedimiento, mencionar las partes del cuerpo por su nombre y referir especialmente al cuidado y la privacidad de estas.

Etapa 2: Detección de indicadores clínicos y paraclínicos

Los NNA que sufren o han sufrido violencia sexual no suelen pedir ayuda claramente. No solo por su edad, sino porque están en juego sus sentimientos y el daño psíquico ocasionado, además del temor a que no les crean o los culpabilicen (muchas veces infundido por el abusador). Existen sentimientos de impotencia ante un abusador que es visto por el NNA como una persona poderosa. Esto dificulta el diagnóstico, ya que no suele haber un claro pedido de ayuda.

La detección se basa en constatar la existencia de distintos indicadores, de sensibilidad y especificidad variada.

Cuando se trata de indicadores de baja especificidad no es posible establecer si se está ante una situación de violencia sexual. La valoración realizada en conjunto por un equipo interdisciplinario aportará lo necesario y la mejor perspectiva para el diagnóstico.

Indicadores de violencia sexual en niños, niñas y adolescentes

Los indicadores que se pueden encontrar en una situación de violencia sexual son los siguientes:

- indicadores de daño psíquico;
- relato espontáneo del NNA como indicador de violencia sexual;
- indicadores cognitivo-conductuales y emocionales;
- indicadores del entorno familiar y otros indicadores inespecíficos;
- indicadores orientadores de una situación de explotación sexual comercial;
- indicadores físicos.

Indicadores de daño psíquico

Los NNA víctimas de violencia sexual pueden no presentar indicadores de daño psíquico claro. La manifestación de su sufrimiento es variable y depende tanto de las circunstancias que lo rodean como de la edad del NNA.

> […] el abuso sexual infantil constituye uno de los traumas psíquicos más intensos y sus consecuencias (de no mediar una intervención adecuada) son sumamente destructivas para la estructuración de la personalidad. Es posible comparar sus efectos a los de un balazo en el aparato psíquico: produce heridas de tal magnitud en el tejido emocional que hace muy difícil predecir cómo cicatrizará el psiquismo y cuáles serán las secuelas. (INTEBI, 2008: 173).

Existe evidencia de que sufrir violencia —de cualquier tipo— desde edades tempranas impacta en la arquitectura y el funcionamiento del sistema nervioso, provocando anormalidades en la sustancia gris, con desarrollo enlentecido de las regiones prefrontales, ventrolaterales, límbicas y temporales, áreas que están vinculadas a funciones afectivas y cognitivas (Lim, Radua y Rubia, 2014). Algunos de estos procesos parecen estar mediados por procesos epigenéticos (McGowan et al., 2009).

La violencia genera un *estrés tóxico* que supera las capacidades adaptativas del estrés fisiológico y en niños puede llevar a cambios permanentes en la función cerebral, con alteración en las neuronas (número y conexiones). Se asocia con problemas en el lenguaje, las relaciones sociales y el aprendizaje (Shonkoff y Garner, 2012).

La violencia impacta negativamente en el desarrollo del sistema nervioso infantil, generando trastornos en la maduración y la organización cerebral como consecuencia de las carencias afectivas (García Trovero, 2016).

Cuadro 1. Indicadores de daño psíquico según la edad

EDAD	MANIFESTACIONES
Primera infancia	Los niños pequeños tempranamente violentados manifiestan en todas las áreas de su desarrollo el daño psíquico. Pueden llegar a presentar cuadros similares a los de un trastorno generalizado del desarrollo, es decir, a un trastorno del espectro autista. Es posible observar alteraciones: • Del sueño – despertares frecuentes, – dificultades para conciliar el sueño. • De la alimentación – vómitos frecuentes sin causa detectable, – pica, – selectividad. • Del juego – juego pobre, repetitivo, – imposibilidad de simbolizar.[1] • Del comportamiento – masturbación compulsiva, – balanceo y *head banding*,[2] – deambulación errática, – rumiación (regurgitación repetida de alimentos). • Del relacionamiento social – miedos extraños ante personas o situaciones, – apego indiscriminado o muy selectivo.
Edad escolar	El cuadro de niños en edad escolar que han sufrido violencia desde temprana edad da cuenta del daño en el cerebro en desarrollo, producto del estrés tóxico crónico. En los casos más severos y crónicos, pueden llegar a presentar una multiplicidad de síntomas que comprometen varias áreas del desarrollo y escapan a toda nosografía o intento diagnóstico. Se trata de niños que muestran una desregulación masiva y presentan lo que Van der Kolk y su equipo describen como *trastorno traumático del desarrollo*. • Desregulación afectiva y fisiológica: – baja tolerancia a la frustración, – humor cambiante, – no control de esfínteres, – vómitos frecuentes. • Desregulación atencional y conductual: – inquietud, hiperactividad, – imposibilidad de sostener la atención, – agresividad, – descontrol de impulsos. • Desregulación de sí mismo y relacional: – imposibilidad de aprender, aun con buen nivel intelectual, – episodios disociativos. • Síntomas postraumáticos: – reexperimentación (recordar sintiendo todo lo que se vivió como si estuviera sucediendo en ese momento), – evitación (evitar inconscientemente todos los estímulos que se asocien con el trauma vivido), – hiperactivación/hipoactivación (*saltar* ante el menor estímulo o mostrarse como con las emociones *congeladas*).
Adolescencia	El daño psíquico en el adolescente puede manifestarse por cualquiera de las alteraciones descritas para etapas anteriores. Una de las características propias de esta etapa son las lesiones autoinfligidas, las conductas suicidas y los trastornos de la alimentación. Es posible observar una sobreadaptación o pseudomadurez (indefensión aprendida).

1 En la niñez se suele jugar al *como si*: hacer que se toma de una taza invisible, que un palito es un avión, etc. A eso se le llama *juego simbólico*. Quienes han sufrido un trauma se vuelven *concretos*, no pueden jugar así.

2 Cuando se produce violencia pueden presentar síntomas similares al autismo: se balancean de atrás para adelante y golpean la cabeza contra la pared (*head banding*).

Cuadro 2. Consecuencias según el sector del sistema nervioso afectado

SECTOR AFECTADO	CONSECUENCIAS
Manifestaciones en el sistema límbico (*cerebro emocional*), alarma que se enciende frente a la amenaza	• Alteraciones en la capacidad sensorial. El sistema límbico, activado por tanta hormona del estrés circulante, produce el efecto de *alarma siempre prendida* (incapaz de discriminar cuál estimulo es peligroso y cuál no). • Deficiencias en el reconocimiento y el manejo de emociones. • Mal desarrollo de la empatía (por tener que estar en todo momento atento a defender su propia integridad). • Memorias emocionales traumáticas (el aparato psíquico en desarrollo no puede *digerir* lo que desborda su capacidad de comprensión). • Alteraciones de la regulación del apetito, la agresividad, la frustración y la excitación sexual (el estado de alerta permanente produce una desregulación masiva de la funciones básicas).
Alteraciones en la organización de la corteza prefrontal (*cerebro racional*) y de todas sus funciones	• Dificultad para calmarse y detener su conducta obedeciendo a lo que el adulto le pide. • Dificultad para representarse y asumir la responsabilidad de sus actos. • Alteración de la capacidad de pensar. • Dificultad para participar en relaciones interpersonales recíprocas. • Tendencia a pasar al acto, con menor capacidad de frustración, miedos y ansiedad irracionales.
Exposición al estrés crónico que se genera durante las situaciones de maltrato y abuso	• Alteración del eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal (intoxicados por tanto cortisol y adrenalina circulantes). • Aumento del cortisol crónico, daño cerebral, muerte neuronal, vulnerabilidad aumentada. • Predominio de los centros instintivos sobre lo racional, con respuesta primitiva (por razones de sobrevivencia).

Dinámicas traumatogénicas en el abuso sexual

Refiriéndose al modo en que el abuso sexual opera dañando el aparato psíquico, Finkelhor y Browne (1985) describen el modelo de las dinámicas traumatogénicas. Este modelo propone cuatro factores que estarían en la base del desarrollo de la sintomatología y la desestructuración que sufren las víctimas de abuso sexual (Finkelhor, 2005).

Esas dinámicas no son exclusivas de las agresiones sexuales. Según estos autores, es la conjugación de las cuatro dinámicas lo que hace único el trauma del abuso y lo distingue de otros traumas, como, por ejemplo, el producido por la separación de los cuidados primarios. Estas dinámicas alteran la orientación emocional y cognitiva del NNA hacia el mundo y crean una distorsión del autoconcepto, la visión de mundo y la capacidad afectiva. Cada una de las dinámicas traumatogénicas se asocia con un conjunto de síntomas, aunque algunos síntomas pueden deberse a dos o más de estas dinámicas.

Sexualización traumática

Se refiere a un proceso en que la sexualidad del NNA se conforma y desarrolla de forma inapropiada y disfuncional.

El descubrimiento de la sexualidad se hace asociado al dolor, a la vergüenza, al secreto, a la imposición de la sexualidad adulta.

Los NNA que han sido traumatizados sexualmente quedan con repertorios inadecuados de conducta sexual, con confusión y distorsión de sus autoconceptos sexuales y con asociaciones

Cuadro 3. Sentimientos y conductas habituales en NNA víctimas de violencia sexual

- Vergüenza: sensación de estar «dañado», o «marcado».
- Confusión o disonancia cognitiva: «Me dice que está bien, pero no puedo contarlo», «Me dice que todos los padres quieren así a sus hijos, pero solo me lo hace a mí y no a mis hermanos».
- Ambivalencia: sentimientos simultáneos y contradictorios, como amor-odio, placer-asco.
- Sexualización traumática: sexualidad asociada a vivencias negativas.
- Miedo y vigilancia constante: estar esperando la situación de abuso.
- Soledad, desamparo y desesperanza.
- Impotencia aprendida: «Nada de lo que haga puede modificar la situación».
- Alteración de la imagen de sí, del abusador y del mundo.
- Sobreadaptación: poner toda la energía en mantener una fachada de perfección.
- Alienación sacrificial: sacrificio personal para mantener la unidad familiar a toda costa.
- Puesta en marcha de mecanismos de defensa para sobrevivir: disociación y negación.
- Dolor físico.
- Parentalización: niña o adolescente víctima ocupa rol de «pareja».
- Aislamiento —provocado por el abusador— de otras figuras que podrían ser protectoras.
- Vampirización: no poder reconocerse como víctimas; se sienten causantes y responsables de la situación.
- Pacto de lealtad y de protección con el abusador, que no se rompe cuando se descubre el abuso.

emocionales inusuales de la actividad sexual, lo que puede afectar su sexualidad futura.

Como consecuencia de esta dinámica traumática se observa en los NNA:

- Preocupaciones sexuales y conducta sexual repetitiva, como la masturbación o el juego sexual compulsivo.
- Conocimiento de la sexualidad e interés inadecuados para su edad.
- En la adolescencia pueden aparecer agresividad y conductas que victimicen a otros NNA.
- Las víctimas de abuso sexual corren riesgo de entrar en los circuitos de explotación sexual comercial.
- También pueden asociar connotaciones negativas respecto a la sexualidad que generen apartamiento, miedo, rabia o sentimiento de indefensión.

Traición

Esta dinámica surge cuando los NNA descubren que alguien de quien su vida depende les ha causado daño.

Pueden experimentar la traición no solo con relación al agresor, sino también a otros miembros de la familia que «no han podido» o «no han querido» protegerlos o no les han creído.

El cambio de actitud después de la revelación —puede suceder que a los NNA no se les crea o sean culpados o aislados— contribuye también a desarrollar esta dinámica traumatogénica.

La traición de la confianza básica genera la creencia de que el mundo es un lugar peligroso y que las personas no son confiables.

Como resultados de esta dinámica traumatogénica es posible observar en los NNA:

- Manifestaciones de dolor y depresión por la pérdida de la figura en que confiaban.
- Intensa necesidad de volver a ganar confianza y seguridad, lo que se manifiesta en la extrema dependencia y en lo *pegajosos* que pueden ser estos niños y niñas.
- En los adultos que fueron víctimas en la infancia, esta necesidad se aprecia como un juicio dañado acerca de la confiabilidad de la gente.
- La traición puede manifestarse como hostilidad y rabia, como aislamiento o como aversión a las relaciones interpersonales íntimas.
- Dificultades para tener éxito en relaciones de pareja.

Indefensión

Se refiere a los procesos en que la voluntad, los deseos y el sentido de eficacia del NNA son continuamente contrariados.

Un tipo básico de indefensión ocurre cuando, en el abuso sexual, el territorio y el espacio corporal del NNA son repetidamente invadidos.

Esta dinámica se ve exacerbada cuando existe coerción o manipulación, cuando la víctima ve que sus intentos de detener el abuso son frustrados y cuando no se cree en su relato tras la develación.

Como consecuencia de esta vivencia de indefensión, se explicarían:

- El miedo y la ansiedad, que reflejan la incapacidad de controlar eventos nocivos.
- Pesadillas, fobias, hipervigilancia y somatización.
- El miedo y la ansiedad pueden extenderse hasta la edad adulta.
- El sentimiento de impotencia puede asociarse a desesperación, depresión e intentos de suicidio.
- Algunos comportamientos agresivos y delictivos pueden aparecer por el deseo de ser rudo, poderoso y de no tener miedo.
- Cuando estas víctimas llegan a ser violentadores, reeditan su propio abuso, con lo que obtienen un sentimiento de poder y de dominación que atribuyen a sus propios agresores.

Estigmatización

Esta dinámica se refiere a las connotaciones negativas que le son transmitidas al NNA sobre sí mismo. Pueden ser transmitidas directamente por el abusador, al culpar al NNA por la conducta del adulto o degradarlo.

La presión por mantener el secreto que impone el agresor a la víctima comunica poderosos mensajes de vergüenza y culpa. «Guardar el secreto» de haber sido víctima de abuso sexual puede incrementar el sentimiento del estigma, mientras que, por el contrario, cuando los NNA saben que su experiencia es compartida por otros pares la estigmatización se ve aliviada. La baja autoestima y la estigmatización son el resultado de la creencia equivocada de que se es el único que ha vivido una experiencia abusiva y que los otros rechazarán a una persona que ha tenido esa vivencia.

La estigmatización es reforzada por las actitudes que infiere o escucha de personas de la familia o la comunidad.

En relación con la dinámica del estigma se observa:

- Las víctimas de esta dinámica traumatogénica se sienten a menudo aisladas.
- Pueden presentar consumo excesivo de al-

cohol o drogas y pueden llevar a cabo actividades delictivas o ser explotadas sexualmente.
- La vivencia de vergüenza, de estar marcado, «estropeado», altera profundamente la autoestima. Tiene relación con conductas autodestructivas e intentos de suicidio.

El relato como indicador de alta especificidad

El relato espontáneo de un NNA es un indicador altamente específico (García Trovero, 2017). La revelación de una situación de violencia sexual es un proceso gradual, complejo, individual.

La mayor parte de los NNA no pueden dar cuenta de la complejidad de la situación y tampoco advierten que están viviendo violencia sexual.

El develamiento puede ser voluntario o accidental y no suele producirse enseguida de la situación abusiva; puede incluso demorar años en ser relatado. Muchos fenómenos psicológicos inciden en las características del relato, como la ambivalencia o la disociación, lo que genera confusión desde el punto de vista cronológico o de contenido, y es posible que los hechos graves relatados no coincidan con las emociones que la víctima expresa.[4] Este fenómeno, característico del trauma psíquico, es conocido como *disociación*.

En los servicios de salud nunca debe desestimarse el relato de un NNA por ser confuso o incompleto; se debe tener en cuenta que la revelación suele ser un proceso gradual, luego de haberse generado un vínculo de confianza con los adultos que intervienen.

4 Por ampliación véase Bentancur, Lozano y Solari (2013).

Criterios de validación del relato*

- *Momento y circunstancia en que se produce la develación.* Que se haya dado de forma espontánea, sin presiones externas, en general en situaciones domésticas que recuerdan el momento en que fue abusado (por ejemplo, cuando está siendo bañado, cambiándose la ropa, etcétera) o cuando lo relata a un referente de confianza (la maestra, por ejemplo).
- *Lenguaje acorde con su etapa evolutiva.* La utilización de palabras esperables para su edad y nivel de desarrollo da credibilidad al relato y aleja la posibilidad de que el NNA haya sido adiestrado por un adulto para dar un testimonio falso.
- *Cantidad y calidad de los detalles referidos.* Los niños tienden a incluir en sus relatos detalles que ningún adulto mencionaría, como «Me bajó mi bombacha de elefantitos rosados» o «Me lavó con el jabón amarillo».
- *Nivel de conocimientos sexuales según la etapa evolutiva.* Conocimientos sexuales no acordes con el nivel evolutivo indicarían que esos conocimientos provienen de haber vivido o presenciado experiencias sexuales inapropiadas para la edad.
- *Coherencia interna y externa.* Los componentes esenciales de las descripciones y los relatos se mantienen constantes y no se modifican ni en el proceso de evaluación ni en los momentos en que los NNA han tenido que referir lo ocurrido.
- *Descripción de las conductas del agresor.* Hacer referencia a aproximaciones progresivas, soborno, secreto, rituales y amenazas da cuenta de comportamientos habituales en los perpetradores.

- *Reacción emocional durante las entrevistas.* Cuando NNA son violentados, pueden angustiarse o permanecer imperturbables, como si estuvieran con una «anestesia psíquica». Hay que observar y registrar esa reacción emocional porque, cuanto mayor sea, más grave es el trauma.

* García Trovero, 2017; Faller, 2003.

Indicadores cognitivo-conductuales y emocionales

Además del relato espontáneo aportado por el NNA, y de los síntomas y signos postraumáticos —que evidencian la afectación del psiquismo en desarrollo en situaciones de violencia crónica—, pueden aparecer síntomas y signos en las esferas cognitiva, conductual y emocional que permiten detectar situaciones de violencia sexual que incluso no sean crónicas.

Según la edad, podrán verse distintos tipos de indicadores, los cuales son inespecíficos:[5]

- Retraso en desarrollo motor, cognitivo y del lenguaje.
- Dificultades en habilidades sociales, auto y heteroagresividad.
- Alteraciones en conductas basales (cambios en sueño, alimentación, control de esfínteres - enuresis secundaria[6] y encopresis).
- Dolor abdominal recurrente, cefaleas sin causa evidente.
- Trastornos de conducta (hipo o hiperactivo).
- Aislamiento, fugas.
- Rechazo al contacto con otros.
- Conductas regresivas.
- Conductas sexualizadas no acordes a la edad.
- Consumo de drogas.
- Sentimientos como miedo, culpa, vergüenza, confusión, sentirse diferente, ambivalencia.
- Temor a sus cuidadores.
- Temor a la reacción del adulto.
- Inflexión en el desempeño escolar.
- Vínculo indiscriminado o recelo.
- Trastornos conductuales como retraimiento, conducta antisocial, pasividad, conducta agresiva extrema, rigidez, excesiva preocupación por complacer a las figuras de autoridad, conductas evitativas.
- Relato de un hecho de violencia sexual en tercera persona.
- Temor ante el contacto físico con otros adultos o al examen físico, no acorde a la etapa del desarrollo.

Indicadores del entorno familiar y otros indicadores inespecíficos[7]

- Contradicción entre el relato del mecanismo lesional y el tipo de lesión, si hay lesiones.
- El adulto intenta ocultar las lesiones.
- No logran dar cuenta del mecanismo de producción de las lesiones.
- Cuidadores que perciben de manera negativa al NNA; no muestran preocupación por su

5 Estos indicadores son inespecíficos, porque pueden responder a otras situaciones diferentes al maltrato o abuso.

6 La enuresis secundaria es la afección que se desarrolla tiempo después de haber aprendido el control de esfínteres.

7 Tienen distinta especificidad y deben ser tenidos en cuenta en el contexto situacional. En forma aislada no permiten establecer el diagnóstico.

salud ni por sus necesidades emocionales y vinculares.
- Cuidador colaborador, excesivamente preocupado, que maneja terminología médica.
- Dinámica interna rígida, con roles estereotipados e inequidad de género.
- Familia que mantiene distintos tipos de secretos, negación, minimización u ocultamiento de otras situaciones de abuso o maltrato.
- Límites intergeneracionales difusos.
- Historia de maltrato o abuso hacia otros integrantes del núcleo familiar.
- Cambio frecuente de servicio de salud.
- La sintomatología mejora en ausencia del adulto y se agrava o aparecen nuevos síntomas en su presencia.
- La sintomatología no es constatable durante la internación.
- La sintomatología mejora con la internación y reaparece frente a la proximidad del alta.
- Falta de escolarización en edades en que está indicada, ausentismo injustificado.
- Negación o demora en brindar atención médica cuando se requiere.
- Falta de controles en salud.
- Presenciar durante la consulta o durante la internación episodios de violencia hacia el NNA.

