

2

VIOLENCIA SEXUAL



VIOLENCIA SEXUAL: RECOMENDACIONES PARA SU ABORDAJE DESDE LOS SERVICIOS DE SALUD.

Dra. Fernanda Lozano¹

1 Doctora en Medicina. Especialista en Medicina Legal. Máster en Medicina Forense. Máster en Medicina Familiar y Comunitaria. Máster en Violencia de Género. Integrante del Comité Nacional del SIPIAV y del Equipo Central de Referentes de Violencia Basada en Género y Generaciones de ASSE

Índice de contenidos

Contenido

Índice de contenidos.....	3
Introducción.....	5
Violencia y violencia sexual	5
Importancia del problema	8
Origen de la violencia sexual	12
Modalidades y contextos de violencia sexual.....	15
Violencia sexual perpetrada hacia niño/as y adolescentes.....	18
Abuso sexual de niño/as y adolescentes.....	18
Explotación sexual comercial	22
Manifestaciones clínicas del abuso sexual ejercido hacia NNA. Hallazgos y su valor diagnóstico.	27
Las infecciones de transmisión sexual como marcadores de abuso sexual	33
Infección por Neisseria Gonorrhoeae	36
Infección por Chlamydia Trachomatis.....	37
Infección por treponema pallidum - Sífilis.	38
Infección por Trichomonas vaginalis.....	43
Papilomatosis genital – Virus del papiloma humano (HPV).....	44
Abordaje de la violencia sexual en el sector salud	50
Normativa relacionada al tema	74
Bibliografía consultada	81

Introducción

El presente material dirigido a integrantes de los equipos de salud pretende brindar una aproximación conceptual que permita comprender las características de la violencia sexual, sus tipos, dinámicas, manifestaciones e impacto en la salud de las personas que están expuestas, así como introducir a los lineamientos básicos del abordaje integral, desde una perspectiva respetuosa de Derechos Humanos y desde el marco normativo vigente. Pretende complementar a los protocolos existentes sobre abordaje de violencia y especialmente violencia sexual desde el sector salud.

Violencia y violencia sexual

La violencia es definida por la Organización Mundial de la Salud como

“El uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones” (Krug et al, 2003).

Hay que diferenciar la violencia de la agresividad. Ésta última es una reacción innata del ser humano, natural, biológicamente determinada, vinculada al instinto de supervivencia, que se adquirió en algún momento de la evolución de la humanidad y se despliega ante determinados estímulos y cesa ante inhibidores específicos. No obstante el comportamiento agresivo no es inevitable, y ahí la cultura juega un rol fundamental, ya que la agresividad está en la

naturaleza humana, pero que una persona se comporte de forma pacífica o violenta depende de la cultura que inhibe o exagera dicha agresividad, llevándola a una conducta intencional y dañina. A diferencia de la agresividad, la violencia no es producto de la evolución biológica del ser humano, sino que es un fenómeno complejo producto de la influencia y evolución cultural (San Martín, 2004). Es una conducta socioculturalmente aprendida y evitable. Es cuando la agresividad se torna intencional, deliberada y potencialmente dañina.

La naturaleza de los actos violentos puede ser:

-física

-psicológica que incluye la violencia emocional y la conducta controladora

-patrimonial

-sexual

-y a su vez las primeras tres formas pueden ejercerse por acción u omisión

Siguiendo la clasificación de la Organización Mundial de la Salud, dependiendo de quien la ejerza puede ser auto o heteroinferida. Ésta última puede ser interpersonal o colectiva. Es importante recordar que varias formas de violencia se intrincan, y es habitual que una niña que sufrió maltrato o abuso sexual en la infancia tenga mayor riesgo de sufrir violencia de pareja en la vida adulta, así como de sufrir violencia autoinferida como intentos de autoeliminación.

Hay grupos especialmente vulnerables a ciertas formas de violencia interpersonal, entre los que se encuentran las mujeres, niñas/os y adolescentes, población trans, personas con discapacidad intelectual o mental, migrantes y personas adultas mayores.

En este sentido cabe recordar la definición de violencia contra las mujeres como *“todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada”* (CEDAW, 1993). La Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, (Convención de Belem do Para), la define como *“cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado”*. Esta última definición permite incluir dentro de la violencia basada en género la ejercida hacia la población trans.

También es importante reconocer que existen distintos escenarios para la violencia contra las mujeres como son la familia, la comunidad, cometida o consentida por el Estado, la que ocurre en conflictos armados, y la discriminación múltiple (esta última por ejemplo la que sufre una mujer trans afrodescendiente y portadora de HIV). Dentro de las formas de violencia que ocurren en la familia se incluye la violencia que sufren por parte de sus parejas o ex parejas, así como las prácticas tradicionales nocivas (matrimonio precoz, violencia relacionada con la dote, mutilación genital femenina, etc);

mientras que en la comunidad incluye el femicidio, violencia sexual por un agresor que no es su pareja ni ex pareja, acoso y violencia sexual laboral, educativa o en competiciones deportivas, trata, entre otras (Gherardi N, 2012).

La violencia basada en género es definida por Naciones Unidas como *“la que ocurre debido a desigualdades estructurales que ubican a las mujeres en el lugar de las subordinadas, pero también bajo este concepto cabrían aquellas violencias específicas que afectan a los hombres situados también en posiciones de subordinación”* y la violencia intrafamiliar o doméstica se refiere al espacio en que ocurre (Naciones Unidas, CEPAL, 2014).

En este sentido, la OMS define violencia sexual como *“todo acto sexual, la tentativa de consumir 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 mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo”* (Krug et al, 2003).

Importancia del problema

El estudio Multipaís realizado por la Organización Mundial de la Salud mostró que 15% a 71% de las mujeres han sufrido violencia física o violencia sexual infligida por una pareja en algún momento de sus vidas (García-Moreno et al, 2005). Según dicho estudio, entre el 1 y 21% de las mujeres entre 15 y 49 años entrevistadas, comunicó haber sufrido abuso sexual antes de los 15 años de edad, entre 6% y 59% comunicó

violencia sexual perpetrada por su pareja en algún momento de la vida hasta los 49 años y entre 0.3 a 11.5% reportó haber sufrido violencia sexual perpetrada por persona diferente a la pareja, en algún momento entre los 15 años y los 49 años de edad.

El 3 a 24% reportó que su primera experiencia sexual fue forzada y en la mayoría de los casos esto ocurrió durante la adolescencia. Existen varios estudios que hablan de la elevada incidencia de violencia sexual en las citas amorosas en adolescentes, entendidas como una relación o cita, encuentros casuales o noviazgo, para diferenciarla de la violencia que ocurre en el matrimonio o en parejas que conviven.

Hay evidencia de que las violaciones y la violencia doméstica representan entre el 5% y el 16 % de años de vida saludable perdidos por las mujeres en edad reproductiva.

Una investigación realizada en el Centro Hospitalario Pereira Rossell mostró que de las mil mujeres encuestadas un tercio tenía antecedentes de haber sufrido violencia sexual, tanto en su primera experiencia sexual (29.4%), en la cotidianeidad de sus relaciones sexuales (34.8%), como tras agresión sexual aguda con penetración (30.9%), (Rodríguez F, et al, 2009).

La Primer Encuesta Nacional de prevalencia de violencia doméstica en mujeres mayores de 15 años, que consultan a los servicios de salud públicos y privados, realizada por el Ministerio de Salud Pública, MIDES, INE y Facultad de Medicina, mostró que un total de 27.7 % consultantes sufría violencia doméstica, de las cuales un 23.9% era psicológica, 6.3% física y 6.2% era sexual.

Posteriormente se realizó la Primer Encuesta Nacional de Prevalencia sobre Violencia Basada en Género y Generaciones, enmarcada en el Proyecto Uruguay unido para poner fin a la violencia hacia mujeres, niñas y adolescentes del Fondo Fiduciario de las Naciones Unidas para eliminar la violencia contra la mujer, que mostró que el porcentaje de mujeres de 15 años o más, que vivieron situaciones de VBG en algún ámbito a lo largo de toda su vida fue de 68.8%. El porcentaje de mujeres de 15 años o más que vivieron situaciones de VBG por parte de su familia actual en los últimos 12 meses fue 20.7%. El porcentaje de mujeres de 15 años o más que teniendo pareja en el último año vivió violencia sexual fue 0.8%, pero cuando se interroga las que sufrieron a lo largo de su vida asciende a 6.7%.

Por otro lado, desde marzo del 2011 a noviembre de 2013 el servicio de atención de víctimas de trata asistió un total de 66 mujeres. Se han realizado investigaciones desde las Organizaciones de la Sociedad Civil sobre el consumo de sexo y dimensiones de la explotación sexual comercial que muestran cifras impactantes y sitúan el mayor número de situaciones entre los 13 y 15 años (Caballero F., et al, 2015).

