

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION A VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL, VIOLENCIA DE GENERO E INTRAFAMILIAR Y MALTRATO A MENORES DE EDAD</b>	CODIGO	FECHA DE ELABORACIÓN	
		MNCEX - 01	27 de Octubre de 2010	
		VERSION	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	
02	Abril 2019	HOJA 1 de 21		

## 1. OBJETIVO GENERAL:

Detectar oportunamente los casos de sospecha de abuso sexual, violencia de género e intrafamiliar y maltrato infantil, con el fin de brindar una atención oportuna, integral, de calidad, que favorezca el restablecimiento de derechos y que disminuya las secuelas y la muerte.

### ESPECÍFICOS

- Realizar la captación de los casos de sospecha de abuso sexual, violencia de género e intrafamiliar y maltrato infantil, en los servicios de urgencias y ginecología.
- Garantizar la activación de ruta en los casos detectados con el fin de brindar la integral y establecer los mecanismos de denuncia para efectos de atención por los sectores de protección y justicia.
- Promover acciones que contribuyan al establecimiento de una cultura de promoción del buen trato.

## 2. ALCANCE

Hospital Universitario Departamental de Nariño hospitalización y urgencias

## 3. RESPONSABLE

Médicos de consultorio y médicos hospitalarios del Hospital Universitario Departamental de Nariño.

### 1. JUSTIFICACIÓN

La violencia de género y, entre ella, las violencias sexuales son una violación sistemática y masiva de derechos humanos que afectan la vida, la salud física, mental y social, la integridad, la libertad e igualdad de niñas, niños, adolescentes, jóvenes, mujeres, hombres y personas con orientaciones diferentes a la heterosexual, en particular a las de la comunidad LGBT. Estas violencias se constituyen en una problemática de salud pública, por varias razones: por las graves afectaciones en el bienestar y la salud física y emocional de las víctimas, sus familias y la sociedad en general, y por los años de vida saludable perdidos, por su magnitud, es decir, la cantidad de población afectada, principalmente niñas, niños, adolescentes, jóvenes y mujeres; lo cual evidencia que la violencia de género es un asunto social y de interés público y no meramente un problema psicológico circunscrito al ámbito de lo privado, por lo tanto, requiere una acción coordinada por parte del Estado y porque son evitables ya que sus causas son culturales y sociales y no biológicas y hereditarias.

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION A VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL, VIOLENCIA DE GENERO E INTRAFAMILIAR Y MALTRATO A MENORES DE EDAD</b>	CODIGO	FECHA DE ELABORACIÓN	
		MNCEX - 01	27 de Octubre de 2010	
		VERSION	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	
02	Abril 2019	HOJA 2 de 21		

Se cuenta con el reconocimiento social universal de que la violencia en cualquiera de sus modalidades es un atentado contra los derechos humanos y un importante problema de salud pública “La Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1993, demuestra el reconocimiento y la comprensión internacionales de que la violencia contra la mujer es una violación de los derechos humanos y una forma de discriminación contra la mujer. En la Plataforma de Acción adoptada en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing en 1995, se define la violencia contra la mujer como una de las 12 esferas de especial preocupación que deben ser objeto de particular hincapié por parte de los gobiernos, la comunidad internacional y la sociedad civil” Además, se ha documentado la coexistencia de otras formas de violencia como la psicológica y la sexual en los casos de violencia intrafamiliar especialmente la de pareja, la violencia sexual tiene repercusiones en el bienestar y la salud física, mental y social de las víctimas y sus familias, así como de la sociedad en general.

Los estudios han demostrado que la agresión intrafamiliar no son actos aislados, sino procesos repetitivos a lo largo de la historia de la pareja, y que puede darse una transmisión intergeneracional de la misma.

La salud y enfermedad resultan de procesos de interacción complejos, como las condiciones históricas y las relaciones sociales. La salud significa que las personas estén bien donde viven, accedan a los servicios que necesitan, se desempeñen en actividades para la cual tienen aptitudes y alcancen un desarrollo pleno de su autonomía y dignidad, es decir estén satisfechos con su realización cotidiana de su proyecto de vida.

Hay que entender la integralidad de las personas desde sus necesidades desde: afecto, protección, supervivencia, participación, identidad, libertad, autonomía construyendo el proceso metodológico desde la promoción y restitución de la autonomía individual y colectiva.

## 2. DEFINICIONES

**Violencia Sexual:** La OMS y OPS (2003) definen la violencia sexual como “todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona”<sup>[9]</sup>. Es necesario aclarar que no todas las formas en que se manifiesta la violencia sexual son delitos, aunque la mayoría de ellas han sido recogidas por el Código Penal colombiano.

Partiendo de esta definición y del marco normativo internacional y nacional de los derechos humanos es posible definir los subtipos, formas o modalidades en que se presenta la violencia sexual así: violación/asalto sexual; abuso sexual; explotación sexual; trata de personas con fines de explotación sexual; explotación sexual de niñas, niños y adolescentes; acoso sexual; violencia sexual en el contexto del conflicto armado.

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION A VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL, VIOLENCIA DE GENERO E INTRAFAMILIAR Y MALTRATO A MENORES DE EDAD</b>	CODIGO	FECHA DE ELABORACIÓN	
		MNCEX - 01	27 de Octubre de 2010	
		VERSION	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	
02	Abril 2019	HOJA 3 de 21		

**Violación/asalto sexual:** El asalto sexual es definido por la OPS como “cualquier acto de naturaleza sexual no deseado como besos, caricias, sexo oral o anal, penetración vaginal, que es impuesto a una persona”<sup>[10]</sup>. En la legislación colombiana la violencia es la característica primordial de los delitos contenidos en el capítulo “De la Violación” del Código Penal. En este sentido, la Jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia establece que para efectos de los delitos contra la libertad sexual, se entiende por violencia la fuerza, el constreñimiento, la presión física o psíquica-intimidación o amenaza que “el agente despliega sobre la víctima para hacer desaparecer o reducir sus posibilidades de oposición o resistencia a la agresión que ejecuta”<sup>[11]</sup>.

A partir de lo mencionado, la violación es una forma de violencia sexual en la que el agresor utiliza la fuerza o la amenaza de usarla como mecanismo para realizar cualquier tipo de acto sexual con la víctima. En la violación, las víctimas pueden ser de cualquier edad o sexo, puesto que lo que la determina es el mecanismo utilizado por el agresor para someter a la víctima. El Código Penal incluye en el mencionado capítulo “De la Violación” conductas tales como el acceso carnal violento, los actos sexuales violentos y el acceso carnal o el acto sexual cometido sobre una persona a la que el agresor ha puesto en una situación de incapacidad de resistir el acto (a través del uso de narcóticos, golpes, entre otros, que lleven a la víctima a perder el conocimiento o no comprender lo que ocurre a su alrededor).

**Abuso sexual:** Teniendo en cuenta la Jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia<sup>[12]</sup> el delito sexual abusivo tiene que ver con el aprovechamiento, por parte del sujeto activo del delito o agresor, de circunstancias que lo ubican en una situación ventajosa frente a la víctima. Estas circunstancias que le dan ventaja al agresor ante la vulnerabilidad preexistente en la víctima, pueden ser del orden de la “superioridad manifiesta” o las relaciones de autoridad dadas por la edad (adulto agresor, víctima menor de 14 años); poder o autoridad (jefe, maestro, médico, sacerdote, pastor, funcionario público, militar, etc.); incapacidad física o psicológica de la víctima, entre otras. La característica de esta forma de violencia es el aprovechamiento de la condición de ventaja o de la condición de vulnerabilidad de la víctima como mecanismo utilizado por el agresor para cometer el delito sexual.

El Código Penal colombiano establece como delitos sexuales abusivos: Los actos sexuales o el acceso carnal con una persona menor de 14 años, estos dos delitos están definidos únicamente por la edad de la víctima, dejando establecido que cualquier conducta sexual cometida contra un niño o niña menor de 14 años se constituye en delito<sup>[13]</sup>. También en este grupo de delitos se incluye el delito de acceso carnal o acto sexual con incapaz de resistir, delito en el que el agresor no utiliza ningún medio para someter a la víctima, sino que esta ya se encuentra en una condición de inconsciencia o incapacidad preexistente (por ejemplo, cuando una mujer se emborracha por sí misma o se encuentra drogada o ha sufrido un desmayo o tiene una condición de inferioridad psicológica frente a la posición y conocimiento del agresor, entre otras) de la que se aprovecha el agresor para cometer el delito sexual.

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION A VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL, VIOLENCIA DE GENERO E INTRAFAMILIAR Y MALTRATO A MENORES DE EDAD</b>	CODIGO	FECHA DE ELABORACIÓN	
		MNCEX - 01	27 de Octubre de 2010	
		VERSION	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	
02	Abril 2019	HOJA 4 de 21		

Adicionalmente, el artículo 29 de la Ley 1257 de 2008, tipificó en Colombia la conducta de acoso sexual, la que fue incluida como un acto sexual abusivo, configurando el artículo 210 A. La conducta delictiva consiste en: “El que en beneficio suyo o de un tercero y valiéndose de su superioridad manifiesta o relaciones de autoridad o de poder, edad, sexo, posición laboral, social, familiar o económica, acose, persiga, hostigue o asedie física o verbalmente, con fines sexuales no consentidos, a otra persona...”. En este delito “lo que puede ser el límite entre el libre enamoramiento y el acoso, lo constituye la poca posibilidad de resistir o negarse a las pretensiones sexuales, es decir, la imposibilidad de una resistencia seria del sujeto pasivo, sin consecuencias negativas, dada la relación de poder existente, derivada, como se dijo, por relaciones de autoridad o de poder, edad, sexo, posición laboral, social, familiar o económica”.

**Explotación sexual:** Hace referencia a la violencia sexual en la cual el medio utilizado por el agresor es la cosificación de la víctima, es decir, es convertida en una mercancía y utilizada sexualmente. Según la legislación colombiana (Ley 985 de 2005), se define explotación como “el obtener provecho económico o cualquier otro beneficio para sí o para otra persona” (artículo 3o). Aplicada al contexto de la explotación sexual, esta consiste en el ejercicio de dominio o propiedad sobre el cuerpo de otro ser humano, utilizado para provecho o beneficio. La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), plantea que los Estados Partes deben tomar todas las medidas necesarias para suprimir todas las formas de trata de mujeres y explotación de la prostitución de la mujer (artículo 6o).

**Trata de personas con fines de explotación sexual:** La trata de personas es una manifestación contemporánea de esclavitud que va en detrimento de la dignidad humana al equipar a los seres humanos a la condición de objetos y someterlos a diferentes formas de explotación y violencia. El delito se configura cuando el agresor capta, es decir, atrae a alguien, en este caso, la víctima (por ejemplo, con una oferta, un aviso clasificado, etc.), con la intención de trasladarle o le traslada (dentro o fuera de su ciudad, departamento, país) y, finalmente, la acoge con la finalidad de explotarla sexualmente. Este delito puede tener como víctimas tanto personas adultas como niñas, niños y adolescentes, y el consentimiento de la víctima no constituye un factor que exima de responsabilidad penal al agresor (puesto que ninguna persona puede consentir su propia explotación), ni si la víctima era consciente o no de la finalidad para la cual se la captaba.

**Explotación sexual de niños, niñas y adolescentes:** De acuerdo con el Plan Nacional de Prevención y Erradicación de la Explotación Sexual Comercial de Niños, Niñas y Adolescentes: “La explotación sexual consiste en el abuso sexual cometido contra una persona menor de 18 años de edad, en el que a la víctima o a un tercero se le ofrece pagar o se le paga en dinero o en especie. La víctima es tratada como mercancía u objeto, siendo vendida y comprada por parte de adultos(as), es lo que reproduce una forma actual de esclavitud”. Algunas formas en las que se manifiesta esta explotación son: la pornografía, la utilización de niñas, niños y adolescentes en la prostitución, el matrimonio servil, la explotación sexual de niños, niñas y

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION A VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL, VIOLENCIA DE GENERO E INTRAFAMILIAR Y MALTRATO A MENORES DE EDAD</b>	CODIGO	FECHA DE ELABORACIÓN	
		MNCEX - 01	27 de Octubre de 2010	
		VERSION	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	
02	Abril 2019	HOJA 5 de 21		

adolescentes por parte de actores armados y la explotación sexual asociada al contexto del turismo. En los delitos introducidos por las Leyes 1329 y 1336 de 2009, el consentimiento de la víctima no constituye un factor que exima de responsabilidad penal al agresor (puesto que ninguna persona puede consentir su propia explotación).

**Violencia sexual en el contexto del conflicto armado:** A la luz del Código Penal colombiano (Ley 599 de 2000) y la Ley 1448 de 2011, en concordancia con los tipos establecidos por el Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional, se considera que en el contexto del conflicto armado colombiano pueden describirse, entre otros posibles, los siguientes tipos de violencia sexual:

**Acceso carnal violento/ acto sexual violento con persona protegida:** Incurrir en estos delitos quien en el contexto del conflicto armado (incluyendo la situación de desplazamiento) cometa acceso carnal violento o acto sexual violento cuando la víctima es integrante de la población civil o no participa en hostilidades, hace parte de los civiles en poder de la parte adversa o es combatiente, pero se encuentra herida, enferma o naufraga o puesta fuera de combate. También si la víctima hace parte del personal sanitario o religioso, de los periodistas en misión o de los combatientes que hayan depuesto las armas por captura, rendición u otra causa análoga. Está especificado en el art. 138 del Código Penal colombiano.

**Actos sexuales violentos con persona protegida:** El artículo 139 del Código Penal colombiano define que este delito ocurre cuando alguna persona “con ocasión y en desarrollo de conflicto armado, realice acto sexual diverso al acceso carnal, por medio de violencia en persona protegida”. Las personas protegidas han sido especificadas como aquellas que pertenecen a los siguientes grupos humanos: los integrantes de la población civil; quienes no participan en las hostilidades y los civiles en poder de la parte adversa; combatientes que se encuentran heridos, enfermos, naufragos, fuera de combate, o que hayan depuesto las armas por captura, rendición o causas análogas; personal sanitario o religioso; periodistas en misión o corresponsales de guerra acreditados; quienes fueron considerados apátridas o refugiados al principio de las hostilidades.

**Esclavitud sexual/prostitución forzada:** De acuerdo con la definición contenida en el Estatuto de la Corte Penal Internacional (Estatuto de Roma) y los desarrollos jurisprudenciales de los Tribunales *ad hoc*, la esclavitud sexual puede configurarse en el marco del Derecho Internacional Humanitario, como un crimen de lesa humanidad (es decir, el que se cometa como parte de un ataque generalizado o sistemático contra una población civil y con conocimiento de ese ataque) o como un crimen de guerra (es decir, las violaciones graves de las leyes y usos aplicables en los conflictos armados internacionales o en los conflictos armados no internacionales).

En este contexto la esclavitud sexual es definida como el ejercicio de propiedad que ostenta una o varias personas sobre las víctimas de estos crímenes, para que realicen uno o más

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION A VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL, VIOLENCIA DE GENERO E INTRAFAMILIAR Y MALTRATO A MENORES DE EDAD</b>	CODIGO	FECHA DE ELABORACIÓN	
		MNCEX - 01	27 de Octubre de 2010	
		VERSION	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	
02	Abril 2019	HOJA 6 de 21		

actos de naturaleza sexual. El ejercicio del derecho de propiedad se ve materializado en actos de compraventa, préstamo o trueque del cuerpo y de la integridad sexual de la víctima o que se desarrolle a través de un tipo de privación de la libertad o autonomía.

La prostitución forzada debe ser entendida como una forma de esclavitud sexual, que cuenta con un elemento diferenciador representado en el beneficio que recibe el agresor. En este orden, la prostitución forzada en el marco del Derecho Internacional Humanitario es definida como el acto a través del cual el agresor obliga a una o más personas a realizar actos de naturaleza sexual por la fuerza o mediante la amenaza de la fuerza o mediante coacción, como la causada por temor a la violencia, la intimidación, la detención, la opresión psicológica o el abuso de poder o aprovechando un entorno coercitivo o la incapacidad de las víctimas de dar su libre consentimiento, para de esta manera obtener o esperar obtener ventajas pecuniarias o de otro tipo a cambio de los actos de naturaleza sexual o en relación con ellos.

**Embarazo forzado:** De acuerdo con la definición contenida en el Estatuto de la Corte Penal Internacional (Estatuto de Roma), el embarazo forzado puede configurarse en el marco del Derecho Internacional Humanitario como un crimen de lesa humanidad o como un crimen de guerra. Por embarazo forzado se entiende el confinamiento ilícito de una mujer a la que se ha dejado embarazada por la fuerza, con la intención de modificar la composición étnica de una población o de cometer otras violaciones graves del Derecho Internacional Humanitario.

El embarazo forzado guarda una estrecha relación con el delito de genocidio, puesto que se puede cometer este delito con el propósito de destruir total o parcialmente un grupo nacional, étnico, racial, religioso o político, por razón de su pertenencia al mismo.

**Tortura en persona protegida:** Definida por el Código Penal colombiano en su artículo 137 como “el que, con ocasión y en desarrollo de conflicto armado, inflija a una persona dolores o sufrimientos, físicos o síquicos, con el fin de obtener de ella o de un tercero información o confesión, de castigarla por un acto por ella cometido o que se sospeche que ha cometido, o de intimidarla o coaccionarla por cualquier razón que comporte algún tipo de discriminación”. Cuando tales dolores o sufrimientos físicos o psíquicos se producen a través de actos de violencia sexual, se estará ante un caso de tortura sexual. El código especifica su ejecución en las personas protegidas por el Derecho Internacional Humanitario que ya fueron descritas en apartados superiores.