Indicadores orientadores de una situación de explotación sexual comercial

- Contacto esporádico con servicios de salud, para constatar lesiones, por intoxicaciones, infecciones de transmisión sexual (ITS), por embarazo o sus complicaciones, por aborto inseguro.
- Arreglo personal inusual para la condición económica y edad (maquillaje, objetos costosos).
- Amistades con adultos que se presentan como familiares o protectores.
- La llevan y traen en autos distintos.
- Reticencia a brindar información personal, o dar información falsa.
- Documentación falsa.
- Menciona no saber dónde están sus documentos o que los tiene un amigo.
- Menciona participar en actividades o ámbitos que podrían estar vinculados a la explotación sexual comercial (*castings,* desfiles, trabajo en bares, whiskerías).
- Situación de calle.
- Participación en actividades delictivas, contacto con adultos u otros adolescentes vinculados a drogas o a explotación sexual comercial.
- Manejo de dinero u objetos de cuya procedencia no puede dar cuenta.
- Pedido de métodos anticonceptivos a edades tempranas, o insistencia del adulto acompañante para que reciba anticoncepción independientemente de la voluntad de la adolescente.[8]
- Ofertas de viajes inconsistentes con el nivel económico o sociocultural.
- Cambio continuo de número de celular.

Indicadores físicos

En NNA que han sido violentados sexualmente, el examen físico suele ser normal o pue-

8 Sin perjuicio de promover los derechos sexuales y reproductivos de las adolescentes, existen situaciones en que este pedido está relacionado con explotación sexual comercial y debe ser tenido en cuenta como una señal de alarma y pesquisar, sin nunca limitar los derechos sexuales de las adolescentes.

den predominar los hallazgos inespecíficos. Por eso en la mayoría de los casos el examen físico no permite confirmar ni descartar que haya habido una situación de violencia sexual. Algunas maniobras abusivas tienen pocas posibilidades de ocasionar lesiones físicas, como la penetración oral. Además, en la penetración anal o en la penetración incompleta vulvar (sin llegar a penetrar a la cavidad vaginal) puede no haber lesiones (OMS, 2003). También pueden dificultar el diagnóstico la rápida curación de las lesiones o la presencia de hallazgos sutiles, explicables por otros motivos. Los hallazgos tienen distinta especificidad; los altamente específicos son poco frecuentes.

Los indicadores caoaces de llevar a plantear que se trate de una situación de violencia sexual se pueden sistematizar en:

- *Presencia de semen en el cuerpo de niños o niñas.* Es un hallazgo de gran valor y especificidad.
- *Presencia de semen en el cuerpo de adolescentes en ausencia de relación sexual consentida.* Es un hallazgo de gran valor y especificidad.
- *Embarazo no intencional.* Refiere al embarazo que se produce a consecuencia de violencia sexual. Se considera que hay violencia sexual cuando la niña es menor de 12 años, cuando es mayor de 12 pero la pareja tiene una diferencia de más de 10 años, o cuando el embarazo es producto de una relación entre pares sin consentimiento.
- *Vulvovaginitis recurrente.* Es un hallazgo inespecífico y suele corresponder a mecanismos variados, tales como pautas de higiene inapropiadas, parasitosis, infecciones urinarias o patologías médicas.
- *Infección urinaria recurrente.* Hallazgo inespecífico que obliga a descartar otras patologías.
- *Dolor o sangrado anal o genital.* Puede responder a otras etiologías, por lo que no permite establecer por sí solo el diagnóstico de violencia sexual.
- *Lesiones.* En situaciones de violencia sexual pueden producirse lesiones por infecciones de transmisión sexual o por un mecanismo traumático, consecuencia de maniobras sexualmente abusivas, o de reducción de la víctima, o de la lucha entre esta y el abusador. En niñas pequeñas, la penetración con un pene erecto ocasiona graves lesiones de riesgo vital, por desgarros perineales y esfinterianos. En niñas más grandes, en caso de penetración peneana, el patrón lesional se va asemejando al de las adolescentes y mujeres adultas, por lo que pueden encontrarse desgarros himeneales y vulvovaginales (Rodríguez Almada, 2010a). Es necesario recordar que, debido a la dinámica del abuso sexual, la mayoría de las niñas y adolescentes carecen de lesiones, y, por otro lado, que las lesiones traumáticas de vulva de etiología accidental son frecuentes en niñas. En caso de penetración peneana anal en niño/as pequeño/as, se espera encontrar lesiones graves, como desgarros importantes, que incluso pueden llegar al estallido rectal. En niño/as mayores la penetración aguda puede ocasionar, además de equimosis y hematomas perianales, desgarros que clásicamente se describen de forma triangular, con base en el borde anal, con un ano puntiforme y doloroso. También puede asociarse a disfunción esfinteriana. En la penetración crónica puede verse alteración de la mucosa, borramiento de los pliegues

Cuadro 4. Infecciones de transmisión sexual. Período ventana y especificidad de los gérmenes para el diagnóstico de abuso sexual

MICROORGANISMO	PERÍODO VENTANA	ESPECIFICIDAD DE ABUSO SEXUAL[1]
Neisseria gonorrhoeae	2-7 días	Muy alta. Transmisión vertical es posible en menores de 6 meses. No admite transmisión por fómites.
Treponema pallidum (sífilis)	1 mes	Muy alta. Transmisión vertical debe ser excluida. No admite transmisión por fómites.
Chlamydia trachomatis	1-3 semanas	Muy alta. Transmisión vertical posible en menores de 3 años.
Trichomonas vaginalis	1-4 semanas	Alta. Transmisión vertical es posible en menores de 6 meses. Descartar transmisión por fómites.
VIH	1 mes	Alta. Transmisión vertical debe ser excluida.
Hepatitis B	< 3 meses	Alta. Transmisión vertical debe ser excluida.
Virus papiloma humano	≥ 1 mes	Alta. Transmisión vertical posible en menores de 2 años. Considerar transmisión por fómites y heteroinoculación no abusiva.
Virus herpes simple 2	1-2 semanas	Alta. Transmisión vertical posible en menores de 3 meses.
Virus herpes simple 1	1-2 semanas	Baja.

1 Esta especificidad se refiere a niños, niñas y adolescentes que no han iniciado las relaciones sexuales.

y alteración del tono esfinteriano. Se debe estar atento a diagnósticos diferenciales, como ensuciamiento o fisuras anales que suelen ser causadas por cuadros médicos, como la constipación crónica, así como otro tipo de lesiones que pueden verse en patologías como la enfermedad de Crohn o en la ectima por pseudomonas. La dilatación anal de forma aislada carece de valor, ya que puede ser normal y aparecer de forma refleja cuando la ampolla rectal está llena, especialmente en NNA constipados (Lozano, 2017). Cuadros similares pueden verse en casos de penetración con objetos o con los dedos.

- *Infecciones de transmisión sexual (ITS).* Algunas ITS tienen muy alta especificidad para el diagnóstico de violencia sexual por transmitirse mediante el contacto directo con secreciones o lesiones infectantes, como es el caso de la gonorrea, la clamidia y la sífilis. Es importante descartar la transmisión vertical cuando corresponde (cuadro 4). Se debe recordar que la sífilis es una infección sistémica crónica que tiene distintos estadios, y la sífilis congénita difiere notoriamente de la sífilis adquirida en las formas de manifestación, por lo que no debería plantearse el problema del diagnóstico diferencial respecto al tipo de infección. En la etapa primaria, que ocurre tras la inoculación, aparece el chancro (úlcera indolora), que puede no evidenciarse ya que luego de unas semanas desaparece aun sin tratamiento. En la etapa secundaria ocurren lesiones en piel y mucosas de tipo máculas y pápulas, que comprometen palmas y plantas, y en regiones húmedas se maceran formando condilomas planos. Luego de varias semanas los síntomas desaparecen y pasa a la etapa latente, y si continúa sin recibir tratamiento, a la etapa terciaria de complicaciones sistémicas, como neurosífilis y lesiones vasculares. La inoculación puede darse por contacto directo tanto con secreciones como con las lesiones infectantes (chancro o lesiones cutáneo-mucosas de la etapa secundaria) (MSP, 2016). Otras infecciones, como el virus del

Cuadro 5. Especificidad de los hallazgos para el diagnóstico de abuso sexual

Normales o inespecíficos para el diagnóstico de abuso	Escotaduras congénitas de himen, orificio himeneal amplio, himen delgado, himen complaciente (elástico), vulvovaginitis, infección urinaria, eritema, fisuras anales, hemorroides, congestión venosa, dilatación anal sin otros signos asociados.
Sugestivos de abuso	Desgarros agudos; erosiones o excoriaciones en labios, en tejidos vulvares o perineales; condilomas; dilatación anal asociada a borramiento de pliegues o a dolor anal o sangrado anal.
Diagnósticos de abuso o contacto sexual	Presencia de semen en el cuerpo del NNA. Infección por clamidia, gonorrea o sífilis cuando no se contrajo por vía perinatal. Lesiones traumáticas por penetración intencional anal o vaginal. Cuerpos extraños vaginales o rectales no vinculados a masturbación del NNA. Embarazo no intencional si se trata de una niña menor de 12 años, o tiene una diferencia de más de 10 años con su pareja, o es producto de una relación sin consentimiento.

papiloma humano (HPV), herpes simple virus (HPV) y virus de inmunodeficiencia humana (VIH) son de alta especificidad y deben hacer sospechar de un abuso, aunque admiten otras vías de transmisión.[9]

Es necesario distinguir la especificidad de los hallazgos a la hora de establecer el diagnóstico de violencia sexual para evitar errores, ya sea por subdiagnóstico o por sobrediagnóstico.

Etapa 3: Valoración del riesgo de la situación de violencia sexual

Manejo de la entrevista o anamnesis

> Un aspecto fundamental es evitar las múltiples entrevistas y por distintos técnicos si ya se obtuvo un relato. (De Paul y Arruabarrena, 2001).

Quien haga la entrevista o anamnesis y el examen físico se presentará al NNA y le explicará que su tarea es ayudarlo. Se dará el espacio y el tiempo para entrevistas a solas con el NNA si lo desea, y se le permitirá a este estar acompañado por su ARP. En ningún caso el equipo de salud juzgará la conducta del NNA ni lo culpabilizará por la violencia sufrida. Se le debe transmitir que él o ella no es responsable de lo ocurrido.

Es preciso tener en cuenta que los NNA pueden asistir a la consulta acompañados tanto de su adulto referente protector (ARP) como de sus violentadores. Si se piensa que el NNA está sufriendo algún tipo de violencia, resulta imprescindible generar un espacio para entrevistarlo a solas, evitando la incidencia de los adultos en el relato.

Se mantendrá entrevista con el NNA y por otro lado con el adulto.

Es necesario conocer y tener nociones sobre el desarrollo de los NNA, sobre lo que se espera para ellos en cada momento evolutivo, ya que el relato (tanto en lo cognitivo como en el lenguaje) va a estar condicionado por él, especialmen-

Adulto referente protector (ARP).*
El término alude a una persona adulta que sea para el niño, niña o adolescente una referencia afectiva, capaz de protegerlo física y emocionalmente de la situación, en especial en la búsqueda de soluciones. Puede ser un integrante de su familia u otra persona adulta con quien el niño se sienta seguro y protegido. Nunca podrá ser la persona que lo agrede.

* Bentancor, Lozano y Solari (2013).

9 American Academy of Pediatrics, 1999: 186-191; WHO, 2003; Forster, Robinson y Rogstad, 2003: 303-311.

Cuadro 6. Algunas recomendaciones y buenas prácticas para la entrevista de NNA

- Es ***recomendable*** que el personal que realiza estas entrevistas esté capacitado.
- Informar de los pasos a seguir.
- Evitar juicios de valor.
- Ser honestos.
- No mostrar incredulidad.
- No hacer promesas que no se puede asegurar que se cumplan.
- No cuestionar ni a los NNA ni a sus padres.
- No culpabilizar a los NNA de la violencia sufrida.
- Explicar que el rol del equipo de salud es ayudar.
- Emplear un lenguaje claro, acorde a su desarrollo.
- Sentarse a su altura.
- Evitar la contención física (los NNA violentados están «al acecho» y se activan al contacto corporal).
- Generar un ambiente adecuado para la entrevista, en un clima de confianza y privacidad.
- Transmitir comprensión y apoyo.
- Se debe tratar de que el NNA se sienta cómodo con el género de quien lo está entrevistando.

Cuadro 7. Preguntas útiles a realizar según la edad del NNA y la situación

- Sobre temas generales, para evaluar su lenguaje y capacidad de entender: cosas que le guste hacer, dibujitos o programas que mira, si va a la escuela y si tiene amigos.
- Sobre algún evento pasado, como un cumpleaños o Navidad, lo cual permite tener una idea de su capacidad de recordar.
- Si recuerda haber estado alguna vez internado y el motivo.
- Solicitarle que cuente sobre su familia, con quién vive, si tiene hermanos, a qué se dedican sus cuidadores.
- Si no hay relato previo sobre el abuso y existe la sospecha, preguntarle si sabe por qué asiste en esta oportunidad y solicitarle que cuente lo ocurrido.
- Siempre se promoverá el relato espontáneo de lo ocurrido, con preguntas abiertas.
- No se formularán preguntas que induzcan respuestas, ni de respuesta *sí* o *no*.
- Se le puede preguntar si tiene miedo, si está preocupado por algún asunto, por las cosas que lo hacen sentir bien y las que lo hacen sentir mal que le hayan ocurrido.
- Se formularán las preguntas necesarias para aclarar datos con vistas a la atención en salud y completar el diagnóstico, de lo general a lo particular, dando el tiempo necesario. Nunca se presionará ni coaccionará para obtener respuestas. Según la edad del NNA y la existencia de relato, se pueden incluir las circunstancias en que se produjo la violencia: cuándo, durante cuánto tiempo, cómo, dónde, quién, tipo de violencia, amenazas empleadas, si se trataba de una persona del entorno, proximidad al NNA, acciones realizadas tras la agresión sexual aguda, entre otras.

Cuadro 8. Recomendaciones para la entrevista con el adulto que acompaña al niño. (Es importante recordar que podría ser el agresor o alguien que no protege al NNA)

- Presentarse, explicar el motivo de la entrevista y la necesidad de determinar los hechos.
- Evitar la confrontación. No presentarse de forma acusatoria.
- Destacar el papel del equipo de salud para brindar ayuda, para que se resuelva la situación.
- Ser honesto, evitando hacer promesas que no puedan cumplirse.
- Evitar que responsabilice a terceros (NNA, otros operadores).
- Mantener el control de la entrevista y de los temas a tratar, evitando ser manipulado por el adulto.
- Permitirle explicar su versión de lo ocurrido.
- Permitirle expresar sus emociones.
- Si el adulto se presenta con hostilidad, resistencia, ansiedad, hacer notar y abordar esa reacción directamente, mostrándose comprensible con sus sentimientos.
- Identificar y controlar la contratransferencia con sentimientos negativos.
- No exponer a otros profesionales.

Fuente: Elaboración propia basada en De Paul y Arruabarrena (2001) y en el Grupo de Trabajo de Atención al Maltrato Infantil de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (Gancedo Baranda, 2015).

te cuando el NNA sufre una experiencia traumática como la violencia sexual. El conocimiento de estos aspectos es necesario para adaptar la metodología de la entrevista a las capacidades del NNA y poder garantizar su derecho a ser oído, interpretar adecuadamente los hallazgos —noción de los números, del tiempo, de la terminología empleada—, entender las limitaciones y determinar la forma más adecuada de interactuar (WHO, 2017).

Asimismo, se debe tener presente que los NNA violentados sexualmente, en especial las víctimas de explotación sexual, sienten gran desconfianza del mundo adulto, del cual no escapan los integrantes del equipo de salud.

El profesional que recibe el relato deberá evitar expresiones de rechazo frente al relato del NNA; por ejemplo, «qué horrible lo que te hizo», «qué asco», «no sé cómo pudiste aguantar», en el NNA pueden resonar como «soy un asco», «soy horrible», «aguanto cualquier cosa» (García Trovero, 2017).

Al finalizar la entrevista se destaca que ha sido muy valiente y se le explica que es necesario hacerle un examen físico completo, para el que se solicita su consentimiento, en función de su grado de madurez.[10]

Durante el registro en la historia clínica se pretende obtener información de sus antecedentes médicos y sintomatología, explorando la vinculación de estos con una posible situación de violencia sexual.

10 La autonomía progresiva está contemplada en la normativa nacional, ley 17.823, ley 18.335 y decreto reglamentario 274/010, ley 18.426 y decreto reglamentario 293/010, y ley 18.987 y decreto reglamentario 375/012.

Examen físico

Al igual que para la anamnesis, el examen físico exige una serie de condiciones en cuanto al respeto de la privacidad. Debe brindarse información y consejería previa, solicitar el consentimiento, ser cuidadoso del pudor utilizando una salea o túnica, llevarlo a cabo con la puerta cerrada, contando con los insumos adecuados (camilla, papel camilla, guantes, iluminación, etcétera) y evitando interrupciones.

El examen físico será realizado por el médico o médica que asiste al NNA; en la medida de lo posible, debería ser alguien de su mismo género. Se recomienda que se efectúe con el NNA acompañado por su ARP (aunque no es requisito). Debe ser un examen completo, que incluya desde el cuero cabelludo hasta las plantas de los pies. En caso de agresión sexual se recomienda llevarlo a cabo sobre una sábana para recolectar evidencia.

Si el NNA se niega al examen físico, se le explicará la importancia de este y se evaluará el motivo. Si tiene algún miedo a intervenciones invasivas (exudados, pinchazos), se le informará en qué consiste y que puede estar acompañado por alguien de su confianza. Si la negativa persiste, se buscarán diversas estrategias para que acceda, aunque sea en una consulta posterior; si fuera necesario se puede recurrir a apoyo de salud mental.

En determinadas situaciones en que hay necesidad de realizar examen físico por sospecha de lesiones importantes o por presencia de lesiones de tal magnitud que requieran manejo médico o incluso quirúrgico (por ejemplo, un empalamiento), se seguirán los protocolos correspondientes de sedación, al igual que para otros procedimientos habituales en pediatría (véase el Anexo III).

Se evaluará y consignará la impresión general, el estado de higiene personal, el estado de la ropa. Se evaluará el psiquismo y se consignarán el estado de conciencia y las emociones objetivables. Si el NNA no se encontrara emocionalmente estable (por ejemplo, en crisis de ansiedad-angustia, crisis de excitación psicomotriz, «congelamiento», resistencia, con marcado temor a ser examinado), es recomendable procurar el apoyo de salud mental para estabilizarlo y poder continuar con el examen

Se consignarán el crecimiento y el desarrollo, indicando peso, talla, Tanner (véase el Anexo VI), lenguaje. En piel, se evaluará la existencia de lesiones, las que se describirán (tipo, localización, color, forma, dimensiones) y se indicará si presentan patrones lesionales como improntas digitales, defensa, ataduras, estigmas ungueales, sugilaciones, lesiones en pabellones auriculares, alopecia traumática. Se examinarán las uñas, si están quebradas y, en los casos de agresión sexual aguda, si hay material debajo de ellas. En bucofaringe se buscarán petequias en paladar o faringe y se evaluará el estado de los frenillos y de las piezas dentarias. Se buscarán signos de uso de fuerza o medidas de restricción alrededor del cuello o extremidades. (Véanse Lozano, 2017; Castelló, Francés y Verdú Pascual, 2009; Criado Eleta, 2008; Cornaglia y Vignolo, 2005; OMS, 2003).

Se realizará un examen completo en busca de alteración a nivel pleuropulmonar, cardiovascular, de abdomen, valoración osteoarticular (movilidad y presencia de crepitación y síndromes fracturarios) y compromiso neurológico. Asimismo se realizará otoscopía y oftalmoscopía si es necesario.

Luego se procederá al *examen génito-anal:*

En *niños y adolescentes varones* se incluye el examen de la región inguinal, escroto y pene, prestando atención al estado del prepucio y buscando lesiones a dicho nivel o del glande.

El examen anal puede hacerse en distintas posiciones; la mahometana o genupectoral permite una mejor visión, pero puede ser rechazada por el paciente, en cuyo caso se optará por el decúbito lateral. Se describirán la forma, el estado de pliegues, el estado de la mucosa, la existencia de lesiones (que también se describirán) y signos de ITS. No se realiza tacto rectal de forma rutinaria para evaluar el tono, salvo que exista una indicación, como sospecha de lesión interna o cuerpo extraño.