El Sistema Integral de Protección a la Infancia y Adolescencia contra la Violencia (SIPIAV) anualmente presenta un informe de gestión donde se recoge el total de situaciones atendidas en los servicios de INAU, que son ingresadas en el sistema informático con que cuenta dicho instituto. En el año 2016 este organismo atendió un total de 2647 situaciones de niño/as y adolescentes (NNA) en situación de violencia, de las cuales 54% fueron de sexo femenino y 46 % masculino. El 44% de las situaciones fueron detectadas en el grupo entre 6 y 12

años, el 32% entre 13 y 17 años, 14% de 0 a 3 años, 8% de 4 a 5 años. A su vez dentro de estos casos se evidencia que de 0 a 12 años el porcentaje es similar en niñas y niños, medida que a medida que aumenta la edad aumenta también el % de víctimas de sexo femenino. De las 2647 situaciones, se analizaron 2375, que contaban con información completa sobre las características de los tipos de violencia y los actores, destacándose un 42 % de violencia predominantemente emocional, seguida de 20% de abuso sexual, 20% de violencia física y 18% de negligencia. En este sentido cabe puntualizar que la violencia psicológica suele estar presente en toda situación de maltrato o abuso sexual. De los casos de abuso sexual, el 74% fueron reportados en sexo femenino. A mayor edad, mayor porcentaje reportado de violencia sexual, siendo 4% en el grupo de 0 a 3 años, 16% entre los 4 y 5 años, 18 % entre los 6 y 12 años, 25% entre los 13 y 17 años y 43% en mayores de 18 años. El 81% de los episodios de violencia sexual fue recurrente y el inicio de la intervención en el abuso sexual fue en fase crónica en el 70% de los casos, mientras que en 30% se detectó en etapa de inicio, lo que se traduce en la necesidad de un abordaje complejo. Dicho informe evidencia que un 48% de los NNA que sufrieron abuso sexual no visualizan la violencia como tal. Según el informe del SIPIAV el 96% de los abusadores fueron de sexo masculino (Faraone A, Bataille D, et al, 2017).

Estos resultados tienen implicancias para los equipos de salud, en primer lugar tener en cuenta que también se reportan casos de abuso sexual en varones (aunque en menor cantidad), de ahí la importancia de estar atentos a determinados indicadores y pesquisarlo también en varones.

Por otro lado la mayor detección de casos reportados en edad escolar puede explicarse por las características de la dinámica del abuso y porque la escuela tiene un importante rol en la detección por la carga horaria en que el/la NNA pasa con el mismo docente que puede advertir indicadores, de ahí la importancia del trabajo en red y el diálogo fluido entre el médico de referencia de ese/a NNA y su maestra/o. Finalmente el elevado porcentaje de episodios recurrentes y que el inicio de la intervención se realice en fase crónica se explica por la dinámica del abuso caracterizada en general por años de silencio. La salud, al igual que el sector educativo, se encuentra en lugares privilegiados para la detección y abordaje de este tipo de situaciones.

La violencia sexual en la infancia impacta negativamente en la psiquis, Intebi lo compara con un “balazo en el aparato psíquico”, ya que no son comportamientos consensuados aun cuando NNA no se resista, resultan evolutivamente inadecuados, invariablemente alteran la relación vincular en la que ocurren, pueden resultar dolorosos, causar temor y confusión y producen respuestas que pueden interferir en los procesos evolutivos normales, llevando a una sexualización traumática, entre otras complicaciones (Intebi, 2011)

Origen de la violencia sexual

Se han planteado distintas teorías y modelos explicativos para describir por qué se producen situaciones de violencia basada en género, jerarquizando distintos aspectos y factores como causantes en cada una de ellas, pero existe un acuerdo en que el origen no es unicausal sino multicausal y que se requieren

determinados factores en un contexto que habilite la desigualdad e inequidad de poder.

Uno de los modelos más aceptados es el Ecológico, que permite comprender la multicausalidad e interacción de todos los factores de riesgo y protectores en distintos niveles, facilitando la intervención. El primer nivel del modelo es el Individual que incluye los factores biológicos y antecedentes personales que aumentan las chances de ejercer o sufrir violencia. En el nivel relación se incluyen los factores referentes a los vínculos y relaciones humanas en el círculo próximo a la persona. El nivel comunitario se refiere a las características de la comunidad y existencia de redes. Finalmente el nivel social incluye los factores estructurales y culturales y políticos que crean o perpetúan las inequidades y favorecen la violencia.

La teoría del aprendizaje social, complementa a este modelo y permite entender como la violencia es aprendida socioculturalmente.

Naciones Unidas identifica factores estructurales y factores específicos en el origen de la violencia contra las mujeres. Dentro de los factores causales se destacan el orden social de género, patriarcado y otras relaciones de dominación y subordinación; las normas y prácticas culturales que justifican la violencia contra la mujer incluyendo las prácticas tradicionales nocivas (ablación genital femenina, matrimonio de niñas, crímenes en nombre del honor, limitación de derechos de las mujeres en el matrimonio), y las desigualdades económicas. Dentro de los factores específicos Naciones Unidas destaca dentro de los factores facilitadores el uso de la

violencia en la resolución de conflictos y legitimidad cultural que explica por ejemplo la violencia sexual y otras formas que ocurre en conflictos armados o en regímenes autoritarios y dictatoriales. Pero a su vez a nivel comunitario esta legitimación se intrinca con las doctrinas referentes a la privacidad del hogar con la tendencia a considerar que los conflictos familiares son un tema privado justificando que el Estado y la sociedad se abstengan de intervenir y adoptar medidas de protección y restitución de derechos cuando se cometen actos de violencia en el ámbito familiar.

Otro factor que habilita el ejercicio de violencia contra las mujeres y violencia basada en género destacado por Naciones Unidas es la inacción del Estado que permite que subsistan leyes y políticas discriminatorias contra las víctimas que violan sus derechos y las desempoderan, inadecuación a los estándares internacionales, reiteración de pericias, careos, entre otras prácticas, favoreciendo la impunidad, la perpetuación y la subordinación de mujeres, niñas/os y adolescentes (Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer, Naciones Unidas, 2006).

En caso de la explotación sexual comercial se suman factores culturales, económicos, sociofamiliares y del Estado que habilitan la existencia y perpetuación de esta forma de violencia. Se incluyen la aceptación del pago por tener sexo y existencia de demanda “clientes”, homofobia, exclusión social, deserción educativa, pobreza extrema y situación de calle que lleva a legitimarlo como forma de sobrevivir, trabajo infantil, familias insertas en redes de explotación, migración, políticas del Estado ineficaces para la erradicación y sanción de los explotadores, lo que se ha denominado por algunos autores

como “Estado prostituyente”, (Prego, 2011). En la base está la falta de reconocimiento de NNA como sujetos de derecho, la idea de dominación del mundo adulto sobre éstos, habilitándolos para el uso para su gratificación, así como la imagen que la sociedad tiene de los comportamientos aceptados de NNA sobre todo si son de pobres, y la falta de sistemas de protección adecuados, particularmente para adolescentes, todo lo que lleva a que la sociedad lo considere una opción por parte de estos y sean culpabilizados (Cabellero F, et al, 2015).

La violencia basada en género y generaciones se sustenta en relaciones asimétricas de poder basadas en la discriminación de género y generaciones, patriarcado, heteronormatividad, construcción jerárquica de la masculinidad y la feminidad, así como el adultocentrismo con una visión particular de la infancia, con un preconcepto de inferioridad de las mujeres, niñas/os, adolescentes y grupo trans que habilita la desigualdad, discriminación y vulneración de derechos.

Modalidades y contextos de violencia sexual

La violencia sexual es muy amplia y puede darse en diversos contextos. Es un problema de salud Pública, que limita los Derechos Humanos afectando la dignidad, integridad física, psicológica y sexual de la persona. La definición de violencia sexual es amplia e incluye distintas formas de violencia como por ejemplo intimidación y manipulación psicológica (comparaciones con parejas anteriores, con que debe cumplir

cierto rol en la pareja, cuestionando su sexualidad, etc), el uso de amenazas (con ejercer otras formas de violencia, quitarle a los hijos o dañarlos, despidos, malas calificaciones en el ámbito educativo, recurrir a una prostituta si no accede a tener relaciones sexuales, etc), el abuso de situaciones en que la víctima no está en condiciones de otorgar un consentimiento válido por distinto tipo de situaciones de coercibilidad (ya sea por su etapa del desarrollo, por estar en situación de vulnerabilidad por ejemplo si quien ejerce los actos sexuales es el encargado de su custodia o cuidados, personas con discapacidad, encontrarse bajo efecto de drogas usadas para la sumisión química, etc), entre otras.