**Otras formas de violencia sexual descritas en el conflicto armado colombiano:** Independientemente de que no se encuentren aún descritas dentro de los tipos penales colombianos propios de violencia sexual en el marco del conflicto armado, la investigación en el tema realizada en Colombia ha identificado que dentro del país se han cometido otros tipos de violencia sexual en el contexto del conflicto armado, tales como regulación de la vida social, servicios domésticos forzados, esterilización forzada, y aborto forzado. Por regulación de la vida social se considera el acto o conjunto de actos por los

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION A VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL, VIOLENCIA DE GENERO E INTRAFAMILIAR Y MALTRATO A MENORES DE EDAD</b>	CODIGO	FECHA DE ELABORACIÓN	
		MNCEX - 01	27 de Octubre de 2010	
		VERSION	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	
02	Abril 2019	HOJA 7 de 21		

cuales, y mediante el uso de la fuerza o la amenaza de su uso se controla la sexualidad y la regula la vida afectiva. Por aborto forzado se entiende todo acto que tiene como finalidad la interrupción inducida de un embarazo en contra de la voluntad de la mujer embarazada. La esterilización forzada se entiende como la acción de planificación reproductiva definitiva producto de la obligación no consentida de la persona. Por servicios domésticos forzados se entiende el conjunto de acciones mediante el cual generalmente un grupo que detenta la fuerza obliga a un grupo de personas o a una persona a realizar para ellos labores domésticas que pueden trascender incluso a actos sexuales<sup>[14]</sup>.

**Violencia de genero contra la mujer:** Violencia contra la mujer (VCM): Cualquier acción u omisión, que le cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico, económico o patrimonial por su condición de mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad ,bien sea que se presente en el ámbito público o en el privado. Ley 1257 de 2008

La violencia contra la mujer es la manifestación más cruda del desbalance de las relaciones de poder entre los sexos y de la posición subordinada de la mujer en la sociedad donde, tanto en el nivel de la ley como de la costumbre, se ha ignorado, tolerado, y hasta estimulado tal comportamiento.

La violencia de género tiene sus propias características a lo largo del ciclo vital. En la etapa prenatal, con el aborto selectivo por género y las gompizas durante el embarazo; durante la infancia con el abuso físico y emocional, el abuso sexual por parte de los miembros de la familia, la pornografía y la prostitución infantil; durante la adolescencia, la violencia de los compañeros del sexo opuesto y novios, el abuso sexual en el trabajo o en el colegio, el asedio sexual, la prostitución forzada o mediante inducción o engaño. En la edad reproductiva el abuso de la mujer por parte de su pareja masculina íntima, violación conyugal, homicidio por el cónyuge o compañero actual o pasado, abuso psicológico, abuso sexual en el trabajo, violación, abuso de mujeres discapacitadas. En la vejez, abuso de viudas y ancianas. Sobre éste último tópico las cifras en nuestro país están ocultas

La violencia de género incluyendo violación, violencia doméstica, mutilación, homicidio y abuso sexual, constituye un serio problema de salud para la mujer a nivel mundial. A pesar de que la violencia de género es una causa significativa de morbilidad femenina, casi nunca es visualizada como un tema de salud pública. Recientes estimaciones del Banco Mundial sobre la carga global de enfermedad, indican, que, en las economías de mercado establecidas, la victimización de género es responsable por uno de cada cinco días de vida saludable perdidos por las mujeres en edad reproductiva. La carga de salud por victimización de género es comparable a la correspondiente a otras condiciones de alta prioridad en la agenda mundial”.

**Violencia intrafamiliar:** toda acción u omisión protagonizada por los miembros que conforman el grupo familiar; el cual puede ser por afinidad, consanguinidad o afiliación, incluidas las ex parejas; y causa daño físico, psicológico, sexual y económico entre otros

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION A VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL, VIOLENCIA DE GENERO E INTRAFAMILIAR Y MALTRATO A MENORES DE EDAD</b>	CODIGO	FECHA DE ELABORACIÓN	
		MNCEX - 01	27 de Octubre de 2010	
		VERSION	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	
02	Abril 2019	HOJA 8 de 21		

**Maltrato infantil:** Se define como Toda acción u omisión que interfiera negativamente en el sano desarrollo físico, mental o emocional de un menor, causado por un adulto a cuyo cuidado se encuentra el menor (27).

### TIPOS DE MALTRATO

**Maltrato Físico:** Es toda agresión física a una menor causada por parte de los padres, personas del grupo familiar o cuidadores. Puede ser de intensidad leve, moderada o grave y su ocurrencia antigua, reciente o recurrente.

**Maltrato Emocional o Psicológico:** Da cuenta de los efectos adversos sobre la conducta, la emocionalidad, la seguridad y la capacidad de adaptarse al medio, de un menor, producidos por la actitud de un adulto, la cual puede enmarcarse como alejada y ajena a toda conducta con sentido constructivo, educativo o protector para con el menor.

Dentro de esta variante de maltrato se encuentran numerosas conductas que padres, maestros y cuidadores que realizan con los niños, por ejemplo el rechazo, la crítica, la constante burla de sus aptitudes o de sus errores y equivocaciones infantiles, la ridiculización de sus acciones, la amenaza de abandono o daño si no cumplen con las expectativas de los padres, las demandas y exigencias inapropiadas para la edad del niño, que terminan confiriéndole un papel adulto o de paternidad que no le corresponde, así como la sobreprotección mediante actitudes que inhabilitan e inmovilizan el normal desarrollo del niño.

EL maltrato psicológico del menos se clasifica en leve, como aquel que es reparable en un corto tiempo de tratamiento; moderado, el que requiere una intervención prolongada al niño y a su familia; y grave, aquel que no tiene retroceso y sus secuelas acompañan a la víctima toda la vida. Como se mencionó anteriormente, es importante recordar que todos los tipos de maltrato a los niños y niñas están acompañados de maltrato psicológico.

**Abuso Sexual:** Contacto o interacción entre un menor y un adulto, en el que el menor es utilizado para la satisfacción sexual del adulto o de terceros, desconociendo el desarrollo psicosexual del menor. El abusador puede ser un menor cuando es significativamente mayor que la víctima o tiene una posición de poder o control sobre el menor.

**Gestación y Maltrato:** Se consideran maltrato, aquellas conductas que por acción u omisión agreden a la mujer embarazada poniendo en peligro el desarrollo normal del feto. Su gravedad está dada según el riesgo directo o indirecto para el desarrollo del niño por nacer. Indudablemente para que el feto llegue al nacimiento en las mejores condiciones de vida, la madre debe haber sido atendida, pues la atención prenatal es determinante. Adicionalmente a esto es importante considerar el amplio espectro de las madres a las cuales se les administra, sin precaución suficiente, drogas teratogénicas y aquellas que aún a sabiendas de su gestación ingieren drogas altamente tóxicas para sí mismas y para sus futuros bebés.

#### *Factores de Riesgo*

- Embarazos no deseados
- Negación permanente del embarazo.

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION A VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL, VIOLENCIA DE GENERO E INTRAFAMILIAR Y MALTRATO A MENORES DE EDAD</b>	CODIGO	FECHA DE ELABORACIÓN	
		MNCEX - 01	27 de Octubre de 2010	
		VERSION	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	
02	Abril 2019	HOJA 9 de 21		

**Víctimas de ataques con ácidos, álcalis o sustancias similares o corrosivas que generen daño o destrucción al entrar en contacto con el tejido humano:** Víctimas de ataques con ácidos, álcalis o sustancias similares o corrosivas, a quienes se cause destrucción de tejidos, deformidad o disfuncionalidad, de manera prioritaria, en consideración a su especial situación de vulnerabilidad, los servicios, tratamientos médicos y psicológicos, procedimientos e intervenciones necesarios para restituir la fisonomía y funcionalidad de las partes afectadas, de conformidad con lo previsto en el artículo 53A de la Ley 1438 de 2011, adicionado por el artículo 5° de la Ley 1639 de 2013.

**Síndrome del Bebé Zarandeado (a):** Es un tipo de maltrato infantil en el que se sacude fuertemente a los bebés. Sacudir fuertemente a un (a) bebé puede producir graves lesiones y en algunas ocasiones puede llevar hasta a la muerte. Este síndrome se presenta porque un adulto vuelca su frustración o ira en el bebé, generalmente porque éste (a) no cesa de llorar o está muy inquieto (a). **Los bebés más pequeños (as) recién nacidos (as) y lactantes son extremadamente vulnerables** porque sus cabezas son muy grandes en comparación con su cuerpo; los músculos del cuello son débiles y su cerebro no se ha desarrollado completamente. La situación más típica es la madre joven e inexperta, que se encuentra sola con un (a) bebé que llora, sin que ella logre calmarlo (a) Su desesperación la lleva a sacudirlo (a) violentamente, en general por los hombros, causándole daño cerebral, ceguera, parálisis, fracturas e incluso la muerte

**Negligencia:** Deprivación de los elementos básicos, cuando se pueden brindar, necesarios para garantizar el desarrollo armónico e integral del niño (a) (alimentación, educación, salud, cuidado, afecto, entre otros). Puede ser temporal, asociada a un período o evento determinado como una enfermedad; o permanente, por ejemplo el abandono de un niño o niña con alguna discapacidad.

**Maltrato Social o Institucional:** Falta de satisfacción de las necesidades básicas de los niños y niñas, como consecuencia de la ausencia de garantías estatales para el acceso a los servicios sociales de subsistencia, de quienes tienen a cargo su crianza y cuidado. El maltrato institucional se refleja la mayoría de las veces en oferta insuficiente de servicios, baja calidad, ineficiencia, falta de oportunidad y ausencia de integralidad en los mismos.

Algunas de las modalidades más conocidas de maltrato social son el abandono físico, el niño (a) de y en la calle, el infractor, el vinculado a actos terroristas, el desplazado (a) y el trabajador (a), entre otros.

Es importante identificar este tipo de maltrato por cuanto las personas sin acceso a los servicios del Estado (educación, salud, justicia, empleo) son en ocasiones incapaces de desarrollar afecto y carecen de medios de subsistencia, sin que por otra parte el modo de vida enriquezca la transmisión de valores sociales y culturales.

 <p><b>HOSPITAL UNIVERSITARIO</b> DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E</p>	<p><b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION A VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL, VIOLENCIA DE GENERO E INTRAFAMILIAR Y MALTRATO A MENORES DE EDAD</b></p>	<p><b>CODIGO</b> MNCEX - 01</p> <p><b>VERSION</b> 02</p>	<p><b>FECHA DE ELABORACIÓN</b> 27 de Octubre de 2010</p> <p><b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN</b> Abril 2019</p> <p>HOJA 10 de 21</p>	
--	---	--	---	--

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION A VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL, VIOLENCIA DE GENERO E INTRAFAMILIAR Y MALTRATO A MENORES DE EDAD</b>	CODIGO	FECHA DE ELABORACIÓN	
		MNCEX - 01	27 de Octubre de 2010	
		VERSION	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	
02	Abril 2019	HOJA 11 de 21		

### 3. ASPECTOS CLINICOS

#### ATENCION A LAS VICTIMAS

##### VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL:

##### PASOS FUNDAMENTALES EN LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL:

El carácter de urgencia médica que SIEMPRE tiene cualquier caso de violencia sexual, independientemente del tiempo transcurrido entre el momento de la agresión y la consulta al sector salud, y el consiguiente deber de brindar atención integral inmediata a las víctimas, cumpliendo con los principios para la atención de urgencias médicas contemplados por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC) y demás normas vigentes en el tema.

2. El carácter gratuito que tiene la atención integral en salud a cualquier víctima de violencia sexual (mujeres, niños, niñas, adolescentes, víctimas en el marco del conflicto armado, entre otras personas que pueden ser sexualmente victimizadas).

3. La confidencialidad en torno al acto médico que reviste la atención integral de una víctima de violencia sexual.

4. Los derechos de los pacientes especialmente el derecho de las víctimas de violencia sexual, a ser tratadas dentro de los servicios de salud con dignidad, discreción y respeto por su privacidad en el marco de la protección de su seguridad personal. Entre estos, el derecho que les asiste de rehusar tratamientos o procedimientos que se les ofrezcan.

5. Los servicios de salud disponibles en la zona para las víctimas de violencia sexual y la manera de acceder a ellos.

6. Los horarios de atención de esos servicios de salud, con énfasis en aquellos que están disponibles 24 horas al día, siete días a la semana.

7. Los beneficios en salud para las víctimas de violencia sexual que se derivan de una atención oportuna y adecuada.

8. La necesidad de que las víctimas de asaltos sexuales acudan INMEDIATAMENTE o por lo menos, lo más pronto posible, a los servicios de urgencias médicas, sin bañarse ni cambiarse de ropa; si esto no es posible, que traiga la ropa que tenía en el momento de ocurridos los hechos.

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION A VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL, VIOLENCIA DE GENERO E INTRAFAMILIAR Y MALTRATO A MENORES DE EDAD</b>	CODIGO	FECHA DE ELABORACIÓN	
		MNCEX - 01	27 de Octubre de 2010	
		VERSION	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	
02	Abril 2019	HOJA 12 de 21		

Además, debe prestarse especial atención a la presencia de posibles casos de violencia sexual dentro de las siguientes poblaciones altamente vulnerables al problema:

- a) Mujeres y adolescentes usuarios de servicios de Salud Sexual y Reproductiva (SSR);
- b) Usuarias de programas de control prenatal;
- c) Personas usuarias de Programas de Atención Integral en ITS-VIH/sida;
- d) Usuarios de los servicios y programas de atención integral a niñas, niños y adolescentes;
- e) Población de niños, niñas y adolescentes escolarizados y no escolarizados;
- f) Usuarios de los servicios y programas de salud mental y psiquiatría;
- g) Personas en situación de desplazamiento, retorno, o que habiten en zonas afectadas por el conflicto armado, que sean usuarias generales de cualquier servicio de salud;
- h) Mujeres y otras personas con discapacidad;
- i) Mujeres y otras personas privadas de la libertad en centros carcelarios;
- j) Mujeres, niñas, niños, y adolescentes en situación de desastre natural;
- k) Personas con orientaciones sexuales o identidades de género diversas;
- l) Personas pertenecientes a pueblos indígenas y afrodescendientes;
- m) Personas migrantes y refugiadas.

## **2.2 Paso 2. Verificación y mantenimiento de las condiciones mínimas necesarias para brindar una atención integral a la víctima de violencia sexual desde el sector salud**

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION A VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL, VIOLENCIA DE GENERO E INTRAFAMILIAR Y MALTRATO A MENORES DE EDAD</b>	CODIGO	FECHA DE ELABORACIÓN	
		MNCEX - 01	27 de Octubre de 2010	
		VERSION	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	
		02	Abril 2019	
			HOJA 13 de 21	

ACTIVIDADES	RESPONSABLES
Delegar una persona responsable (profesional de las ciencias de la salud o sociales)	Directivas de la Institución.
Conformar el equipo institucional básico conformado por profesionales de medicina, enfermería, trabajo social, salud mental y área administrativa (de acuerdo con el tipo de institución).	Directivas de la Institución.
Capacitar para la apropiación del Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual.	Las directivas de la institución tienen el deber de implementar acciones continuadas para informar y capacitar en el Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual al personal de salud y administrativo que pueda llegar a estar en contacto con una víctima de violencia sexual.
Desarrollar flujogramas de atención en salud y procesos administrativos.	Equipo de atención en salud. De acuerdo con las características de cada entidad.
Adelantar procesos de información y capacitación al interior de la entidad.	Las directivas de la institución tienen el deber de implementar acciones continuadas para informar y capacitar al personal de salud y administrativo que pueda llegar a estar en contacto con una víctima de violencia sexual en los flujogramas de atención interna y procesos administrativos desarrollados.

### Preparativos y procesos de tipo institucional para la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual

ACTIVIDADES	RESPONSABLES
Garantizar insumos y dotación para la atención.	Directivas de la Institución. Equipo de atención en salud.
Seguir las rutas del proceso para lograr la articulación intersectorial e interinstitucional, así como los procesos de referencia y contrarreferencia cuando se requieran.	El equipo de atención en salud, apoyado por las directivas de la institución, debe garantizar el acceso directo a las víctimas, un espacio seguro y confidencial para su atención y los insumos adecuados para la atención, y evitar los procesos de revictimización.
Disponer del directorio de las instituciones de referencia junto a los datos de contacto institucional.	
Activar el proceso de trabajo en red intersectorial e interinstitucional.	Una persona delegada del equipo de cada institución debe entrar en contacto con los comités, redes, o mesas intersectoriales de atención a víctimas de violencia sexual que existan en el departamento o municipio, para el análisis y seguimiento de casos, a través del referente de la Secretaría de Salud Departamental para el tema.
	Diligenciar un directorio de actores e instituciones interesadas y comprometidas que incluya los sectores de protección, justicia y educación.

Fuente: Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual.

### Paso 3. Recepción inmediata de la víctima de violencia sexual en el servicio de urgencias médicas

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION A VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL, VIOLENCIA DE GENERO E INTRAFAMILIAR Y MALTRATO A MENORES DE EDAD</b>	CODIGO	FECHA DE ELABORACIÓN	
		MNCEX - 01	27 de Octubre de 2010	
		VERSION	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	
02	Abril 2019	HOJA 14 de 21		

Recuerde que la violencia sexual desencadena situaciones que pueden poner en peligro inminente la vida y la estabilidad de las personas afectadas, por lo cual se ha establecido que todos los casos de violencia sexual son una urgencia médica, y por lo tanto, se les debe brindar atención de urgencias, acorde con la normatividad vigente en el tema.

Es inaceptable interponer cualquier barrera de acceso para la atención por el servicio de urgencias de las víctimas de violencia sexual

**Dentro de reunión en comité de farmacia y Terapéutica se definió para la Institución que se contara dos kits para mayores y dos kits para menores de 30 kilogramos con lo cual se tendrá la disponibilidad de 4 kits, los cuales estará ubicados en la farmacia satélite de urgencias, para su dispensación oportuna.**

Esto debe ser explicado claramente a cualquier víctima de violencia sexual que consulte inicialmente a servicios distintos del de urgencias, independientemente de que el evento de victimización sexual sea reciente o antiguo, de que se trate de una consulta directa o de una situación de violencia sexual detectada en alguien que consultó por otro motivo, y del tipo de servicio médico por el cual se detecte.