En *niñas y adolescentes mujeres* se examinará en posición de rana (abducción de muslos, flexión de rodillas y dorso de pies en contacto entre sí) o ginecológica, respectivamente. Se evaluarán el monte de venus, el periné, la horquilla, el introito, el clítoris, los labios menores y mayores, el himen o sus restos, la uretra. Se describirá la presencia de semen, eritema y edema de vulva, desgarros himeneales (topografía, número, existencia de sangrado y eritema o cicatrización), hematomas y equimosis a dicho nivel, lesiones vaginales, laceraciones, etcétera. La topografía de las lesiones se describirá siguiendo las horas del reloj (Lozano, 2017). No se realiza tacto vaginal ni especuloscopía de rutina. Su indicación, en adolescentes, está supeditada a las características del caso en particular, tras sopesar los aportes que pueda brindar, y se justificará solamente si los hallazgos son relevantes para el abordaje del caso; por ejemplo, ante la sospecha de lesiones vaginales o de cuello, o presencia de cuerpo extraño, así como cuando es oportuno tomar muestras con fines crimina-

Cuadro 9. Sugerencias claves para la valoración de una situación de violencia sexual a niños, niñas y adolescentes

- Ser conscientes de que «la violencia nos violenta» y recordar que un mecanismo inconsciente de protegernos a nosotros mismos suele ser la negación: «Esto no puede ser posible» (fenómeno de *backlash*). Eso nubla la objetividad necesaria para evaluar la situación con la calma que el NNA y el equipo de salud requieren.
- Apoyarse en el equipo que interviene, no querer hacer todo solo. Tampoco salir de urgencia a buscar un especialista.
- Acondicionar un espacio, aunque sea mínimo, para poder entrevistar al NNA con la mayor privacidad que sea posible.
- Recordar que el NNA tiene una vida más allá de la violencia que sufre y que es importante hacerla presente para devolverle «normalidad» y vida «saludable» desde donde pueda enfrentar su situación.
- Buscar fortalezas y reforzarlas: «¿Estudiás?», «¿Qué te gusta hacer?», «¿Para qué te ves bueno/a?», «¿Tenés amigos/as?», «¿Tenés novio/a?» , «¡Qué bien! ¡Qué bueno!».

Recordar que es importante:

- Evitar el contacto físico. Hay que contener con la palabra, que debe trasmitir empatía.
- Ponerse a la altura del NNA.
- Transmitir mensajes como: «Podemos ayudarte», «Qué bueno que estés acá», «Esto les sucede a muchos niños, no es tu culpa».
- No prometer lo que no sabemos si podremos cumplir. En lugar de «Vamos a hacer que nunca más vivas algo como eso», se le puede decir «Entendemos lo que te sucede», «Te acompañaremos y buscaremos la mejor manera de ayudarte».
- Registrar las palabras del NNA entre comillas, sin ningún tipo de interpretación. Ejemplo: «El abuelo me decía si quería ver cómo hace salir agüita de la manguera». No interpretar registrando algo como: «La niña refiere que el abuelo le proponía observarlo mientras se masturbaba y eyaculaba». Cada palabra puede ser un indicador muy importante a la hora de validar el testimonio de un NNA. Registrar cada una de ellas tal como son dichas.
- Actuar conteniendo emocionalmente como se sugiere; confiar en que es posible hacerlo. Si el NNA está inestable desde el punto de vista psíquico, buscar apoyo en el equipo de salud mental, si es posible de forma urgente.
- Tener leídos y comprendidos previamente, con todo el equipo de salud, los protocolos y documentos institucionales referidos al tema, para no tener que decodificarlos bajo la tensión de la urgencia.
- Mantener en alto la confianza y la esperanza, individualmente y como equipo, de que siempre podremos brindarle al NNA algo mejor (aunque nos parezca mínimo) que la violencia que ha sufrido o está sufriendo.

lísticos (véase el Anexo IV). Si fuera necesario, se realizará con maniobras cuidadosas, suaves, preguntando a la paciente si le molesta o duele, utilizando el espéculo adecuado y ofreciéndole la posibilidad de sedación (véase el anexo III).

El examen anal puede hacerse en distintas posiciones: la mahometana o genupectoral permite una mejor visión, pero puede ser rechazada por la paciente, en cuyo caso se optará por el decúbito lateral. Se describirán la forma, el estado de pliegues, el estado de la mucosa, la existencia de lesiones (que también se describirán) y signos de ITS. No se realiza tacto rectal de forma rutinaria para evaluar el tono, salvo que exista una indicación, como sospecha de lesión interna o cuerpo extraño.

Paraclínica

Según cada situación y cuadro clínico, puede ser necesario hacer estudios paraclínicos, como, por ejemplo:

- Exudados anal, vaginal y faríngeo en casos de sospecha de abuso sexual con contacto con secreciones.
- Serología para ITS (hepatitis B y C, sífils); dependiendo del caso y el tipo de lesiones podrán solicitarse también estudios virales (HPV y HPV).
- Test de embarazo.

> En cada caso se evaluará la necesidad de indicar estudios que serán individualizados.

Diagnóstico de violencia sexual

El diagnóstico es difícil y requiere ir construyendo la evidencia hasta alcanzar el nivel de reporte. En ocasiones es evidente, pero en la mayoría de los casos requiere una evaluación exhaustiva e interdisciplinaria.

Se basa en los datos obtenidos de la entrevista, examen físico, paraclínica e interconsultas. Además, se debe tener en cuenta la historia del NNA y las intervenciones previas realizadas por el sector salud y otros equipos institucionales (sector educativo, equipos de territorio de acompañamiento familiar u otros) que pueden ampliar la información de la situación. Implica no solo identificar el tipo de violencia sexual, sino además el tiempo de evolución, el impacto y la severidad del daño, los riesgos, los recursos disponibles y la necesidad de intervención urgente (tanto medidas de protección como atención en salud).

> La ausencia de evidencia física no significa que no hubo violencia sexual.

Algunas lesiones genitales o anales pueden verse en situaciones de violencia sexual, pero en este caso deben correlacionarse con los antecedentes, ya que podrían explicarse por otro mecanismo traumático. Los hallazgos dependerán del sexo de la víctima, de su edad, del tipo de maniobra abusiva, de la brusquedad de las maniobras realizadas, del uso de técnicas previas para facilitar la penetración (lubricación, estímulo), de si se trata de un episodio único de penetración o de episodios repetidos, entre otros factores (Rodríguez Almada, 2010).

La sospecha de *violencia sexual* se plantea ante el relato espontáneo del NNA, ante la presencia de ITS, teniendo en cuenta su distinta especificidad para el diagnóstico, así como ante un *embarazo en una niña o adolescente* (Rodríguez Almada, 2010). Se considera que hay

Cuadro 10. Diagnósticos diferenciales de violencia sexual de NNA

TIPO DE HALLAZGOS	POSIBLES DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES DE ABUSO SEXUAL
ITS	Otra vía de contagio diferente al contacto sexual, dependiendo de si el agente causal lo admite.
Vulvitis	Inespecífica, vinculada a higiene, dermatitis del pañal, oxiuros.
Lesiones genitales y perianales	*Traumática:* accidental, desgarro vinculado a relación sexual consentida, fisura y rectorragia vinculada a la constipación. *No traumática:* infecciosa (pseudomonas, estreptococos); malformaciones congénitas, escotaduras, sinequias vulvares; liquen escleroso; enfermedad de Crohn; prolapso de uretra.

violencia sexual cuando la niña es menor de 12 años, cuando es mayor de 12 pero la pareja tiene una diferencia de más de 10 años, o cuando el embarazo es producto de una relación entre pares sin consentimiento.

Embarazo producto de violencia sexual - Interrupción voluntaria del embarazo

Los embarazos producto de violencia sexual generan un daño que la maternidad profundiza. Por lo tanto, dentro del marco legal vigente, el equipo de salud debe ubicarse en un lugar que genere las condiciones para garantizar el acceso a la interrupción del embarazo. El aborto en contra de la voluntad de la niña o adolescente víctima de abuso no se plantea como una opción válida desde el punto de vista ético y legal. Para la interrupción del embarazo es necesario el consentimiento válido de la víctima.

No obstante, en algunas circunstancias se requiere una profunda evaluación del equipo de salud tratante, el ERVBGG y el equipo de salud mental acerca de la competencia y la validez de ese consentimiento, teniendo en cuenta la dinámica del abuso sexual, la manipulación que existe en las situaciones de violencia sexual y el daño psíquico que genera como evento vital traumatogénico. Los equipos que intervienen tienen que evaluar conjuntamente el riesgo para su salud, como un concepto integral, y especialmente el riesgo para la salud psíquica que puede provocar una maternidad producto de violencia sexual a corto, mediano y largo plazo. Identificar las dinámicas y el daño psíquico en las situaciones de violencia sexual posibilita una intervención efectiva que garantice su protección y el ejercicio de sus derechos (véanse los indicadores de daño psíquico en la página 28). Para niñas y adolescentes menores de 15 años se deben seguir las indicaciones de la *Hoja de ruta para la atención de situaciones de embarazo en niñas y adolescentes menores de 15 años.*

Explotación sexual comercial

Frente a una situación de explotación sexual comercial se deben valorar el riesgo de vida y el daño (tipo y severidad), e iniciar tratamiento según la situación (ITS, lesiones, embarazo), en trabajo coordinado con ERVBGG y otros equipos especializados para garantizar la protección del NNA.

Valoración de riesgo

El riesgo es un concepto central en la intervención en situaciones de violencia sexual, ya que la toma de decisiones depende del resultado de su valoración. Es importante tener en cuenta que durante esta etapa ya se está interviniendo y el pronóstico depende en buena medida de su correcta valoración.

El riesgo implica mayor probabilidad de ocurrencia de un hecho. En las situaciones de violencia sexual ya instaladas, es un continuo. *La violencia sexual constituye en sí misma una situación de alto riesgo.* Sin embargo, su abordaje integral implica hacer una predicción basada

Cuadro 11. Valoración de factores que incrementan el riesgo en situaciones de violencia hacia NNA

NNA	SITUACIÓN	PERSONA ADULTA AGRESORA	CONTEXTO
Edad (Menor edad = Mayor riesgo)	Tipo de maltrato sufrido (psicológico, físico, sexual, patrimonial)	Incumplimiento de las medidas cautelares	Falta de respuesta o respuesta inadecuada de los adultos protectores del entorno inmediato ante la situación de violencia
Discapacidades (crónicas o transitorias, físicas o mentales)	Entidad de las lesiones (físicas o emocionales)	Amenazas de represalia o de muerte	Inexistencia de personas adultas como protectores de referencia
Antecedentes comportamentales (conductas de riesgo hacia sí o terceros, abuso de sustancias, IAE, etcétera)	Cronicidad de la situación	Acceso o posesión de armas de fuego	Antecedentes de violencia doméstica
Escasos recursos personales (intelectuales, afectivos, comunicación social, etcétera)	Aumento de la intensidad, frecuencia e imprevisibilidad de la violencia	Abuso de alcohol u otras drogas	Antecedentes de hermanos internados por violencia
Estado de crisis emocional actual	Naturalización de los episodios de violencia	Trastornos psiquiátricos con pobre control de impulsos o patologías graves descompensadas	Denuncias anteriores por violencia doméstica
	Intervenciones anteriores (actores que intervinieron y respuestas que se brindaron/brindan)	Historia de malos tratos en la infancia	
		Comportamientos violentos en otros ámbitos, con implicaciones legales o no	

Fuente: CNCLVD, 2017. Documento evaluación del riesgo

en la presencia y la intensidad de diversos factores (de riesgo y protectores).

En caso de agresión sexual que se presenta antes de las 72 horas, aplicar las Pautas de atención a las situaciones de violencia sexual en los servicios de urgencia y emergencia (véase el Anexo V).

Para completar el diagnóstico del riesgo de la situación, deben evaluarse factores referidos a las características del adulto responsable y del incidente.

Respecto al adulto responsable, se debe valorar si hubo falta de respuesta protectora y si ello se debió a alteraciones en la salud física y/o mental, existencia de psicopatología con déficit para el control de impulsos, sus expectativas respecto al NNA, su capacidad de cuidar y proteger al NNA, su capacidad de identificar necesidades del NNA y dar respuesta adecuada, cuáles son los métodos de crianza empleados, la interacción y la percepción que tiene del NNA, si tiene historia de maltrato o violencia sexual en la infancia, si tiene consumo problemático de sustancias, si sufre violencia de género, su situación económica y los apoyos que tiene, entre otros factores.

Respecto al incidente se valorará la cercanía temporal, así como su impacto en la salud física y/o mental del NNA.

Específicamente en las situaciones de violencia sexual a NNA, para definir el riesgo se debe tener en cuenta:

- Riesgo vital del NNA.
- Ideas de muerte, IAE en el NNA.
- Trastornos conductuales o emocionales en NNA.
- Acceso del abusador al NNA.
- Inexistencia de adulto referente protector.
- Ausencia de redes de apoyo.
- NNA con discapacidad.
- Adultos con impulsividad.
- Intervenciones previas sin resultados favorables, internaciones del NNA o hermanos, denuncias previas por maltrato.
- Violencia grave hacia otros miembros de la familia con riesgo de lesiones graves u homicidio, amenazas de muerte.
- Adulto que cometió femicidio de la madre del NNA, abusó sexualmente de otros NNA o ejerció maltrato grave[11] contra otros NNA.
- Redes de explotación sexual comercial con acceso al NNA.

Etapa 4: Respuesta de primera línea

El objetivo de la *respuesta de primera línea* es la intervención en crisis y la reducción de los daños físicos y psíquicos causados o que pudiera causar la violencia sexual a corto, mediano y largo plazo:

En primera instancia, el profesional que toma contacto con la situación deberá:

- escuchar,
- brindar contención emocional,
- definir la necesidad de incorporar otras disciplinas conformando un equipo de trabajo,
- evaluar el tipo de situación,
- evaluar las repercusiones de la violencia sexual,

11 No se refiere a la tipificación penal de las lesiones, sino al criterio médico de severidad.

- comenzar la valoración del riesgo de la situación,
- evaluar la existencia de redes de apoyo y recursos comunitarios,
- valorar la necesidad de medidas de protección urgente,
- indagar intervenciones previas.

Identificar a un adulto referente protector (ARP). Se intentará que la identificación del ARP sea realizada en conjunto con el NNA, en la medida en que su desarrollo y estado lo permitan.

Las acciones que se lleven adelante dependerán de la estabilidad clínica, la cual se refiere a la evaluación del NNA desde el punto de vista físico y emocional.

Si el NNA presenta ideas de muerte, IAE u otros cuadros psiquiátricos agudos que puedan estar vinculados a la situación, como auto o heteroagresividad, se seguirán los protocolos respectivos y se coordinará inmediatamente la interconsulta con salud mental o con un servicio de urgencia, de acuerdo con la ordenanza ministerial 384/017.[12]

Se solicitará orientación al ERVBGG sobre las acciones de la estrategia de abordaje. En todas las situaciones se requiere la coordinación interinstitucional entre los distintos equipos que han intervenido, a fin de garantizar un abordaje interdisciplinario e integral.

En ausencia de un ARP, los equipos deberán adoptar las medidas de protección necesarias, asegurando la judicialización de la situación. (En estos casos puede determinarse la separación, sea provisoria o definitiva, del NNA respecto de su familia.)

Es frecuente que, tras detectar una situación de violencia hacia un NNA, surja la duda de qué hacer con los demás NNA del entorno familiar. Los profesionales considerarán, en función del nivel de atención donde se encuentren y del riesgo de la situación, la mejor estrategia para garantizar la evaluación y la eventual protección de todos los NNA de ese entorno, coordinando con los equipos e instituciones del CRL que correspondan.

En el momento

Contención emocional y paraclínica urgente:	Serología para ITS
	Exudados y test rápido de embarazo, administración de medicación (antibióticos y antivirales), anticoncepción de emergencia

Menos de 72 horas + contacto génito-genital, génito-anal o génito-vaginal

- Aplicar las *Pautas de atención a las situaciones de violencia sexual en los servicios de urgencia y emergencia* (véase el Anexo V).
- Si es posible, aplicar test rápido de VIH y de sífilis al presunto agresor para evitar el tratamiento correspondiente al NNA.
- Si hubo contacto con secreciones, tomar las muestras con fines criminalísticos para una eventual denuncia, siguiendo la *Pautas del MSP para toma de muestras para análisis forense en situaciones de violencia sexual* (véase el Anexo IV).
- Si hay lesiones o ITS, realizar el tratamiento correspondiente.

12 MSP, ordenanza ministerial 384, 2017, disponible en http://www.msp.gub.uy/comunicado/ordenanza-ministerial-n%C2%BA-384-atenci%C3%B3n-autoelimina-ci%C3%B3n.

- Si hay embarazo, evaluar la edad gestacional y los deseos de interrumpirlo, siguiendo los criterios para IVE.[13] (Para menores de 15 años seguir la *Hoja de ruta para la atención de situaciones de embarazo en niñas y adolescentes menores de 15 años.*)
- Si se trata de un abuso sexual crónico o pasaron más de 72 horas entre el episodio y la consulta, se realizará la paraclínica, pero se esperarán los resultados para definir si se inicia el tratamiento correspondiente.
- Determinar la necesidad de medidas de protección con separación del agresor, lo cual suele requerir la realización de una denuncia judicial (véase la página 51).

En la evolución se valorará la forma de realizar el seguimiento y se referirá a un equipo de salud mental para el NNA y sus cuidadores. Se proporcionará orientación familiar. Se deberá trabajar con la figura parental no abusadora, en cuanto al apoyo requerido y los pasos a seguir. En algunos casos es necesaria la separación del NNA: cuando la figura parental no abusiva tiene una fuerte dependencia del abusador o lo apoya (o encubre), cuando no cree al NNA o lo culpa, cuando no tiene sentimientos positivos hacia el NNA y no cumple el rol de adulto referente protector.

En caso de ingreso a nivel de mayor complejidad, antes del egreso se coordinará el seguimiento con el equipo del primer nivel de atención.

13 Se remite a la ley 18.987, decreto 395/012, ordenanzas 243 y 247 del MSP, y ley 19.580 y Ley de Trata, 19.643, que permiten el IVE a extranjeras en caso de violencia sexual aunque no tengan un año de residencia en el país, si los hechos de violencia sucedieron en el territorio nacional.

Cuadro 12. Criterios para no hospitalizar

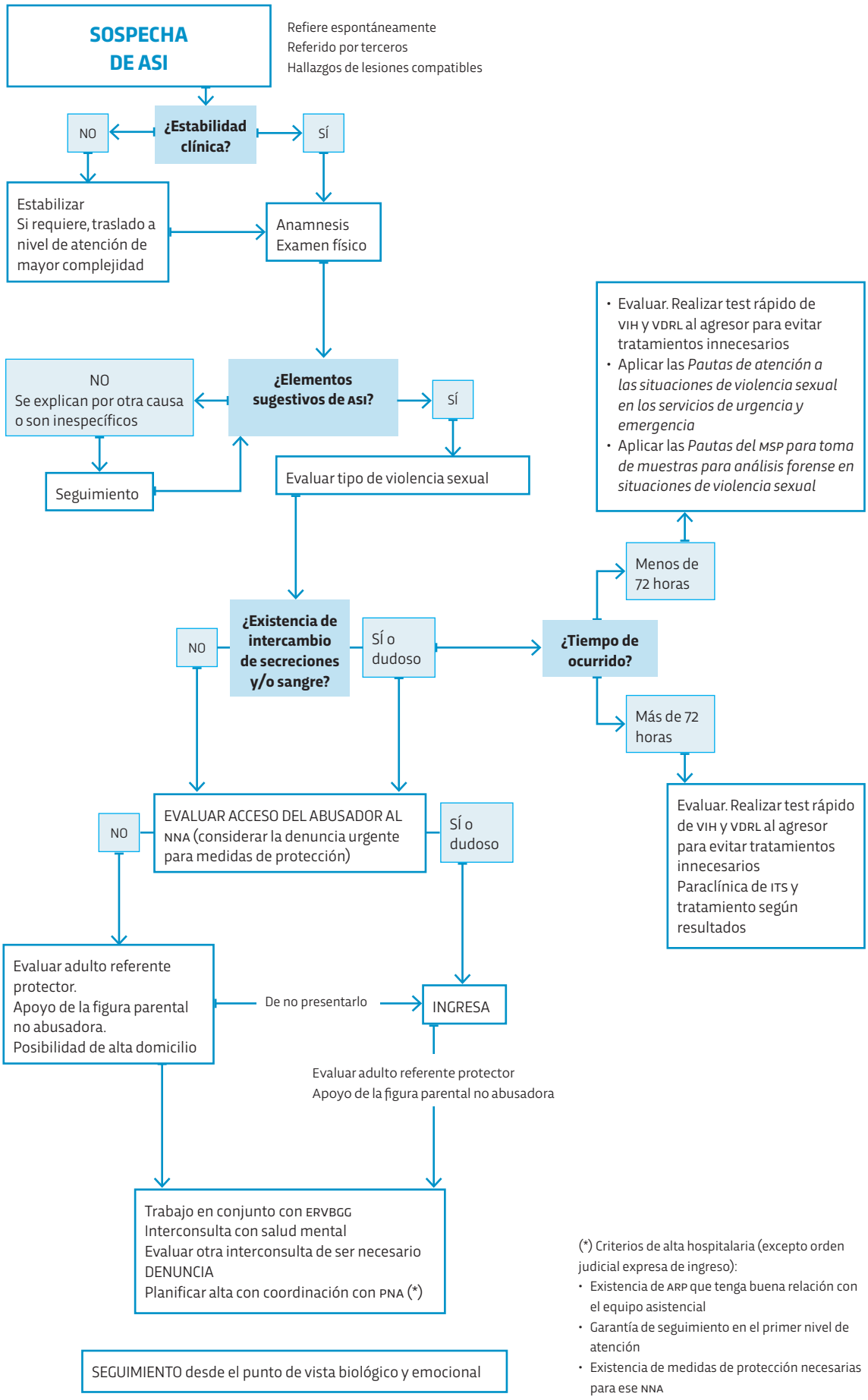
- Cuando hay un ARP que tiene buena relación con el equipo.
- Cuando puede garantizarse la coordinación y el seguimiento en el PNA.
- Cuando existen las medidas de protección necesarias para ese NNA.
- Cuando la evaluación o el tratamiento se pueden resolver en el PNA.