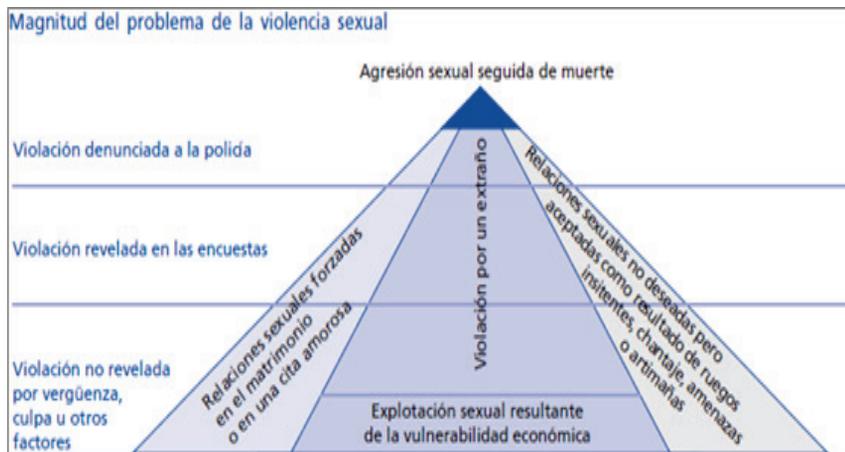
A su vez la Organización Mundial de la Salud y Naciones Unidas reconocen diversos contextos en que ocurre esta forma de violencia e incluyen: la violación en el matrimonio o en citas amorosas; violación por parte de desconocidos; violación en conflictos armados; insinuaciones o comentarios sexuales; abuso sexual de niños/as o personas psíquicamente disminuidas; matrimonios forzados; negarle el derecho a la anticoncepción o prevención de infecciones de transmisión sexual; aborto forzado; mutilación genital femenina; controles de virginidad; explotación sexual comercial, entre otras.

En cuanto a las estadísticas, al igual que con otras formas de violencia, se aplica la metáfora del iceberg, ya que solo una mínima parte de los actos de violencia sexual son reportados y denunciados y porción menor aún es seguida de condena, quedando la gran mayoría “tapados” bajo el agua.

Al hablar de violencia sexual, inmediatamente se piensa en la violación, pero es importante tener en cuenta que la penetración es solo una de las formas en que se manifiesta este tipo de violencia, existiendo otras formas que no requieren incluso el contacto físico. En este sentido, la violencia sexual se puede sistematizar en:

- sin contacto físico
- con contacto físico:
- sin penetración
- con penetración (con pene, otras partes corporales, objetos)

El siguiente esquema de la Organización Mundial de la Salud es claro en mostrar la complejidad de la violencia sexual:



Fuente: Krug et al, 2003

La violencia sexual se caracteriza por:

Asimetría de poder que permite el control de la víctima (físico, coerción, manipulación, amenazas, custodia, discapacidad, diferencias de conocimientos que implican que la víctima no comprenda totalmente el significado o consecuencias de la actividad sexual).

Actos que llevan al menos a la gratificación sexual del ofensor

Puede haber contacto, pero no es un requisito

Violación de derechos humanos de la víctima (derecho a la vida, libertad, autonomía, seguridad, privacidad, protección especial, interés superior del niño/a, igualdad y ausencia de discriminación; no sufrir torturas, tratos crueles inhumanos o degradantes, máximo nivel de salud, etc.).

La violencia sexual puede ocurrir a cualquier edad, la mayoría de las personas que la ejercen son hombres y las víctimas suelen ser niñas y mujeres, población trans y niños.

Violencia sexual perpetrada hacia niño/as y adolescentes

Abuso sexual de niño/as y adolescentes

Es definido como *“involucramiento de un niño en actividades sexuales que no llega a comprender totalmente, a las cuales no está en condiciones de dar consentimiento informado, o para las cuales está evolutivamente inmaduro y tampoco puede dar consentimiento, o en actividades sexuales que transgreden las*

leyes o las restricciones sociales. El abuso sexual infantil se manifiesta en actividades entre un niño y un adulto, o entre un niño y otra persona que, por su edad o por su desarrollo, se encuentra en posición de responsabilidad, confianza o poder. Estas actividades – cuyo fin es gratificar o satisfacer las necesidades de la otra persona – abarcan pero no se limitan a la inducción a que un niño se involucre en cualquier tipo de actividad sexual ilegal, la explotación de niños a través de la prostitución o de otras formas de prácticas sexuales ilegales y la explotación de niños en la producción de materiales y exhibiciones pornográficas” (Organización Mundial de la Salud, 2001, citado por Intebi I, 2001).

Consiste en el uso de NNA como objetos sexuales, no considerándolos sujetos de derechos, en general por una persona adulta que se encuentra en relación de poder ya sea por una cuestión de edad, autoridad, o su vínculo o relación que lo une al NNA, para su propia gratificación sexual o su beneficio, o de terceros.

Hay múltiples definiciones de abuso sexual infantil y adolescente, con diferentes enfoques. Algunas se basan en la diferencia de edad, otras en el tipo de actos, y otras son clínicas. Las definiciones clínicas suelen enfocarse en el impacto traumático del abuso, aunque es importante puntualizar que no todas las situaciones impactan de igual modo en la víctima y no necesariamente todos tienen efectos traumáticos, lo que depende de la comprensión, significado atribuido a los actos en función a su desarrollo, apoyo, contención, actitud de los familiares no abusadores y operadores ante la revelación, entre otros.

La mayoría de los casos de abuso sexual hacia NNA ocurren en el ámbito familiar o son ejercidos por personas del entorno cercano y se caracterizan por una dinámica muy particular. Por ellos describen una dinámica muy característica.

Los elementos descritos clásicamente por Summit suelen estar presentes en las situaciones de abuso sexual de larga data perpetrado por familiares o personas del entorno cercano del NNA. Estos son el secreto, la desprotección, el atrapamiento, la adaptación, la revelación tardía y poco convincente y finalmente en algunos casos la retractación. Múltiples factores llevan a que el abuso se mantenga en silencio. Otros autores como Sgroi también han descrito una dinámica similar con fases claras que incluyen la seducción y preparación con maniobras psicológicas, interacción sexual, develamiento y reacción ante esto (Baita y Moreno, 2015).

El abusador comienza utilizando estrategias de juego, seducción para acceder al niño, establecer un vínculo y mantener el secreto. El abusador argumenta que “es un juego”, que “todos los padres lo hacen”, que es “educación sexual”, etc. Es importante tener en cuenta que durante las maniobras abusivas, el abusador toca zonas erógenas que pueden causar placer al niño. Luego cuando el niño comprende que esas maniobras no son normales, recurre a sobornos y amenazas, “a vos te gustó”, “nadie te va a creer”, “vos me buscaste”. El silencio se perpetúa por la presión, manipulación y coacción, así como el temor a que no le crean, estigmatización, vergüenza, miedo, culpa, etc. Esto explica por qué la revelación intencional suele ser tardía, muchas veces ocurre cuando la víctima tiene hermanos y teme o sospecha que hayan sido también víctimas de abuso. El abusador actúa

sobre los vínculos de la víctima y lleva a un aislamiento, ya sea dentro del grupo de hermanos, con relación a su madre o incluso en la comunidad. En caso de adolescentes puede recurrir incluso a emplear la fuerza física. En caso de que exista un relato, el abusador suele negarlo, lo que sumado a que en general los abusadores son manipuladores y los niños pueden fantasear en algunos aspectos de sus vidas (aunque difícilmente fantaseen sobre cuestiones que no hayan vivido), crea las condiciones para que se cuestione inmediatamente la fiabilidad de lo relatado, por parte del personal no entrenado en las dinámicas de abuso.

A esto hay que sumarle que además se ponen en marcha mecanismos psicológicos que pueden llevar a la negación por parte del adulto “referente”, al cual el NNA pudo haber intentado contar y no haber escuchado como mecanismo de protección, por no haber lugar mental para el abuso (Echeverri, M, 2011).

Todo esto lleva a gran desconfianza del mundo adulto y es un círculo vicioso que lleva a mayor silencio. A esto hay que sumarle otros sentimientos comunes en NNA víctimas de abuso como son la culpa, vergüenza, miedo, ambivalencia, soledad, falta de comprensión, entre otros.

Otras veces no se cuenta hasta edades adultas, cuando se pesquisa específicamente o cuando la víctima percibe una relación clínica que habilita el relato, y en otros casos finalmente el silencio es de por vida.

Otro aspecto a tener en cuenta en los casos de abuso sexual intrafamiliar de larga data, es el riesgo de retractación

(desdecir lo relatado previamente), que se produce como consecuencia de la ambivalencia, temores, presiones del entorno, culpa, entro otros.

Explotación sexual comercial

Una de las formas de violencia sexual ejercida hacia NNA es la **explotación sexual comercial** que es definida por la Declaración de Estocolmo como *“el abuso sexual por parte de un adulto e incluye la remuneración en efectivo o en especie, a una persona menor de edad o a una o varias terceras personas. El niño es tratado como un objeto sexual y como un objeto comercial. La explotación sexual comercial constituye una forma de coerción y violencia contra la niñez y equivale al trabajo forzado así como a las formas contemporáneas de esclavitud”* (Declaración de Estocolmo, 1996). Incluye la utilización de niños, niñas y adolescentes en prostitución, elaboración de pornografía, turismo sexual, trata con fines sexuales y matrimonios forzosos. Existe algunos escenarios donde característicamente se produce la misma, que cada uno de ellos tiene sus particularidades incluyendo la participación de diferentes actores, como son desplazamientos forzados, migración, TICs, la explotación que se da en el marco del turismo, fronteras, ante la aparición de trabajos zafrales, sobre las carreteras, etc.