Un servicio de urgencia es la unidad que presta servicios las 24 horas en forma independiente o dentro de una entidad que preste servicios de salud, cuenta con los recursos adecuados tanto humanos como físicos y de dotación que permitan la atención de personas con patología de urgencia, acorde con el nivel de atención y grado de complejidad previamente definidos por el Ministerio de la Protección Social para esa unidad (Anexo Técnico 2 de la Resolución número 1043 de 2006).

Las únicas excepciones para la atención inicial de urgencias de la violencia sexual fuera de un servicio de urgencias son: 1. Que se tenga disponible otro tipo de servicio especializado para la atención inicial de víctimas de violencia sexual, o 2. Que la víctima se niegue a ser atendida en el servicio de urgencias.

La violencia sexual en las primeras 72 horas de ocurrida la victimización, constituye una prioridad I dentro del *triage* de urgencias; luego de 72 horas se puede clasificar como prioridad II, excepto que la víctima acuda con ideación depresiva, de muerte o suicida, sangrado vaginal o uretral severo secundario a trauma, retraso menstrual con sangrado vaginal y dolor severo, agitación psicomotora, confusión, alucinaciones, u otros síntomas y signos físicos o psicológicos que indiquen alto riesgo para la vida o la salud, ante los cuales se dará también prioridad I de *triage* independientemente del tiempo transcurrido entre el momento de la victimización y el de la consulta.

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION A VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL, VIOLENCIA DE GENERO E INTRAFAMILIAR Y MALTRATO A MENORES DE EDAD</b>	CODIGO	FECHA DE ELABORACIÓN	
		MNCEX - 01	27 de Octubre de 2010	
		VERSION	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	
02	Abril 2019	HOJA 15 de 21		

### Es indispensable que:

- a) En el momento que detecte a una víctima de violencia sexual, se establezca emocionalmente y se remita de inmediato a los servicios de urgencias correspondientes, o a aquellos servicios especializados para la atención inicial de urgencias de las víctimas de violencia sexual que se tengan dispuestos específicamente, donde la han de recibir y atender sin ningún tipo de demora, requisito u obstáculo para que se inicie su atención integral;
- b) En el contacto inicial con el servicio de urgencias o el servicio especializado para la atención inicial de urgencias de la víctima de violencia sexual, lo primero que debe realizarse es una valoración del peligro inminente que pueda estar corriendo la vida de la víctima, de modo que se brinde la estabilización necesaria, como paso previo a la continuación de los pasos del protocolo de atención integral en violencia sexual por el sector salud.

### Paso 4. Realizar una completa valoración clínica inicial de la víctima

Una completa valoración clínica de la víctima de violencia sexual debe realizarse tomando en cuenta las necesidades específicas de exploración que plantea cada caso, según se trate de un asalto sexual, un caso de abuso sexual crónico o de abuso y explotación sexual comercial. En tal marco, se deben incluir las exploraciones pertinentes relativas a. examen físico general, examen genital y examen mental. El objetivo primordial de este examen clínico es determinar cuál es el cuidado médico indicado según los requerimientos de la víctima en ese momento para estabilizar su condición, dentro de los lineamientos planteados en este modelo o aquellos adicionales que por la condición clínica se puedan requerir.

Componentes de la atención en salud para víctimas de violencia sexual:

- a. Atención de urgencia. inicio del protocolo de atención en salud mental y salud física,
- b. Diagnóstico clínico y paraclínico de acuerdo con el tipo de violencia sexual,
- c. Profilaxis y tratamiento de ITS-VIH/Sida.
- d. Anticoncepción de emergencia (siempre antes de 72 horas, excepcionalmente antes de 120 h)
- e. Asesoría para Interrupción Voluntaria del Embarazo.
- f. Recolección de evidencias
- g. Orientación a la familia
- h. Planeación de seguimiento y remisión a otros servicios de salud requeridos
- i. Remisión a protección y reporte a justicia.

Es indispensable que: a. Asuma y atienda el caso como una urgencia médica.

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION A VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL, VIOLENCIA DE GENERO E INTRAFAMILIAR Y MALTRATO A MENORES DE EDAD</b>	CODIGO	FECHA DE ELABORACIÓN	
		MNCEX - 01	27 de Octubre de 2010	
		VERSION	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	
02	Abril 2019	HOJA 16 de 21		

b. Evalúe y atienda de manera inmediata cualquier situación que ponga en riesgo inminente la vida de la persona.

c. Con la persona estabilizada, continúe aplicando el resto del protocolo, iniciando por la explicación de los derechos de las víctimas de violencia sexual y por la toma del consentimiento informado para la atención clínica integral.

La anamnesis de la víctima de violencia sexual Se le debe solicitar a la persona que se va a examinar, que haga un relato completo de los hechos. En el caso de requerirse preguntas orientadoras, estas deben ser abiertas; y en el caso de que se requieran preguntas cerradas, es recomendable plantear varias alternativas de respuesta. Deben evitarse preguntas sugestivas que conduzcan u orienten la respuesta hacia una situación que la persona entrevistada no ha mencionado. No deben hacerse suposiciones que le den otro rumbo a la entrevista. Si es necesario puntualizar algún aspecto orientador para el examen, haga preguntas en las que incorpore información que la víctima haya portado previamente.

Es indispensable que:

- b, Evite la revictimización de la persona que está siendo atendida.
- c, Evalúe la situación de seguridad de la víctima para tomar medidas que reduzcan el riesgo de sufrir un nuevo evento de violencia sexual.
- d, Asegure condiciones de confidencialidad y privacidad,
- e. Tome los datos de información general que faciliten la comprensión de la situación clínica.
- f. En cuanto al incidente de violencia sexual, que ha originado la consulta que se está atendiendo, debe quedar caracterizado en la historia clínica de acuerdo con la descripción libre y espontánea que realiza la víctima y/o sus acompañantes.
- g, Registre también en la historia clínica algunas acciones de la víctima que pueden tener implicaciones médico - legales (acciones de lavado o cambio de ropas, vómito, micción o defecación, uso de tampones o toallas higiénicas luego de la agresión sufrida), Consulte el "Reglamento técnico para el abordaje forense integral en la investigación del delito sexual" para complementar sobre éste tema '9.
- h. Averigüe y registre sobre el uso de anticonceptivos por parte de la víctima al momento de la victimización sexual. No obstante, su uso no implica que no se proporcione anticoncepción de emergencia.
- i. Historia menstrual y obstétrica en el caso de mujeres, niñas, adolescentes y adultas. Es pertinente registrar, por ejemplo, si hay antecedentes de partos vaginales o si la víctima se encuentra en estado de gestación, antecedentes de violencia sexual que incluso no estén relacionados con el episodio actual, entre otros. En cambio, no es pertinente preguntar ni registrar, para efectos de la valoración de víctimas de violencia sexual, el número de compañeros sexuales, ni la edad de inicio de las relaciones sexuales.

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION A VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL, VIOLENCIA DE GENERO E INTRAFAMILIAR Y MALTRATO A MENORES DE EDAD</b>	CODIGO	FECHA DE ELABORACIÓN	
		MNCEX - 01	27 de Octubre de 2010	
		VERSION	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	
02	Abril 2019	HOJA 17 de 21		

j. Historia de relaciones sexuales consentidas durante la última semana antes de la victimización sexual sufrida, SOLAMENTE en casos en que se vayan a tomar muestras para análisis de DNA.

k. Historia de mutilación sexual femenina, (Ablación del Clítoris). 1. Estado vacunal ante hepatitis B y tétanos. m. Estado ante el VIH/Sida.

**El examen clínico general de la víctima de violencia sexual:** Si la víctima se encuentra extremadamente agitada, ansiosa o depresiva, al punto de hacerse imposible para la médica o médico general, conducir los correspondientes exámenes físico y mental detallados, y después de la toma de signos vitales y estabilización de situaciones médicas urgentes (incluyendo la valoración y manejo de los riesgos de auto y heteroagresión por parte del médico/a general), debe intentarse la tranquilización verbal; y ante su fallo, debe preferirse proceder a brindar sedación inicial (si está clínicamente indicado). La atención humanizada de la víctima durante toda la valoración clínica a cargo del médico o médica general, explicando todos los procedimientos a realizar y pidiendo el consentimiento explícitamente para efectuar cada uno, junto con la desculpabilización y reiteración a la víctima de que fue valiente al buscar ayuda ante la victimización sufrida, su tranquilización verbal cada vez que sea necesario durante el examen, la sedación inicial si se hace indispensable, y la solicitud de valoración en urgencias por especialista en salud mental en todos los casos, son los componentes de la atención que corresponden inicialmente al médico o médica general a favor del restablecimiento de la salud mental de la víctima.

Adicionalmente, dentro del contexto de la misma urgencia, se debe realizar la evaluación e intervención terapéutica de urgencias por parte de un profesional especializado en salud mental (médica/o psiquiatra o psicóloga/o clínico). Este profesional derivará a la víctima para que continúe con el tipo de atención terapéutica en salud mental que se requiera en el corto, mediano y largo plazo, después de culminada la atención de la urgencia.

Es indispensable que:

a. Siempre se registren los siguientes componentes del examen mental: porte, actitud, conciencia, orientación, pensamiento, afecto, sensopercepción, atención, sueño, memoria, inteligencia, lenguaje, conductas, juicio de realidad, prospección e introspección.

b. Además de los componentes habituales del examen físico, se examine de manera sistemática y dibuje en pictogramas la localización y aspecto exacto de todas las heridas, contusiones, Petequias, marcas y demás signos físicos encontrados, documentando su tipo, tamaño, color, forma y otras peculiaridades. La ausencia de signos en cada segmento anatómico evaluado también debe dejarse documentada, al igual que en el examen mental.

c. Debe ponerse especial atención en el examen de los tímpanos (que suelen resultar lesionados ante bofetadas) y en la descripción de los signos encontrados en el cuello y los senos (incluyendo sugilaciones de las cuales se deben tomar muestras para saliva), así como en los hallazgos de la región paragenital, con frecuencia lesionada durante las agresiones sexuales, o fuente de rastros de fluidos, de los cuales se deben tomar muestras. En pacientes

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION A VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL, VIOLENCIA DE GENERO E INTRAFAMILIAR Y MALTRATO A MENORES DE EDAD</b>	CODIGO	FECHA DE ELABORACIÓN	
		MNCEX - 01	27 de Octubre de 2010	
		VERSION	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	
02	Abril 2019	HOJA 18 de 21		

inconscientes siempre tomar muestras en senos y cuello adicionalmente, en busca de fluidos.

Durante todo el procedimiento de examen físico de la víctima de violencia sexual, se le debe informar todo lo que se va a hacer, solicitando su permiso para hacerlo. Además, se le debe mantener cubierta con una bata y/o sábanas, de modo que solo se vaya descubriendo aquella parte del cuerpo que va a ser examinada.

**El examen clínico genital y anal de la víctima de violencia sexual:** Se recomienda valorar cuidadosamente, dependiendo de la edad, de la narración y vivencia que tenga la persona sobre los hechos, la pertinencia o no de realizar examen físico genital o anal, cuando el evento narrado se basa exclusivamente en tocamientos. Algunos de los pacientes piensan que algo quedó mal en el organismo; hacen somatización, en diferentes dolores pélvicos y el examen cuidadoso y explicado es tranquilizador y previene la presentación de las patologías enunciadas. Cuando la consulta inicial se hace después de 72 horas, pero antes de una semana de transcurrida la agresión sexual, la valoración física y genital se debe orientar a documentar el tamaño y color de cualquier tipo de herida o cicatriz en cualquier parte del cuerpo. Igualmente, se registrará cualquier lesión en proceso de curación y cicatrices en el área genital. Si la consulta ocurre después de una semana de la agresión sexual, y no hay contusiones, laceraciones, ni tampoco quejas, ni síntomas, hay poca indicación para un examen pélvico. Sin embargo, un examen físico general, genital y anal efectuado cuidadosamente en éste tipo de personas, seguido por la explicación de que todo se ha encontrado sin alteraciones, puede resultar tranquilizador y con gran valor terapéutico para quien ha sobrevivido a una experiencia de violencia sexual. Debe también documentarse la edad gestacional, en caso de víctimas que resulten o estén previamente embarazadas.

Es indispensable que:

- Informar previamente a la víctima sobre cada parte del examen genital y anal que vaya a ser realizado, solicitando su aprobación, y respetando el ritmo impuesto por éste, así como sus reacciones emocionales ante algunos componentes del mismo, las cuales deben ser oportunamente manejadas antes de continuar con el resto de la valoración.
- Documentar en la historia clínica la presencia o ausencia de fisuras, desgarros, flujos y sangrados, tanto en el periné anterior, como en el área anal.
- En las mujeres, debe documentarse de manera sistemática el estado de la vulva, las caras interna y externa de los labios mayores, la horquilla vulvar, los labios menores, el área vestibular, el clítoris, el meato urinario, el himen, la fosa navicular, la región anal y perianal.
- En los hombres, deben quedar documentadas las alteraciones clínicas encontradas o la ausencia de éstas, en el examen detallado del escroto y el pene, visualizando cuidadosamente el prepucio, el frenillo, el surco balanoprepucial, el glande, el meato urinario, el ano y la región perianal.

**Paso 5 Tome las pruebas diagnósticas necesarias para explorar el estado de salud de la víctima en la evaluación inicial:** Las pruebas diagnósticas que han de ser solicitadas, en

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION A VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL, VIOLENCIA DE GENERO E INTRAFAMILIAR Y MALTRATO A MENORES DE EDAD</b>	CODIGO	FECHA DE ELABORACIÓN	
		MNCEX - 01	27 de Octubre de 2010	
		VERSION	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	
02	Abril 2019	HOJA 19 de 21		

la generalidad de las víctimas de violencia sexual incluyen 2o : 1. Serología para sífilis (VDRL). 2. Toma endocervical para Gram y cultivo en Agar Chocolate o Thayer Martin orientada a la detección de gonococo. 3. Frotis en fresco tanto para búsqueda de Trichomona vaginalis, como para descartar la presencia de vaginosis bacteriana. 4. Prueba de tamizaje para VIH. 5. Muestra de sangre en busca de antígenos contra hepatitis B. 6. Adicionalmente, se efectúa una búsqueda de espermatozoides en diversas muestras tomadas. La toma de exámenes paraclínicos a excepción de la prueba de VIH, no es requisito para el inicio de las profilaxis contra ITS - VIH/SIDA en las primeras 72 horas La prueba de toma de embarazo no debe retrasar la oportunidad de la prescripción de la anticoncepción de emergencia en las víctimas de violencia sexual. Debido a que la violencia sexual siempre es una urgencia médica no aplican restricciones por nivel de complejidad, ni por tipo de aseguramiento en salud, para que la víctima pueda recibir tanto los para clínicos, como los medicamentos y procedimientos que se requieren En cualquier niña o niño menor de 14 años, así como en niñas, niños y adolescentes NNA, entre 14 y 18 años víctimas de explotación sexual comercial, los diagnósticos de gonorrea, sífilis o VIH, habiéndose descartado transmisión perinatal, son indicativos de violencia sexual. La presencia de Chlamydia o Trichomona resulta altamente sugestiva de violencia sexual.

**Solicitud de Pruebas Diagnósticas en víctimas que consultan en las primeras 72 horas luego de la agresión sexual:** Es indispensable que: a. Se soliciten todas las pruebas diagnósticas mencionadas anteriormente. b. Para todas las víctimas de asalto sexual, abuso sexual o explotación sexual comercial de niñas, niños y adolescentes (ESCNNA) que consultan al sector salud durante las primeras 72 horas de haber sufrido una agresión sexual o un contacto de riesgo, siempre debe ser solicitada una asesoría para prueba de VIH, y la prueba rápida de anticuerpos contra VIH. c. Para víctimas de otros tipos de violencia sexual (trata de personas adultas con fines de explotación sexual, etc.), se realizará la asesoría para prueba de VIH practicada por personal de salud, y la prueba rápida de anticuerpos contra VIH. d. En la historia clínica de todos los casos, debe registrarse la solicitud de dichas pruebas, junto con los resultados obtenidos e interpretaciones correspondientes. e. Adicionalmente, para fines forenses deben tomarse todos aquellos exámenes señalados por los protocolos médico - legales vigentes en Colombia. Ver el "Reglamento técnico para el abordaje forense integral en la investigación del delito sexual" del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

- a. Prueba de Embarazo.
- b. Asesoría para prueba de VIH.
- c. Prueba rápida de anticuerpos para VIH.
- d. Examen confirmatorio para VIH en caso de prueba rápida positiva.
- e. Exámenes diagnósticos y confirmatorios para ITS.

**Solicitud de Pruebas Diagnósticas en víctimas que consultan entre cuatro y cinco días después de la agresión sexual:** Las pruebas diagnósticas que deben ser solicitadas cuando

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION A VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL, VIOLENCIA DE GENERO E INTRAFAMILIAR Y MALTRATO A MENORES DE EDAD</b>	CODIGO	FECHA DE ELABORACIÓN	
		MNCEX - 01	27 de Octubre de 2010	
		VERSION	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	
		02	Abril 2019	
			HOJA 20 de 21	

la víctima consulta entre cuatro y cinco días después de la agresión varían según el tipo de agresión sexual sufrida.

**Es indispensable que:** Para todas las víctimas de asalto sexual, abuso sexual y ESCNNA que consultan entre cuatro y cinco días después de la agresión sexual, y para víctimas de otras formas de violencia sexual que consultan con la misma temporalidad (trata de personas adultas con fines de explotación sexual, etc.), según criterio médico, se deben solicitar las siguientes pruebas y exámenes:

- a) Prueba de Embarazo;
- b) Asesoría para prueba de VIH;
- c) Prueba rápida de anticuerpos para VIH;
- d) Examen confirmatorio para VIH en caso de prueba rápida positiva;
- e) Exámenes diagnósticos y confirmatorios para ITS

#### **Solicitud de pruebas diagnósticas en víctimas que consultan después de cinco días desde la agresión sexual**

##### **Es indispensable que:**

Para todas las víctimas de asalto sexual, abuso sexual y ESCNNA que consultan después de cinco días de ocurrida la agresión sexual, y para víctimas de otras formas de violencia sexual (trata de personas adultas con fines de explotación sexual, etc.), se deben solicitar las siguientes pruebas y exámenes:

- a) Prueba de Embarazo;
- b) Asesoría para prueba de VIH;
- c) Prueba rápida de anticuerpos para VIH;
- d) Examen confirmatorio para VIH en caso de prueba rápida positiva;
- e) Exámenes diagnósticos y confirmatorios para ITS.