Se valorarán la evolución de las lesiones genitales, la tolerancia a los tratamientos instaurados, la necesidad de reiterar paraclínica y la consejería en caso de embarazo. Siempre se deberá estar atento a la aparición de sintomatología postraumática, que requerirá interconsulta con equipo de salud mental. Permanentemente se evaluará el riesgo de la situación, especialmente en caso de violencia sexual crónica o perpetrada por alguna persona cercana o familiar.

Atención según el escenario de la detección o la derivación

Los NNA víctimas de violencia sexual pueden consultar por diversas manifestaciones, en los distintos escenarios de atención de su salud:

a. en el primer nivel de atención o policlínicas;
b. en escenarios no sanitarios, a través de emergencias móviles, médicos de radio u otros;
c. en los servicios de urgencia y emergencia;
d. durante la hospitalización;
e. por haber sido derivados por orden judicial o de fiscalía para su valoración.


SOSPECHA DE ASI
Refiere espontáneamente
Referido por terceros
Hallazgos de lesiones compatibles
¿Estabilidad clínica?
NO
SÍ
Estabilizar
Si requiere, traslado a nivel de atención de mayor complejidad
Anamnesis
Examen físico
¿Elementos sugestivos de ASI?
NO
Se explican por otra causa o son inespecíficos
SÍ
Seguimiento
Evaluar tipo de violencia sexual
• Evaluar. Realizar test rápido de VIH y VDRL al agresor para evitar tratamientos innecesarios
• Aplicar las Pautas de atención a las situaciones de violencia sexual en los servicios de urgencia y emergencia
• Aplicar las Pautas del MSP para toma de muestras para análisis forense en situaciones de violencia sexual
Menos de 72 horas
¿Existencia de intercambio de secreciones y/o sangre?
NO
Sí o dudoso
¿Tiempo de ocurrido?
Más de 72 horas
Evaluar. Realizar test rápido de VIH y VDRL al agresor para evitar tratamientos innecesarios
Paraclínica de ITS y tratamiento según resultados
EVALUAR ACCESO DEL ABUSADOR AL NNA (considerar la denuncia urgente para medidas de protección)
NO
Sí o dudoso
Evaluar adulto referente protector.
Apoyo de la figura parental no abusadora.
Posibilidad de alta domicilio
De no presentarlo
INGRESA
Evaluar adulto referente protector
Apoyo de la figura parental no abusadora
Trabajo en conjunto con ERVBGG
Interconsulta con salud mental
Evaluar otra interconsulta de ser necesario
DENUNCIA
Planificar alta con coordinación con PNA (*)
SEGUIMIENTO desde el punto de vista biológico y emocional
(*) Criterios de alta hospitalaria (excepto orden judicial expresa de ingreso):
• Existencia de ARP que tenga buena relación con el equipo asistencial
• Garantía de seguimiento en el primer nivel de atención
• Existencia de medidas de protección necesarias para ese NNA

En todos los escenarios se requiere:

- realizar anamnesis, examen físico completo siguiendo las pautas recomendadas (véanse las páginas 40-42);
- realizar paraclínica correspondiente, si el escenario lo permite;
- disponer mecanismos iniciales de contención, escucha;
- identificar al ARP;
- evaluar si la situación requiere derivación a un nivel de mayor complejidad o internación, ya sea para confirmación diagnóstica, por las consecuencias de la violencia o como medida de protección transitoria.

a. Situaciones detectadas en el primer nivel de atención (PNA) o policlínica

La detección puede ser en control de salud o por consulta por otro motivo. Evaluar la estabilidad clínica y la necesidad de trasladar al NNA a un nivel de atención de mayor complejidad. Se debe realizar el traslado cuando la situación clínica lo amerite, se requiera valoración más exhaustiva y/o se requieran medidas de protección transitorias.

Cuando se recurra al ingreso a un nivel de mayor complejidad, es necesario que el equipo del primer nivel se comunique con los profesionales que recibirán al NNA para informarlos de la situación, el riesgo y las intervenciones previas.

Cuando el equipo de salud evalúa que la situación es pasible de abordaje en el primer nivel, la atención debe ser interdisciplinaria. La atención y el seguimiento se realizarán de forma conjunta con el ERVBGG dentro de las primeras 72 horas, coordinando con otros especialistas si corresponde, asegurando la contención emocional y las estrategias de reparación del daño necesarias. El equipo de salud tratante efectuará las coordinaciones interinstitucionales con los CRL[14] o redes focales, equipos de territorio u otros.

b. Situaciones detectadas en escenarios no sanitarios (emergencias móviles, médicos de radio)

La situación puede ser detectada por equipos de salud en escenarios no sanitarios: domicilio, centros educativos, clubes deportivos u otros. Puede surgir de un relato del NNA o de terceros, por identificación de indicadores del contexto familiar o por hallazgos de lesiones y otros indicadores compatibles.

Cuando el cuadro clínico requiere traslado a un nivel de mayor complejidad, debe informarse previamente al equipo receptor.

Los criterios para la hospitalización son la convivencia con el abusador, la ausencia de ARP, que no pueda garantizarse el seguimiento en el PNA, que la evaluación o el tratamiento del cuadro clínico no puedan realizarse en el PNA.

14 El CRL está enmarcado en el modelo de atención del SIPIAV. Es un espacio de intervención interinstitucional conformado por técnicos de las instituciones locales con competencia en el tema. Pero no es un espacio físico, sino que está conformado por esas personas que en el ámbito local cada organismo designe para tal función; en especial, INAU, CEIP y otras instituciones de salud y educación.
Estos técnicos son designados por las instituciones competentes y tienen a su cargo la situación por la que se consulta. Apoyan la realización del diagnóstico y brindan las primeras orientaciones. Además, son quienes acuerdan las estrategias de intervención y definen los mecanismos de seguimiento.

Cuadro 13. Atención en servicio de urgencia y emergencia

- Evaluar la estabilidad clínica. Si está inestable o presenta una situación clínica que requiera resolución urgente, esta se priorizará por sobre la situación de violencia sexual.
- Anamnesis. Consignar el relato entre comillas. Tomar en cuenta el relato espontáneo realizado a otros operadores.
- Examen físico.
- Paraclínica.
- Chequear consultas previas en la historia clínica electrónica. *
- Cuando los NNA son llevados por operadores de instituciones ajenas al sector salud (por ejemplo, desde un centro educativo o un club deportivo), se les solicitarán datos de contacto, así como información que sea relevante para el abordaje de la situación (por ejemplo, el relato, si lo hubo, las intervenciones previas, la información sobre indicadores, etcétera).
- Asesoramiento telefónico con ERVBGG si corresponde.
- Evaluar si requiere interconsultas con otros especialistas.
- Evaluar, en función del cuadro clínico y del riesgo de la situación, si requiere internación hospitalaria para la judicialización y medidas de protección urgentes, o si es posible el seguimiento ambulatorio en el PNA y con otras instituciones del territorio.
- No se cuestionará si el acompañante es menor de 18 años, ya que lo que importa es su competencia. Posteriormente se propenderá a la búsqueda de un ARP.

* Una buena práctica es la consulta de la historia clínica electrónica y chequear los antecedentes con relación a este tipo de situaciones (controles al día, vacunas vigentes, escolarización, elementos de negligencia, antecedentes de maltrato o abuso, indicadores sugestivos, ingresos previos, intervenciones previas, etcétera).

c. Situaciones detectadas en servicios de urgencia y emergencia

Existen distintas posibilidades:

- Que se consulte por sospecha violencia sexual, tanto referida espontáneamente como por terceros.
- Que se consulte por lesiones compatibles o indicadores de violencia sexual.
- Que se consulte por otro motivo y surja en el equipo la sospecha de una situación de violencia.
- Que el NNA sea derivado por orden judicial o fiscal para su valoración.

Desde el servicio de urgencia y emergencia se dispondrá la internación hospitalaria del NNA para completar la valoración y/o la protección, salvo que estén dadas las condiciones que habiliten el alta y el seguimiento en el PNA. Para otorgar el alta es preciso cumplir con *todos* los siguientes requisitos:

- Existe un ARP que tiene buena relación con el equipo.
- Se puede garantizar la coordinación y el seguimiento en el PNA.
- Existen las medidas de protección necesarias para ese NNA.
- La evaluación o el tratamiento se pueden resolver en el PNA.

En caso de que el NNA que está siendo valorado por una eventual situación de violencia sexual sea retirado del servicio hospitalario antes de que el equipo otorgue el alta, se procederá a formular la denuncia correspondiente.

Cuando el NNA concurre al servicio de urgencia o emergencia junto con el agresor o agresora, desde el servicio de urgencia/emergencia se solicitarán las medidas de protección necesarias para evitar que este permanezca en la consulta con el NNA.

d. Niños, niñas o adolescentes derivados por orden judicial o fiscal

Cuando el NNA es derivado al servicio de urgencia y emergencia por una orden judicial o por fiscalía, la evaluación médica seguirá los criterios mencionados en los demás escenarios. Se consignarán los hallazgos en la historia clínica. No se entregará a la policía información clínica, sino una constancia de que llevó al NNA al servicio para su valoración.

El egreso del paciente estará supeditado a la decisión del equipo de salud tratante, salvo que exista orden judicial expresa que prevea otra cosa.

Si lo que se solicita es el ingreso hospitalario para protección transitoria o completar diagnóstico, el NNA ingresará al sector de internación correspondiente, y será el equipo de sala el responsable de realizar interconsulta con el ERVBGG y coordinar el proceso asistencial.

e. Situaciones detectadas durante la hospitalización

El equipo de sala es el responsable de la atención y el seguimiento de la situación. Es posible que el NNA ingrese específicamente por sospecha de violencia sexual, o que ingrese por otro motivo y la sospecha surja durante la internación. En ambos casos, además de la entrevista y el examen físico detallado, se realizará entrevista con familiares y otros referentes del NNA. Si es necesario, y según la disponibilidad, se harán interconsultas con otros especialistas —en trabajo social, salud mental, medicina legal u otros, según el caso—, así como los estudios paraclínicos que correspondan.

Se solicitará asesoramiento por el ERVBGG de la institución para completar el diagnóstico de situación, valorar el riesgo y elaborar la estrategia de abordaje, así como la coordinación interinstitucional con vistas al alta. Se coordinará con el primer nivel de atención previo al alta para definir conjuntamente el seguimiento.

Cuando el NNA ingresa con la persona que ejerce la violencia y no cuenta con un ARP, se evaluará la necesidad de solicitar la presencia de un cuidador[15] y se solicitarán medidas de protección por vía judicial.

En caso de que el NNA posible víctima de violencia sexual que está siendo valorado para confirmar o descartar este diagnóstico sea retirado del servicio hospitalario antes de que el equipo otorgue el alta, se procederá a formular la denuncia correspondiente.

Denuncia de una situación de violencia sexual hacia NNA

Es importante tener en cuenta que la judicialización puede tener un doble propósito:

1. la adopción de medidas de protección y
2. la persecución penal del delito.

En ese equilibrio siempre deben prevalecer los derechos de los NNA y su no revictimización.

15 Algunos servicios cuentan con este recurso propio; de lo contrario, se solicita a INAU.

Consejo Nacional Consultivo de Lucha contra la Violencia Doméstica

En 2017 el CNCLVD y el Comité de Gestión del SIPIAV aprueba la propuesta presentada por un grupo interinstitucional de trabajo (que funcionaba desde 2016) de un diagrama general de orientaciones para quienes operan en situaciones de alto riesgo por violencia doméstica hacia mujeres y NNA, que a continuación se presenta.

Recurso telefónico de contención, asesoramiento, orientación y derivación de alcance nacional:

0800 4141 o *4141

En todos los casos es muy importante que la mujer acuda a un servicio especializado o específico en la temática para iniciar o continuar un proceso de atención.

Servicios de atención para mujeres en situación de VBG, Inmujeres. Incluye atención en el marco de tobilleras electrónicas y atención a varones con disposición de Tobilleras o por voluntad propia.

Equipos de referencia en VD y VS, prestadores de salud.

Servicios de atención de las Comuna Mujer (Montevideo).

Servicios de atención de las Intendencias del interior del país.

Servicios de atención de ONG de la RUCVDS.

Ministerio del Interior
- Unidades especializadas en VD y de género
- Seccionales policiales
- Denuncia on line: https://denuncia.minterior.gub.uy/
- 0800 5000

Poder Judicial
- Juzgados especializados en Montevideo y Canelones
- Juzgados letrados 1.ª instancia de Familia
- Juzgados de paz en el interior
- Juzgados penales

Fiscalía General de la Nación
- Fiscalía de delitos, VD y VBG en Montevideo
- Fiscalías departamentales en el interior del país
- Unidad de Víctimas y Testigos
- Mesa de recepción de denuncias en Montevideo
- Fiscalías de Flagrancia en Montevideo en casos de urgencia

El/la juez/a actuante según la situación, podrá disponer:

Medidas cautelares (ley 17.514)

Medidas cautelares con seguimiento de tobilleras electrónicas

Penalización

ALTO RIEGO POR VIOLENCIA DOMÉSTICA HACIA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES:

NNA

ARP

Generar de forma urgente con otros actores pertinentes estrategia de protección

Si el/la NNA requiere atención sanitaria → **Centros de Salud - Servicios de Emergencia (Sistema Nacional Integrado de Salud)**

Si se decide efectuar la denuncia para proteger al NNA → **Realizar informe de la situación**

Si está ocurriendo un episodio que comprometa la integridad física del NNA se debe pedir intervención policial para preservar la vida del NNA → **911**

Fuente: Informe de gestión SIPIAV 2017.

A los equipos de salud les competen específicamente los primeros.

El artículo 50 de la ley 19.580 establece la obligatoriedad para las instituciones que atiendan NNA de notificar a las autoridades competentes las situaciones de maltrato, abuso sexual o explotación sexual de que tengan conocimiento.

¿Cuándo se debe denunciar una situación de violencia sexual?

La denuncia debe ser pensada en el marco de una estrategia de intervención, nunca como un fin en sí misma.

Algunos elementos a tener en cuenta para determinar la urgencia de la denuncia son:

- Riesgo de daño grave o muerte.
- Riesgo de que la situación de violencia sexual continúe.
- En situaciones de explotación hay redes que involucran a otros NNA, y una denuncia apresurada los expone a mayor riesgo.
- Si el adulto que acompaña al NNA es quien ejerce la violencia sexual, es necesario denunciar para generar medidas inmediatas de protección.

En situaciones de abuso sexual crónico y explotación sexual comercial, la autonomía progresiva y la autoestima del NNA están sumamente lesionadas, por lo que debe evaluarse la validez de su consentimiento para adoptar determinadas decisiones, entre ellas la de no realizar la denuncia.

> En el Sistema Nacional Integrado de Salud se notifica a las direcciones técnicas de las instituciones.

La denuncia debe hacerse de forma institucional, redactada por el ERBVGG recogiendo la información de los demás profesionales intervinientes. Este equipo elaborará un informe único que describa de forma clara y concisa la situación, sin emplear lenguaje extremadamente técnico, destacando el tipo de situación, el riesgo y la necesidad de protección. Debe ser firmado por la dirección técnica o la asistencia letrada de la institución. En caso de que haya lesiones, si estas fueron documentadas fotográficamente o si se tomaron muestras, se informará que están a disposición de la sede correspondiente para evitar examinar nuevamente al NNA.

Cuando las instituciones intervinientes son varias, es recomendable elaborar un informe conjunto. Ante situaciones de urgencia podrá ser escrito por otros equipos participantes, pero siempre de forma institucional, con firma de la jefatura del servicio o la dirección técnica, e informar posteriormente al ERBVGG de la situación.

La finalidad de la denuncia es, en primera instancia, brindar las medidas de protección necesarias. Por ello podrá realizarse en:

- Juzgados letrados especializados en violencia basada en género, doméstica y sexual.
- Juzgados de paz, en localidades del interior que no cuentan con los especializados.
- Seccional policial o Unidad Especializada en Violencia Doméstica.
- En fiscalía penal, ya que con la reforma del Código de Proceso Penal la fiscalía puede disponer medidas de protección.

Etapa 5: Seguimiento

Los objetivos del seguimiento son:

- que cese la situación de violencia;
- mantener la protección del NNA ante futuros episodios, considerando su contexto familiar;
- limitar el daño físico y emocional, así como reparar el que se ha producido.

Es necesario construir en la intersectorialidad las acciones que promuevan la restitución de otros derechos vulnerados, recurriendo a entrevistas y coordinaciones con los demás equipos intervinientes (CRL).

Se debe planificar el seguimiento, para lo cual un recurso útil son las visitas domiciliarias, una agenda de controles más seriados, intervenciones con salud mental, coordinación con otros equipos intervinientes, con los servicios educativos, de recreación y con otros recursos territoriales.

Asimismo, se deberán concretar acciones tendientes a la reparación del daño. El concepto de *reparación* es muy amplio y puede incluir hasta la reparación económica. Desde el sector salud, además de todo lo que tiene que ver con las secuelas físicas, a largo plazo hay que trabajar con las secuelas psicológicas y abordar específicamente el trauma. Si bien es fundamental dar una primera contención y acompañamiento inicial para disminuir los primeros síntomas y lograr que el NNA se reincorpore de la mejor manera posible a su vida cotidiana, es necesario implementar acciones para abordar el problema. Si no se interviene adecuada y oportunamente pueden generarse repercusiones inmediatas, a mediano y a largo plazo.

Se pondrá especial atención en la detección de pensamientos suicidas. Se debe hablar del tema y preguntar, para permitir que el NNA puda expresar sus pensamientos. La ideación suicida es común en alguna etapa durante la adolescencia. Las guías nacionales destacan que concebir la conducta suicida como un *continuum* facilita la anticipación de cada una de las situaciones sucesivas.[16]

La reparación del daño implica el trabajo con las huellas psíquicas que produjo la situación de violencia sexual. Para reparar el daño psíquico se plantean estrategias de intervención de corte más psicológico y social, a través de dispositivos terapéuticos.

> El sistema de salud cuenta con prestaciones de salud mental que pueden dar este tipo de respuestas, a fin de que el NNA sea beneficiario de un espacio terapéutico de la situación de violencia vivida. Existen prestaciones en modo 1, 2 y 3, con intervenciones individuales, familiares o grupales. Las situaciones de violencia hacia NNA suelen enmarcarse en la modalidad 3[17] (MSP, 2012).

Los dispositivos terapéuticos para NNA individuales tienen utilidad para trabajar los daños y secuelas, mejorar la autoestima, trabajar aspectos tales como sus temores, ansiedad, mejorar la confianza hacia los adultos, aprender formas saludables de relacionarse y de buen trato.