La **trata** implica el traslado de la víctima con limitación o privación de libertad, con finalidad de explotación, ya sea sexual, laboral, servidumbre, etc. Existe trata interna y externa. La interna es la que ocurre dentro de un país, mientras que la externa es la que implica la salida del país. Es definida por el Protocolo de Palermo como *“la captación, el*

transporte, el traslado, la acogida o la recepción de personas, recurriendo a la amenaza o al uso de la fuerza u otras formas de coacción, al rapto, al fraude, al engaño, al abuso de poder o de una situación de vulnerabilidad o a la concesión o recepción de pagos o beneficios para obtener el consentimiento de una persona que tenga autoridad sobre otra, con fines de explotación.” (Protocolo para prevenir, reprimir y sancionar la trata de personas, especialmente mujeres y niños, Naciones Unidas, 2000). La trata con fines de explotación sexual es una violación de derechos humanos, una forma de esclavitud, es un delito complejo que implica varias etapas sucesivas, con una finalidad específica cada una de ellas y con participación de distintos actores en las mismas, ejercida por redes organizadas que utilizan distintas metodologías de captación, movilización y explotación, empleando poder, control, manipulación de la víctima para mantenerlas en cautiverio, cuya manifestación depende de las características de las víctimas, tipo de red (familiar, transnacional), entre otras. Es un fenómeno complejo que requiere la participación de múltiples actores insertos en un ambiente delictivo.

Frecuentemente se emplea el engaño o la violencia en distintas formas para que la víctima continúe participando de las actividades de esclavitud y violación de sus derechos humanos, perdiendo validez el consentimiento, y en el caso de niños/as y adolescentes, el mismo no es tenido en cuenta, independientemente de que la adolescente impresione madura.

Generalmente se confunde el concepto de trata con el de **tráfico**. Este último consiste en el cruce irregular de la frontera violando las leyes migratorias del país con el fin de obtener un

beneficio financiero o material de otro tipo. A su vez puede haber trata externa sin tráfico, ya que la persona puede salir del país en forma legal, pero bajo engaño (por ejemplo, falsas promesas laborales

Características diferenciales entre trata y tráfico y características comunes.

Características de la trata	Características del tráfico	Características comunes
<ul style="list-style-type: none"> - movilización de la persona mediante estrategias de captación, reclutamiento, traslado, retención, engaño, abuso de poder, amenazas - movilización dentro del país (trata interna) o cruzando fronteras - finalidad de explotación - vulneran derechos humanos - actividad lucrativa mediante la explotación de la persona - relación entre tratante y víctima prolongada - riesgo de vida o grave daño físico y psicológico durante el proceso de explotación. 	<ul style="list-style-type: none"> - delito contra el orden migratorio - el lucro se genera por el servicio de migración irregular o ilegal, no por explotar a la persona - relación entre traficante y víctima es de corta duración, finalizando al llegar al destino - cruce de fronteras - riesgo de vida durante el traslado y cruce fronteras. 	<ul style="list-style-type: none"> - movilidad de las personas -finalidad lucrativa

El tráfico por las condiciones de vulnerabilidad y precariedad puede favorecer que la personas sufra trata y sea explotada

(Elaboración propia en base a González D, Tuana A, 2012. RMAAM, Diagnóstico regional: la trata de mujeres con fines de explotación sexual en el Mercosur).

En la ESC clásicamente se describe una dinámica de trata que incluye tres componentes:

- NNA en situación de vulnerabilidad
- cliente, persona adulta que paga por tener sexo con NNA
- personas/organizaciones/redes que lucran con la explotación

Es importante que los integrantes del equipo de salud conozcan las características que aumentan la vulnerabilidad de los NNA y los exponen a riesgo de ser víctimas de la ESC. Entre ellas se destacan la pobreza con exclusión social, expulsión del hogar, situación de calle, negligencia, violencia doméstica, antecedentes de abuso sexual intrafamiliar, deserción del sistema educativo, uso problemático de sustancias, transexualidad.

Es una grave violación de los derechos humanos que atenta contra la dignidad, desarrollo, salud y vida de los NNA. Algunas personas consideran que las adolescentes “eligen prostituirse” o que son responsables porque “provocan” o “eligen ganar dinero fácil”, “que son maduras y que pueden elegir consentir por su autonomía progresiva”, pero dadas las características de este tipo de violencia, las características y vulnerabilidad de las víctimas no es posible considerar que este consentimiento sea válido. Por eso NNA no eligen prostituirse sino que son explotado/as sexualmente.

En las redes de menor complejidad pueden estar involucrados familiares, reclutadores, proxenetas, regentes de prostíbulos, taximetristas, dueños de boliches, policías, agencias de viajes, quioscos, falsificadores de documentación, inmobiliarias que alquilan apartamentos, etc.

La captación de las víctimas suele hacerse mediante engaño en relación al tipo o condiciones laborales, y una vez en el destino la persona es explotada. Las formas de reclutamiento incluyen castings, anuncios de ofrecimientos de estudios o trabajo, avisos en periódicos, ofrecimiento de objetos de consumo (entradas a boliches, ropa, celulares) para luego ingresar al negocio del sexo en distintos ámbitos.

Las víctimas son movilizadas bajo custodia y en caso de viajar solas se las instruye en cómo debe comportarse durante el viaje y qué hacer al llegar al destino. Pueden alojarse en los mismos lugares donde son explotadas (bares, prostíbulos), siendo las jornadas de larga duración diaria, e implican sexo, consumir alcohol y otras drogas y facilitar el consumo de los clientes. La forma empleada para controlar y retener a las víctimas incluyen retención de su documentación, chantaje, amenazas, violencia física, suministro de drogas, incomunicación con la familia o comunicación controlada, privación de libertad, aislamiento. También son obligadas a participar en delitos como tráfico de drogas y puede ser amenazada con ser denunciadas por esto, obligándolas a permanecer en la red (Prego C, Tuana A, 2011).

Una persona puede estar expuesta simultáneamente a distintas modalidades de explotación.

Tener en cuenta que como consecuencia de esta forma de violencia las víctimas son inseguras (incluso desconfían del equipo de salud), con muy baja autoestima y daño psíquico, problemas conductuales, daño físico, lesiones y consecuencias en salud sexual y reproductiva. Son frecuentemente estigmatizadas, generan rechazo por parte de los profesionales ya que son manipuladoras, confusas, ambivalentes, no se reconocen como víctimas, y presentan problemas de conducta como expresión del daño, lo que aumenta su aislamiento.

Manifestaciones clínicas del abuso sexual ejercido hacia NNA. Hallazgos y su valor diagnóstico.

La valoración de los casos de sospecha de abuso sexual infantil y adolescente es un gran desafío porque solamente 10 a 20% de los niños abusados tienen lesiones y la prevalencia de infecciones de transmisión sexual (ITS) es baja. De ahí la importancia de que se realice una valoración integral por un equipo multidisciplinario que pueda considerar otros indicadores. Las manifestaciones que permiten hacer el diagnóstico de abuso sexual de NNA pueden ser físicas, cognitivo-conductuales, afectivas y emocionales. Tienen distinto grado de especificidad. Lamentablemente los indicadores de alta especificidad tienen baja sensibilidad (es decir, son poco frecuentes).

El **relato espontáneo**² correctamente registrado y el que surge en una entrevista correctamente llevada a cabo, es un **indicador altamente específico**, aunque es poco frecuente que ocurra en los servicios de salud, dado la dinámica característica del abuso en que predomina el silencio. El relato puede ser accidental o intencional. La revelación puede darse en forma tardía, puede ser confuso y a veces retractarse.

Los indicadores emocionales, cognitivos y conductuales, si bien son más prevalentes son inespecíficos para el diagnóstico, por lo que se requiere prudencia en su interpretación y su valoración por equipo interdisciplinario para descartar otras causas.

2 Se remite a la lectura de la ficha García M. “Cuando los niños hablan: Cómo escucha, registrar y validar el testimonio de los niños que han sufrido violencia”

Manifestaciones inespecíficas (la lista no es taxativa):	
Auto y heteroagresividad, retraimiento, timidez extrema, hiperactividad	Alteración de las conductas basales: insomnio, pesadillas, trastornos de la alimentación, alteraciones en el juego, alteración en el control de esfínteres
Cambios en el rendimiento escolar o relacionamiento con sus pares, aislamiento	Dificultad para calmarse y detener su conducta, dificultad para asumir la responsabilidad de sus actos, tendencia a pasar al acto, impulsividad
Búsqueda de afecto excesiva	
Fugas del hogar	Consumo de drogas,
Dificultad para expresar sus emociones,	Dolores corporales (dolor abdominal sin causa orgánica, cefalea)
Actitud de defensa ante el examinador, miedo a que lo toquen, rechazo al examen genital	Baja autoestima, depresión, tristeza, trastorno de estrés postraumático, trastorno traumático del desarrollo
Conductas hipersexualizadas, conocimiento sexual inadecuado para la edad	

Indicadores de ESCNNA (lista no taxativa)

Relato, presenciar la situación

Contacto con servicios de salud esporádico, ausencia de controles en salud, aborto clandestinos o sus complicaciones, ITS, lesiones, intoxicaciones por drogas, “constatación de lesiones”

Arreglo personal inusual para su condición económica y para su edad (maquillaje excesivo, aparece con ropa costosa no acorde a su nivel económico, etc), adquisición de objetos costosos (celulares por ejemplo) y no logra explicar cómo los obtuvo

Observarla con nuevas amistades, algunas mayores, con autos que la traen y pasan a buscar. Recibe regalos, no aporta datos de quien

Reticencia a brindar información personal (incluyendo dirección) o da información falsa, documentación falsa

Menciona que participa de actividades o circula por espacios y ámbitos vinculados a la explotación sexual comercial actividades como castings, modelaje, estaciones de servicio donde paran camiones, hoteles, trabajo en bares, wiskerías, no acorde a su edad.