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION A VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL, VIOLENCIA DE GENERO E INTRAFAMILIAR Y MALTRATO A MENORES DE EDAD</b>	CODIGO	FECHA DE ELABORACIÓN	
		MNCEX - 01	27 de Octubre de 2010	
		VERSION	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	
02	Abril 2019	HOJA 21 de 21		

**Otras pruebas diagnósticas que pueden ser solicitados durante la atención en salud de la víctima de violencia sexual:**

Independientemente del tipo de agresión sexual sufrida o del momento de consulta después de ésta, la médica o médico debe solicitar todos aquellos exámenes diagnósticos que sean necesarios según la condición clínica de la víctima, con el objetivo de garantizar una atención integral en salud con calidad. • En todos los casos, en la historia clínica se debe dejar registro tanto de la solicitud como de los resultados e interpretaciones de las pruebas realizadas.

**Paso 6 Asegure profilaxis sindromática para ITS:** Durante la consulta inicial por salud Realizar profilaxis sindromática para ITS según esquemas recomendados por la Organización Mundial de la Salud en el año 2005, para cubrir las ITS más frecuentes sufridas por las víctimas de violencia sexual (ver esquemas en las ayudas didácticas tipo memo fichas que complementan este protocolo)

Es indispensable que:

- a) Se realice la prescripción inmediata de profilaxis sindromática para ITS en todos los casos de asalto sexual;
- b) Se recomienda usar la profilaxis sindromática para ITS en casos de abuso sexual, ESCNNA y otras formas de violencia sexual en las cuales se encuentren síntomas o signos clínicos compatibles con la infección;
- c) Se aplique la profilaxis para Hepatitis B, mediante inicio o complemento de los esquemas vacunales. La EPS tiene la obligación de proveer la vacuna contra hepatitis B a los pacientes víctimas de violencia sexual. La gamaglobulina antihepatitis B se aplica si se dispone de ella, pero la vacuna es siempre obligatoria. Lo cual aplica en casos de niños, niñas, adolescentes y personas adultas;

Concordancias

- d) Aplicar vacunación antitetánica dependiendo del estado de inmunización previo a la agresión sexual.

Profilaxis HEPATITIS B. Aplicar de acuerdo con criterio medico y disponibilidad.

Se debe iniciar el esquema de vacunación y aplicar una dosis única de GAMAGLOBULINA ANTI HEPATITIS-B; la aplicación de la gamaglobulina puede prevenir el 75% de los casos, aunque su aplicación no debe exceder los 14 días del último contacto sexual para considerarla útil.

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION A VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL, VIOLENCIA DE GENERO E INTRAFAMILIAR Y MALTRATO A MENORES DE EDAD</b>	CODIGO	FECHA DE ELABORACIÓN	
		MNCEX - 01	27 de Octubre de 2010	
		VERSION	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	
		02	Abril 2019	
			HOJA 22 de 21	

## 1. VACUNA CONTRA HEPATITIS B:

Se debe iniciar antes de 24 horas.

La dosis depende de la presentación disponible, en promedio se acepta 0.12 a 0.20 ml/kg.

-- Dosis pediátrica: de 5 a 10 ug (según el laboratorio productor). Se administra hasta los 10 años.

-- Dosis adolescentes: de 10 a 20 ug (según laboratorio productor). Se administra hasta 19 años inclusive.

-- Dosis adultos: de 20 ug, a partir de los 20 años.

La primera y la segunda dosis deben estar separadas por un intervalo mínimo de 4 semanas. Es de preferencia un periodo más largo entre la segunda y tercera (6 meses); aunque hay esquemas rápidos de 0-1-2 meses; en estos casos se aconseja una cuarta dosis 6-12 meses después (estos esquemas se utilizan en personas con alto riesgo de exposición).

## 2. GAMMAGLOBULINA ANTIHEPATITIS-B (HBIG)

Para profilaxis simultanea, administrar 0.06 ml/kg de peso corporal al mismo tiempo que la primera inyección de la vacuna. Si no se aplica una profilaxis simultanea (inicialmente solo la vacunación) 0.06 ml/kg de peso corporal de GAMMAGLOBULINA ANTIHEPATITIS-B, debe ser administrada tan pronto como sea posible después de la exposición. Repetir a las 4 semanas usando la misma dosis.

### **Paso 7 Asegure profilaxis para VIH/Sida durante la consulta inicial por salud**

Es inaceptable cualquier retraso en la prescripción y suministro de profilaxis para VIH/Sida cuando está indicada.

La toma de exámenes de laboratorio no es pre requisito para iniciar la profilaxis descrita en las ayudas didácticas de este protocolo, a excepción de la prueba de VIH antes de iniciar tratamiento profiláctico con ARV.

Las instituciones deben tener (en farmacia o urgencias) el Pep Kit completo, para personas adultas y para niñas y niños, incluyendo el listado de elementos que debe contener y sus fechas de vencimiento.

### **Durante las primeras 72 horas de ocurrida la agresión sexual**

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION A VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL, VIOLENCIA DE GENERO E INTRAFAMILIAR Y MALTRATO A MENORES DE EDAD</b>	CODIGO	FECHA DE ELABORACIÓN	
		MNCEX - 01	27 de Octubre de 2010	
		VERSION	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	
02	Abril 2019	HOJA 23 de 21		

**Es indispensable que:**

a) Ordene o suministre la profilaxis para VIH/Sida. SIEMPRE está indicada en todos los casos de asalto sexual que consultan dentro de las primeras 72 horas después de la agresión;

b) La profilaxis para VIH/Sida está indicada en otros tipos de agresión sexual (abuso sexual, ESCNNA y otras formas de violencia sexual como trata de personas adultas con fines de explotación sexual, entre otras, que consultan dentro de las primeras 72 horas) cuando se verifique que la prueba inicial es negativa y se determine clínicamente que existen condiciones de alto riesgo para contraer la enfermedad.

Se pueden presentar condiciones de riesgo: luego del primer episodio de esos tipos de agresión sexual o de un contacto sexual con especial riesgo detectado para VIH/Sida.

**Transcurridas 72 horas desde la agresión sexual**

**Es indispensable que:**

En cualquier caso de asalto sexual, abuso sexual, ESCNNA y otras formas de violencia sexual que consultan luego de transcurridas 72 horas de la agresión inicial o de un contacto de alto riesgo reconocido para VIH/Sida, se procede a iniciar manejo integral según protocolos si los resultados de las pruebas diagnósticas lo indican necesario.

**Paso 8. Asegure anticoncepción de emergencia y Acceso a Interrupción Voluntaria del Embarazo**

Es inaceptable cualquier retraso en la prescripción y suministro de la anticoncepción de emergencia indicada.

**Durante las primeras 72 horas de ocurrida la agresión sexual**

**Es indispensable que:**

a) De **manera rutinaria** debe ser prescrita la **anticoncepción de emergencia de tipo hormonal en todo caso de violencia sexual** (asalto, abuso, ESCNNA u otros tipos) que involucre riesgo potencial de embarazo y que consulte durante las **primeras 72 horas** luego de la agresión sexual;

b) La anticoncepción de emergencia no se debe supeditar a los resultados de ningún examen paraclínico. Si bien es preferible que se cuente con el resultado de una prueba de embarazo negativa antes de prescribir Levonorgestrel, cuando no se cuenta con una prueba rápida de

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION A VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL, VIOLENCIA DE GENERO E INTRAFAMILIAR Y MALTRATO A MENORES DE EDAD</b>	CODIGO	FECHA DE ELABORACIÓN	
		MNCEX - 01	27 de Octubre de 2010	
		VERSION	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	
02	Abril 2019	HOJA	24 de 21	

embarazo que resuelva la situación en el mismo sitio y momento de la consulta de urgencias, la ausencia del resultado de la prueba no debe ser un impedimento para proporcionar oportunamente esta anticoncepción a la víctima de violencia sexual. No hay ningún daño reportado en la mujer, o el feto, durante el embarazo, si se usan anticonceptivos de emergencia en mujeres que ya están embarazadas.

### Esquema Anticoncepción de Emergencia Hormonal

Anticoncepción de Emergencia (AE) – Administrar Levonorgestrel en la dosis de 1500 microgramos (dos tabletas juntas).

Profilaxis para Embarazo. – La anticoncepción de emergencia con levonorgestrel se puede administrar dentro de las 72 horas transcurridas luego de la ocurrencia de los hechos; pero es muy importante administrarla lo más pronto posible, pues está demostrado que por cada hora perdida entre el momento de los hechos y su administración, se pierde su efectividad en forma considerable.

La AE además de usarse en casos de asalto sexual también se aplica en los casos de abuso en mujeres con relaciones sexuales penetrativas, con contacto del semen con la vulva o con otro riesgo de que se produzca un embarazo.

Haga seguimiento al mes para verificar que la paciente no haya quedado en embarazo por motivo de la VS, y si es así, hay que dar la asesoría en IVE y si la paciente lo decide, garantizar la IVE.

**Método Combinado o Yuzpe:** otro esquema que también puede ser utilizado para brindar la anticoncepción de emergencia hormonal consiste en la toma vía oral de **dos tabletas de anticoncepción de altas dosis (cada una conteniendo 250 µg de Levonorgestrel y 50 µg de Etinilestradiol) dentro de las 72 horas (tres días) siguientes de una relación sexual sin protección, seguidas de dos tabletas 12 horas más tarde.** También se pueden utilizar anticonceptivos hormonales de menores dosis-30-35 µg de Etinilestradiol (usualmente 4 tabletas iniciales y 4 a las 12 horas). Lo importante es asegurar una dosis inicial de 100 µg de etinilestradiol y 500 µg de Levonorgestrel seguida por una dosis igual 12 horas después (Ver: Resolución 769 de 2008 del Ministerio de la Protección Social).

#### **Después de 72 y antes de 120 horas de una agresión sexual:**

**Es indispensable que:**

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION A VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL, VIOLENCIA DE GENERO E INTRAFAMILIAR Y MALTRATO A MENORES DE EDAD</b>	CODIGO	FECHA DE ELABORACIÓN	
		MNCEX - 01	27 de Octubre de 2010	
		VERSION	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	
02	Abril 2019	HOJA 25 de 21		

a) Cuando la consulta se realiza después de 72 y antes de 120 horas (5 días) de una agresión sexual que involucra riesgo de embarazo (asalto sexual, abuso sexual, ESCNNA u otros tipos de violencia sexual), puede efectuarse **anticoncepción de emergencia con DIU**, siempre que se cumpla con los criterios clínicos para que este tipo de dispositivo pueda ser usado por la paciente (Ver: Resolución número 769 de 2008 del Ministerio de la Protección Social);

b) Se suministre la información sobre el derecho a la IVE; esta **no debe estar supeditada** a un resultado positivo en la prueba de embarazo, pues hace parte de los derechos que tienen que ser explicados a la víctima al inicio de la atención, y todo el equipo que atiende víctimas de violencia sexual debe estar en capacidad de darla;

c) La **información sobre el derecho a IVE debe darse desde el primer contacto de la víctima de violencia sexual, y continuarse dando siempre que esta acuda a los servicios de salud** y durante todo el tiempo que la mujer esté en contacto con dichos servicios, en casos de: asaltos sexuales, abusos sexuales, ESCNNA, Trata de personas con fines de explotación sexual, y en otros tipos de violencia sexual que lo ameriten, según criterio médico.

La interrupción voluntaria del embarazo (IVE) es una **opción de las mujeres** frente al embarazo resultante de violencia sexual y una intervención orientada a prevenir la morbi-mortalidad materna y los daños personales, familiares y sociales que genera. Su esquema de manejo debe ser **integral** y con **perspectiva de género**.

De acuerdo con la Sentencia C- 355 de 2006 de la Corte Constitucional colombiana, **la IVE es un derecho de las víctimas de violencia sexual**. No importa si el profesional de salud consultado es objetor de conciencia para este procedimiento; la víctima de violencia sexual tiene derecho a recibirlo oportunamente si esa es su decisión, de modo que debe ser derivada sin demora alguna hacia otro profesional que realice el procedimiento, lo antes posible. Si el profesional objetor de conciencia es el único disponible para realizar el procedimiento de IVE solicitado por la víctima de violencia sexual, y no se puede asegurar un mecanismo de referencia o este implicaría demoras y dilatación en la atención, prevalecerá el derecho de la mujer solicitante por sobre el del objetor, y este deberá realizar el procedimiento sin dilaciones.

**Es constitucionalmente inaceptable que transcurran más de cinco días corridos entre la solicitud y la realización de una IVE a cualquier mujer embarazada como resultado de violencia sexual que exprese su decisión de ejercer ese derecho.**

**Es una mera formalidad la solicitud de una denuncia por violencia sexual a cualquier mujer con 14 años o menos que solicite una IVE, pues se presume que fue víctima de violencia sexual. En estos casos NUNCA se debe retrasar la realización de la IVE solicitada en espera de una denuncia. Sentencia T-209 de 2008.**

La **decisión de la niña prima sobre la de sus padres**, en caso de que ellos no estén de

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION A VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL, VIOLENCIA DE GENERO E INTRAFAMILIAR Y MALTRATO A MENORES DE EDAD</b>	CODIGO	FECHA DE ELABORACIÓN	
		MNCEX - 01	27 de Octubre de 2010	
		VERSION	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	
02	Abril 2019	HOJA 26 de 21		

acuerdo con la IVE, pero ella la solicite. Sentencias T-209 de 2008, T-388 de 2009, C-355 de 2006.

Los componentes para una atención adecuada de la IVE por violencia sexual se resumen en el cuadro incluido a continuación, y pueden ser consultados de manera extensa en el Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, versión 2010<sup>[22]</sup>.

Se deben explicar todos los riesgos y beneficios del procedimiento, en el marco de la toma de consentimiento informado.

**Recepción empática y no revictimizadora por parte de todas las personas trabajadoras de la institución sanitaria que entren en contacto con la víctima**

Una actitud adecuada por parte de trabajadoras y trabajadores sanitarios, protege la salud mental de la víctima y resulta central para una resolución positiva de la victimización sexual.

Para ello, se requiere que TODO el personal de las instituciones de salud y las rutas de atención, participe periódicamente en sesiones de sensibilización y capacitación en violencia sexual, derechos de las víctimas, rutas de atención y primeros auxilios psicológicos, acordes con su perfil profesional. Junto con el personal asistencial propiamente dicho, el personal administrativo, gerencial y de seguridad, debe ser incluido.

**2.9.1.2 Primeros auxilios psicológicos**

Los **primeros auxilios psicológicos** son brindados por la **médica o el médico general de urgencias, junto con las demás personas del equipo de salud no especializado en salud mental**, que atienden el caso con el objetivo de preparar el terreno para la posterior recuperación emocional de la víctima. Por lo tanto, es importante que las personas profesionales en medicina, demás personas profesionales y técnicas implicadas en la atención inicial en salud de la víctima de violencia sexual estén entrenadas para brindar los primeros auxilios emocionales desde su quehacer profesional específico.

La médica o médico general de urgencias debidamente entrenado/a debe efectuar también la evaluación inicial en salud mental y el manejo de los riesgos de auto y heteroagresión que encuentre en la víctima. SIEMPRE se debe realizar una interconsulta médica especializada de urgencias con la o el psiquiatra, la o el psicólogo clínico o con entrenamiento en clínica, para que se garantice el cubrimiento de los aspectos especializados de la atención clínica inicial en salud mental.

**Los primeros auxilios psicológicos NUNCA reemplazan a la atención especializada de salud mental que toda víctima de violencia sexual debe recibir en el marco de su atención inicial de urgencias.**

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION A VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL, VIOLENCIA DE GENERO E INTRAFAMILIAR Y MALTRATO A MENORES DE EDAD</b>	CODIGO	FECHA DE ELABORACIÓN	
		MNCEX - 01	27 de Octubre de 2010	
		VERSION	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	
02	Abril 2019	HOJA 27 de 21		

Los **primeros auxilios psicológicos** para las víctimas de violencia sexual involucran los siguientes componentes:

1. Orientación y apoyo a la víctima en torno a su revelación sobre la agresión sexual sufrida.
2. Apoyo inmediato y constante durante todo el proceso de conducción de la valoración e intervenciones por la médica o el médico general.
3. Promover la desculpabilización de la víctima.
4. Permitir y promover que la víctima y sus acompañantes se expresen desde las emociones y no desde la racionalidad.
5. No se debe presionar a hablar de los hechos ocurridos.
6. Se darán explicaciones sobre los posibles síntomas que pueda tener la víctima.
7. Orientar e informar adecuadamente a la víctima y su familia sobre sus derechos y las rutas de atención.
8. Apoyar la búsqueda de mecanismos individuales, familiares, sociales e institucionales para la protección de la víctima.
9. Activar estrategias y rutas de protección.
10. Efectuar una completa valoración física y mental acorde con los requerimientos de la valoración inicial de urgencias para una víctima de violencia sexual, garantizando los principios del trato humanizado, digno y la confidencialidad.

Al médico/a general siempre le corresponderá la detección y estabilización previa de las víctimas de violencia sexual, que exhiban riesgo de auto o heteroagresión, así como la hospitalización o remisión para protección en casos de riesgo de revictimización o ausencia de mecanismos de protección efectivos para la seguridad en general de la víctima, pues esto pertenece al campo de las competencias mínimas de la atención de urgencias médicas, que el perfil profesional del médico general debe cumplir.

La sedación a una víctima en riesgo de auto o heteroagresión –en los casos que se requiera– debe ser efectuada por el médico general a cargo del caso, entendiéndose como una acción previa a la llegada de la médica o médico psiquiatra. Una vez se verifiquen las condiciones médicas de base, cuya corrección ha de priorizarse antes de sedar y contando con una evaluación basal de signos vitales, el médico o médica general puede emplear alguno de los esquemas descritos en el capítulo 6 del Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual.