Los objetivos del trabajo grupal con los adultos familiares de NNA que han sufrido violencia sexual apuntan a ayudarlos a sostener a los NNA,

16 Se recomienda la lectura de la *Guía para la atención integral de la salud de adolescentes* (MSP, 2017).

17 Adolescentes en situación de abandono, violencia sexual y/o intrafamiliar.

trabajar aspectos referidos a qué es la violencia sexual y qué formas y condiciones la determinan, para así generar cambios en la situación de protección de los NNA.

Trabajo con la familia cuando la persona que ejerció la violencia ya no es parte del grupo de convivencia

Se requieren intervenciones específicas para reconstruir y acompañar el proceso que la familia tiene que atravesar en relación con la situación de violencia sexual. Es necesario el apoyo de los ERVBGG, de los equipos de salud mental y otros equipos de la comunidad (CRL).

Se debe apostar a que no se profundicen en la familia los daños de la violencia sexual, evaluando la actitud de los referentes afectivos, si pueden empatizar con el NNA y asumir el rol de protección, si culpabilizan al abusador, si racionalmente rechazan al abusador pero emocionalmente sienten el deseo de verlo o si justifican el abuso y culpan al NNA. Esta evaluación no puede ser realizada por el mismo profesional que trabaja con el NNA, sin perjuicio de que pertenezcan al mismo equipo, a fin de brindar al adulto referente un espacio personal que le permita expresar sus sentimientos y encontrar recursos para la salida de la situación. Se recomienda la valoración por el ERVBGG o algún integrante del equipo de salud mental con formación específica en la temática, y posteriormente se evaluará junto con la persona la oportunidad de continuar algún otro tipo de terapia individual, grupal o la que se adecue a su necesidad y demanda, según las posibilidades que se surjan de las prestaciones de salud mental.

Trabajo con adolescentes con conductas sexualmente abusivas hacia otros NNA

Las conductas sexualmente abusivas de NNA suelen ser una forma de expresión de su daño (violencia sexual, maltrato u otras vulneraciones de derechos). Se requiere evaluar cuál es su capacidad de introyectar la norma, y si las normas que existen en el entorno habilitan o inhabilitan la violencia sexual. También es preciso trabajar cuestiones vinculadas a otros episodios de conductas sexualmente abusivas cometidos previamente, promoviendo que acepte los actos cometidos, su responsabilidad, el daño que produjo a la víctima y a la familia. Al mismo tiempo es necesario identificar si hay psicopatología no tratada (consumo problemático de sustancias, trastornos de la personalidad, trastorno de estrés postraumático, entre otras). Se abordarán aspectos vinculados al riesgo de que ocurran nuevos episodios, así como distorsiones en cuanto al vínculo sexual con NNA.

En explotación sexual comercial

Se elaborará una estrategia para la salida del NNA de la situación de explotación sexual que originó la intervención del sector salud, así como para el abordaje de las secuelas, en conjunto por los ERVBGG, los equipos de salud mental y otros equipos presentes en la comunidad (CRL).[18] Se promoverán proyectos de vida, ejercicio de su autonomía y vínculos saludables. Estas estrategias se llevarán adelante junto con equipos territoriales vinculados a la temática (CRL). Se evaluará el rol de la familia respecto

18 Centros de Referencia Local en el interior del país y Programa Travesías de INAU en Montevideo.

a la situación de explotación sexual (si está involucrada de forma activa, si es negligente o si no tiene la posibilidad de proteger al NNA). Se identificará un adulto referente protector que pueda acompañar el proceso del NNA. Se evaluará la viabilidad de trabajo con esta familia y, en caso afirmativo, deberá brindarse información clara de que se trata de un delito y ofrecer espacios con equipos especializados[19] como forma de derivación.

19 Ídem.

Bibliografía consultada

American Academy of Pediatrics (2009). «Diagnostic Imaging of Child Abuse». *Pediatrics,* 123(5).

American Academy of Pediatrics, Committee on Child Abuse and Neglect (1999). «Guidelines for the evaluation of sexual abuse in children: subject review». *Pediatrics,* 103: 186-191, 1999.

American Academy of Pediatrics (2001). «Shaken Baby Syndrome. Rotational cranial injuries. Technical report». *Pediatrics,* 108(1): 206-210.

Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM5*. Arlington: Asociación Americana de Psiquiatría.

Baita, S., y Moreno, P. (2015). *Abuso sexual infantil. Cuestiones relevantes para su tratamiento en la justicia.* Montevideo: UNICEF, Fiscalía General de la Nación y CEJU.

Barudy, J. (2005). *Los buenos tratos en la infancia: Parentalidad, apego y resiliencia*. Barcelona: Gedisa.

Bechtel, K.; Stoessel, K.; Leventhal, J.; Ogle, E.; Teague, B.; Lavietes, S.; Banyas, B.; Allen, K.; Dziura, J., y Duncan Ch. (2004). «Characteristics That Distinguish Accidental From Abusive Injury in Hospitalized Young Children With Head Trauma». *Pediatrics,* 114(1).

Bechtel, L., y Holstege, Ch. (2007). «Criminal Poisoning: Drug-Facilitated Sexual Assault». *Emergency. Medicine Clinics of North America,* 25: 499-525.

Bentancor, G.; Lozano, F., y Solari, M. (2013). *Mapa de ruta para las situaciones de maltrato y abuso sexual en niños, niñas y adolescentes detectadas en el ámbito escolar.* Montevideo: UNICEF, SIPIAV, CEIP, 2.ª ed.

Bonner, B. (2005). «Prevención y tratamiento». En J. San Martín (ed.), *Violencia contra niños.* Barcelona: Ariel, 3.ª ed. actualizada.

Borland, M., y Zimmerman, C. (2013). *Asistencia a personas objeto de trata. Pautas para proveedores de atención de salud.* Buenos Aires: Organización Internacional para las Migraciones.

Brasi Marquillas, J., y Prats i Coll, R. (2008). «Actividades de prevención y promoción de la salud en la infancia y la adolescencia». En Martín Zurro, A., y Cano, J. F. (eds.), *Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica*, vol. 1. Barcelona: Elsevier, 6.ª ed.

Bruni, M. (2003). «Anal findings in sexual abuse of children (a descriptive study)». *Journal of Forensic Sciences,* 48(3), 1344-1346.

Caballero F., et al. (2015). *Explotación sexual comercial hacia niños, niñas y adolescentes en Uruguay. Dimensión, características y propuestas de intervención.* Montevideo: Gurises Unidos y Universidad de la República.

Campbell, R. (2007). «Maltrato Infantil». En *Fracturas en el niño de Rockwood y Wilkins*. Filadelfia: Marban, 8.ª ed.

Castelló, A.; Francès, F., y Verdú Pascual, F. (2009). «Investigación médico forense de los delitos contra la libertad e indemnidad sexuales». *Cuadernos de Medicina Forense,* 55: 17-35.

CEPAL, ILPES, Naciones Unidas (2014). *La violencia contra las mujeres: sus manifestaciones, reconocimiento y protección.* Material del curso a distancia Medición de la Violencia contra las Mujeres.

Christian, C.; Block, R., and the Committee on Child Abuse and Neglect (2009). «Abusive Head Trauma in Infants and Children». *Pediatrics,* 23: 1409-1411.

CLADEM (2016). *Niñas madres. Embarazo y maternidad infantil forzada en América Latina y el Caribe.* Asunción: CLADEM.

Claramunt, M. (2000). *Abuso sexual en mujeres adolescentes.* San José de Costa Rica: OPS, serie Género y Salud Pública. Programa Mujer, Salud y Desarrollo.

CNCLVD (2015). *Plan de acción 2016-2019: por una vida libre de violencia de género, con mirada generacional.* Disponible en http://www.inmujeres.gub.uy/innovaportal/file/15090/1/libro_pldeaccion_v2016_web-version-con-decreto.pdf.

Comisión de Sueño, Sociedad Chilena de Neumología Pediátrica (2014). «Consenso sobre manejo de eventos de aparente amenaza a la vida del lactante (ALTE)». *Revista Chilena de Pediatría,* 85(3): 378-387.

Committee on Child Abuse and Neglect (1999). «Guidelines for the Evaluation of Sexual Abuse of Children: Subject Review». *Pediatrics*, 103, 186-191.

CONAPEES (2016). *Plan Nacional para la Erradicación de la Explotación Sexual Comercial de nna 2016-2021.* Montevideo: CONAPEES.

Congreso Mundial contra la Explotación Sexual Comercial de los Niños (1996). *Declaración Programa de Acción.* Estocolmo, 24 de agosto de 1996. Disponible en http://www.ecpat-spain.org/empresa.asp?sec=4&subs=15.

Cook, A.; Spinazzola, J.; Ford, J.; Lanktree, Ch.; Blaustein, M.; Cloitre, M.; … y Van der Kolk, B. (2005). «Complex trauma in children and adolescent. National Child traumatic Stress Network». *Psychiatric annals,* 35(5): 390-398.

Cornaglia, C., y Vignolo, M. (2005). *Crónicas médico-forenses. El abuso sexual de menores y la complicidad del silencio.* Buenos Aires: Dosyuna.

Criado, M., y Eleta, G. (2008). *Evaluación física médico-forense del abuso sexual infanto-juvenil.* Buenos Aires: Dosyuna.

Cuervo Martínez, A. (enero-junio 2010). «Pautas de crianza y desarrollo socioafectivo en la infancia». *Perspectivas en Psicología,* 6: 111-121.

Cybulska, B. (2013). «Immediate medical care after sexual assault». *Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 27(4): 141-149.

Cyrulnik, B. (2001). *Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida*. Barcelona: Gedisa.

De los Campos, H.; Solari, M., y González, M. (2008). *Prácticas de crianza y resolución de conflictos familiares. Prevalencia del maltrato intrafamiliar contra niñas, niños y adolescentes.* Montevideo: Infamilia.

De Paul, J., y Arruabarrena, M. (2001). *Manual de protección infantil.* Barcelona: Masson, 2.ª ed.

Echeburrúa, E., y Guerricaechevarría, C. (2005). «Abuso sexual. Concepto, factores de riesgo y efectos psicopatológicos». En J. Sanmartín (ed.), *Violencia contra niños*. Barcelona: Ariel, 3.ª ed.

Echeburrúa, E., y Guerricaechevarría, C. (2009). *Abuso sexual en la infancia; víctimas y agresores. Un enfoque clínico.* Barcelona: Ariel.

Falca S. (2012). *Guía: Los derechos de niños, niñas y adolescentes en el área de la salud. Iniciativa de Derechos de Infancia y Salud.* Montevideo: Ministerio de Salud Pública, Sociedad Uruguaya de Pediatría, Universidad de la República y UNICEF. Disponible en http://www.sup.org.uy/web2/wp-content/uploads/2016/07/Guia-de-Derechos-de-ninos.pdf.

Faller, K. (1993). *Child sexual abuse: intervention and treatment issues.* Washington D.C.: US Government Printing Office, US Department of Health and Human Services, National Center on Child Abuse and Neglect.

Faller, K. (2003). *Interviewing children about sexual abuse: controversies and best practice.* Oxford: Oxford University Press.

Fernández Dovat, E. (agosto de 2000). «Medios de prueba del abuso sexual del niño». *Coloquio sobre Abuso sexual del niño y la administración de justicia*, organizado por el Grupo de Victimología y Psicología Jurídica. Montevideo.

Finkelhor, D., y Brown, A. (1985). «The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization». *American Journal of Orthopsychiatry*, 55: 530-541.

Finkelhor, D. (2005a). «Victimología infantil. Efectos». En J. San Martín (ed.), *Violencia contra niños.* Barcelona: Ariel, 3.ª ed. actualizada.

Finkelhor, D. (2005b). «Victimología infantil. Factores de riesgo». En J. San Martín (ed.), *Violencia contra niños.* Barcelona: Ariel, 3.ª ed. actualizada.

Finkelhor, D. (2005c). «Victimología infantil. Prevención y tratamiento». En J. San Martín (ed.), *Violencia contra niños.* Barcelona: Ariel, 3.ª ed. actualizada.

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Convenio Secretaría Distrital de Salud (2008). *Protocolo para el abordaje integral de la violencia sexual desde el sector salud*. Bogotá: UNFPA.

Gancedo Baranda, A. (coord.) (2015). *Aproximación al manejo del maltrato infantil en la urgencia.* Madrid: Ergon y Grupo de Trabajo de Atención al Maltrato Infantil, Sociedad Española de Urgencia de Pediatría.

García Trovero, M. (2016). «Abuso sexual infantil. Las familias en situación de vulnerabilidad en los casos de violencia hacia niño/as y adolescentes» (conferencia). Montevideo: ASSE y SMU.

García Trovero, M. (2017). «Cuando los niños hablan... Cómo escuchar, registrar y validar el testimonio de los niños que han sufrido violencia». *Guía temática 4.* Material de Apoyo al Protocolo Institucional de Violencia Basada en Género y Generaciones de ASSE. Montevideo: MSP, ASSE.

Girardet, R.; Bolton, K.; Lahoti, D.; Mowbray, H.; Giardino, A.; Isaac, R., … y Paes, N. (2011). «Collection of forensic evidence from pediatric victims of sexual assault». *Pediatrics*, 128(2): 233-238.

González, D., y Tuana, A. (2006). *El género, la edad y los escenarios de la violencia sexual.* Montevideo: Avina.

González, D., y Tuana, A. (2012). *Diagnóstico regional. La trata de mujeres, niños, niñas y adolescentes con fines de explotación sexual en el Mercosur*. Montevideo: Reunión de Ministras y Altas Autoridades de la Mujer del Mercosur (RMAAM).

INAU, Conapees (2015). *II Plan Nacional para la Erradicación de la Explotación Sexual Comercial de nna,* 2016-2021. Montevideo: INAU.

Inmujeres (2010). *Protocolo de atención para los servicios especializados de atención a mujeres en situación de violencia doméstica del Instituto Nacional de las Mujeres.* Montevideo: MIDES, Inmujeres.

Inmujeres (2014). *Primera encuesta nacional de prevalencia sobre violencia basada en género y generaciones.* Montevideo: MIDES, Inmujeres.

Instituto Interamericano del Niño (2011). Material de Apoyo del Curso Explotación Sexual Comercial de Niño/as y Adolescentes. Disponible en http://iin.oea.org/.

Intebi, I. (2008). *Abuso sexual infantil. En las mejores familias.* Buenos Aires: Gránica.

Intebi, I. (2011). *Proteger, reparar, penalizar. Evaluación de sospechas del abuso sexual infantil.* Buenos Aires: Gránica.

Jänisch, S.; Meyer, H.; Germerott, T.; Albrecht, U.; Schulz, Y., y Solveig Debertin, A. (2010). «Analysis of clinical forensic examination reports on sexual assault». *International Journal of Legal Medicine*, 124(3): 227-235.

Jenny, C., y Crawford-Jakubiak, J. (2013). «Committee on Child Abuse and Neglect. The Evaluation of Children in the Primary Care Setting When Sexual Abuse Is Suspected». *Pediatrics*, 132(2), 558-567.

Lahoti, S.; Mc Clain, N.; Girardet, R., y McNeese Cheung, K. (2001). «Evaluating the Child for Sexual Abuse». *American Family Physician,* 63(5): 883-892.

Larrobla, C.; Canetti, A.; Reigía, M., y Brenes V. (2013). *Manual práctico en visita domiciliaria integral en salud*. Montevideo: Imprenta Rojo.

Levin, A., y Christina, C. (2010). «Committe on Child Abuse and Neglect. Clinical report. The eye examination in the evaluation of child abuse». *Pediatrics,* 126(2): 376-380.

Lim, L.; Radua, J., y Rubia, K. (2014). «Gray Matter Abnormalities in Childhood Maltreatment; a voxel-wise meta-analysis». *American Journal of Psychiatry,* 171(8): 854-863.

López-Soler, C. (2008). «Las reacciones postraumáticas en la infancia y adolescencia maltratada: el trauma complejo». *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica.* 13(3): 159-174.

Lozano, F. (2014). «Valoración médico-legal de situaciones de abuso sexual infantil». En A. Capano, *Poética discontinua,* Montevideo: SOMOS.

Lozano, F. (2017). «Violencia sexual. Recomendaciones para su abordaje desde los servicios de salud». *Guía temática 3.* Material de Apoyo al Protocolo Institucional de Violencia Basada en Género y Generaciones de ASSE. Montevideo: MSP, ASSE.

Lozano, F., y Oyola, W. (2017). «Contención emocional en el abuso sexual». *Guía temática 3.* Material de Apoyo al Protocolo Institucional de Violencia Basada en Género y Generaciones de ASSE. Montevideo: MSP, ASSE.

Lozano, F.; Bazán, N., y Antúnez, D. (2017). «Derechos de niños, niñas y adolescentes en servicios de salud». En H. Rodríguez Almada (coord.), *Medicina legal. Derecho médico*. Montevideo: Oficina del Libro FEFMUR.

Lozano, F.; Sande, S., y Oyola, W. (2017). *Protocolo institucional de atención a personas en situación de violencia basada en género y generaciones de ASSE.* Montevideo: MSP, ASSE.

Malacrea, M. (2000). *Trauma y reparación*. Barcelona: Paidós

Martín Zurro, A.; Gene Badia, J., y Subias Loren, P. (2008). «Actividades preventivas y de promoción de salud». Martín Zurro, A., y Cano, J. F. (eds.), *Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica*, vol. 1. Barcelona: Elsevier, 6.ª ed.

McCann, J.; Miyamoto, S.; Boyle, C., y Roger, K. (2007). «Healing of hymenal injuries in prepubertal and adolescent girls: A descriptive study». *Pediatrics*, 119: e1094-e1106.

McGowan, P. O.; Sasaki, A.; D'Alessio, A. C.; Dymov, S.; Labonte, B.; Szyf, M.; … y Meaney, M. J. (2009). «Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse». *Nature Neuroscience* 12: 342-348.

MSP (2011). *Plan de Implementación de Prestaciones de Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud.* Disponible en http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/Plan%20de%20Prestaciones%20en%20Salud%20Mental.pdf.

MSP (2016). *Recomendaciones de diagnóstico, tratamiento y vigilancia de las infecciones de transmisión sexual.* Montevideo: MSP.

MSP (2017). «Tendencias recientes de la fecundidad, natalidad, mortalidad infantil y mortalidad materna en Uruguay» (presentación). Disponible en http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Presentaci%C3%B3n_0.pdf.

MSP (2017). *Guía para la atención integral de la salud de adolescentes.* Montevideo: MSP, DIGESA, OPS y OMS. Disponible en http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/GuiaSalusAd_web%20%284%29.pdf.

MSP (2017a). *Guía para la atención integral de la salud de adolescentes*. Montevideo: MSP, OPS, OMS y UNFPA.

MSP (2017b). *Tendencias recientes de la fecundidad, natalidad, mortalidad infantil y mortalidad materna en Uruguay.* Montevideo: MSP.

MSP et al. (2012). *Encuesta de prevalencia de violencia doméstica entre las mujeres mayores de 15 años que consultan en los servicios de salud públicos y privados.* Montevideo: Ministerio de Salud Pública, Inmujeres, MIDES, Ministerio del Interior, Poder Judicial, AUCI y AECID. Disponible en http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Binder1.pdf.

MSP, DIGESA, Departamento de Programación Estratégica en Salud, Área Salud Sexual y Reproductiva (2012). *Guía clínica de diagnóstico, monitorización y tratamiento de sífilis en la mujer embarazada y sífilis congénita*. Montevideo: MSP.

MSP, DIGESA, Programa Prioritario ITS-SIDA (2005). *Infecciones de transmisión sexual. Pautas para el diagnóstico, tratamiento y control epidemiológico.* Montevideo: MSP.

MSP, INAU, SUP, UDELAR y UNICEF (2012). *Iniciativa de Derechos de Infancia Adolescencia y Salud en Uruguay. Guía: los derechos de los niños, niñas y adolescentes en el área de la salud.* Montevideo: MSP.

OIM (2014). *Modelo de atención de INAU para situaciones de explotación sexual comercial infantil y trata de niñas, niños y adolescentes con fines de explotación sexual comercial.* Montevideo: OIM.

Olivares, E., e Inchaustegui, T. (2011). *Modelo ecológico para una vida libre de violencia de género.* México, D.F.: Comisión Nacional Prevenir y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres. Disponible en www.cedoc.inmujeres.gob.mx/lgamvlv/MoDecoFinalPDF.pdf.

OMS (2009). *Prevención del maltrato infantil: qué hacer y cómo obtener evidencias.* Ginebra: OMS, ISPCAN. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44228/9789243594361_spa.pdf;jsessionid=B70F2C082A9CA4FAF99470449781AB16?sequence=1.