Situación de calle, abandono escolar, expulsión del hogar. Pertenencia a grupo LGBTI que vive situación de discriminación, abandono del hogar, especialmente grupo trans

Participación en actividades delictivas, contacto con adultos u otros adolescentes vinculados con drogas o a la explotación.

(Elaboración propia en base a Prego C, Tuana A, 2011; González D, Tuana A, 2012; Moreno P, Viscir P, 2013):

En cuanto a los hallazgos físicos, dependiendo de la edad y tamaño de la víctima, el tipo de acto cometido, desproporción con el agresor, vínculo y estrategias implementadas por éste, existencia de infecciones, los hallazgos pueden ser heterogéneos e ir desde ausencia de lesiones (lo más habitual), lo cual no descarta la existencia del abuso, hasta lesiones importantes con desgarros o signos claros de ITS.

Los indicadores físicos, aunque tienen distinta especificidad pueden sistematizarse en signos de relación sexual no consentida, embarazo no intencional, lesiones Génito-anales, infecciones de trasmisión sexual (Cornaglia y Vignolo, 2005; Organización Mundial de la Salud, 2005; Castelló et al, 2009; Rodríguez Almada, 2008, 2010).

Embarazo no intencional: debe diferenciarse el embarazo adolescente producto de una relación sexual consentida, del que se produce consecuencia de violencia sexual. En nuestro país la legislación establece que antes de los 15 años la violencia se presume, pero a partir de los 12 años admite prueba en contra, es decir se admite la posibilidad de otorgar consentimiento a partir de los 12 años. La normativa vigente referente a delitos sexuales de violación y atentado violento al pudor, no hace referencia a determinadas circunstancias de coercibilidad que pudieran incidir a la hora de evaluar la validez del ese consentimiento (por ejemplo embarazo producto de relación sexual con la pareja de la madre).

Lesiones: Estas pueden ser consecuencia del abuso y de las maniobras de reducción de la víctima, o de la lucha entre ésta y el abusador. La presencia de vulvitis es un hallazgo

inespecífico y puede responder a variadas etiologías (higiene, parasitosis, abuso, patologías médicas, etc). En niñas pequeñas la penetración peneana ocasionaría graves lesiones de riesgo vital por desgarros perineales, esfinterianos y del tabique rectovaginal. En niñas más grandes, en caso de penetración peneana el patrón lesional se va asemejando al de las adolescentes y mujeres adultas, pudiendo encontrar desgarros himenales y vulvovaginales o lesiones extragenitales. Finalmente cabe recordar que debido a la dinámica antes mencionada, la mayoría de los abusos sexuales en la infancia carecen de lesiones y que por el contrario la presencia de lesiones traumáticas de vulva accidental es frecuente en las niñas, de ahí la importancia de correlacionar los hallazgos con el relato y con el desarrollo de la niña, evaluando caso a caso. A nivel anal los hallazgos dependerán del tipo de maniobra abusiva, del tamaño del niño/a, del abusador, de la brusquedad de las maniobras realizadas, del uso de técnicas previas para facilitar la penetración (lubricación, estímulo), episodio único de penetración o episodios repetidos, entre otras. En caso de penetración en niño/as pequeño/as, se espera encontrar lesiones graves como por ejemplo desgarros, estallido rectal. En niño/as mayores la penetración aguda puede evidenciarse desgarros triangulares con base en el borde anal, equimosis perianal, con un ano puntiforme y doloroso. También puede asociarse a disfunción esfinteriana. En la penetración crónica puede verse alteración de la mucosa, borramiento de los pliegues y alteración del tono esfinteriano, pero también el examen puede ser normal. A su vez hay que tener en cuenta ciertas características que pueden llevar al diagnóstico erróneo de abuso (si el equipo solo se basa en

dichos hallazgos), como por ejemplo el ensuciamiento o las fisuras anales en caso de constipación crónica.

Infecciones de transmisión sexual (ITS): Algunas ITS una vez descartada la transmisión perinatal, otras formas de contacto corporal, la vía transfusional y por fomites (en función de la edad y de que el agente admita estas vías de transmisión) son diagnósticas de contacto sexual y dependiendo del caso permiten hacer diagnóstico de abuso, como es el caso de *N. Gonorrhoeae*, *Ch.Trachomatis* y *Treponema Pallidum*. A continuación se hace hincapié en este punto porque suele generar dudas en los equipos en cuanto a la etiología del contagio.

Las infecciones de transmisión sexual como marcadores de abuso sexual

Existe un notorio incremento de la incidencia y prevalencia de infecciones de transmisión sexual, estimándose que 340 millones de casos nuevos curables anuales a nivel mundial, más de 100.000 infecciones diarias promedio, y que en América Latina y Caribe 1 de cada 20 personas sufre una ITS al año, con una pandemia de HIV y un círculo vicioso que aumenta el riesgo de padecer otras ITS y en presencia de otras ITS el riesgo de contraer HIV aumenta 3 a 5 veces (DIGESA, 2005).

Algunos agentes que pueden transmitirse por contacto sexual y son considerados ITS por el Ministerio de Salud Pública son la sífilis, gonorrea, *chlamydia trachomatis*, linfogranuloma venéreo, herpes genital, hepatitis viral B y C, Citomegalovirus, Virus del papiloma humano, HIV- SIDA, entre otros, que

pueden manifestarse bajo la forma de síndromes, cuya utilidad desde el punto de vista clínico es que orientan a su etiología:

Úlcera genital: suele ser causado por herpes simple virus (HSV), *treponema pallidum*, chancroide, linfogranuloma venéreo

Secreción uretral: causada por *N.gonorrhoeae*, *C. Trachomatis*, *Ureaplasma urealyticum*, *trichomonas vaginalis*, *cándida albicans*, VHS, entre otros.

Flujo vaginal: *cándida álbicans*, *Trichomonas vaginalis*, *gardnerella*, *Ch Trachomatis*, *anaerobias*, *N. Gonorrhoeae*, VHS.

Dolor abdominal hipogástrico: *N. Gonorrhoeae*, *C. Trachomatis*, *anaerobios* y BGN

Además pueden aparecer tumoraciones de tipo condilomas acuminados o planos en la infección por HPV y sífilis respectivamente.

Si bien la presencia de una ITS debe alertar de un posible abuso, dado que estos gérmenes pueden adquirirse por otras vías de contagio, tienen diferente especificidad para el diagnóstico de abuso sexual.

Dado que la las ITS son infrecuentes en prepúberes que se encuentran asintomáticos, la Academia Americana de Pediatría recomienda que no se realicen cultivos en forma rutinaria de todos los sitios en busca de todos los organismos y que para solicitar estudios de ITS (cultivos y serología) se evalúe cada caso en forma particular atento a los factores de

riesgo para las mismas. Dentro de las recomendaciones se destaca que se tenga en cuenta la posibilidad de contacto oral, vaginal o rectal, si fue abusado por un extraño o por un conocido con ITS, la incidencia de ITS en el medio y la sintomatología de la víctima y junto con el Centro de Control y Prevención de Enfermedades establecen recomendaciones para la evaluación de laboratorio. En caso de adolescentes la Academia Americana de Pediatría recomienda que se pesquisen todas las ITS (Jenny et al, 2013). Dado la elevada prevalencia en nuestro medio, el riesgo que implica para el niño no tratar una posible ITS, y además el valor que puede tener desde el punto de vista judicial identificar que la víctima es portadora de este tipo de infecciones, la pesquisa de las mismas está totalmente justificada desde el punto de vista clínico asistencial y médico-legal ante la sospecha de abuso sexual.

Hay determinados factores de riesgo para contraer ITS como el tipo de contacto sexual (oral, vaginal, rectal), presencia de trauma y sangrado durante la relación, sitio en que tiene lugar la eyaculación, carga viral en el eyaculado (en caso de HIV), así como presencia de otras ITS tanto en el agresor como en la víctima. Se estima que en la población general, cuando se trata de una relación con penetración anal receptiva el riesgo relativo de contraer HIV es 0,8 a 3% (alto), vaginal receptivo de 0,05 a 0,8% (intermedio) y oral con eyaculación de 0,01 a 0,05 (bajo), por cada relación (DIGESA-MSP, 2005). El riesgo se potencia en el abuso porque son múltiples las vías, repetidas y a veces con lesiones.

A continuación se presentan las características más importantes de algunos de ellos.