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION A VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL, VIOLENCIA DE GENERO E INTRAFAMILIAR Y MALTRATO A MENORES DE EDAD</b>	CODIGO	FECHA DE ELABORACIÓN	
		MNCEX - 01	27 de Octubre de 2010	
		VERSION	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	
02	Abril 2019	HOJA 28 de 21		

Referirse al esquema de sedación sugerido para manejo psicofarmacológico del riesgo auto o heteroagresivo.

La intervención especializada ha sido diseñada como un procedimiento de intervención en crisis que debe ser llevado a cabo por la médica o médico psiquiatra, la psicóloga o psicólogo clínico, debidamente entrenados. Posteriormente, si dichos profesionales lo consideran necesario, la víctima puede ser referida para continuar su atención ambulatoria para completar una psicoterapia breve por psiquiatría o psicología en consulta externa, o puede ser derivada para atención integral en salud mental a cargo de un equipo interdisciplinario. La decisión por alguna de estas dos opciones se puede tomar una vez terminada la valoración inicial de urgencias y la primera sesión de terapia breve por especialista orientada hacia la intervención en crisis

**Diagnósticos clínicos específicamente relacionados con el evento de violencia sexual sufrido:**

<b>Código CIE -10 Nombre del Diagnóstico</b>
<p>T74.2 Abuso sexual.</p> <p>Y05 Agresión sexual con fuerza corporal.</p> <p>Y05.0 Agresión sexual con fuerza corporal, en vivienda</p> <p>Y05.1 Agresión sexual con fuerza corporal, en institución residencial.</p> <p>Y05.2 Agresión sexual con fuerza corporal. en escuelas. otras instituciones y áreas administrativas públicas.</p> <p>Y05.3 Agresión sexual con fuerza corporal, en áreas de</p> <p>Y05A Agresión sexual con fuerza corporal, en calles y carreteras.</p> <p>Y05.5 Agresión sexual con fuerza corporal, en comercio y áreas de servicios.</p> <p>Y05.6 Agresión sexual con fuerza corporal, en área industrial y de la construcción.</p> <p>Y05.7 Agresión sexual con fuerza corporal, en granja.</p> <p>Y05.8 Agresión sexual con fuerza corporal. en otro lugar especificado,</p> <p>Y05.9 Agresión sexual con fuerza corporal, en otro lugar no especificado.</p> <p>Z08.8 Examen y observación consecutivos a denuncia de violación y seducción,</p>

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION A VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL, VIOLENCIA DE GENERO E INTRAFAMILIAR Y MALTRATO A MENORES DE EDAD</b>	CODIGO	FECHA DE ELABORACIÓN	
		MNCEX - 01	27 de Octubre de 2010	
		VERSION	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	
02	Abril 2019	HOJA 29 de 21		

## LA ATENCION DEL MALTRATO FÍSICO DE LOS MENORES DE EDAD

### SOSPECHA DE MALTRATO

Para diagnosticar el maltrato es necesario pensar que existe y que si se indaga sobre factores de riesgo, se aumenta la probabilidad de detectarlo de manera precoz y oportuna; que la consulta que se realiza podría ser la única oportunidad de interrumpir el dolor y la situación de disfuncionalidad familiar extrema y que está en las manos del personal de salud que atiende al niño/a, confrontar por primera vez a la familia con su propia realidad de violencia.

Es de vital importancia considerar el diagnóstico a la menor sospecha, especialmente cuando no hay correlación entre la información que se ha obtenido en la historia clínica y los hallazgos al examen físico y/o las pruebas de laboratorio, o la actitud de los padres cuando es francamente hostil o cuando son demasiado solícitos frente a un niño atemorizado y muy callado, existe control extremo de un padre sobre el otro, se niegan a responder preguntas o se han demorado en buscar ayuda.

El maltrato ejercido contra los niños y niñas tiene repercusiones sobre ellos. A nivel físico las consecuencias dependen de la severidad de la lesión que puede llegar hasta la muerte. Las secuelas pueden ser de tipo funcional y/o estético. A nivel psicológico es la determinación que el maltrato ejerce en los patrones de relación interpersonal. En muchas ocasiones, el niño o la niña “aprenden” que la manera de relacionarse con el mundo es a través de la agresión y en adelante reproducirán el maltrato del que han sido víctimas, ejerciéndolo contra las personas con quienes se relacionan, especialmente si éstas están de alguna manera en situación de indefensión como los (as) niños, los ancianos (as), los (as) discapacitados (as) etc.

Las historias clínicas pueden ser documentos probatorios en casos de Maltrato Infantil, y por tanto debe registrarse con mucho cuidado toda la información obtenida.

Por último, es conveniente enfatizar que cuando se diagnostica en un niño Maltrato Infantil, se está dando a la familia la oportunidad de cambiar su funcionamiento y, por supuesto, al tratar a tiempo a los niños y a las niñas se está interrumpiendo la transmisión de la violencia de generación a generación y por lo menos paliando el daño psicológico severo que se genera, y no pocas veces evitando el maltrato o muerte de uno o varios niños de la misma familia o comunidad.

### DIAGNÓSTICO

#### CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN DE MENORES VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL

Signos y Síntomas de Alarma

Dificultad para caminar o sentarse, dolor o	Depresión con o sin ideación suicida.
---	---------------------------------------

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION A VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL, VIOLENCIA DE GENERO E INTRAFAMILIAR Y MALTRATO A MENORES DE EDAD</b>	CODIGO	FECHA DE ELABORACIÓN	
		MNCEX - 01	27 de Octubre de 2010	
		VERSION	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	
		02	Abril 2019	
			HOJA 30 de 21	

molestias en el área genital, sangrado en boca, ano o vagina.	
Miedo a dormir solo.	
Desordenes de la alimentación.	
Enuresis o encopresis.	Angustia marcada ante el llanto de otros niños (as)
Masturbación excesiva.	No querer llevar el apellido del padre.
Embarazo precoz.	Rechazo hacia el padre u otros familiares
Cuerpos extraños en ano o vagina.	Pérdida de la memoria.
Enfermedades de transmisión sexual.	Intento de suicidio.
Miedo a dormir solo.	Fugas de la realidad.
Regresión del lenguaje	Ansiedad, inestabilidad emocional.
Autoestima disminuida.	Trastornos del sueño.
Preocupación por temas sexuales.	Promiscuidad con un adolescente.
Consumo de alcohol o drogas.	Temor a los adultos.
Trastornos somáticos.	Cambios en el rendimiento escolar.
Agresividad y negativismo.	Agresividad y negativismo.
Miedo de ir a la casa o a la escuela.	Demasiada movilidad o excesiva quietud.
Hábitos desordenados.	Tartamudeo, comerse las uñas, tics.
Hipocondría, miedos o fobias.	Falta de actividad exploratoria.
Intentos de suicidio.	Uso de alcohol o drogas.
Pesadillas e insomnios.	Sentimientos de inferioridad, dificultad de concentración, aislamiento social.
Depresión.	Robos caseros.
Miedos a objetos o situaciones.	Retardo en el desarrollo Psicomotor
Autoexigencias excesivas.	Desconfianza hacia personas ajenas al grupo familiar.

La presencia de algunos de los signos o síntomas anteriores pueden indicar sospecha de un niño (a) maltratado psicológicamente. En estos casos el menor deberá ser remitido para la confirmación diagnóstica, por personal debidamente capacitado.

### Signos y Síntomas

En el siguiente cuadro se realiza un inventario de los hallazgos más frecuentes al examen físico, que deben alertar a los clínicos sobre la posibilidad de un caso de maltrato en un niño/a

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION A VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL, VIOLENCIA DE GENERO E INTRAFAMILIAR Y MALTRATO A MENORES DE EDAD</b>	CODIGO	FECHA DE ELABORACIÓN	
		MNCEX - 01	27 de Octubre de 2010	
		VERSION	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	
		02	Abril 2019	
			HOJA 31 de 21	

Sistema/ órgano/ área	Síntomas
Piel y tejidos blandos	Edema (inflamación) Equimosis y Hematomas (Moretones), en cara, extremidades, nalgas o tronco. Cicatrices que evidencian el objeto con el que fueron hechas: quemaduras con cigarrillos, plancha, líquidos, en pies, manos, espalda o nalgas. Heridas profundas en tejidos blandos de cavidad oral. Laceraciones en tejidos blandos de cavidad oral
Esquelético	Fracturas en menores de un año, fracturas frecuentes, mal tratadas y mal cicatrizadas Fracturas nasales, dentales y en cavidad bucal. Dislocación del hombro o del codo. Contusiones del hombro o del codo. Esguinces de 1º, 2º y 3 er. Grados Contusiones o machacamientos.
Sistema Nervioso Central:	Trauma craneoencefálico que genera desde hematomas del cuero cabelludo, moretones, heridas pequeñas sin pérdida de la conciencia, sin convulsiones hasta pérdida de conciencia, hemorragias subaracnoideas, hematomas intracraneales, convulsiones, coma.
Respiratorio	Casi ahogamiento. Broncoaspiraciones.
Órganos de los Sentidos	Heridas y/o hematomas de párpados sin compromiso del globo ocular. Heridas del globo ocular. Lesiones corneales - Desprendimiento de retina. Heridas del pabellón auricular y del conducto auditivo externo. Hemorragia en el oído medio o interno. Ruptura del tímpano. Hemorragia nasal que cede fácil al taponamiento. Desviación del tabique.
Cavidad Abdominal	Golpes, hematomas, contusiones que no comprometen las vísceras, sólo la pared. Ruptura de vísceras, Peritonitis.
Otros	Todo abdomen agudo sin explicación clara. Signos de traumatismo en otras localizaciones, cuya explicación no sea clara.

**Múltiples lesiones en diferente estado de cicatrización tienen que hacer sospechar el maltrato.**

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION A VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL, VIOLENCIA DE GENERO E INTRAFAMILIAR Y MALTRATO A MENORES DE EDAD</b>	CODIGO	FECHA DE ELABORACIÓN	
		MNCEX - 01	27 de Octubre de 2010	
		VERSION	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	
02	Abril 2019	HOJA 32 de 21		

### Historia Clínica

Ante un posible caso, realice una Historia Clínica completa y objetiva. Observe incongruencias en la información. En lo posible, interrogue al niño o a la niña a solas, (niños mayores de 3 años pueden proporcionar información muy valiosa). Observar la actitud del agredido y de los acompañantes, muchas veces estos mismos han sido los agresores. El niño o niña generalmente están temerosos, silenciosos, irritables, eluden la mirada y la presencia de quien los acompaña. Una vez identificada la lesión, reinterrogue de forma detallada su historia. El agresor por lo general tiene manifestaciones excesivas de protección y afecto hacia el niño, utiliza un lenguaje sutil y exagera o distorsiona la descripción de lo sucedido.

### TRATAMIENTO DEL AGREDIDO (A)

En el proceso de atención, todo el personal de salud debe evitar juzgar tanto al niño (a) como a los agresores(as). Es importante proporcionarle al menor seguridad y confianza e iniciar el manejo del dolor.

De acuerdo con el tipo y severidad de la lesión, el niño o la niña deben ser atendidos por un médico. A mayor nivel de complejidad de la lesión, deben ser remitidos a centros asistenciales que cuenten con los recursos tecnológicos y humanos necesarios.

### Atención Psicológica durante la Urgencia

Los profesionales idóneos para dar esta atención son el psicólogo (a) o el psiquiatra; en aquellos lugares donde no existan dentro del equipo multidisciplinario, otra persona del equipo de salud que tenga facilidad para comunicarse con los niños, para darle seguridad y restituirle la confianza en sí mismo, resulta la persona indicada, y debe contar con formación básica en el tema. Es importante exaltar sus cualidades y dejarle ver que puede confiar en quienes lo atienden. Si el niño o la niña desea hablar de lo sucedido, es importante dejar que lo haga con amplitud, si no desea hacerlo deben dejarse las puertas abiertas para que lo haga.

De acuerdo con la situación psicológica del menor, se deberá definir el plan de tratamiento requerido.

### Hospitalización

El criterio a utilizar para decidir la hospitalización no es solamente clínico. Debe tenerse también en cuenta el riesgo de volver a ser agredido, o de no ser adecuadamente atendido en su casa. Si cualquiera de estas dos circunstancias se sospecha, la hospitalización debe ser inmediata y durante el tiempo necesario para garantizar su adecuada atención y los contactos con las instituciones de protección.

### Intervención al Posible Agresor (a)

La atención psicológica es el aspecto más importante a tener en cuenta con respecto al posible agresor (a). Por lo general es altamente resistente a reconocer la necesidad de ayuda terapéutica, por lo que es necesario buscar diferentes medios para comprometerlo con ella. Es preciso en todos los casos de maltrato donde se identifique al agresor, realizar remisión del agresor a su EPS. Para tal fin la EPS del agredido, deberá remitir los datos del caso a la

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION A VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL, VIOLENCIA DE GENERO E INTRAFAMILIAR Y MALTRATO A MENORES DE EDAD</b>	CODIGO	FECHA DE ELABORACIÓN	
		MNCEX - 01	27 de Octubre de 2010	
		VERSION	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	
02	Abril 2019	HOJA 33 de 21		

EPS del agresor y asegurar la instauración del tratamiento requerido. La EPS del agresor es responsable de hacer búsqueda activa del caso e inducir la demanda de la atención.

### NOTIFICACIÓN EVENTO DE INTERES EN SALUD PÚBLICA

El médico tratante está en la obligación de diligenciar las fichas de notificación con letra clara y legible, en su totalidad y enviarla al área de epidemiología de la institución para seguir el flujo de la notificación. Es importante tener en cuenta que el evento cuenta con ficha cara A ó de datos básicos y cara B ó de datos complementarios.

Además si hay conocimiento o sospecha que un niño o niña ha sido víctima de maltratos, tienen la OBLIGACIÓN de NOTIFICAR el hecho ante la Comisaría de Familia el Centro Zonal del ICBF o el Juzgado de Familia. En su defecto debe informarse a la Policía, a la Personería, a la Procuraduría a la Defensoría o a la Fiscalía Para facilitar el cumplimiento de este deber las Instituciones deberán crear mecanismos para notificar con oportunidad.

#### SEGUIMIENTO

Se pretende evaluar la eficacia de la intervención realizada y evitar que se repita el problema. Dependiendo de la complejidad del caso, pueden participar desde personas de la comunidad hasta personal especializado en salud o del área legal.

En caso de maltrato físico leve se debe realizar evaluación a la semana de intervenido el caso y visitas domiciliarias al mes, a los cuatro meses y al año.

En caso de maltrato físico grave se debe efectuar evaluación permanente hasta determinar que está fuera de peligro, y visitas domiciliarias a los quince días, a los dos meses, a los seis meses y al año. Citaciones periódicas del menor y su familia.

#### TRATAMIENTO

Durante la atención es importante crear conciencia, tanto en el niño o niña como en la familia, de los factores que desencadenan el maltrato, y dar alternativas para su solución que no impliquen actos violentos. El personal de salud debe proporcionarle seguridad al niño o niña, debe evitar los juicios de valor, debe transmitirle la certeza de poder contar con su atención cuando éste la requiera. Puede ser conveniente sugerirle a la familia que asista a grupos de apoyo como la escuela de padres, o grupos comunitarios de autoayuda.

Para los casos de maltrato psicológico de mayor severidad, la responsabilidad del personal de salud del primer nivel es remitir al niño o niña y su familia para la atención especializada y hacerle seguimiento para garantizarla.

#### DENUNCIA

Todos los miembros de una institución de salud, que tengan conocimientos o sospecha que un niño o niña ha sido víctima de malos tratos, tienen la OBLIGACION de denunciar el hecho ante la Comisaría de Familia o el Centro Zonal del ICBF o el Juzgado Promiscuo de Familia En su defecto debe informarse a la Policía, a la Personería, a la Procuraduría, a la Defensoría o a

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION A VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL, VIOLENCIA DE GENERO E INTRAFAMILIAR Y MALTRATO A MENORES DE EDAD</b>	CODIGO	FECHA DE ELABORACIÓN	
		MNCEX - 01	27 de Octubre de 2010	
		VERSION	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	
02	Abril 2019	HOJA 34 de 21		

la Fiscalía. Para facilitar estos trámites las Instituciones de salud deben desarrollar mecanismos para denunciar oportunamente.

## NOTIFICACIÓN

Se debe garantizar el reporte del evento al sistema de vigilancia en salud pública SIVIGILA, a entes de protección, justicia y policía.

## SEGUIMIENTO

Pretende garantizar que se suministre el tratamiento de la complejidad necesaria. Es responsabilidad del personal de salud realizarlo. Debe remitirse cuando requiera tratamiento especializado.

Reconocer el abuso sexual es difícil para muchos médicos y para otros profesionales quienes condenan el hecho de que haya adultos que abusan de los niños para su propia gratificación; esto es particularmente difícil cuando el niño ha sido abusado por un familiar que puede ser también su paciente.

Otro problema relacionado con el reconocimiento del abuso sexual, es que en la formación médica inicial no se enseña la anatomía genital en niños prepúberes.

En muchos casos de abuso físico, los hallazgos médicos son obvios, sea como lesiones recientes o signos de fracturas antiguas que pueden ser vistas con rayos x, y puede ser comparativamente más fácil reconocer la existencia previa del abuso. No pasa lo mismo con el abuso sexual.

Análisis de historias clínicas en casos de abuso sexual conocido o sospechado, revelan que por encima del 80% de los niños pueden no presentar lesiones recientes o antiguas. En la mayoría de las investigaciones por abuso sexual, la información obtenida de una entrevista apropiada con el niño es mejor evidencia que el examen médico.

Es importante recordar que una proporción de niños (as) quienes han sido abusados sexualmente también pueden haber sido abusados físicamente.