OMS (2016). *Inspire. Siete estrategias para poner fin a la violencia contra los niños.* Disponible en http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/inspire/INSPIRE_ExecutiveSummary_ES.pdf.

OMS (2016). *Maltrato infantil.* Disponible en ww.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/.

OMS (2017). *Cómo responder a niños, niñas y adolescentes que han sufrido abusos sexuales. Directrices clínicas de la OMS* (documento borrador).

OPS (1999). *Redes o coaliciones de acción en violencia intrafamiliar*. Washington D.C.: OPS, Serie Género y Salud Pública, Programa Mujer, Salud y Desarrollo.

OPS (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud.* Washington, D.C.: OPS.

OPS, OMS y UNICEF (2017). *Revisión sistemática de protocolos nacionales para la atención a sobrevivientes de violencia en la niñez en los países de América Latina y el Caribe: Sumario de políticas de OPS/UNICEF. 2017.* Disponible en https://www.unicef.org/lac/sites/unicef.org.lac/files/2018-05/20180507_UNICEF_Review_of_protocols_care_%20for_survivors_of_VAC_in_LAC_ESP.pdf.

Palomino, G.; Rama, M.; Lozano, F.; Radío, D.; Siscar, E., y Viera, E. (2009). *Mapa de ruta para la prevención y la atención de situaciones de maltrato y abuso sexual infantil en el sector salud*. Montevideo: UNDP, SIPIAV, UNICEF y ASSE, MSP.

Pedrosa (2008). *Diagnóstico por imagen.* Vol. 4: *Musculoesquelético.* Madrid: Marban.

Peroni, G., y Prato, J. (2012). *Aportes para la intervención en maltrato y abuso sexual infantil y adolescente*. Montevideo: SIPIAV, Andenes y UNICEF.

Perrone, R., y Nannini, M. (1998). *Violencia y abusos sexuales en la familia*. México, D.F.: Paidós.

Piteau, S.; Ward, M.; Barrowman, N., y Plint A. (2012). «Clinical and radiographic characteristics associated with abusive and nonabusive head trauma: A systematic review». *Pediatrics,* 130(2).

Posadas, G. (2013) «Traumatismo vertebromedular en niños». *Neurocirugía,* 22(1).

Prato, J., y Palummo, J. (2014). Violencia basada en género y generaciones. Proyecto Uruguay Unido para poner Fin a la Violencia contra Mujeres, Niñas y Adolescentes. Montevideo: SIPIAV, CNCLCVD y ONU.

Prego, C., y Tuana, A. (2011). *Trata de mujeres, niños, niñas y adolescentes con fines de explotación sexual comercial*. Montevideo: Red Uruguaya contra la Violencia Doméstica y Sexual (RUCVDS).

Retamoso, A., y Vernazza, L. (2017). *Panorama de la violencia hacia la infancia en Uruguay.* Montevideo: UNICEF.

Rodrigo López, M.; Márquez Chávez, M., y Martín Quintana, J. (2010). *Parentalidad positiva y políticas locales de apoyo a las familias. Orientaciones para favorecer el ejercicio de las responsabilidades parentales desde las corporaciones locales.* Madrid: Gobierno de España, Ministerio de Sanidad y Política Social, FEMP.

Rodríguez Almada, H. (2010a). «Evaluación médico-legal del abuso sexual infantil. Revisión y actualización». *Cuadernos de Medicina Forense,* 16(1-2): 99-108.

Rodríguez Almada, H. (2010b). «Maltrato infantil». En H. Rodríguez Almada. *Medicina legal de la mujer y del niño.* Montevideo: Bibliomédica.

Romano, S. (2010). «Violencia de género en la pareja. Aportes para su evaluación en la consulta psiquiátrica de mujeres». *Revista de Psiquiatría,* 74(1): 45-66.

Romano, S.; Garrido, G., y Mizrahi, M. (2012). *Modelo de atención integral. Violencia hacia niños, niñas y adolescentes.* Montevideo: SIPIAV, UNICEF, ASSE, MI, ANEP, MIDES, MSP e INAU.

Romano, S.; Samuniski, F.; Linder, M., y Grela, C. (2009). *Abordaje de situaciones de violencia doméstica hacia la mujer. Guía de procedimientos en el primer nivel de atención*. Montevideo: Ministerio de Salud Pública, Dirección General de la Salud, Programa Mujer y Género.

Rosanszki, C. (2003). *Abuso sexual infantil. ¿Denunciar o silenciar?* Buenos Aires: Ediciones B.

Sabucedo, J., y Sanmartín, J. (2007). *Los escenarios de la violencia*. Barcelona: Ariel.

Sande, S. (2017). «Violencia basada en género y generaciones». *Guía temática 1.* Material de Apoyo al Protocolo Institucional de Violencia Basada en Género y Generaciones de ASSE. Montevideo: MSP, ASSE.

Sanmartín, J. (2006). *La violencia y sus claves.* Barcelona: Ariel, 5.ª ed.

Sanmartín, J.; Gutiérrez, R., y Viera, J. (coords.) (2010). *Reflexiones sobre la violencia*. México, D. F.: Siglo XXI.

Shonkoff, J. (2012). «The lifelong efects of early childhood Adversity and Toxic Stress». *Pediatrics,* 129(1): e232-e246.

Shonkoff, J.; Garner, A., y The Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care, and Section on Developmental and Behavioral Pediatrics (2012). «The Lifelong Effects of Early Childhood Adversity and Toxic Stress», *Pediatrics,* 129(1): e232-e246.

Simón-Lorda, P. (2008). «La capacidad de los pacientes para tomar decisiones: una tarea todavía pendiente». *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría,* XXVIII(102): 325-348.

SIPIAV. (2017). *Informe de gestión 2017*. Montevideo: SIPIAV

Soto, I. (2012). «Hacia una estrategia nacional para la erradicación de la violencia basada en género». Informe de Consultoría. Montevideo: Sipiav

Spataro, J.; Muller, P.; Burgess, P.; Wells, D., y Moss, S. (2004). «Impact of child sexual abuse on mental health: Prospective study in males and females». *British Journal of Psychiatry,* 184: 416-421.

Summit, R. (1983). «The Child Sexual Abuse Accommodation Syndrome», *Child Abuse & Neglect,* vol. 7, pp. 177-193.

Szwedowski, D., y Walecki, J. (2014). «Spinal Cord Injury without Radiographic Abnormality (SCIWORA). Clinical and Radiological Aspects». *Polish Journal of Radiology,* 79: 461-464.

Thomas, A.; Forster, G.; Robinson, A., y Rogstad, K. (2003). «National guideline for the management of suspected sexually transmitted infections in children and young people». *Archives of Disease in Childhood,* 88: 303-311.

Tiyyagura, G.; Beucher, M., y Bechtel, K. (2017). «Nonaccidental injury in pediatric patients: Detection, evaluation, and treatment». *Pediatric Emergency Medicine Practice,* 14(7): 1-29.

U.S. Department of Justice. Office on Violence against Women (2013). *A National Protocol for Sexual Assault Medical Forensic Examinations Adults/Adolescents.* Washington D.C.: U.S. Department of Justice.

UNFPA (2018). *Hoja de ruta para la atención de situaciones de embarazo en niñas y adolescentes menores de 15 años.* (En proceso de elaboración.)

UNICEF (2017). *Revisión sistemática de protocolos nacionales para la atención a sobrevivientes de violencia en la niñez en los países de América Latina y el Caribe: Sumario de políticas de OPS/UNICEF.* Disponible en http://www.refworld.org.es/docid/5b75be0e4.html.

Van der Kolk, B. (2005). «Developmental trauma disorder: Towards a rational diagnosis for children with complex trauma histories». *Psychiatric Annals,* 35(5): 401-408.

Van der Kolk, B.; Pynoos, R. S.; Cicchetti, D.; Cloitre, M.; D'Andrea, W.; Ford, J.D., … y Teicher, M. (2009). *Proposal to include Developmental Trauma Disorder Diagnosis for children and adolescent in DSM 5.* Disponible en http://www.traumacenter.org/announcements/DTD_NCTSN_official_submission_to_DSM_V_Final_Version.pdf.

Vidal, S. (1999). «Competencia para la toma de decisiones en la práctica clínica. Jurisprudencia». *Jurisprudencia Argentina,* 6166: 58-68.

WHO (2003). *Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence.* Ginebra: OMS.

WHO (2009). *Prevención del maltrato infantil: qué hacer, y cómo obtener evidencias* (autores: A. Butchart y A. Phinney Harvey). Ginebra: OMS.

WHO (2017). *Responding to children and adolescents who have been sexually abused. WHO clinical guidelines.* Ginebra: OMS.

Álvarez, C.; Guedes, A. C.; Brumana, L; Modvar, C., y Glass, N. (2016). «Violence against children in Latin America and Caribbean countries: a comprehensive review of national health sector efforts in prevention and response». *BMC Public Health,* 16: 1006. Disponible en https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27659869.

Anexos

ANEXO I
Recomendaciones y enunciados de prácticas adecuadas para el abordaje de la violencia sexual hacia niños, niñas y adolescentes desde el sector salud (OMS, 2017)

RECOMENDACIONES Y ENUNCIADOS DE PRÁCTICAS ADECUADAS	
A. Atención de salud y apoyo de primera línea centrados en el niño o el adolescente	
PA1	En respuesta a una revelación de abuso sexual, los proveedores de atención de salud deben prestar apoyo de primera línea sensible a las cuestiones de género y centrado en el niño o el adolescente. Esto comprende: • escuchar con respeto y empatía la información que suministra el niño o el adolescente; • indagar acerca de las preocupaciones o inquietudes y las necesidades del niño o el adolescente, además de responder a todas sus preguntas; • dar una respuesta que no emita juicios y que muestre aceptación; • adoptar medidas para mejorar su seguridad y reducir al mínimo los daños, en especial los resultantes de la revelación; si existe la probabilidad de que el abuso continúe, esto incluirá, cuando sea posible, asegurar la privacidad visual y auditiva; • dar apoyo emocional y práctico al facilitar el acceso a los servicios psicosociales; • suministrar información adecuada para la edad acerca de lo que se hará, para darle la atención que necesita, incluso si su revelación del abuso deberá comunicarse a las autoridades pertinentes; • asistirlo de manera oportuna y de conformidad con sus necesidades y deseos; • asignar prioridad a las necesidades médicas y al apoyo de primera línea inmediatos; • hacer que el ambiente y la manera en que se prestan los servicios sean apropiados para la edad, así como sensibles a las necesidades de quienes afrontan discriminación resultante, por ejemplo, de la discapacidad o la orientación sexual; • reducir al mínimo la necesidad de que el niño o el adolescente tenga que acudir a varios lugares distintos para recibir atención dentro del mismo establecimiento de salud; • facultar a los cuidadores no abusivos con información que les permita entender posibles síntomas y comportamientos que el niño o el adolescente pudiera mostrar en los días o meses siguientes y saber cuándo deben buscar ayuda adicional.

RECOMENDACIONES Y ENUNCIADOS DE PRÁCTICAS ADECUADAS	
B. Anamnesis, exploración física y documentación de los resultados	
PA2	De acuerdo con el principio de ***no hacer daño,*** cuando se está estableciendo la anamnesis y, si es necesario, se está haciendo una entrevista forense, los proveedores de atención de salud deben buscar reducir al mínimo el trauma y toda dificultad adicional para el niño o adolescente que revela el abuso sexual. Esto incluye: • reducir al mínimo la necesidad de repetir varias veces su relato; • entrevistarlo solo (es decir, separado de sus cuidadores), mientras se le ofrece que esté presente otra persona adulta como apoyo; • establecer la confianza y la buena comunicación al preguntar primero acerca de temas neutrales; • efectuar una evaluación integral de su salud física y emocional, a fin de facilitar las decisiones apropiadas para llevar a cabo exámenes e investigaciones, evaluar las lesiones y dar tratamiento o reenviar a otros profesionales; • hacer preguntas claras, de respuesta abierta, sin repeticiones; • usar lenguaje y terminología apropiados para la edad y no estigmatizantes; • permitirle que responda de la manera que prefiera; por ejemplo, escribiendo, dibujando o ilustrando con ejemplos.
PA3	Al hacer exploraciones físicas y cuando sean necesarias las investigaciones forenses, los proveedores de atención de salud deben procurar reducir al mínimo otros daños, el trauma, el temor y el malestar, además de respetar la autonomía y los deseos del niño o el adolescente. Esto incluye: • aumentar al máximo los esfuerzos para que se le haga una sola exploración física; • suministrar información acerca de las consecuencias de un resultado positivo o negativo; • reducir al mínimo los retrasos mientras se hace la exploración física, de conformidad con los deseos del niño o el adolescente; • antes de cada paso, explicar lo que se hará; • cuando sea posible, ofrecerle al niño o al adolescente la posibilidad de elegir el sexo de la persona que va a examinarlo; • asegurarse de que haya otra persona adulta presente durante la exploración física; • utilizar apoyos visuales y términos adecuados para la edad cuando se explican los procedimientos de la exploración física; • utilizar instrumentos de examen y posiciones que reduzcan al mínimo el malestar físico y la angustia psicológica; • asegurarse de que la recolección de evidencia forense esté basada en la narración del abuso y en el tipo de evidencia que puede recogerse, almacenarse y analizarse; • no efectuar pruebas para determinar la virginidad (prueba de dos dedos o examen vaginal), ya que esto aumenta la angustia y no muestra si el abuso tuvo lugar o no; • no usar sistemáticamente los espéculos, los anoscopios ni los exámenes digitales o bimanuales de la vagina o el recto de niños prepuberales, a menos que esté indicado médicamente; si se usan, deberá considerarse la sedación o la anestesia general.

RECOMENDACIONES Y ENUNCIADOS DE PRÁCTICAS ADECUADAS			
B. Anamnesis, exploración física y documentación de los resultados			
PA4	Los proveedores de atención de salud deben documentar completamente y con exactitud los resultados de la anamnesis, la exploración física y las pruebas forenses, así como otra información pertinente para el seguimiento apropiado y el apoyo a los sobrevivientes cuando buscan acceso a los servicios legales y de policía, al tiempo que se protege la confidencialidad y se reducen al mínimo las dificultades para los niños o los adolescentes y sus cuidadores. Esto incluye: • utilizar un formato estructurado para registrar los resultados; • registrar declaraciones literales para que la documentación sea exacta y completa; • anotar las discrepancias entre el relato del niño o el adolescente y el de los cuidadores, si las hubiera, sin interpretarlas; • registrar una descripción detallada y exacta de los síntomas y las lesiones; • en los casos en que no se encuentre evidencia física, señalar que la ausencia de evidencia física no significa que el abuso no haya ocurrido; • documentar el estado emocional del niño o el adolescente, al tiempo que se anota que ningún estado particular es indicativo del abuso sexual; • buscar el consentimiento fundamentado, según corresponda, para hacer cualquier fotografía o video, después de explicar cómo se usarán; • manejar confidencialmente toda la información recopilada.		
C. Tratamiento profiláctico posexposición al VIH. Adhesión			
		Calidad de la evidencia	**Rigor de la recomendación**
R1	La profilaxis posexposición al VIH (PPE) debe ofrecerse, según corresponda, a los niños y adolescentes que hayan sido objeto de violación que incluya penetración oral, vaginal o anal con un pene y que acudan a los servicios dentro de las 72 horas que siguen al incidente.	Evidencia indirecta	Categórica
R2	Deberá entregarse una receta que cubra 28 días de los medicamentos antirretrovíricos (ARV) para la profilaxis posexposición al VIH, después de la evaluación inicial del riesgo.	Baja	Categórica
R3	Se prefiere un régimen de terapia triple (es decir, con tres medicamentos) con antirretrovíricos, pero un régimen de dos medicamentos también es eficaz.	Muy baja	Condicional
R4	Los consejos acerca de la adhesión al tratamiento deben ser un elemento importante del tratamiento profiláctico luego de la exposición al VIH para los sobrevivientes de agresión o violación sexual.	Muy baja	Categórica

RECOMENDACIONES Y ENUNCIADOS DE PRÁCTICAS ADECUADAS			
D. Prevención y manejo del embarazo en niñas que han sufrido abuso sexual			
		Calidad de la evidencia	**Rigor de la recomendación**
R5	Ofrecer anticoncepción de emergencia a las niñas que han sido objeto de violación que incluya la penetración del pene en la vagina y que se presenten dentro de las 120 horas (5 días) que siguen al incidente.	Moderada	Categórica
PA5	Si una niña está embarazada como consecuencia de la violación, deberá ofrecérsele el aborto en condiciones seguras en la medida en que la ley lo permita.		
E. Tratamiento profiláctico posexposición para infecciones de transmisión sexual curables y prevenibles mediante la vacunación			
		Calidad de la evidencia	**Rigor de la recomendación**
R6	Se sugiere el tratamiento de sospecha (o profiláctico) para gonorrea, clamidia y sífilis de los niños y adolescentes que hayan sido objeto de abuso sexual, lo que comprende contacto oral, genital o anal con un pene, o el sexo oral, en particular en entornos donde las pruebas de laboratorio no son factibles.	Muy baja, evidencia indirecta	Condicional
R7	En el caso de los niños y adolescentes que hayan sido objeto de abuso sexual y que presenten síntomas clínicos, se sugiere el manejo de casos sindrómico para el exudado vaginal/uretral (gonorrea, clamidia, tricomoniasis) y para las úlceras genitales (virus del herpes simple, sífilis y chancro blando), en particular en los entornos donde las pruebas de laboratorio no son factibles.	Muy baja, evidencia indirecta	Condicional
R8	Debe ofrecerse la vacunación contra la hepatitis B sin inmunoglobulina de hepatitis B, de acuerdo con la directriz nacional.	Muy baja, evidencia indirecta	Categórica
R9	La vacunación contra el virus del papiloma humano debe ofrecérseles a las niñas en el grupo de edad de 9 a 14 años, de acuerdo con la directriz nacional.	Moderada	Categórica

RECOMENDACIONES Y ENUNCIADOS DE PRÁCTICAS ADECUADAS			
F. Intervenciones de salud psicológica y mental a corto y a largo plazo			
PA6	Para niños y adolescentes que han sufrido abuso sexual recientemente y que presentan síntomas de estrés traumático agudo (dentro del primer mes), los proveedores de atención de salud deben ofrecer o seguir ofreciendo apoyo de primera línea que sea sensible a las cuestiones de género y esté centrado en el niño o el adolescente, según se describe en el ***enunciado 1*** de prácticas adecuadas.		
		Calidad de la evidencia	**Rigor de la recomendación**
R10	La intervención psicológica breve (***debriefing***) no debe usarse con la finalidad de reducir el riesgo de estrés postraumático, la ansiedad o los síntomas depresivos.	Muy baja	Categórica
R11	Debe considerarse la terapia cognitivo-conductual (TCC) centrada en el trauma para los niños y los adolescentes que han sufrido abuso sexual y están presentando síntomas del trastorno de estrés postraumático (TEPT).	Muy baja	Condicional
R12	Cuando sea seguro y apropiado incluir al menos a un cuidador no abusivo, debe considerarse la TCC centrada en el trauma tanto para: a) niños y adolescentes que han sufrido abusos sexuales y están presentando síntomas de TEPT, como para b) su cuidador (o cuidadores) no abusivo(s).	Baja	Condicional
R13	Las intervenciones psicológicas, como la TCC, podrían ofrecerse a los niños y adolescentes con trastornos de conducta, además de impartir capacitación para mejorar las destrezas de los cuidadores no abusivos.	Baja	Condicional
R14	Las intervenciones psicológicas como la TCC y la psicoterapia interpersonal (PITP) podrían ser adecuadas para los niños y adolescentes con trastornos emocionales, además de impartir capacitación para mejorar las destrezas de los cuidadores no abusivos.	Baja	Condicional

RECOMENDACIONES Y ENUNCIADOS DE PRÁCTICAS ADECUADAS	
G. Principios éticos y normas de derechos humanos para notificar el abuso sexual de niños o adolescentes	
PA7	Si los proveedores de atención de salud tienen que cumplir con un requisito legal o de política, o se guían por una responsabilidad ética de notificar los casos conocidos o presuntos de abuso sexual de niños o adolescentes, deben equilibrar la necesidad de tener en cuenta los mejores intereses de ese niño o adolescente con la evolución de sus capacidades para tomar decisiones autónomas. Esto incluye: • evaluación de las consecuencias que acarrea la notificación del abuso para la salud y la seguridad del niño o adolescente y la adopción de medidas para promover su seguridad; • protección de la privacidad (por ejemplo, al tratar con los medios de comunicación); • promoción de la salud, al ofrecer atención médica y apoyo de primera línea inmediatos; • suministro de información acerca de la obligación de notificar el abuso y los límites de la confidencialidad; • documentación del proceso de notificación y mantenimiento de la confidencialidad de la información documentada. Los gerentes de los servicios de salud y las instancias normativas deben: • conocer bien todo requisito legal para la notificación de casos conocidos o presuntos de abuso; • facilitar las oportunidades de que los proveedores de atención de salud reciban capacitación acerca de cómo y cuándo notificar el abuso; • atender las creencias y los valores de los proveedores de atención de salud que podrían influir de manera desfavorable en los métodos que utilizan para notificar el abuso; • establecer sistemas y normas para el registro y el intercambio de información que protejan la confidencialidad; • trabajar con otros organismos o instituciones, entre ellos los servicios de protección de los niños y la policía, a fin de coordinar una respuesta apropiada. Entre las acciones que no concuerdan con el principio de la evolución de las capacidades se encuentran: • notificar la actividad sexual consensual entre adolescentes, a menos que esté en riesgo la seguridad de ese adolescente; • informar a los padres o cuidadores en los casos en que los adolescentes, según su edad y madurez, expresen su preferencia de que sus padres o cuidadores no participen, a menos que esté en riesgo la seguridad del adolescente.