Infección por Neisseria Gonorrhoeae

Se trata de una bacteria que es un diplococo gram negativo, aerobia, muy sensible a las condiciones ambientales adversas por lo que es poco viable fuera del organismo (por ejemplo fómites o superficies). Invade exclusivamente las mucosas que están provistas de epitelio cilíndrico, con preferencia por el tracto génito-urinario inferior, mucosa rectal, orofaringe y conjuntivas. El tiempo de incubación varía entre 2 y 8 días. Es frecuente la coinfección con chlamydia en la población general. En caso de transmisión perinatal el recién nacido presenta conjuntivitis, cuya incidencia ha disminuido en la actualidad por la administración de gotas oftálmicas al momento del nacimiento, pero en forma más rara puede presentar además gérmenes en orofaringe, vagina y recto. El diagnóstico se basa en la sospecha clínica ante un cuadro compatible de secreción uretral o flujo – vulvovaginitis, disuria o ser asintomática y se confirma con los exudados de uretra, vagina, recto y faringe, sin previa higiene local. Estas muestras son estudiadas en forma directa (visualizándose los diplococos gram negativos) y se realiza cultivo en medios selectivos, cuya especificidad es del 100% para el diagnóstico, lo que le da una confiabilidad adecuada para el ámbito judicial, ya que no admite falsos positivos, pero su sensibilidad es menor pudiendo tener falsos negativos. Existen nuevas técnicas de amplificación genética (nucleic acid amplification tests NAATs) que son efectivas para el diagnóstico de infecciones asintomáticas (triplicando la posibilidad diagnóstica) y son recomendadas en Medicina Legal y Forense, para dar mayores garantías a ambas partes. Es la ITS más frecuentemente

asociada a múltiples episodios de abuso sexual crónico. Aun así la prevalencia de la infección en víctimas prepuberales es menor al 3%. Luego del período neonatal y hasta el año de edad se admite la transmisión materna, pero luego del año, su presencia a nivel genital o rectal es un indicador altamente específico para el diagnóstico de abuso sexual crónico.

Infección por *Chlamydia Trachomatis*

Se trata de un patógeno humano intracelular obligado, gram negativa cuyo tiempo de incubación es de 3 semanas, aunque en adolescentes puede manifestarse como una vulvovaginitis o uretritis a los 10 días del contacto. Frecuentemente se asocia con infección gonocócica. Los hijos de madres que padecen la infección tienen altas chances de contraerla por vía perinatal, pudiendo alojarse en varias localizaciones como orofaringe, conjuntiva, vagina y recto y persistir asintomática durante 2 o 3 años, lo que puede generar dificultades al analizar la vía de transmisión. Una vez descartada la transmisión perinatal con un análisis minucioso de la historia del recién nacido y de la madre, es un indicador de alta especificidad para el diagnóstico de abuso sexual. Dado que no se transmite por fomites, en caso de que la madre resultara negativa para el germen y se excluya la transmisión perinatal, se plantea el diagnóstico de contagio por contacto sexual. En la práctica clínica asistencial, el diagnóstico se basa en la presencia de sintomatología (que puede estar ausente en niña/os) y la ausencia de detección de gonococos en el frotis y cultivo. Pero esto no tiene el valor requerido en el ámbito judicial, donde cobran relevancia otras técnicas como las basadas en cultivos celulares que permiten visualizar los cuerpos de inclusión citoplasmática a los 3-4 días, con especificidad del 100%,

aunque menor sensibilidad. La confirmación también puede hacerse por inmunofluorescencia directa así como por NAATs en orina, con una sensibilidad del 100%, pero menor especificidad (y dado que tener falsos positivos se recomienda un segundo estudio de amplificación genética en otra muestra para la confirmación). La realización de técnicas de PCR (reacción en cadena de la polimerasa) para el estudio del genoma de la bacteria puede aplicarse tanto en muestras de exudados vaginales, así como en orina, pero no se recomienda en muestras rectales por la presencia de heces que disminuyen notoriamente la sensibilidad de la técnica.

Es importante recordar una variedad muy rara de esta infección, que se manifiesta como el linfogranuloma venéreo, y es causada por determinados serotipos, que clínicamente se presenta como una úlcera en el sitio de inoculación, indolora, que cura sin secuelas, pudiendo pasar desapercibida o dar inflamación local. En una segunda etapa (a las semanas de la inoculación) aparece una adenopatía regional, unilateral, dolorosa e inflamatoria, que se resblandece y fistuliza, asociando fiebre y malestar general. Posteriormente cicatriza con fibrosis y da alteraciones del drenaje linfático.

Infección por *treponema pallidum* - Sífilis.

Es una enfermedad sistémica crónica, de elevada prevalencia en nuestro medio, que cursa con períodos de agudización. Es causada por la espiroqueta *Treponema pallidum* que se transmite por contacto directo (sexual y no sexual) con una lesión de sífilis reciente, por vía sanguínea y por vía transplacentaria. El período de incubación varía entre 10 a 90 días.

Un 90-100% de hijos de madres con sífilis precoz no tratada nacen con sífilis congénita, siendo mayor la transmisión en el tercer trimestre. Siguiendo las pautas del Ministerio de Salud Pública, la sífilis del recién nacido puede ser asintomática o sintomática y precoz o tardía. La sífilis congénita precoz se manifiesta con lesiones máculo-pápulas cutáneo mucosas, rinitis, distrés respiratorio, secreción serosa o serosanguinolenta, coriorretinitis, hepatoesplenomegalia, ictericia, poliadenopatías, meningitis, plaquetopenia, afectación renal con síndrome nefrótico, y manifestaciones óseas (periostitis y osteocondritis con pseudoparálisis de Parrot). La sífilis congénita tardía se manifiesta luego de los 2 años de vida con lesiones óseas (periostitis de huesos frontal y parietales, nariz en silla de montar, maxilares superiores cortos, paladar ojival, hidrartrosis, deformación tibial en sable, dientes de Hutchinson), lesiones cutáneo-mucosas de tipo sífilides y lesiones en la comisura bucal y anal, hepatoesplenomegalia, sordera y retardo mental, entre otras (DIGESA-MSP,2005).

La sífilis adquirida luego del nacimiento (no congénita), clínicamente evoluciona en distintas etapas, tanto en niños, adolescentes como adultos. Inicialmente luego de la inoculación, aparece la sífilis primaria que se manifiesta con una lesión característica, el chancro, que aparece en la zona de inoculación como una mácula que se ulcera, de bordes netos, indoloro y a veces pasa desapercibido por encontrarse a nivel rectal o cervical. Puede además manifestarse con adenopatías satélites indoloras y firmes elásticas. Esta etapa se resuelve en 3 a 6 semanas y pasa a la siguiente. Luego aparece la sífilis secundaria con diseminación de los treponemas en todo el

organismo con manifestaciones cutáneo mucosas como la roséola (exantema macular no pruriginoso) y las sífilides (pápulas de hasta 1 cm de diámetro ubicadas en todo el cuerpo y característicamente en palmas y plantas), condilomas planos (producto de la maceración de los sífilides en zonas de pliegues y zonas húmedas) y alopecia en la cola de las cejas, así como síntomas sistémicos (fiebre, adenomegalias, hepatoesplenomegalia, síndrome nefrótico). Esta etapa se resuelve en 3 a 12 semanas entrando en la etapa latente. Durante los primeros dos años se habla de sífilis precoz o temprana y luego de pasado este tiempo de sífilis tardía. Luego de la resolución de las manifestaciones cutáneo mucosas y sistémicas de la etapa secundaria, la persona permanece asintomática durante años, etapa denominada sífilis latente y en algunas personas puede aparecer una etapa de sífilis terciaria, que se manifiesta con lesiones granulomatosas denominadas gomas, alteraciones cardiovasculares con afectación aórtica y afectación neurológica (neurosífilis).

En niños abusados sexualmente que presentan sífilis las manifestaciones más habituales son los condilomas planos y demás manifestaciones cutáneo-mucosas mencionadas, siendo muy difícil encontrar el chancro.

El diagnóstico de infección por *treponema pallidum* se basa en las manifestaciones clínicas y se confirma con métodos directos y técnicas serológicas.

Los métodos directos implican la visualización de los *treponemas*, mediante técnica de campo oscuro, en la muestra procedente de raspado superficial de lesiones frescas

(chancro o sífilides), o por punción aspirativa de las adenopatías satélites. Es una técnica sensible y específica, aunque la ausencia de visualización del treponema no descarta la infección, siendo de utilidad en las primeras semanas, cuando las técnicas serológicas aún pueden ser negativas.

Las pruebas serológicas pueden dividirse en dos tipos: pruebas no treponémicas (RPR-rapid plasma reagin y VDRL-veneral disease research laboratory) y pruebas treponémicas (FTA-abs-fluorescent treponemal antibody absorption y TPHA-treponema pallidum haemagglutination assay).

Las pruebas no treponémicas estudian la presencia de anticuerpos contra el complejo antigénico que se origina cuando el treponema entra en contacto con los tejidos. La prueba de VDRL es la más utilizada para el diagnóstico de esta infección, así como para evaluar el seguimiento, respuesta al tratamiento y posibilidad de reinfección. Se expresa en forma de dilución (1:2; 1:4; 1:8; 1:16; 1:32; 1:64; y así sucesivamente). Se positivizan a las 2-5 semanas con valores proporcionales a la intensidad de la infección que se mantienen elevados durante el primer año. Un valor de 1:8 traduce infección activa, mientras que valores de 1:4 pueden corresponder a un falso positivo (por ejemplo en otras infecciones, tumores, enfermedades autoinmunes, postvacunación) o a un “recuerdo inmunológico” en persona ya tratada. En la etapa secundaria suelen descender.