La ausencia de hallazgos al examen en menores abusados (as) sexualmente puede explicarse por el tiempo transcurrido desde la ofensa, (lesiones del área genital sanan rápidamente y pueden sanar sin dejar cicatriz.), porque el ofensor (a) pudo haber restringido su actuación a besos, frotamiento, caricias y masturbación o a otros actos para conseguir en forma deliberada gratificación sexual del abusador (a) , sin causar lesiones visibles al niño(a). La penetración pudo ser anal y no dejar lesiones o solo dejar pequeñas lesiones. El abuso anal lo realizan en niños y niñas.

Los mitos o falsas creencias acerca del abuso sexual dificultan su prevención y manejo; los mas frecuentes son:

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION A VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL, VIOLENCIA DE GENERO E INTRAFAMILIAR Y MALTRATO A MENORES DE EDAD</b>	CODIGO	FECHA DE ELABORACIÓN	
		MNCEX - 01	27 de Octubre de 2010	
		VERSION	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	
02	Abril 2019	HOJA 35 de 21		

El abusador suele ser un desconocido; importantes investigaciones coinciden en el hallazgo de que aproximadamente el 80% de los abusadores son personas cercanas al niño (a) .

Los abusos sexuales suelen ser actos brutales con graves heridas; se ha demostrado que la mayoría de abusos son sutiles y no dejan mayores huellas físicas.

Los abusos sexuales son incidentes aislados, que ocurren en callejones oscuros; la verdad es que son más frecuentes de lo que se imagina y ocurren generalmente en los hogares o en sitios donde se cree que los niños están seguros (escuela, tienda, consultorio, iglesia entre otros).

Los abusadores son personas de estratos socioculturales bajos; existen entre los abusadores personas de alto rango social y elevado nivel académico. Los niños hombres son raramente abusados; las estadísticas muestran cómo los niños son cada vez más víctimas de abuso sexual .Los niños mienten acerca del abuso sexual; nunca un niño inventa este tipo de relatos, por eso siempre se debe prestar atención a ellos. Sólo se abusa de los (las) adolescentes; se abusa de niños (as) de todas las edades. Los niños/niñas provocaron el abuso y hubieran podido defenderse; jamás un niño provoca a un adulto, está en estado de indefensión y el adulto usa el poder, la autoridad, la fuerza, y se aprovecha del temor y/o la ignorancia del niño.

### **Entrevista con los padres o acompañantes**

Se recomienda entrevistar primero a los padres o acompañantes sin la presencia del menor, en orden a establecer los antecedentes médicos, realizar una revisión de síntomas por sistemas encaminada a identificar signos o síntomas que pudieran ser indicativos de abuso sexual, que pueden sintetizarse en: cambios de conducta y quejas anogenitales También se interroga por la historia familiar social y desarrollo del menor; teniendo en mente los factores de riesgo y de protección. Luego se pregunta por el abuso sexual; nunca enfrente del niño(a). Deben conocerse las palabras que el menor utiliza para referirse a sus genitales. Debe recolectarse toda la información posible sobre el abuso de fuentes diferentes antes de la entrevista con el niño(a) (38).

Aunque la conducta y las quejas somáticas pueden indicar un diagnóstico de abuso sexual, sobre todo cuando tiene lugar poco después de tal abuso, éstas por sí solas no permiten un presunto diagnóstico de abuso. Al valorar a un niño con conducta inespecífica o dificultades somáticas, el abuso sexual ha de ser una de las muchas explicaciones a considerar por parte de quien establezca el diagnóstico (7).

### **Entrevista con el menor**

Se requiere entrenamiento y destreza en la realización de entrevistas con menores. Es raro que los niños deliberadamente inventen historias de ser víctimas sexuales. Cuando durante una visita médica se plantea la posibilidad de abuso sexual, el médico debe ante todo decidir si procede o no a entrevistar al niño inmediatamente acerca del abuso: Si esta información no se le ha solicitado al niño(a) previamente y si parece dispuesto a describir el abuso y si no se ha notificado aún a una autoridad, en estos casos es importante proceder lo antes posible a una entrevista.

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION A VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL, VIOLENCIA DE GENERO E INTRAFAMILIAR Y MALTRATO A MENORES DE EDAD</b>	CODIGO	FECHA DE ELABORACIÓN	
		MNCEX - 01	27 de Octubre de 2010	
		VERSION	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	
02	Abril 2019	HOJA 36 de 21		

Es posible que más tarde el niño(a) se muestre reacio a hablar del tema por temor del agresor (a), miedo, vergüenza o simplemente cambio de estado de ánimo. Esta información bien registrada en la historia clínica, utilizando entre comillas las palabras del niño(a), puede ser de gran utilidad como evidencia en la investigación judicial.

A la inversa, hay circunstancias en las que el médico no debe invitar al niño a describir el abuso: cuando el menor parece no tener deseo, o es demasiado pequeño(a) para hablar, cuando ya se ha investigado y escrito un informe de sospecha de abuso sexual y cuando la víctima ha sido entrevistada más de una vez. En estos casos el médico debe obtener la mayor información del adulto y determinar la mejor manera de hacer las preguntas diagnósticas y terapéuticas correspondientes al caso (7).

Hacer repetir la historia del abuso sexual al menor puede inducirlo a creer que sus respuestas no eran correctas, a dar respuestas diferentes, a negar lo ocurrido o a rechazar hablar sobre el tema (7).

Para realizar la entrevista el médico requiere ganar el interés del menor y conocer su nivel de entendimiento, debe sentarse a nivel del niño, no detrás de un escritorio, decirle la verdad al niño, contarle el propósito de la misma.

Primero debe enfocarse el diálogo sobre aspectos neutrales, como la escuela, las amistades, la televisión, evitando hablar inicialmente sobre la familia, ni sobre aspectos relacionados con el área sexual. Luego al hablar sobre los hechos es importante permitir que el niño(a) se tome el tiempo que requiera.

El entrevistador debe estar atento a sus propias reacciones, para manejar su propio disgusto, sorpresa o rechazo de los hechos, pues aumentaría la ansiedad del menor.

Las preguntas que se hagan deben ser directas pero no deben sugerir las respuestas, ni entrar en discusiones minuciosas de lo sexual, ni preguntar por una persona específica (34).

Las preguntas deben ser abiertas como por ejemplo: Alguien te ha tocado de alguna forma que te haya disgustado?. Qué pasó? Cuéntame más. Que más recuerdas? (32). Las preguntas no deben ser del estilo de: Por Qué o Quién? pues hacen sentir al menor culpable y lo confunden.

Mirar fijamente al menor o tocarlo puede aumentar el temor, pues ya posiblemente ha sido abusado; tocarlo puede ser interpretado como una provocación.

Los padres no deben estar presentes durante la entrevista. Cuando excepcionalmente esto ocurra, deben situarse en un lugar del consultorio donde no estén al alcance de la vista del menor, advirtiéndoles que no deben intervenir en ningún momento hasta que se les solicite.

Al finalizar la entrevista hay que decirle al niño(a) que hizo bien contando acerca de lo que sucedió. Que no ha hecho nada malo y que no debe afligirse Este debe ser el mensaje más importante que su paciente debe recibir (32).

### Organización del Exámen Médico

El examen médico debe ser organizado de tal forma que responda los siguientes aspectos:

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION A VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL, VIOLENCIA DE GENERO E INTRAFAMILIAR Y MALTRATO A MENORES DE EDAD</b>	CODIGO	FECHA DE ELABORACIÓN	
		MNCEX - 01	27 de Octubre de 2010	
		VERSION	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	
02	Abril 2019	HOJA 37 de 21		

### *Razón para examinar*

Muchas personas piensan que el examen no es útil para producir evidencia conclusiva de que el niño (a) ha sido abusado y que el mismo examen médico puede ser en si mismo un abuso para el menor. Estas opiniones están erradas y no tienen en cuenta que tanto los padres como el niño pueden estar preocupados por posibles lesiones internas y por el desarrollo normal del niño(a).

Un examen conducido por un médico (a) **debidamente entrenado** (a) en medicina forense, puede no sólo revelar evidencia médica sino ser terapéutico y tranquilizar también.

### *Cuándo realizar el examen*

Debe realizarse en casos de asaltos por extraños o por conocido, pero inferiores a 72 horas de ocurridos, lo más rápido que sea posible en orden a:

- Registrar y tratar cualquier lesión
- Recobrar cualquier evidencia forense posible. Esto es particularmente aplicado a muestras de semen, saliva, fluidos vaginales que pueden ser analizados luego por ADN y proveer identificación del autor (a).

En casos de abuso crónico o casos de extraños pero reportados tardíamente, el examen médico debe realizarse tan pronto como sea conveniente para el niño (a) .

### *Lugar para la realización del examen*

Debe realizarse en donde se facilite la provisión de lo requerido para este tipo de examen. Es ideal un lugar decorado amigablemente para el niño y con una puerta que pueda ser cerrada con llave para prevenir interrupciones. Es importante evitar realizar estos exámenes en cubículos separados por cortinas pues no garantizan privacidad.

Uno de los padres o el representante legal del niño (a) puede estar presente si el niño(a) lo requiere. Niños(a) mayores generalmente prefieren que los padres no estén presentes; puede ser suficiente soporte para ellos saber que el padre o la madre están en un salón contiguo.

### *Personal idoneo para examinar al niño*

Lo más importante en relación con el médico (a) es: que haya recibido entrenamiento especial en medicina forense y que tenga interés genuino en los niños (as).

### *Equipo necesario para el examen*

Se requiere camilla, escritorio, estante y una superficie donde depositar la ropa y otros elementos que sirvan de prueba. Una Balanza, un tallímetro, una buena luz flexible (lámpara cuello de cisne), un medio para magnificar la imagen; una simple lupa o un otoscopio pueden servir.

### *Recomendaciones para un adecuado examen*

Cuando sea posible los niños (as) de edad apropiada deben ser informados con el fin de:

- Dar su consentimiento para el examen médico
- Decidir si desea o no que un adulto esté presente en el examen físico, para darle soporte.
- Decidir si desea o no que la puerta del consultorio sea cerrada con llave.
- Decidir por cuál parte del cuerpo desea que empiece el examen médico.

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION A VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL, VIOLENCIA DE GENERO E INTRAFAMILIAR Y MALTRATO A MENORES DE EDAD</b>	CODIGO	FECHA DE ELABORACIÓN	
		MNCEX - 01	27 de Octubre de 2010	
		VERSION	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	
02	Abril 2019	HOJA 38 de 21		

**Un niño (a) abusado (a) no debe se forzado (a) a un examen médico, a menos que sea médicamente necesario, por ejemplo en el caso de una lesión que produzca una hemorragia.**

El examen físico debe ir precedido por información sobre la historia médica.

El médico(a) debe poner particular atención y recordar la conducta del niño(a) durante el examen médico. Ésta puede reflejar conductas sexualmente inapropiadas para su edad o puede brindar información sobre la naturaleza del abuso.

El examen no debe concentrarse sólo en el área genital Los niños(a) deben poder suspender la práctica del examen médico en cuanto lo deseen. Los niños(a) no deben exponerse desnudos totalmente, puede descubrirse parcialmente la zona que se esté examinando. Se le deben dar explicaciones al niño(a) sobre lo que ocurre en el transcurso del examen.

### **Examen Físico en Casos de Abuso Sexual**

Los fines que persigue el examen físico son:

- Identificar anomalías o lesiones que justifiquen nuevas medidas diagnósticas o terapéuticas.
- Obtener muestras requeridas para descubrir enfermedades de transmisión sexual.
- Hacer observaciones y tomar muestras que puedan corroborar la historia de abuso sexual.

El examen en los casos de abuso sexual tiene algunas diferencias según se trate de un hecho antiguo (más de 72 horas) o reciente (menos de 72 horas). La diferencia radica en la probabilidad de encontrar evidencias físicas que, en caso de ser dejadas por este tipo de conductas, son muy lábiles.

El examen que se describe a continuación debe ser considerado por el médico frente a este parámetro. Si los hechos son recientes se debe iniciar el examen con la inspección de la ropa que vestía al momento de los hechos y con la inspección externa del cuerpo, con el fin de identificar y recolectar evidencias tales como pelos, manchas (que pueden ser de semen, sangre etc.)

El objetivo de la inspección y uno de los objetivos del examen genital es el de recuperar células que el agresor hubiere podido dejar sobre la víctima, para realizar un perfil de DNA y cotejarlo con el del implicado (s). Se procede entonces a un examen general en busca de lesiones tales como huellas de mordeduras, equimosis, excoriaciones, etc.

Se realiza entonces el examen genital que en prepúberes debe realizarse en posición “de rana” (7). Deben observarse cuidadosamente vulva y periné en busca de equimosis, edema, excoriaciones, vello, secreciones y sangrado, entre otros signos (44). Hay que separar con cuidado los labios mayores en dirección superolateral para poder observar el introito. No debe emplearse espéculo vaginal, a no ser que se sospechen lesiones vaginales, caso en el cual el examen debe hacerse bajo anestesia general.

Los signos más frecuentes de abuso sexual son: eritema, inflamación, fisuras, laceraciones, desgarros, flujo vaginal enfermedades de transmisión sexual.

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION A VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL, VIOLENCIA DE GENERO E INTRAFAMILIAR Y MALTRATO A MENORES DE EDAD</b>	CODIGO	FECHA DE ELABORACIÓN	
		MNCEX - 01	27 de Octubre de 2010	
		VERSION	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	
02	Abril 2019	HOJA 39 de 21		

#### *Ausencia de Hallazgos de Evidencia Médica*

- El hecho de no encontrar hallazgos positivos no significa que no haya ocurrido el abuso.
- No encontrar hallazgos al examen es más común que hallarlos.
- Hallazgos de evidencias como semen, saliva, pelos, secreción vaginal, pueden aportar información posterior.
- Cuando no hay hallazgos médicos es importante que el médico deje en claro dos mensajes, al niño(a), al adulto que lo apoya, a la trabajadora social y al defensor de familia:
- **El primer mensaje:** El niño será apto y estará bien, tendrá un desarrollo normal y crecerá hasta convertirse en un adulto sano.
- **El segundo mensaje:** La mayoría de los niños (as) quienes han sido abusados pueden no presentar lesiones físicas

#### *Presencia de Hallazgos Médicos Positivos:*

Esta es una situación mucho más difícil para el médico y para el defensor de familia. Es posible que los hallazgos tengan una explicación diferente a la del abuso; pueden tener una causa médica, cultural, accidental u otra causa.

Los hallazgos pueden ser consistentes con la historia de abuso pero pueden tener otra causa también. En raras ocasiones la evidencia médica será conclusiva, caso de hallazgo de semen o embarazo, soportados con perfiles adecuados de DNA (44).

Por todo lo anterior el médico clínico no forense debe describir, consignar, si puede fotografiar la evidencia encontrada y preservar las muestras que tome, pero no debe consignar conclusiones relativas al abuso en la historia clínica. Esta valoración requiere un concepto experto forense en la mayoría de los casos.

#### **Hospitalización**

En los casos en que se observe que el menor afronta un riesgo alto en su hogar, debe ser hospitalizado para su tratamiento y el caso reportado inmediatamente a las instituciones de protección.

#### **REMISIÓN**

Todos los casos de posible abuso sexual deben ser remitidos para tratamiento especializado por pediatría y psicología o psiquiatría.

#### **NOTIFICACIÓN**

Los casos de abuso sexual deben ser registrados para efectos de construir el sistema de información que permita la adecuada evaluación de la problemática y sustente la toma de decisiones políticas de promoción, prevención y atención.

El médico tratante está en la obligación de diligenciar las fichas de notificación con letra clara y legible, en su totalidad y enviarla al área de epidemiología de la institución para seguir el flujo de la notificación. Es importante tener en cuenta que el evento cuenta con ficha cara A ó de datos básicos y cara B ó de datos complementarios. Además si hay conocimientos o sospecha que un niño o niña ha sido víctima de abuso sexual, tienen la OBLIGACION de NOTIFICAR el hecho ante las autoridades de protección – ICBF y ante la fiscalía. Para facilitar

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION A VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL, VIOLENCIA DE GENERO E INTRAFAMILIAR Y MALTRATO A MENORES DE EDAD</b>	CODIGO	FECHA DE ELABORACIÓN	
		MNCEX - 01	27 de Octubre de 2010	
		VERSION	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	
02	Abril 2019	HOJA 40 de 21		

estos trámites las Instituciones de salud deben desarrollar mecanismos para denunciar oportunamente.

### SEGUIMIENTO

Además de las normas generales propuestas para las demás formas de maltrato, para los casos de abuso sexual en niños/ niñas el **seguimiento debe hacerse para la prevención de E.T.S a las dos semanas, a las seis semanas (1-1/2 meses), 12 semanas (3 meses) y 24 semanas (6 meses)**. Se evaluará también su evolución mental y social y se verificará la necesidad de tratamiento especializado.

La atención al agresor (a) debe ser realizada por un profesional en la materia.

### CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN EN LOS CASOS ESPECIALES

#### GESTACIÓN Y MALTRATO

Los siguientes comportamientos son sugestivos de maltrato durante la Gestación:

- Inasistencia a controles prenatales.
- Consumo de alcohol, tabaco, drogas, medicamentos y otros.
- Mala alimentación.
- Estados depresivos causados por el embarazo.

El tratamiento debe enfocarse a los siguientes aspectos:

- Tratamiento Físico: Según criterio médico. Controles prenatales cada 15 días.
- Tratamiento psicológico: Es prioritario en estos casos para iniciar pronta asistencia a curso psicoprofiláctico. Fortalecimiento de autoestima y autocuidado.
- Seguimiento: Visitas domiciliarias mensuales e ingreso a grupos de apoyo comunitario.

#### EN LOS CASOS DEL SÍNDROME DE BEBÉ ZARANDEADO

##### Diagnóstico

##### *Signos y Síntomas*

- Lesión cerebral sin evidencia de trauma externo con los siguientes signos:
- Alteración de la conciencia, coma, convulsiones.
- Lesión cerebral con evidencia de sangrado (subdural, epidural, subaracnoideo, subgaleal) laceración, contusión cerebral.
- Hemorragia retiniana.
- Lesiones óseas, trauma abdominal y trauma torácico (de donde se sostuvo al bebé para sacudirlo) asociadas a las lesiones cerebrales.