CONSIDERACIONES ACERCA DE LA APLICACIÓN	
Consideraciones acerca de la aplicación	
A. Facilitar la aceptación oportuna de los servicios	
PA8	Los proveedores de atención de salud, en especial los que trabajan en las comunidades, deben facilitar la aceptación oportuna de los servicios por los niños y los adolescentes que han sufrido abusos sexuales. Esto comprende: • aumentar la conciencia del público acerca de los signos, los síntomas y las consecuencias del abuso sexual para la salud y de la necesidad de solicitar atención oportuna; • asegurar la disponibilidad de atención integral e integrada que reduzca la necesidad de acudir a varios lugares diferentes para recibir la atención; • divulgar la disponibilidad de los servicios, en especial entre las personas que están marginadas y tienen menos acceso; • reducir el estigma relacionado con el abuso sexual y mejorar la aceptabilidad de los servicios; • abogar ante las instancias normativas y los gerentes a fin de reducir las barreras relacionadas con las políticas y las prácticas para tener acceso a la atención; • fortalecer los reenvíos entre y dentro de los servicios de salud y otros servicios sectoriales (por ejemplo, policía, protección de los niños y servicios legales).
B. Crear un entorno de prestación de servicios propicio y favorable para los proveedores de atención de salud	
PA9	Los gerentes de los servicios de salud y las instancias normativas deben crear un ambiente propicio y favorable para que los proveedores de atención de salud desempeñen sus tareas y cumplan sus responsabilidades atinentes al cuidado de los niños y los adolescentes que han sufrido abusos sexuales. Esto incluye: • poner a disposición la prestación de atención de alta calidad y asignarle prioridad en entornos de atención de salud para niños y adolescentes que han sufrido abusos sexuales; • facilitar la capacitación, la supervisión y la tutoría constantes; • atender las necesidades para que la dotación de personal, la infraestructura, los suministros y los recursos financieros sean suficientes; • apoyar a los proveedores de atención de salud cuando tienen que comparecer ante los tribunales en nombre de los sobrevivientes; • apoyar a los proveedores de atención de salud para prevenir y hacer frente al desgaste y al trauma indirecto; • fortalecer los reenvíos y los vínculos con otros servicios de apoyo y afines para facilitar un enfoque multidisciplinario y multisectorial a la atención; • poner a disposición las herramientas o las guías de uso (por ejemplo, protocolos o vías de atención clínica) a fin de orientar la prestación sistemática de la atención; • efectuar el seguimiento y la evaluación de la prestación de la atención.

ANEXO II

Política pública en violencia basada en género y generaciones. Avances normativos, reglamentarios y jurídicos

Estas formas de violencia en los últimos años han logrado verse como un problema de orden público, de salud y seguridad (CNCLVD, 2015; MSP, 2006).

Los avances están formalizados en instrumentos normativos y acuerdos, convenios, estrategias y en la elaboración de documentos, entre otros.

Uruguay ha ratificado diversas convenciones internacionales que ha incorporado al marco normativo nacional. Estos avances legislativos se han dado en un contexto favorable, iniciado por los movimientos de la sociedad civil en la década del ochenta, en que se comenzó a reclamar por los derechos de las mujeres.

Concomitantemente, en el contexto internacional se logró considerar a la violencia basada en género como una violación de derechos humanos y una cuestión de orden público, con lo que fue dejando de ser considerada un problema social o que ocurre en el interior de las familias. En este sentido se destaca la Convención para la Eliminación de la Discriminación hacia la Mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés), que en 1979 definió qué se entiende por discriminación hacia la mujer.

Posteriormente, en 1989, las Naciones Unidas aprobaron la Convención sobre los Derechos del Niño, tratado internacional ratificado por Uruguay que explicita para la infancia y la adolescencia los mismos derechos que poseen los adultos y añade derechos específicos, vinculados a su condición de sujetos en desarrollo. Introduce cambios conceptuales y de paradigma en cuanto a la visión de la infancia, considerando a NNA como sujetos de derechos, e introduciendo como ejes el interés superior del niño, el principio de autonomía progresiva, la doctrina de la protección integral y la corresponsabilidad.

En 1994 se aprobó la Convención de Belém do Pará, que fue ratificada en Uruguay por la ley 16.735. Define la violencia contra las mujeres (sin importar la edad) y compromete a los Estados a tomar medidas para su erradicación.

En 1995 se sancionó la Ley de Seguridad Ciudadana, 16.707, que incorporó al Código Penal uruguayo el delito de violencia doméstica y el aumento de la pena para la tentativa de violación.

El Código Penal uruguayo contiene delitos contra la integridad física y contra la libertad sexual que pueden tipificarse en algunas situaciones de maltrato y abuso sexual.

En 1998 el Estatuto de Roma reconoció la violencia sexual y de género como crímenes y estableció un conjunto de normas de procedimiento y prueba en relación con víctimas y testigos, su protección y participación, la incorporación de una definición de *género* y el principio de la no discriminación por cuestiones de género, entre otras (Fries, 2003).

Las Naciones Unidas, en 2000, promulgaron el Protocolo para Prevenir, Reprimir y Sancionar la Trata de Personas, especialmente Mujeres y Niños, complementario de la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Trasnacional, conocido como Protocolo de Palermo.

En Uruguay se promulgó en 2002 la Ley de Violencia Doméstica, 17.514, que incluye su definición, sus formas, el proceso judicial y las medidas de protección que se deben tomar. A partir de esta ley se creó el Consejo Nacional Consultivo de Lucha contra la Violencia Doméstica (CNCLVD), encargado de elaborar el primer Plan de Lucha contra la Violencia Doméstica, que en ese momento carecía de mirada generacional.

Ese año también se promulgó la Ley de Trabajo Sexual, 17.515, que establece que la prostitución en menores de 18 años es explotación sexual comercial. Dos años después se sancionó la Ley de Violencia Sexual contra Niños, Adolescentes o Incapaces, 17.815, que establece las distintas formas de explotación sexual comercial.

Posteriormente, con la ley 17.861 se aprobó la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Trasnacional y sus Protocolos Complementarios para Prevenir, Reprimir y Sancionar la Trata de Personas, especialmente Mujeres, Niños y Tráfico Ilícito de Migrantes por Tierra, Mar y Aire.

En 2004 se sancionó la ley 17.823, Código de la Niñez y la Adolescencia, que incorporó al marco normativo nacional los lineamientos generales de la Convención sobre los Derechos del Niño.

En 2006 se sancionó la ley 18.039, Código del Proceso Penal, que estableció el procedimiento de oficio para determinados delitos, como rapto, violación, atentado violento al pudor, corrupción y estupro, cuando la persona agraviada carezca de capacidad para actuar por sí en juicio o no tenga representante legal o judicial, así como cuando el delito sea cometido por los padres, tutores, curadores o guardadores o con el abuso de las relaciones domésticas de tutela, guarda o curatela; cuando la persona agraviada sea menor de 18 años o esté internada en un establecimiento público, entre otras.

Ese mismo año, el Ministerio de Salud Pública sancionó el decreto 494/006 (actualizado por el decreto 299/009), que dispuso la creación de equipos de referentes de violencia doméstica (ERVD), inicialmente enfocados en el abordaje de situaciones de mujeres mayores de 15 años. Posteriormente se incorporó una mirada generacional, que los convirtió en referentes de violencia basada en género y generaciones (ERVBGG). Entre sus cometidos se incluyeron la atención de las situaciones de alto riesgo y de violencia sexual en conjunto con el equipo de salud tratante, evitar la derivación rutinaria, asesoramiento al personal en la evaluación de las situaciones, diagnóstico, escenario de protección y participación en el trabajo en red con otras instituciones.

En 2007 se creó el Sistema Integral de Protección a la Infancia y Adolescencia contra la Violencia (SIPIAV), un sistema nacional de atención, mediante un abordaje interinstitucional, que pretende unificar esfuerzos y crear espacios de atención a escala local denominados Comités de Recepción Local (CRL). Dicho sistema procura fortalecer la atención integral (promoción, prevención, atención, garantía de derechos) mediante acuerdos que involucren a organismos del Estado y de la sociedad civil, así como articular servicios dentro de cada sector e intersectorialmente, a fin de generar un circuito de atención.

Ese mismo año se modificó el Código de la Niñez y la Adolescencia, tras la promulgación de la Ley sobre Integridad Personal de NNA, 18.214, que prohíbe el castigo físico y cualquier tipo de trato humillante.

En 2008 se sancionó la ley 18.270, que ratifica la Convención Iberoamericana de los Derechos de los Jóvenes.

En 2011 se sancionó la ley 18.850, que establece una pensión mensual y asignación especial para hijos de víctimas fallecidas por violencia doméstica.

Ese mismo año se creó el Consejo Nacional de Género —otro espacio interinstitucional que da seguimiento a políticas sectoriales referentes

al tema—, incorporando una mirada generacional, que entre sus ejes de trabajo incluye el derecho a una vida libre de violencia de género. En el 2013 SIPIAV, en conjunto con el CNCLVD, llevaron a cabo un programa de lucha integral contra la violencia de género y el proyecto *Uruguay unido para poner fin a la violencia contra mujeres, niños y niñas*, con apoyo internacional de Naciones Unidas y AUCI. Esto permitió fortalecer el análisis, el debate y el abordaje en la temática. Asimismo, desde el CNCLVD se viene llevando a cabo el Plan de Acción 2016-2019: *Por una vida libre de violencia de género con una mirada generacional,* que pretende consolidar una política pública nacional que incluya desde la prevención hasta la reparación en este tipo de situaciones.

Desde SIPIAV, el CNCLVD y el Consejo Nacional de Género se avanzó en la definición del sistema de respuesta y las competencias de cada sector, con etapas que comprenden la prevención y promoción de derechos, servicios de asistencia, acceso a la justicia, seguimiento y reparación del daño, así como el trabajo con agresores.

En 2017 se aprobó la Ley de Violencia hacia las Mujeres basada en Género, 19.580, que incluye aspectos integrales para el abordaje —prevención, atención, investigación y reparación del daño— e incorpora nuevos delitos, como el de abuso sexual, abuso sexual agravado y abuso sexual sin contacto, entre otros.

Dicha ley establece nuevas situaciones de violencia como causal de pérdida de la patria potestad y explicita medidas de protección especiales y las competencias de los nuevos juzgados letrados especializados en violencia basada en género, doméstica y sexual.

Existen proyectos de reforma del Código de la Niñez y la Adolescencia y del Código Penal uruguayo que intentan modificar delitos en esta materia.

Recientemente se incorporó al Código Penal el agravante del femicidio.[20]

Las leyes 19.293 y 19.334, Código del Proceso Penal, consagran un sistema penal acusatorio, adversarial, oral y público. Establecen cambios en el tipo de justicia, que pasa de un modelo retributivo a uno restaurativo. Se destacan la protección y las garantías a las víctimas, así como su papel, que pasa de objeto de prueba a participante del proceso.

A esto deben sumarse las normas generales sobre los derechos de los NNA como usuarios de servicios de salud, entre las que se destacan:

- Ley 18.331 y decreto reglamentario 414/009, Protección de Datos Personales. Considera que los vinculados a la salud son datos sensibles que requieren un plus de protección en cuanto al deber de confidencialidad.
- Ley 18.335 y decreto reglamentario 274/010, Derechos y Deberes de Usuarios de los Servicios de Salud. Enumeran una serie de derechos de los usuarios en lo referente a su atención y acceso a la salud. Específicamente con relación a infancia y adolescencia, recogen los principios rectores de la Convención sobre los Derechos del Niño y se aplican a los derechos vinculados a la salud, como el derecho a que se lleve registro en la historia clínica, a la confidencialidad y a brindar su consentimiento conforme a su grado de madurez y autonomía progresiva, entre otros.

20 El femicidio es el homicidio de la mujer por su condición de tal. Se incorporó en el Código Penal uruguayo dentro de los agravantes muy especiales de los delitos contra la personalidad física y moral (artículo 312, inciso 8).

- Ley 18.418. Ratificación de la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad.
- Ley 18.426 y decreto reglamentario 293/010, Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos. Además de reconocer una serie de derechos vinculados a la libertad sexual y reproductiva de las personas, introducen modificaciones en el Código de la Niñez y la Adolescencia reforzando lo ya expresado sobre derechos de NNA, lo que incluye otorgar su consentimiento y que se respete la confidencialidad de la consulta en función de su grado de madurez y autonomía progresiva. Asimismo, jerarquizan la importancia del abordaje de las situaciones de violencia por los equipos.
- Ley 18.987 y decreto 375/012, Interrupción Voluntaria del Embarazo. Establecen los requisitos para la práctica legal y segura del aborto, explicitando el derecho de las adolescentes consideradas competentes a acceder al procedimiento conforme al principio de autonomía progresiva. Serán ellas quienes otorguen el consentimiento.
- Ley 19.286, Código de Ética Médica. Establece normas de conducta de los profesionales médicos, con una serie de principios generales y otros referentes a la responsabilidad profesional de la relación médico-paciente, entre los que se destacan el trato digno, el deber de respetar la confidencialidad, la solicitud del consentimiento informado y el registro en la historia clínica. Jerarquiza el deber de respeto de los derechos de los NNA y destaca que el profesional no puede ser indiferente ante la violencia. Establece que la función de médico tratante es incompatible con la de médico perito.

NORMATIVA RELACIONADA CON VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO Y GENERACIONES Y SU ABORDAJE	NORMATIVA GENERAL RELACIONADA CON LOS DERECHOS DE NNA Y SUS DERECHOS COMO USUARIOS DE SERVICIOS DE SALUD
Código Penal Uruguayo. Contiene delitos de lesiones, delitos sexuales y otros vinculados a omisiones en el ejercicio de la patria potestad que pueden tipificarse como situaciones de maltrato. Ley 17.514, de Violencia Doméstica. Define violencia doméstica, tipos, procedimiento para cuando esta no configura delito y medidas de protección. Ley 17.515. Establece que la prostitución de menores de 18 años es explotación. Ley 17.815, de Violencia Sexual Comercial y No Comercial. Ley 18.039, Código del Proceso Penal. Establece la persecución de oficio de determinados delitos sexuales, así como cuando la víctima no es capaz de actuar por sí en juicio o no tiene representante legal, o si el delito es cometido por los padres, tutores o curadores, con abuso de relaciones domésticas de tutela, guarda o curatela; víctimas menores de 18 años o institucionalizadas. Decreto 494/006 y 299/009. Creación de equipos de referentes de violencia doméstica en las instituciones que forman parte del Sistema Nacional Integrado de Salud. Ley 18.214. Prohíbe el castigo físico y tratos degradantes a NNA. Ley 18.850. Pensión para NNA cuyas madres fallecieron por femicidio. Leyes 19.239 y 19.334, Reforma del Código del Proceso Penal. Consagran cambios en el sistema penal y una serie de garantías para los NNA víctimas y testigos durante el proceso. Ley 19.580, Integral de Violencia Basada en Género. Crea figuras penales nuevas, entre ellas el delito de abuso sexual y otros relacionados con el manejo de la imagen en las redes electrónicas; supuestos de pérdida de patria potestad. También dispone un nuevo tipo de sanciones para perpetradores de violencia sexual. Establece obligaciones de distintos organismos del Estado en el abordaje de la violencia basada en género, así como el maltrato y abuso de NNA, y lineamientos para los procedimientos de investigación de estas situaciones. Ley 19.643, de Prevención y Combate a la Trata de Personas. Mediante modificaciones al Código Penal, tiene por objeto prevenir, perseguir y sancionar la trata y la explotación de personas, así como atender, proteger y reparar a las víctimas.	Ley 17. 823, Código de la Niñez y la Adolescencia (CNA). Recoge los principios rectores de la Convención sobre los Derechos del Niño, adaptándolos a nuestro medio. Explicita procedimientos para situaciones particulares, como adopciones y adolescentes en conflicto con la ley, entre otras. Ley 18.331 y decreto 414/009, Protección de Datos Personales y Datos Sensibles, entre ellos los vinculados a la salud e identidad sexual. Confidencialidad. Ley 18.335 y decreto 274/010, Derechos de NNA como Usuarios de Servicios de Salud. Regulan el consentimiento, la historia clínica y la confidencialidad. Ley 18.418, Protección de Derechos de NNA con Discapacidad. Ley 18.426 y decreto 293/010, Derechos Sexuales y Reproductivos. Acceso de NNA a los servicios; modificación del CNA en el sentido de que la toma de decisiones y el respeto por la confidencialidad se basan en el criterio de autonomía progresiva. Ley 18.987, decreto 375/012, ordenanzas 243 y 247 de 2016. Acceso de las adolescentes a IVE, respeto por la toma de decisiones y confidencialidad en adolescentes competentes. Ley 19.286, Código de Ética Médica. Establece obligaciones de los médicos en referencia a diversos aspectos de la relación clínica, como deber de confidencialidad, secreto, obligación de redactar la historia clínica, trato respetuoso y sin discriminación, entre otros, todos aplicables a NNA.

ANEXO III
Uso de sedación en situaciones de maltrato y violencia sexual

Definición

La sedación es el uso de ansiolíticos, sedantes, analgésicos o fármacos disociativos para atenuar el dolor, la ansiedad o el movimiento, a fin de facilitar la realización de un procedimiento diagnóstico y/o terapéutico que pueda resultar invasivo o molesto para el NNA proporcionando un grado de amnesia o disminución de conciencia que garantice la seguridad.

Objetivo

La sedación procura reducir al mínimo el temor y la ansiedad que producen el ambiente, el desconocimiento de la causa del dolor, del procedimiento a practicarse o del dolor en sí mismo, así como la revictimización al reexperimentar un evento traumático.

Posibles indicaciones de sedación en situaciones de maltrato y/o abuso sexual hacia NNA

1. Examen físico o toma de muestras no postergables para NNA excitados por el evento traumático o que se nieguen a ellas.
2. Examen físico y toma de muestras que generan molestias.
3. Procedimientos invasivos realizados en emergencia (sutura de heridas, reducción de fracturas y luxaciones, entre otros).

Metodología

Los procedimientos de sedación deben ser realizados en un lugar adecuado, contando con los recursos materiales necesarios y la correcta monitorización del NNA, por personal médico entrenado en el manejo de fármacos, técnicas de sostén de vía aérea y ventilación. Antes de su administración se requiere la realización de una correcta historia clínica para evaluar antecedentes del NNA y examen clínico completo. Se determinará si es necesario un procedimiento de sedación y se seleccionará el que corresponda a la situación clínica y las maniobras requeridas. Generalmente las situaciones comprendidas en estas situaciones de violencia se enmarcan dentro de las indicaciones de sedación mínima o moderada.

Niveles de sedación

1. Sedación mínima - ansiólisis	El NNA despierto, alerta y orientado responde normalmente a órdenes verbales, aunque el estado cognitivo y la coordinación motora pueden estar alterados. Funciones respiratoria y cardíaca inalteradas.
2. Sedación moderada	Letárgico, despierto y orientado, al hablarle responde adecuadamente a órdenes verbales solas o acompañada de leve estimulación táctil. Funciones respiratoria y cardiovascular inalteradas.
3. Sedación profunda	Depresión de conciencia; puede perder reflejos protectores de vía aérea, no puede ser despertado fácilmente, responde a estímulos verbales o dolorosos repetidos, puede necesitar ayuda para mantener la vía aérea permeable. La función cardiovascular es normal.
4. Anestesia	Pérdida de conciencia inducida por drogas en la que el NNA no responde a estímulos dolorosos, necesita soporte ventilatorio por depresión respiratoria y de la función neuromuscular; la función cardiovascular puede ser deficiente.