Existen pautas que establecen cuanto se espera que desciendan los valores en determinado tiempo, y tanto el descenso no significativo como un aumento deben alertar de

que el tratamiento es inadecuado o que persiste el contacto sexual y la persona se re infectó.

Si el paciente fue tratado, el valor dependerá del momento en que recibió la medicación, ya que si fue durante la sífilis primaria se negativiza en el correr del año, si es en la etapa secundaria lleva entre uno y dos años y si comienza en la etapa latente puede persistir un valor bajo “recuerdo”.

Las pruebas treponémicas detectan anticuerpos antitreponémicos específicos, informándose reactiva/no reactiva. Tienen mayor especificidad, con menos resultados falsos positivos que las no treponémicas (menos de 1%, en pacientes con gammaglobulinemias, enfermedades autoinmunes, colagenopatías, cirrosis, entre otras). No hay correlación entre los valores y el grado de infección. Es importante recordar que estos test quedan positivos de por vida, por lo que no son de utilidad para estudiar la reinfección. Se han comenzado a realizar pruebas treponémicas rápidas cromatográficas con antígenos del treponema que detectan anticuerpos antitreponema y se emplean en el primer nivel de atención permitiendo el tratamiento en forma inmediata (test rápidos).

Siguiendo las guías del MSP el diagnóstico de sífilis congénita se plantea cuando la madre es seropositiva y no ha recibido el tratamiento o lo hizo en forma incompleta o con antibióticos diferentes a la penicilina, o lo hizo durante el último mes del embarazo. Se realiza estudio de VDRL al recién nacido y estudio del líquido céfalo-raquídeo con análisis citoquímico y para VDRL, radiografía de huesos largos y hemograma, llegándose a la certeza diagnóstica cuando el valor del VDRL

del recién nacido cuadruplica al de la madre (DIGESA-MSP, 2005).

Es una ITS de baja prevalencia en el abuso sexual infantil, algunos autores estiman una incidencia menor al 2% de los niños abusados, aunque el 30% de los casos de sífilis infantil se estima que son consecuencia del abuso sexual.

La forma adquirida es de muy alta especificidad para el diagnóstico de abuso sexual ya que requiere contacto directo. No se transmite por fómites, pero si a través del contacto cutáneo o mucoso con lesiones infectantes.

Infección por *Trichomonas vaginalis*

Es un parásito flagelado unicelular cuyo hábitat es el tracto genitourinario, raramente se presenta en niña/os y adolescentes porque las características de sus epitelios no favorecen su desarrollo, pero en caso de que ocurra la infección se puede manifestar como una vulvovaginitis o ser asintomática. Las vías de transmisión incluyen el contacto sexual y perinatal (se estima que en 5% de los niños nacidos de madres con la infección), pudiendo persistir en la vagina o uretra un tiempo variable, se estima que aproximadamente hasta unas seis semanas, por la carga estrogénica. Al disminuir el nivel de estrógenos pasa a la uretra donde puede permanecer hasta el año de vida. La detección luego de esta edad debe evocar a un contacto sexual. Algunos autores como Criado y Eleta plantean que el hallazgo de tricomonas en la vagina de niñas prepuberales, dado su menor posibilidad de sobrevivir durante muchas horas en un medio con esas características, traduciría la inoculación reciente. Estas autoras plantean que teóricamente podría ser posible la transmisión a

través de fomites porque sobrevive algunas horas en la orina y el semen expuesto al ambiente, en toallas húmedas, adherentes y en ropa interior de personas infectadas, pero si bien teóricamente podría ser posible es sumamente improbable (Criado y Eleta, 2008). Si bien es frecuente en adolescentes víctimas de abuso sexual y mujeres adultas, no lo es en niñas que por las características hormonales y de los epitelios, la vagina no es el medio idóneo para su crecimiento.

El tiempo de incubación es de 3 a 28 días. El diagnóstico se basa en las manifestaciones clínicas de vulvovaginitis con flujo abundante blanco-amarillento o incluso verdoso y disuria o uretritis en varones, confirmándose por la identificación del parásito por estudio directo y cultivo. El directo se basa en la microscopía del material fresco del exudado apreciándose la membrana ondulante que lo caracteriza. El cultivo tiene una sensibilidad del 85 al 95%, por lo que puede haber falsos negativos, aunque sigue siendo la técnica de referencia con valor en el ámbito judicial. Existen técnicas de amplificación molecular que tienen alta sensibilidad y especificidad pero no están disponibles en nuestro medio.

Papilomatosis genital – Virus del papiloma humano (HPV)

Es un virus de ADN con más de 100 genotipos. El período de incubación es variable, promedialmente es de tres meses en adolescentes pero puede llegar a casi 2 años. Admite diferentes vías de transmisión. Su prevalencia e incidencia en niños víctimas de abuso se ha incrementado en forma paralela a la epidemia en adultos. Se estima que hasta 2% de niños abusados tienen lesiones por HPV y en 3 a 33% de niños víctimas de abuso sexual infantil, sin lesiones clínicamente evidentes se puede detectar el ADN viral. Estudios realizados

mostraron que el HPV se asocia fuertemente con el abuso sexual infantil y que su detección es mayor en niños abusados mayores de 10 años (Unger et al, 2011).

Los tipos 1 a 4 suelen ocasionar lesiones cutáneas, mientras que los tipos 6, 11 y 16 en mucosas, aunque en niños este tropismo (especificidad por el sitio) no es tan marcado como en adolescentes o personas adultas. En niños pueden encontrarse genotipos no genitales que se adquieren por vía perinatal, horizontal así como por contacto directo ya sea de tipo sexual, no sexual (por ejemplo durante la higiene de un niño si la persona que la realiza tiene lesiones manos), o incluso puede detectarse la transferencia del ADN viral por fomites.

Puede presentarse en forma asintomática o como condilomas acuminados. El diagnóstico se basa en el hallazgo de dichos condilomas y la biopsia con estudio el ADN viral.

La transmisión perinatal se da durante el parto por el contacto directo con tracto genital materno infectado. El ADN viral puede transmitirse por vía transplacentaria, aunque cuando esto ocurre la aparición de condilomas es poco frecuente, negativizándose en la mayoría de niños que lo adquieren por esta vía. El riesgo de transmisión perinatal es menor al 3% y menor aún las probabilidades de desarrollar lesiones clínicas. En caso de papilomatosis laríngea existe correlación entre el tipo hallado en la cavidad oral del niño y las muestras cervicales maternas, pero en la mitad de los casos la madre no tiene condilomas genitales. La transmisibilidad durante el parto es baja. No existe consenso para determinar cuál es el límite de edad para afirmar si una lesión fue de transmisión

perinatal, pero se puede considerar que hasta los 5 años se puede admitir la papilomatosis laríngea y hasta los 3 años para los condilomas perineales. Es fundamental es estudio minucioso de la historia clínica materna y contar con estudios maternos que evidencien la infección por este virus, para expedirse sobre esta posible vía de transmisión.

La transmisión horizontal se da por contacto, que puede ser no sexual (por auto o heteroinoculación) o por contacto sexual. Es importante determinar si se trata de auto o heteroinoculación que pueden producirse a partir de verrugas en las manos de NNA o de las personas adultas, predominado los tipos cutáneos. La autoinoculación desde lesiones no genitales puede llevar a la aparición de lesiones genitales, en ausencia de abuso sexual. Se han identificado serotipos mucosos en lesiones cutáneas así como a nivel bucofaringeo y genital. Los mismos serotipos asociados a lesiones no genitales se ven en lesiones genitales. Se ha detectado ADN viral en manos de personas con lesiones genitales que puede facilitar la transferencia del virus a los genitales de los niños por contacto manual-genital (ya sea por maniobras de higiene o por maniobras abusivas). Esta situación es un desafío médico-legal dado que no permite descartar el abuso sexual ni confirmarlo, porque se admiten otras posibles formas de contagio, lo que deberá explicarse y fundamentarse en el informe pericial.

Se ha demostrado además la transferencia del ADN viral por fomites. Se han hecho estudios que muestran que niñas no abusadas sexualmente que tenían parientes con condilomas, presentaban el virus en forma subclínica hasta en 75%. Pero si bien no hay duda que el ADN viral se puede transmitir por fomites, e incluso el virus, la potencialidad de causar infección

viral activa con lesiones condilomatosas, relevantes desde el punto de vista clínico y médico-legal es pequeña, especialmente en ausencia de soluciones de continuidad cutánea (Myhre et al, 2003; Mouescaa et al 2012).

Cuando se transmite por contacto sexual, la latencia en la aparición de los condilomas puede variar de 2 a 8 semanas en adolescentes, pero se desconoce si en niños el tiempo requerido es similar.

Dado las diversas formas de transmisión de este virus, Myhre y cols. plantean que cuando se detecta una infección por HPV en la infancia es necesario definir si se contrajo a partir de la madre: por vía perinatal (teniendo en cuenta la edad de presentación y antecedentes obstétricos) o por contacto manual-genital (cuando la madre tiene verrugas en las manos, por maniobras no abusivas, por ejemplo higiene perineal); si se contrajo por heteroinoculación a partir de un cuidador que tenga lesiones genitales (aunque si bien el ADN puede encontrarse en manos de personas con condilomas genitales, es muy poco probable que se transmita la infección activa de este modo); si lo contrajo a través de fomites (es una posibilidad remota y no probada de que pueda causar lesiones condilomatosas) o si corresponde a un contacto sexual (Myhre et al, 2003; Mouescaa et al, 2012).