Debe realizarse además de la historia clínica un examen físico completo incluyendo realización de fundoscopia, escanografía cerebral (y de ser posible también abdominal), una serie ósea, exámenes para detección de posibles drogas y las pruebas de rutina para coagulación.

### TRATAMIENTO

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION A VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL, VIOLENCIA DE GENERO E INTRAFAMILIAR Y MALTRATO A MENORES DE EDAD</b>	CODIGO	FECHA DE ELABORACIÓN	
		MNCEX - 01	27 de Octubre de 2010	
		VERSION	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	
02	Abril 2019	HOJA 41 de 21		

Tratamiento Físico: Según criterio médico. Controles cada 15 días durante los siguientes seis meses.

Seguimiento: Visitas domiciliarias mensuales e ingreso a grupos de apoyo comunitario.

## EN LOS CASOS DE NEGLIGENCIA

### Diagnóstico

#### *Signos y Síntomas*

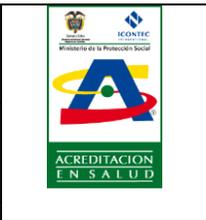
- Retardo en el desarrollo psicomotor.
- Desnutrición.
- Diarrea, infecciones respiratorias y en piel a repetición.
- Mal estado de la dentadura.
- Accidentalidad previsible y prevenible.
- Descuidos con objetos y sustancias peligrosas.
- Dificultades de aprendizaje y respuesta a estímulos.
- Incapacidad de expresar afecto.
- Llanto injustificado.
- Trastornos del habla.
- Higiene personal inadecuada.
- Ausencia de cuidados médicos mínimos.
- Desescolarización o bajo rendimiento escolar.
- Depresión o agresividad.
- Consumo de alcohol o sustancias psicoactivas.
- Descuido en las relaciones sociales que el niño establece, tipo de actividades que realiza, etc.
- Falta de aplicación de normas de comportamiento.
- Falta de estímulos afectivos, intelectuales y sociales que desarrollen las potencialidades del niño (a).
- Niños que no son llevados a control médico, de vacunación y demás servicios de salud.

### Tratamiento

La atención debe estar dirigida, por una parte, a solucionar las afecciones físicas y psicológicas ocasionadas por la negligencia; para esto el personal de salud debe utilizar los procedimientos habituales para restituir la salud del niño enfermo.

Por otra parte, la intervención debe estar dirigida a transformar las causas que originaron la negligencia. Lo más importante es la capacitación de los padres o cuidadores del niño, para que entiendan el papel fundamental que juegan en la supervivencia y en el desarrollo de sus hijos. Es importante remitir a la familia a grupos de apoyo como la escuela de padres y los grupos comunitarios de ayuda.

La hospitalización, notificación y seguimiento siguen los mismos parámetros que en el caso del maltrato físico.

 <p><b>HOSPITAL UNIVERSITARIO</b> DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E</p>	<p><b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION A VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL, VIOLENCIA DE GENERO E INTRAFAMILIAR Y MALTRATO A MENORES DE EDAD</b></p>	<p><b>CODIGO</b> MNCEX - 01</p> <p><b>VERSION</b> 02</p>	<p><b>FECHA DE ELABORACIÓN</b> 27 de Octubre de 2010</p> <p><b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN</b> Abril 2019</p> <p>HOJA 42 de 21</p>	
---	---	--	---	--

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION A VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL, VIOLENCIA DE GENERO E INTRAFAMILIAR Y MALTRATO A MENORES DE EDAD</b>	<b>CODIGO</b>	<b>FECHA DE ELABORACIÓN</b>	
		MNCEX - 01	27 de Octubre de 2010	
		<b>VERSION</b>	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN</b>	
02	Abril 2019	HOJA 43 de 21		

## ANEXO 1 FLUJOGRAMAS

 <p><b>HOSPITAL UNIVERSITARIO</b> DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E</p>	<p><b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION A VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL, VIOLENCIA DE GENERO E INTRAFAMILIAR Y MALTRATO A MENORES DE EDAD</b></p>	<p>CODIGO</p> <p>MNCEX - 01</p>	<p>FECHA DE ELABORACIÓN</p> <p>27 de Octubre de 2010</p>	
		<p>VERSION</p> <p>02</p>	<p>FECHA DE ACTUALIZACIÓN</p> <p>Abril 2019</p>	
		<p>HOJA 44 de 21</p>		



	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION A VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL, VIOLENCIA DE GENERO E INTRAFAMILIAR Y MALTRATO A MENORES DE EDAD</b>	CODIGO	FECHA DE ELABORACIÓN	
		MNCEX - 01	27 de Octubre de 2010	
		VERSION	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	
02	Abril 2019	HOJA 45 de 21		

**NOTA:** Se recuerda que un caso es de alto riesgo o mal pronóstico cuando cumple uno de los siguientes criterios: Víctima en gestación; víctima que ha presentado un evento similar en los últimos tres meses que también ameritó atención por el servicio de salud; uso de arma de fuego, arma cortopunzante o medio potencialmente letal para la perpetración de la violencia; las lesiones requieren hospitalización para su manejo; violencia sexual en menor de 14 años. Estos casos deben ser notificados de manera inmediata a la secretaría local de salud para que se active la movilización intersectorial para evitar otros desenlaces y a la secretaria departamental de salud para el respectivo seguimiento a las acciones implementadas.

#### INSTRUCTIVO ATENCION RED DEL BUEN TRATO Y SOSPECHA DE ABUSO SEXUAL

QUE	QUIEN	COMO	CUANDO	DONDE
recepción de la victima (por sospecha o evidente)	talento humano de consultorios de admisiones, triage o del servicio donde se presente el caso	permitir el ingreso del usuario sin barreras de acceso, identificar el caso al ingreso a la institución o durante la estancia u hospitalización. siempre se debe considerar una urgencia independiente del tiempo transcurrido desde el evento	todo caso de embarazo en menor de 14 años, abuso sexual, violencia o maltrato físico o psicológico que sean evidentes o que se sospeche.	consultorio o servicio donde se identifico el caso
evaluación inmediata	Médico	<ul style="list-style-type: none"> <li>identificar el caso</li> <li>estabilizar al paciente</li> <li>explicar los derechos de la victima</li> </ul>	inmediatamente se identifica el caso, sin discriminar la fecha de ocurrencia del caso	consultorio o servicio donde se identifico el caso
entrevista	medico y/o psicólogo	<ul style="list-style-type: none"> <li>dejar que libre y espontáneamente la victima relate los hechos</li> <li>averiguar el uso de anticonceptivos</li> <li>historia clínica menstrual y obstétrica</li> <li>historia de relaciones sexuales consentidas durante la última semana</li> <li>estado vacunal</li> </ul>	durante la atención	consultorio o servicio donde se identifico el caso
EXAMEN FÍSICO MEDICO	Médico	informar todo lo que se va hacer y solicitando permiso. Valoración de la apariencia general	durante la valoración medica	consultorio o servicio donde se identifico el caso

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION A VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL, VIOLENCIA DE GENERO E INTRAFAMILIAR Y MALTRATO A MENORES DE EDAD</b>	CODIGO	FECHA DE ELABORACIÓN	
		MNCEX - 01	27 de Octubre de 2010	
		VERSION	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	
02	Abril 2019	HOJA 46 de 21		

		examen mental que incluye: porte, actitud, conciencia, orientación, pensamiento, etc. examen físico completo: evalué de manera sistemática y dibuje en el pictograma la localización y aspecto exacto de todas las heridas, marcas, contusiones (golpes, hematomas, sangrado, rasguño, puñalada o cualquier señal de haber sido agredido físicamente).		
<b>EXAMEN GENITAL</b>	Médico	informar previamente y solicitar aprobación documentara en historia clínica presencia de desgarros, fisuras, flujos o sangrados	durante la valoración medica	consultorio o servicio donde se identifico el caso
<b>TOMA DE MUESTRAS sífilis: VDRL</b>  <b>Neisseria gonorrea: frotis de gram y cultivo</b>  <b>Chlamydia trachomatis: prueba rápida o elisa.</b>  <b>Trichomona vaginales: frotis en fresco.</b>  <b>Herpes virus: valoración clínica en busca de lesiones</b> <b>VIH/sida: tomar muestra de sangre para tamizaje de vih</b> <b>HEPATITIS B: muestra de sangre</b> <b>VIRUS DE PAPILOMA HUMANO: valoración clínica</b> <b>PRUEBA DE</b>	Médico	realice la recolección de elementos de evidencia tales como: prendas de vestir, fluidos corporales, uñas, cabello, entre otros tres (3) muestras de frotis del fondo del saco vaginal, con escobillones secos que se guardan en tubos diferentes estériles y secos. si hay manchas secas que se sospeche presencia de semen utilizar escobillones estériles humedecidos con agua estéril, dejar secar antes de guardar. si se sospecha presencia de semen en la cavidad oral se toman muestras interdentesales con seda dental y se colocan en un frasco, también se realiza frotis con escobillones en	durante la valoración medica	consultorio o servicio donde se identifico el caso

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION A VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL, VIOLENCIA DE GENERO E INTRAFAMILIAR Y MALTRATO A MENORES DE EDAD</b>	CODIGO	FECHA DE ELABORACIÓN	
		MNCEX - 01	27 de Octubre de 2010	
		VERSION	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	
02	Abril 2019	HOJA 47 de 21		

<b>EMBARAZO</b> (posibilidad de medicamentos potencialmente teratogénico (metronidazol, efavirens)		los espacios premolares. si se sospecha de penetración anal tomar dos (2) muestras que se guardan en tubo seco por separado. muestra de ropa, se encuentra manchas en la ropa interior o en otra prenda, se debe dejar secar al aire libre, se embala en bolsa de papel o sobre de manila. en todos las evidencias se etiquetan con numero de cedula y nombre de la víctima, área de donde se tomo la muestra, fecha y nombre de quien tomo la muestra. se debe registrar en los formatos de cadena de custodia.		
diligenciar consentimiento informado. lo encuentra en pagina web del hospital link iami- red del buen trato del computador o en fisico en consultorios	Médico	diligenciar el formato frceX-26 "consentimiento informado para la realizacion de procedimientos relacionados con agresiones sexuales y lesiones personales" todos los espacios con letra clara, sin tachones ni enmendaduras, con firma y huella. en caso de ser menor de edad se debe diligenciar con los padres o el representante legal del usuario y si este no se encuentra con el auditor medico	al realizar el examen medico general, toma de muestras de laboratorio u otras ayudas diagnostica	consultorio o servicio donde se identifico el caso
diligenciamiento de la ficha de notificación (sivigila de datos básico, lesión por causa externa y ficha de referencia y	Medico	diligenciando todos los espacios requerido, teniendo en cuenta lo que	al identificar el caso	consultorio o servicio donde se identifico el caso

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION A VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL, VIOLENCIA DE GENERO E INTRAFAMILIAR Y MALTRATO A MENORES DE EDAD</b>	CODIGO	FECHA DE ELABORACIÓN	
		MNCEX - 01	27 de Octubre de 2010	
		VERSION	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	
		02	Abril 2019	
			HOJA 48 de 21	

contrarreferencia frceX-27)		refiera el usuario, familiar, acompañante o lo que puedo evidenciar con la observación y/o valoración		
diligenciamiento del pictograma (frceX- 25 y 25/01)	medico	según genero de la victima, se marca el lugar de la lesión.  realice la recolección de elementos de evidencia tales como: prendas de vestir, fluidos corporales, uñas, cabello, entre otros. lo anterior según instructivo de cadena de custodia (cod. irceX-15).	durante la valoración medica, en caso que el usuario llegue con golpes, hematomas, sangrado, rasguño, puñalada o cualquier señal de haber sido agredido físicamente.	consultorio o servicio donde se identifico el caso
ordenes de laboratorio	medico	ordene pruebas rapidas para vih, hepatitis by embarazo si todas resultan no reactivas, inicie profilaxis completa para vih, hepatitis b y anticoncepcion de emergencia otros analisis : cuadro hematico, perfil lipidico y hepatico y glicemia	una vez realizado la asesoria para la realizacion de las pruebas	consultorio y posteriormente laboratorio
profilaxis para its	medico ordena y farmacia entrega medicamentos	profilaxis para vih: en adultos, zidovudina + lamivudina: 1 tableta cada 12 horas por 28 dias (ver afiche)	si se generó trauma físico o genital durante el abuso penetración anal el número de veces que la víctima fue expuesta a la violencia sexual	consultorio y farmacia

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION A VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL, VIOLENCIA DE GENERO E INTRAFAMILIAR Y MALTRATO A MENORES DE EDAD</b>	CODIGO	FECHA DE ELABORACIÓN	
		MNCEX - 01	27 de Octubre de 2010	
		VERSION	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	
02	Abril 2019	HOJA 49 de 21		

			<p>múltiples agresores si el abusador tiene antecedentes de uso de sustancias psicoactivas antecedentes de its si se conoce que es vih+ o tiene otras its cuando la prueba rapida de vih sea no reactiva</p>	
		lopinar/ritonavir : 1 tableta cada 12 horas		
		profilaxis para its: ceftriaxona amp x 1 gr, azitromicina tabletas x 500 mg , 1 gramo dosis unica, metronidazol tabletas x 500 mg, 2 gr. dosis unica (ver afiche)	cuando se detecta el caso y hayan transcurrido menos de 72 horas desde el abuso o ultimo abuso en caso de ser cronico	
anticoncepcion de emergencia	medico	levonorgestrel tabletas x 75 mg, 2 tabletas dosis unica	primeras 72 horas despues del evento	
notifique al ente correspondiente	talento humano que identifique el caso (medico, psicólogo, enfermera jefe del servicio, enfermera de vigilancia epidemiológica o coordinación iami, trabajo social.)	<p>reporte el caso llamando al numero telefónico 123</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• registre en la ficha de referencia y contrarreferencia al final en el ítem de observaciones (hora de reporte y funcionario que recibe el caso)</li> <li>• registre en historia clínica la realización de la notificación</li> </ul>	inmediato (cuando las fichas de notificación estén diligenciada)	consultorio o servicio donde se identifico el caso
seguimiento	Médico	realizar seguimiento a las	remita a	

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION A VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL, VIOLENCIA DE GENERO E INTRAFAMILIAR Y MALTRATO A MENORES DE EDAD</b>	CODIGO	FECHA DE ELABORACIÓN	
		MNCEX - 01	27 de Octubre de 2010	
		VERSION	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	
02	Abril 2019	HOJA 50 de 21		

		<p>its a los 15 días con control clínico, revisión de exámenes y tratamiento, revisar resultados de vih y hepatitis b.</p> <p>a los 30 días control clínico (valoración de flujo vaginal y uretritis). vacuna para hepatitis b. hacer solicitud de la prueba de control de vih realizar prueba de embarazo según el cuadro clínico.</p> <p>a los 3 meses pruebas de vih.</p> <p>a los 6 meses realizar control de vih, vdrl y aplicar la tercera dosis de vacuna contra hepatitis b. prueba de elisa para vih a los 3 y 6 meses, despues de 6 meses se descarta la infeccion.recomiende proteccion con preservativos.control clinico y de laboratorio para toxicidad de medicamentos, complete profilaxis para vih por 28 dias y ordene para tramitar en eps vacunacion para HEPATITIS B</p>	<p>primer nivel con referencia para controles a los 15 dias, 30 dias, 3 meses, 6 meses</p>	
entregue el caso al ente correspondiente	talento humano que identifique el caso (Médico, Psicólogo, enfermera jefe del servicio, enfermera de vigilancia epidemiológica o coordinación IAMI)	informe a la jefe de turno que la notificación se realizo y este alerta de la llegada de los funcionarios del ente correspondiente donde se notifico. informe a vigilancia epidemiologica de la institucion entregue la fotocopia de los documentos diligenciados, solicite	después de realizar la notificación telefónica	

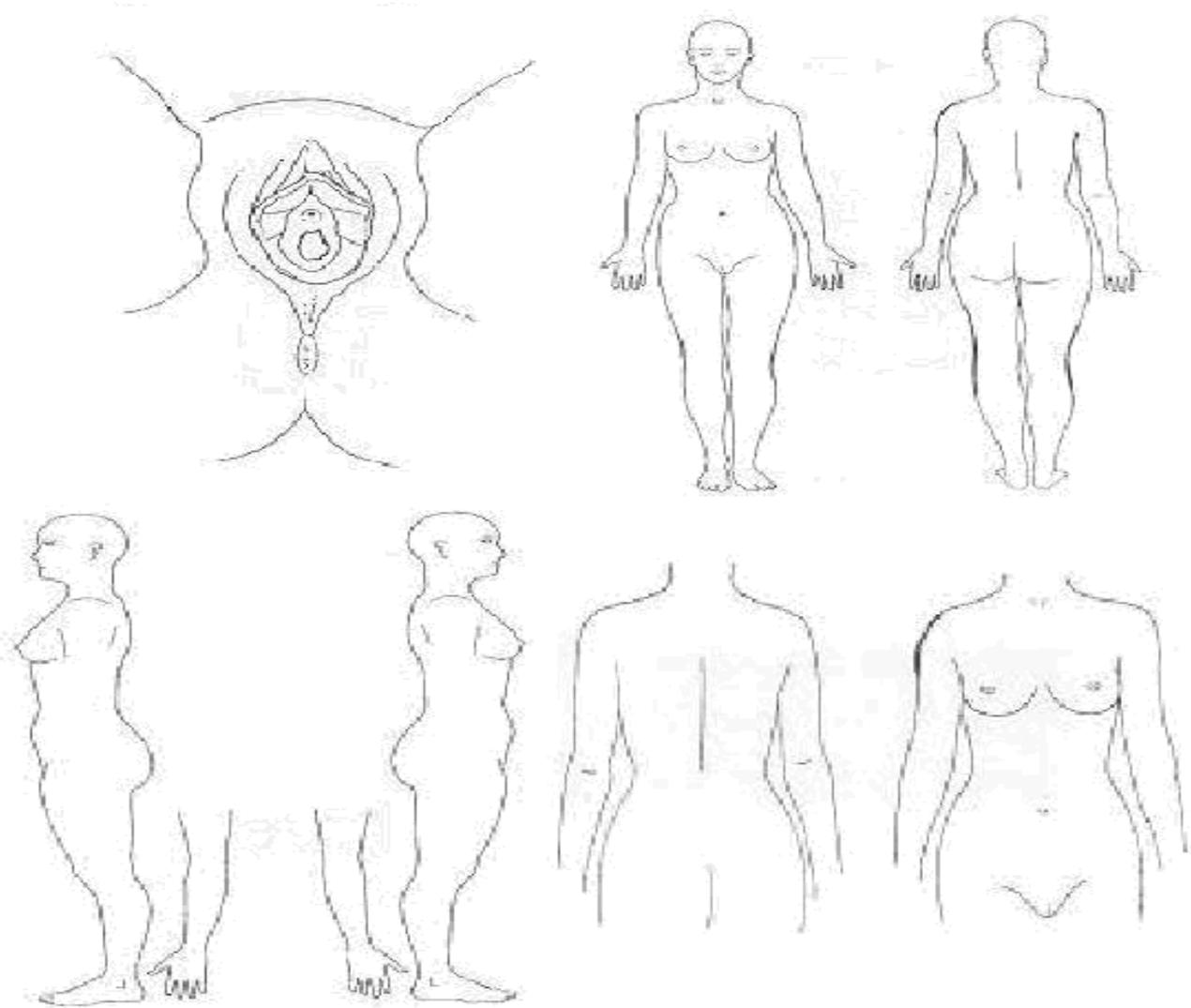
	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION A VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL, VIOLENCIA DE GENERO E INTRAFAMILIAR Y MALTRATO A MENORES DE EDAD</b>	CODIGO	FECHA DE ELABORACIÓN	
		MNCEX - 01	27 de Octubre de 2010	
		VERSION	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	
		02	Abril 2019	
			HOJA 51 de 21	