Se brindará información clara y comprensible sobre el procedimiento, su finalidad y objetivos buscados, técnica, tiempo que dura el efecto, riesgos y alternativas a su realización, y se solicitará el consentimiento informado a padres y asentimiento del NNA. En el caso de un adolescente, si el equipo de salud lo evalúa como competente para la toma decisiones, será este quien otorgue el consentimiento acorde al principio de autonomía progresiva y normativa vigente. El consentimiento otorgado debe quedar consignado por escrito en la historia clínica.

Se realizará en ambiente agradable, la inmovilización no debe ser traumática y se facilitarán los cambios posturales en la medida de lo posible. En cuanto al tipo de drogas, se pueden emplear fármacos sedantes (benzodiacepinas) y analgésicos no opioides.

Midazolam	Benzodiacepina de vida media corta y acción corta, por lo que es utilizada en los procedimientos de sedación en emergencia que son de corta duración (gran experiencia en su uso). Es de elección para los procedimientos diagnósticos no dolorosos.	Vía oral: 0,5 mg/kg, preferentemente en ayunas para su mejor absorción. Vía intranasal: 0,3 a 0,4 mg/kg; administrar i/n con jeringa de 1 ml. Tiene rápida acción. Estas dosis pueden repetirse cada 10-15 minutos. Vía intravenosa: 0,02-0,2 mg/kg; se puede repetir la mitad de la dosis a hasta obtener el efecto deseado, no más de 0,6 mg/kg.	De elección se realizará vía oral; si no se logra por rechazo o intolerancia a la vía, se pasará a intranasal o intravenosa.
Ketamina	Agente anestésico derivado de la fenciclidina. En dosis bajas produce anestesia disociativa; en dosis intermedias, analgesia-sedación asociada a amnesia anterógrada; en dosis altas, anestesia general.	Vía administración intravenosa: dosis inicial de 1 a 2 mg/kg. Su acción se inicia al minuto y dura 10 a 15 minutos, con una recuperación total en 60-90 minutos.	Es obligatoria la monitorización del paciente con oxímetro de pulso y monitor cardiorrespiratorio hasta su recuperación (se requiere personal con experiencia).

Errores posibles

- Escoger un sedante cuando se necesita un analgésico y un analgésico cuando se necesita un sedante.
- Combinar analgésicos y sedantes.
- Utilizar un agente de reversión para acelerar la recuperación.
- No titular los agentes que se usarán.
- No considerar ni explicar los riesgos y beneficios.
- No informar a la familia y/o al NNA de los posibles efectos adversos.
- No obtener o no documentar el consentimiento informado.
- No escribir claramente la dosis y vía de administración.
- No contar con la monitorización y el instrumental adecuado de reanimación.
- Utilizar un agente sedante de acción prolongada en un procedimiento breve.

Riesgos del procedimiento

El riesgo depende del nivel de sedación buscado. Es mínimo en caso de sedación mínima y moderada. Entre los principales riesgos se destacan:

- depresión de conciencia y aspiración,
- arritmias,
- síntomas neurovegetativos,
- ataxia,
- reacción anafiláctica,
- síntomas paradojales.

Cuidados posteriores al procedimiento

Son esenciales el control de respiración, saturación de O_2, circulación, conciencia, dolor y actividad.

ANEXO IV
Pautas del MSP para toma de muestras para análisis forense en situaciones de violencia sexual[21]

Procedimiento

Obtención del consentimiento informado

El médico deberá obtener el consentimiento informado de la víctima para la realización del procedimiento y la toma de muestras para el análisis forense.

Si la víctima requiere apoyo para la declaración del consentimiento, sea por razones de edad o de salud, se recurrirá al referente de confianza y/o representante legal. En caso de que no exista referente o representante para consentir o exista sospecha de conflicto de interés para la declaración del consentimiento, el profesional podrá solicitar al juez el aval para realizar el procedimiento.

En todo momento se deberá proteger la intimidad de la víctima en cuanto al examen y sus resultados.
Recuérdese que es la víctima quien tiene el control de la situación y el derecho a limitar el examen o ponerle fin.

En los adolescentes primará el principio de la autonomía progresiva. Siempre que sea posible, tienen derecho a solicitar la participación de un profesional de su confianza y/o de su mismo sexo y a ser acompañados por la persona adulta de confianza que ellos mismos designen.

Las tomas para muestras forenses y para fines médicos se efectúan en el mismo acto, con independencia de si se realizó o no denuncia.

Instrucciones

El personal de salud que intervenga en el procedimiento debe usar guantes y tapaboca.

Se recomienda no higienizar antes de la toma de muestras, así como evitar lavados vaginales y/o aspirados.

Paso 1

- Tomar del *kit* sábana limpia y papel camilla o similar. Colocar en el suelo (o superficie más adecuada) sábana limpia extendida y colocar por encima el papel extendido.
- Solicitar a la víctima que se pare y desvista sobre el papel extendido; ayudarla si es necesario.
- Si se cambió de ropa, recolectar solo aquellas prendas que hayan estado en contacto directo con la zona genital. **No cortar ni sacudir la ropa.** Consignar al registrar si hubo cambio de ropa y todo el material recolectado para análisis.
- **Etiquetar 1**, identificando muestra, fecha, hora, lugar de extracción, datos de la persona y del profesional que tomó la muestra.
- Envolver toda la ropa recolectada en el papel. Colocar el papel envuelto en bolsa grande de papel o similar.

21 *Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual. Manual Clínico para el* SNIS, OPS-OMS IPPF MSP.
«Protocolo para toma de muestra a víctimas de agresión sexual», de la D.N. Policía Técnica- Lab. Biológico. Puede consultarse al Laboratorio Biológico de Policía Científica por los teléfonos 2209 5111 o 152 3341 de lunes a viernes en el horario de 8 a 16.
Strengthening the Medico-Legal response to sexual violence. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/197498/WHO_;jsessionid=1E9CE937B12F8A135A6594BA2683E97F?sequence=1.

Paso 2

- Realizar, según corresponda, exudado de mucosa yugal, anal y/o vaginal en tubo seco.
- Las muestras deben ser tomadas a la víctima mediante un hisopo estéril y seco, previamente rotulado (si no se cuenta con hisopos puede usarse un cotonete).
  Recomendación: Realizar una toma profunda rotando el hisopo para que la muestra sea homogénea en toda su superficie; si se hace más de una toma, numerarlas según el orden en que se extraen.
  Importante: Por ningún motivo deben colocarse los hisopos en medios de cultivo, ya que estos promueven la proliferación de bacterias que degradan a los espermatozoides.

- Ante la sospecha de muestras de sangre seca, saliva o semen en el cuerpo de la persona violentada, o lesiones, colectarlas utilizando hisopos humedecidos en agua destilada o solución salina. Dejar secar, etiquetar y guardar.
- **Etiquetar 2:** cada una de las muestras, identificando muestra, fecha, hora, material recolectado, lugar de extracción, datos de la persona y del profesional que realizó la recolección.
- Una vez tomadas las muestras, guardarlas en heladera en un sobre cerrado rotulado «Muestras para entregar al Laboratorio de Policía Científica. Retirar solo por personal autorizado», hasta que la seccional actuante o dependencia que investiga el hecho las retire. No rotular con datos identificatorios. En caso de no contar con una heladera, las muestras pueden ser secadas al aire, protegidas de la luz y el calor hasta su envío al Laboratorio.

Registro

De la anamnesis, consignar en la historia clínica las frases textuales surgidas en la entrevista con la persona violentada. No emitir juicios de valor ni apreciaciones subjetivas, a menos que las apreciaciones consistan en una valoración o diagnóstico médico basado en la evidencia. Sustentar el diagnóstico, pero no establecer conclusiones ajenas al ámbito médico.

Del examen físico, registrar en historia clínica lo evaluado (lesiones observadas, sean físicas, ginecológicas o de otra índole) y realizado, **en detalle, con letra clara y sin abreviaturas no comprensibles fuera del ámbito médico**.

Cadena de custodia

- La inicia el/la médico/a que tomó las muestras y elementos de prueba, consignando sus datos, fecha y lugar de la toma.
- Deben contactarse con la seccional policial cercana a la institución e informar que hay muestras para enviar al Laboratorio de la Dirección Nacional de Policía Científica. El personal policial que retire las muestras deberá firmar y consignar datos personales, fecha y hora de retiro en formulario específico diseñado para tal fin.

Consentimiento informado para toma de muestras para análisis forense en situaciones de violencia sexual

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____ CI: _____-__

Nombre del médico: _____ CI: _____-__

Quien suscribe declaro comprender y aceptar los procedimientos explicados por el médico firmante para la realización del examen físico, recolección de muestras, registro fotográfico, en suma, recolección de evidencias en general, las que serán utilizadas por Policía Científica y/o eventualmente por el Poder Judicial a los efectos de su accionar para la mejor protección de mis derechos.

En caso de no consentir la realización de algún procedimiento en particular (por ejemplo, toma de fotografías), especificarlo en el siguiente espacio: _____

_____

Firma del paciente: _____ Cédula de identidad: _____	Firma del médico: _____ Caja Profesional: _____

En caso de que el paciente no cuente con la capacidad de consentir, por cuestiones de edad o de salud, de acuerdo con la pauta, deberá recabarse el consentimiento del referente y/o responsable legal:

Vínculo de referente y/o responsable legal: _____

Causa de la imposibilidad de consentir: _____

Firma del referente y/ o responsable legal: _____ Aclaración de firma del referente y/o responsable legal: _____ Cédula de identidad: _____	Firma del médico: _____ Caja Profesional: _____

Referencias bibliográficas

Ministerio del Interior. Dirección Nacional de Policía Técnica. «Protocolo para toma de muestra a víctimas de agresión sexual» [Documento interno de trabajo]. Laboratorio Biológico.[22]

MSP, OPS-OMS, IPPF (2018). *Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual. Manual clínico para el Sistema Nacional Integrado de Salud.* Disponible en http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Manual%20Cl%C3%ADnico%20SNIS-MSP_2018_R.pdf.

OMS (2015). *Strengthening the Medico-Legal response to sexual violence.* Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/197498/WHO_;jsessionid=1E9CE937B-12F8A135A6594BA2683E97F?sequence=1.

22 El Laboratorio Biológico de Policía Científica atiende consultas por los teléfonos 2209 5111 o 152 3341, de lunes a viernes en el horario de 8 a 16.

ANEXO V

Pautas de atención a las situaciones de violencia sexual en los servicios de urgencia y emergencia

PAUTA DE ATENCIÓN A LAS SITUACIONES DE VIOLENCIA SEXUAL EN LOS SERVICIOS DE URGENCIA Y EMERGENCIA.

Toda persona que haya sufrido violencia sexual deberá ser atendida según la siguiente pauta de recepción y tratamiento dentro de las primeras 72 horas.

La violación es una forma grave de Violencia Sexual. Su atención inmediata es obligatoria, los servicios de salud deben asumir la responsabilidad de la atención, basada en tres pilares: contención y apoyo emocional, prevención de embarazo no deseado y profilaxis de ITS- VIH /Sida. Se debe dar una respuesta sensible, cálida, y solidaria que facilite a la persona hablar de lo sucedido, en un ambiente de respeto, comprensión, privacidad y confidencialidad. En todos los casos se debe coordinar consulta de seguimiento con Salud Mental y /o con Equipo de Referencia en Violencia y/o con Espacio Adolescente. La denuncia debe ser efectuada directamente por la persona, siempre que se trate de un adulto y que su estado de salud lo permita.
En caso contrario será responsabilidad de la Institución.

MUESTRAS

Test	1er consulta	4ª-6ª sem.	3er mes
VIH	✓	✓	✓
VHB*	✓		✓
VHC	✓		✓
Sífilis	✓	✓	
Test embarazo**	✓	✓	
Screening ITS (chlamydia, gonococo)	Opcional si está disponible		

** Adolescente con Tanner ≥3

Prevención de Embarazo.
Pastillas anticonceptivas de Emergencia.

Levonogestrel 1500 mcg en una sola toma

La eficacia es mayor cuanto más precoz es la toma luego de la relación sexual no protegida. Su uso es posible hasta las 72 hrs post violación, pero su eficacia se reduce al aumentar el intervalo.
Debido a la brevedad de uso no existen condiciones médicas que impliquen contraindicación. Pueden ser utilizadas aun por las mujeres con contraindicación para el uso de anticonceptivos orales de uso continuo.

Profilaxis / Verificar esquema de vacunación vigente.

Hepatitis B: Si no está vacunado/a con 3 dosis, comenzar esquema inmediatamente. Si el esquema es incompleto, completarlo a la brevedad.
HPV: SI NO LA RECIBIÓ administrar a partir de los 9 años a todas las personas hasta los 26 años inclusive. Si ya fue recibida no se debe re vacunar
Ambas vacunas pueden ser administradas en cualquier vacunatorio público o privado de forma gratuita. Se deberá presentar una receta médica con la indicación sin el motivo de la misma.

Tratamiento		Consideraciones
< 45 Kg	≥ 45 Kg	
Ceftriaxona 125 mg i/m, 1 dosis + Azitromicina 20 mg/Kg (máx. 1g) v/o, 1 dosis + Metronidazol 15 mg/Kg/día v/o en 3 dosis (máx. 2g) Durante 7 días	Ceftriaxona 1 g i/m, 1 dosis + Azitromicina 1g v/o, 1 dosis + Metronidazol 2 g v/o, 1 dosis	Cobertura de: sífilis, chlamydia, gonococo, vaginosis, gardnerella, tricomonas
Zidovudina + Lamivudina+ Lopinavir/Ritonavir c/12hs (*ver dosis) Durante 1 mes	Tenofovir/emtricitabina 1/día (o tenofovir 1 día + lamivudina 1 c/12hs) + Lopinavir/Ritonavir 2 c/12hs (o raltegravir 1 c/12hs) Durante 1 mes	Lo ideal es antes de las 2 horas y no tiene indicación después de las 72 horas SI la Prueba de VIH es reactiva: Continuar plan de tratamiento y realizar protocolo de confirmación

* Dosis: Zidovudina: 4 < 9 kg :12 mg/kg cada 12 hs.; 9 <30 kg: 9 mg/kg cada 12 hs.; ≥30 kg: 300 mg cada 12 hs
Lamivudina: 4 mg/ kg (máximo 150 mg) cada 12 hs.
Lopinavir/Ritonavir.: <15 kg: 13 mg por kg cada 12 hs .; ≥15 - 45 kg: 11 mg por Kg cada 12 hs. (Dosis máxima 400 mg cada 12 hs)

Estar embarazada no implica cambios al procedimiento, los diagnósticos, muestras y profilaxis antibiótica y antirretroviral se realizan de la misma forma expuesta. La pauta de toma de muestras y profilaxis de ITS es la misma independientemente del sexo e identidad de género.

Ministerio de SALUD
Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

Setiembre 2017

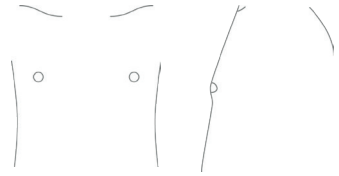
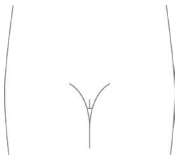
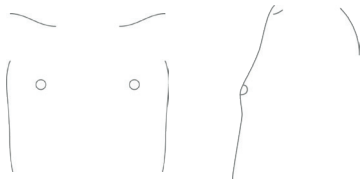
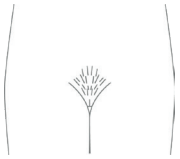
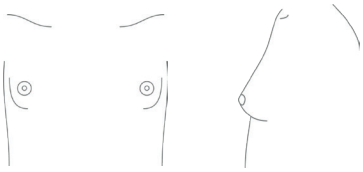
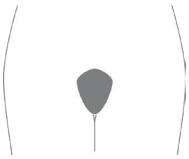
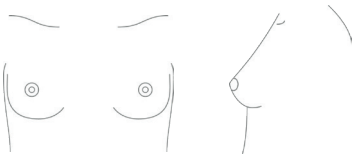
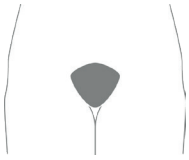
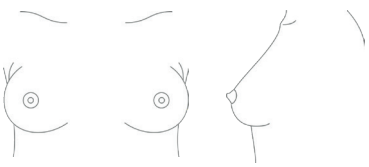
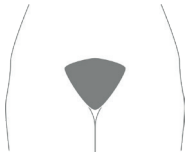
ANEXO VI
Tanner: grados de desarrollo puberal en varones y mujeres

Grados de desarrollo puberal en la mujer

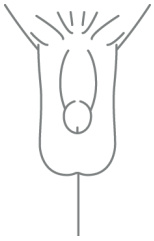
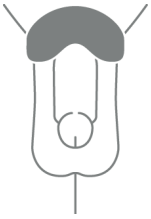
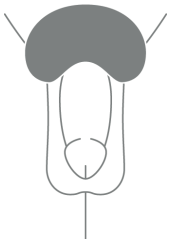
Grados de Tanner del desarrollo mamario

La clasificación del desarrollo mamario no considera el tamaño ni forma de ella, puesto que estas características están determinadas por factores genéticos y nutricionales.

Grados de Tanner del desarrollo del vello púbico

Grado I, o **prepuberal**: no hay tejido mamario palpable, solo el pezón protruye, la areola no está pigmentada.		**Grado I**, o **prepuberal**: no existe vello de tipo terminal.	
Grado II: se palpa tejido mamario bajo la areola sin sobrepasar esta. Areola y pezón protruyen juntos, y se observa además un aumento del diámetro areolar. Es la etapa del botón mamario.		**Grado II**: existe crecimiento de un vello suave, largo, pigmentado, liso o levemente rizado a lo largo de labios mayores.	
Grado III: se caracteriza por crecimiento de la mama y areola con pigmentación de esta; el pezón ha aumentado de tamaño; la areola y la mama tienen un solo contorno.		**Grado III**: se caracteriza por pelo más oscuro, más áspero y rizado, que se extiende sobre el pubis en forma poco densa.	
Grado IV: existe mayor aumento de la mama, con la areola más pigmentada y solevantada, por lo que se observan tres contornos (pezón, areola y mama).		**Grado IV**: el vello tiene las características del adulto, pero sin extenderse hacia el ombligo o muslos.	
Grado V: la mama es de tipo adulta, en la cual sólo el pezón protruye y la areola tiene el mismo contorno de la mama.		**Grado V**: el vello pubiano es de carácter adulto, con extensión hacia la cara interna de muslos.	

Grados de desarrollo puberal en el varón

Grados de Tanner del desarrollo del vello púbico		*Grados de Tanner del desarrollo genital en el varón*
Grado I, o **prepuberal**: no existe vello de tipo terminal.		**Grado I**: los testículos, escroto y pene tienen características infantiles.
Grado II: existe crecimiento de un vello suave, largo, pigmentado, liso o levemente rizado en la base del pene.		**Grado II**: el pene no se modifica, mientras que el escroto y los testículos aumentan ligeramente de tamaño; la piel del escroto se enrojece y se modifica su estructura, haciéndose más laxa; el testículo alcanza un tamaño superior a 2,5 cm en su eje mayor.
Grado III: se caracteriza por pelo más oscuro, más áspero y rizado, que se extiende sobre el pubis en forma poco densa.		**Grado III**: se caracteriza por testículos y escroto más desarrollados (testículos de 3,3 a 4 cm); el pene aumenta en grosor.
Grado IV: el vello tiene las características del adulto, pero sin extenderse hacia el ombligo o muslos.		**Grado IV**: hay mayor crecimiento peneano, con aumento de su diámetro y desarrollo del glande, los testículos aumentan de tamaño (4,1 a 4,5 cm) y el escroto está más desarrollado y pigmentado.
Grado V: el vello pubiano es de carácter adulto con extensión hacia la cara interna de muslos. Posteriormente, el vello se extiende hacia el ombligo; algunos autores esto lo consideran como un grado VI.		**Grado V**: los genitales tienen forma y tamaño semejantes a los del adulto, largo testicular mayor de 4,5 cm.

Fuente: Andreína Cattani O. (s/d). *Pubertad normal*.
Disponible en http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/ManualPed/Pubertad.html
Ilustraciones: Valentina Ibarlucea/Guía tu salud. Los cuidados del niño, 2017.