		<b>firma de recepción del caso en la ficha de referencia y contrarreferencia. los soportes originales reposaran en la historia clínica del usuario. no olvide referenciar en la historia clínica el proceso realizado.</b>		
--	--	--	--	--

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION A VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL, VIOLENCIA DE GENERO E INTRAFAMILIAR Y MALTRATO A MENORES DE EDAD</b>	<b>CODIGO</b> MNCEX - 01	<b>FECHA DE ELABORACIÓN</b> 27 de Octubre de 2010	
		<b>VERSION</b> 02	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN</b> Abril 2019	
		HOJA 52 de 21		

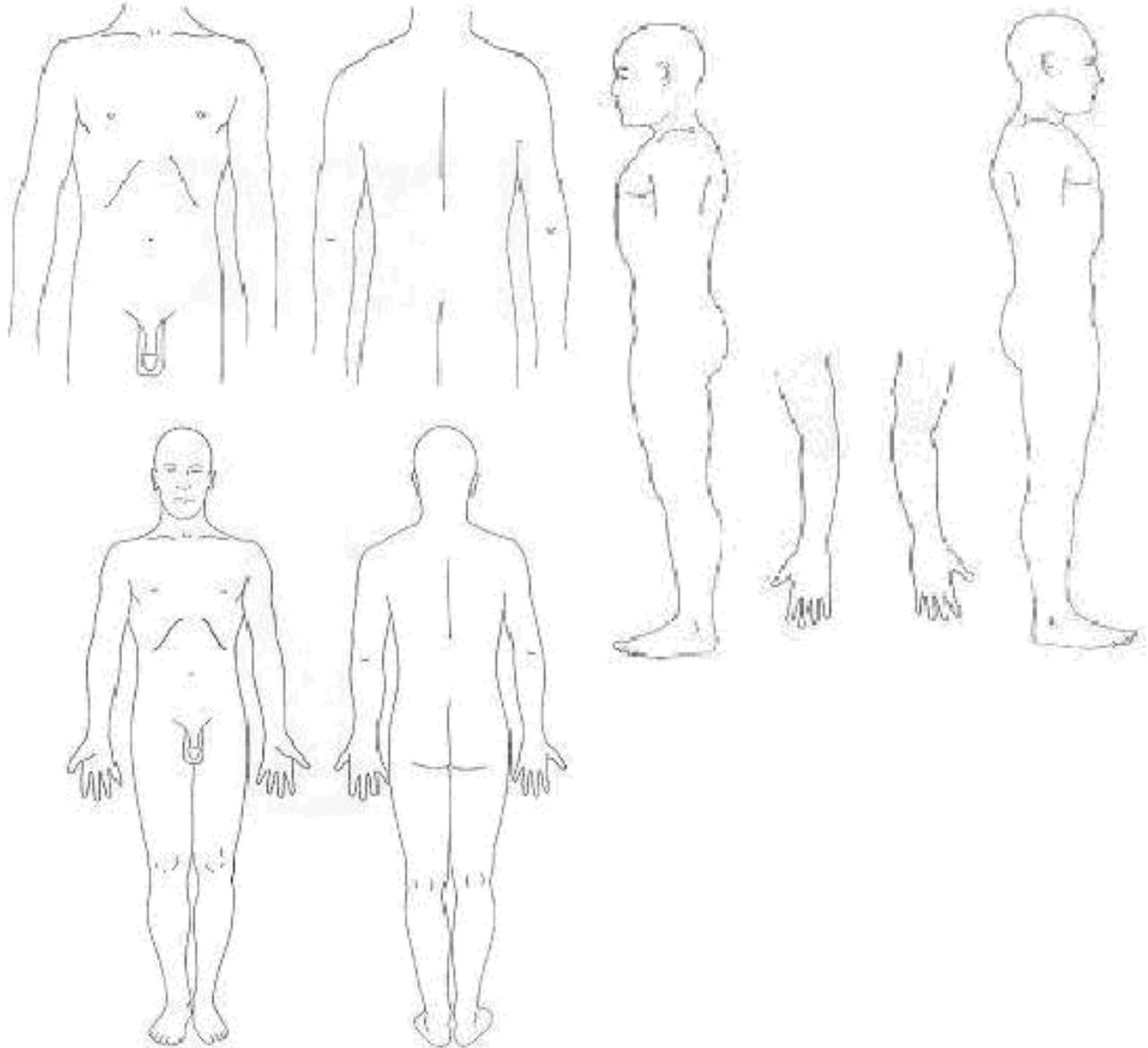
### ANEXO 3 PICTOGRAMAS

#### PICTOGRAMA FEMENINO



 <p><b>HOSPITAL UNIVERSITARIO</b> DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E</p>	<p><b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION A VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL, VIOLENCIA DE GENERO E INTRAFAMILIAR Y MALTRATO A MENORES DE EDAD</b></p>	<p>CODIGO</p> <p>MNCEX - 01</p>	<p>FECHA DE ELABORACIÓN</p> <p>27 de Octubre de 2010</p>	 <p>ACREDITACION EN SALUD</p>
		<p>VERSION</p> <p>02</p>	<p>FECHA DE ACTUALIZACIÓN</p> <p>Abril 2019</p>	
		<p>HOJA 53 de 21</p>		

**PICTOGRAMA MASCULINO**



	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION A VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL, VIOLENCIA DE GENERO E INTRAFAMILIAR Y MALTRATO A MENORES DE EDAD</b>	CODIGO	FECHA DE ELABORACIÓN	
		MNCEX - 01	27 de Octubre de 2010	
		VERSION	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	
		02	Abril 2019	
			HOJA 54 de 21	

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON AGRESIONES SEXUALES Y LESIONES PERSONALES

DCP – CI – 01 – 2004

Noticia Criminal No: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

Nombres y apellidos de la victima.

\_\_\_\_\_

Nombre del representante legal (en caso de examen de menores o personas incapaces)

\_\_\_\_\_

II. Yo \_\_\_\_\_ una vez informado sobre los procedimientos que se llevarán a cabo, de la importancia de los mismos para la investigación judicial y las consecuencias posibles que se derivarían de la imposibilidad de practicarlos, otorgo en forma libre mi consentimiento.

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ a:

\_\_\_\_\_  
Nombre de la entidad que realiza el examen

Para realizar los procedimientos de examen medico general y toma de muestras, realizado \_\_\_\_\_ por:

\_\_\_\_\_  
Nombre del funcionario que realiza los procedimientos

II. Como parte de la realización de este examen medico autorizo a efectuar:

SI \_\_\_ NO \_\_\_ La extracción de sangre y otras muestras biológicas o fluidos corporales necesarios para la realización de análisis forenses complementarios.

SI \_\_\_ NO \_\_\_ La toma de radiografías

SI \_\_\_ NO \_\_\_ La toma de impresiones dentales para modelos de estudio y registro de mordida

SI \_\_\_ NO \_\_\_ El registro fotográfico de lesiones, evidencias y hallazgos durante el examen medico

Hago constar que el presente documento ha sido leído y entendido por mi en su integridad, de manera libre y espontánea.

\_\_\_\_\_  
Firma y No de documento de identidad

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION A VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL, VIOLENCIA DE GENERO E INTRAFAMILIAR Y MALTRATO A MENORES DE EDAD</b>	<b>CODIGO</b> MNCEX - 01	<b>FECHA DE ELABORACIÓN</b> 27 de Octubre de 2010	
		<b>VERSION</b> 02	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN</b> Abril 2019	
		HOJA 55 de 21		

**REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA.**

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION A VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL, VIOLENCIA DE GENERO E INTRAFAMILIAR Y MALTRATO A MENORES DE EDAD</b>	CODIGO	FECHA DE ELABORACIÓN	
		MNCEX - 01	27 de Octubre de 2010	
		VERSION	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	
		02	Abril 2019	
			HOJA 56 de 21	

## BIBLIOGRAFIA

- 1 Acuerdo No. 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.
- 2 Asociación Colombiana para la Defensa del Menor Maltratado. El Drama de la Niñez Maltratada en Colombia. Bogotá, 1993.
- 3 Asociación Colombiana para la Defensa del Menor Maltratado. Enseñando a los Niños a Evitar el Abuso Sexual. Bogotá, 1993.
- 4 Asociación Colombiana para la Defensa del Menor Maltratado. IV Congreso Nacional Intervención en Maltrato Infantil. Bogotá, 1995.
- 5 Cámara de Comercio de Bogotá. La Prostitución Infantil en el Centro de Bogotá. Un Ensayo de Investigación Social Urbana. 1993.
- 6 Código del Menor, Decreto No. 2737 de 1989, Biblioteca Actualidad Jurídica, Bogotá, 1990.
- 7 Consejería Presidencial para los Derechos Humanos, Fondo de Población de la Naciones Unidas. Módulo Pedagógico para Formadores. 5 Delitos Contra la Libertad Sexual y la Dignidad Humana (Ley 360 de 1997). ed. Gente Nueva, 1999.
- 8 Cruz N. Juan de La. Informe Trimestral Dirección General de Investigaciones del Departamento Administrativo de Seguridad DAS. 1998.
- 9 Cuadros, Isabel, Guía de Atención Integral del Maltrato Infantil. Documento Inédito.
- 10 Cuadros, Isabel. El Abuso Sexual en la Niñez. Asociación Colombiana para la Defensa del Menor Maltratado. Bogotá, 1993.
- 11 Cuadros, Isabel. Guía de Atención Integral al Maltrato Infantil. Bogotá. 1996.
- 12 Defensoría del Pueblo, FES, UNICEF. Los Derechos de la Infancia y de la Adolescencia. Bogotá, 1995.
- 13 Defensoría del Pueblo. La Niñez y sus Derechos. Bol. 4. Junio 1998
- 14 Defensoría del Pueblo. S.O.S. Niños en Dificultad. Bogotá, 1995.
- 15 Dirección Seccional de Salud de Antioquia. Prevención y Atención de la Violencia Intrafamiliar. Medellín, 1995.
- 16 Dirección Seccional de Salud de Antioquia. Violencia Intrafamiliar: Cotidianidad Oculta. Medellín, 1994.
- 17 Franco, Saúl. Corporación Salud y Desarrollo. Violencia, Ciudadanía y Salud Pública. Bogotá, 1995.
- 18 Guidelines for Treatment of Sexually Transmitted Disease. 1998. M.M.W.R. Morbidity and Mortality Weekly Report. Vol 47. Number R.R.-1. January 23, 1998.
- 19 ICBF, Conciencia, UNICEF. Familia, Democracia y Cotidianidad. Bogotá, 1994.
- 20 ICFB, FES. Investigación sobre el Maltrato Infantil en Colombia 1985 1996 Estado del Arte. Bogotá, 1997.
- 21 Instituto Colombiano de Investigación de Familia y Población y Asociación Colombiana para la Defensa del Menor Maltratado. Aprendiendo a Vivir en Armonía. Bogotá, 1995.
- 22 Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Centro de Referencia Nacional de Violencia. Boletín CRNV. Volumen 4, No 2 Febrero de 1998, República de Colombia.
- 23 Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Grupo de Estadística. Medicina Legal en Cifras, Enero-Diciembre de 1998.

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION A VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL, VIOLENCIA DE GENERO E INTRAFAMILIAR Y MALTRATO A MENORES DE EDAD</b>	CODIGO	FECHA DE ELABORACIÓN	
		MNCEX - 01	27 de Octubre de 2010	
		VERSION	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	
02	Abril 2019	HOJA 57 de 21		

- 24 Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Actas de P.P.I. Sexológico. Grupo de Trabajo de Desarrollo de la Prueba Pericial Integral en los Delitos contra la Libertad Sexual y la Dignidad Humana. Santafé de Bogotá, 1999.
- 25 Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Centro de Referencia Nacional de Violencia. Boletín CRNV, Volumen 2, 4 de abril de 1997, República de Colombia.
- 26 Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Centro de Referencia Nacional de Violencia. Cooperación Alemana al Desarrollo GTZ. Lesiones de Causa Externa, Factores de Riesgo y Medidas de Prevención. Elaborado por Joanne Klevens, Santafé de Bogotá,D.C., Febrero de 1998.
- 27 Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Manual de Procedimientos para la Realización del Dictamen Médico Legal en Maltrato Infantil. Santafé de Bogotá,D.C., 1998.
- 28 Interpol/DII7SD7GC7ASM7F6/97, Evidencia Médica, Capítulo 6a, 1997.
- 29 Isaza, Olga Isabel. Guía de Atención Integral del Maltrato. Documento Inédito.
- 30 Kent, Hymel, Carole, Jenny. Child Sexual Abuse. Pediatrics in Review. Vol. 17 No 7, July, 1996.
- 31 Ley 23 de 1981, Decreto Reglamentario 3380 de 1981. Normas Sobre Etica Médica. Tribunal Nacional de Etica Médica.
- 32 Ley 294 de 1996 , Diario Oficial.
- 33 Ley 360 de 1997, Diario Oficial.
- 34 Martinez, Adriana, De la Hoz, Nancy. Diagnóstico Evaluativo de los Dictámenes sobre Delitos Sexuales en Menores de 18 Años Emitidos por la Sección de Psiquiatría y Psicología Forenses Entre 1992 y 1994 y Una Propuesta de Entrevista Para Estos Menores. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Santafé de Bogotá, 1996.
- 35 Ministerio de Salud. Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas. Colombia 1993 Bogotá: Editorial Cra 7, 1995.
- 36 Pacto por la Infancia. Sistema Nacional Contra el Maltrato Infantil y el Abuso Sexual. Bogotá, 1998.
- 37 PAFI. Plan de Acción para la Prevención del Maltrato Infantil y la Protección del Menor Maltratado. Bogotá, 1994.
- 38 Paradise, Jan E. Valoración Médica del Niño que ha sufrido Abuso Sexual. Clínicas Pediátricas de Norte América. Vol. 4, 1990
- 39 Prada, Luis. Investigación de E.T.S. en las Víctimas de Delitos Sexuales. Conferencia sin publicar. Santafé de Bogotá, 1999.
- 40 Presidencia de la República, PAFI. Maltrato Infantil: Un Mal que si tiene Cura. Bogotá, 1993.
- 41 Ronderos, Margarita. Prevención y Promoción en el Plan Obligatorio de Salud. Acciones de Obligatorio Cumplimiento. Evaluación y Seguimiento. Ministerio de Salud, Dirección General de Promoción y Prevención. Santa Fe de Bogotá, 1998.
- 42 Sanchez, Oscar. Caracterización de los Dictámenes Forenses que Investigan Enfermedades de Transmisión Sexual- ULAM-1998.Trabajo de Investigación. Facultad de Medicina-Departamento de Patología, Postgrado de Medicina Forense. Santafé de Bogotá, agosto,1999.
- 43 Save the Children. Manual para la Detección de Casos de Maltrato a la Niñez. Bogotá, 1994.

	<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION A VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL, VIOLENCIA DE GENERO E INTRAFAMILIAR Y MALTRATO A MENORES DE EDAD</b>	CODIGO	FECHA DE ELABORACIÓN	
		MNCEX - 01	27 de Octubre de 2010	
		VERSION	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	
02	Abril 2019	HOJA 58 de 21		

- 44 Seguro Social Salud, Documento Guía para el Desarrollo del Programa en los Centros de Atención Ambulatoria y Clínicas de ISS. Elaborado por Seccional Caldas. Santafé de Bogotá, 1997.
- 45 Seguro Social. Maltrato Infantil. Promoción del Buen Trato para la Prevención y Atención del Maltrato Infantil y el Abuso Sexual. Bogotá, 1998.

 <p><b>HOSPITAL UNIVERSITARIO</b> DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E</p>	<p align="center"><b>PROTOCOLO PARA LA ATENCION A VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL, VIOLENCIA DE GENERO E INTRAFAMILIAR Y MALTRATO A MENORES DE EDAD</b></p>	<p><b>CODIGO</b></p> <p>MNCEX - 01</p>	<p><b>FECHA DE ELABORACIÓN</b></p> <p>27 de Octubre de 2010</p>	
		<p><b>VERSION</b></p> <p>02</p>	<p><b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN</b></p> <p>Abril 2019</p>	
		<p>HOJA 59 de 21</p>		