La presencia de condilomas perineales en niños que no requieren ayuda de otras personas para la higiene perineal, y carecen de verrugas en otras topografías, es altamente sugestiva de abuso sexual. De todos modos la interpretación de la detección del virus en niños e incluso la presencia de condilomas y verrugas ha sido motivo de debate y discusión ya

que se conoce poco sobre la epidemiología del virus en niños, y puede ser indicador de un abuso pero no pueden excluirse otras formas de transmisión del virus Incluso se plantea que en niños en que se plantea la sospecha de abuso por otros motivos, el HPV puede transmitirse en la mayoría de estos casos por contacto no sexual, por ejemplo hetero o autoinoculación (Unger et al, 2011). El estudio del ADN viral y su tipificación en un genotipo cutáneo o mucoso no permite establecer la vía de contagio ni el diagnóstico de abuso sexual. Si bien existe evidencia de que el ADN viral puede transmitirse por fomites, es cuestionable si esta vía de transmisión puede ocasionar manifestaciones clínicas y lesiones condilomatosas ya que no existe suficiente evidencia que lo pruebe. Si bien se puede estudiar el ADN viral, encontrar el mismo genotipo entre un niño y su cuidador no permite emitir consideraciones respecto al mecanismo de transmisión.

Aspectos a considerar en sospechas el abuso sexual de NNA

Factores que aumentan el riesgo de contraer ITS en NNA abusados como virulencia y poder de colonización del agente, inmadurez de epitelios metaplásicos y del sistema inmune, ectopia en la adolescencia, tipo de maniobras abusivas y su repetición, existencia microtraumatismos suficientes para la entrada de los gérmenes, presencia de otras ITS entre otros. No obstante la mayoría de NNA abusados no tendrá ITS.

Dado que se admiten otras vías de exposición, la especificidad para el diagnóstico de abuso varía con el agente. Importancia de analizar la historia completa y antecedentes perinatales si corresponde. Algunos gérmenes pueden persistir luego del nacimiento (infección vertical) durante más de un año y otros son parte de la flora vaginal normal que pueden proliferar y dar vulvovaginitis.

Sensibilidad a antibióticos comunes y de uso habitual en pediatría para los cuales los agentes pueden ser sensibles.

Considerar los períodos de incubación, evolución, latencia, forma de transmisión, resistencia y posibilidad de sobrevivir fuera del huésped, de los diferentes agentes causales.

La ausencia de lesiones génito-anales no descarta el abuso y los hallazgos corresponder a variantes anatómicas o patologías médicas o lesiones traumáticas accidentales.

El relato espontáneo es un indicador de altísimo valor, de ahí la importancia de evitar múltiples interrogatorios y por personal inexperto

Abordaje de la violencia sexual en el sector salud

Habitualmente las víctimas de violencia sexual perpetrada en el ámbito familiar o próximo no lo relatan espontáneamente en los servicios de salud. Pero dado la elevada prevalencia de este tipo de violencia, es posible que consulten en cualquier tipo de servicio de salud (emergencia, policlínica del primer nivel, especialistas), siendo un ámbito privilegiado para la detección ya que la persona puede tener un único contacto con el servicio y puede ser su única oportunidad de recibir ayuda (Romano et al., 2009).

Asimismo las mujeres que se encuentran en situación de violencia de pareja tienen dificultades para identificarse como víctimas y para reconocer la existencia de violencia sexual en este contexto, ya que consideran que aceptar tener relaciones sexuales es parte de sus “obligaciones”.

Por el contrario la situación de la agresión sexual aguda perpetrada por un extraño, puede motivar la consulta inmediata, generalmente en servicios de emergencia. De ahí la importancia de que los equipos de salud independientemente del nivel de atención en que trabajen conozcan las formas de manifestación de la violencia y los lineamientos generales del abordaje, y se cuente con equipos que puedan dar una respuesta más específica e integral. Dado que la violencia

sexual y el abuso sexual infantil suele estar rodeado de mucho silencio, es necesario que los integrantes del equipo de salud pesquisen este tipo de violencia en forma oportuna.

Algunos protocolos recomiendan que las instituciones se preparen para abordar el tema y cuenten con un responsable del tema. En nuestro medio, los equipos de referentes de violencia de género y generaciones así como los de salud sexual y reproductiva parecerían ser los adecuados para contribuir en la estrategia de atención, pero destacando que es competencia de todos los integrantes del equipo de salud brindar una primera respuesta a este tipo de situaciones.

En caso de mujeres que han sufrido violencia en distintas etapas del ciclo vital, también puede repercutir sobre la salud de sus hijos (calidad de controles, presencia de enfermedades, discapacidad), así como en otros ámbitos, como educación, habilidades sociales y perpetuación de la violencia.

La violencia suele subestimarse por el secreto que la rodea y no suele identificarse claramente su vinculación con ciertos padecimientos, lo que dificulta medir el impacto, que puede durar de por vida y repercutir en más de una generación.

El impacto se puede evaluar a nivel:

-individual: afectación de la salud de la víctima, repercusión a nivel educativo, laboral, vincular, inclusión social, años de vida perdidos, etc.

-familiar: impacto en el resto de los integrantes de la familia así como en el cumplimiento de roles familiares y dinámica

–social: impacto en la comunidad y en la economía, ausentismo laboral, menor productividad, certificaciones, discapacidad, costo de los procesos, medidas de protección, etc.

–costos económicos directos e indirectos.

Haber sufrido violencia sexual puede asociarse con mayor morbimortalidad y riesgo para la salud, con consecuencias variadas así como sufrir otras formas de violencia. La OMS divide los efectos en mortales (femicidio, suicidio, SIDA, muerte materna por aborto inseguro), y no mortales como las repercusiones en salud mental (depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático, fobias, disfunciones sexuales, consumo problemático de sustancias, baja autoestima), en salud sexual y reproductiva (ITS; embarazo no intencional, malos resultados obstétricos con prematuridad, bajo peso, abortos, embarazo no controlado, dolor pélvico crónico), trastornos dolorosos crónicos (fibromialgias, cefaleas, síndrome de intestino irritable), lesiones, múltiples consultas, conductas de riesgo (consumo de drogas, sedentarismo, alimentación excesiva, prácticas sexuales de riesgo, no uso de casco protector), entre otras (Velzeboer et al, 2003).

Tanto la violencia de pareja como la agresión sexual aguda pueden impactar notoriamente en la salud mental de las víctimas. Tras una agresión sexual aguda es habitual que las víctimas presenten estrés agudo que suele ser pasajero. También se ha descrito un cuadro que ha sido denominado Rape Trauma Syndrome (RTS), que se manifiesta a corto plazo por desorganización durante las primeras dos o tres semanas, con llanto, risa, calma, control, enojo, miedo, ansiedad, shock.

Posteriormente aparecen cambios en el humor, vergüenza, culpa, indefensión, enojo consigo misma, desesperanza, temor a otro ataque. A largo plazo, luego de las tres semanas siguientes al ataque pueden aparecer la reorganización con cambios en el estilo de vida, mudanza, cambios de teléfono, trabajo, fobias, disfunciones sexuales, ruptura con su pareja actual (OMS, 2003). Se debe estar alerta de la persistencia de esta sintomatología luego del mes, que orienta al desarrollo de trastorno de estrés postraumático. Se recomienda tras una agresión sexual aguda apoyo y contención emocional básica, explicándole que probablemente se sienta mejor con el paso del tiempo, ayudarla a desarrollar un afrontamiento positivo, evitando prescribir en forma indiscriminada benzodiazepinas y pesquisando síntomas y signos que requieran una valoración por psiquiatra urgente (riesgo inminente de autolesión o suicidio; síntomas postraumáticos como rememoración, evitación, sensación de peligro constante que afecta en la vida cotidiana).

La violencia sexual hacia varones existe, aunque es una realidad menos denunciada, debido quizás a su menor prevalencia así como a las concepciones de género que pueden determinar mayores barreras en reportar la situación y acceder a los servicios de salud. Algunos trabajos informan que el 15% de los casos de violencia sexual periciados por institutos de Medicina Legal corresponden a niños varones y varones adultos, siendo solamente el 6% correspondiente a mayores de 18 años. Esto muestra la importancia de la intersección género y generaciones, que al igual que otras condiciones pueden aumentar la vulnerabilidad (origen étnico racial, discapacidad, orientación sexual, etc).

Al realizar la atención de víctimas de violencia sexual el equipo de salud debe tener claro el propósito de la intervención: la atención integral de la persona que está expuesta a violencia, respetando su dignidad, brindando los cuidados de su salud y atención adecuada y eficiente en función al riesgo, protección y evitando la revictimización. Se jerarquizará lo asistencial sobre lo pericial

Objetivos de la intervención desde servicios de salud

Contención emocional

Atención de su salud física y mental y evaluar necesidad y oportunidad de derivación responsable a un nivel de mayor complejidad

Recuperación

En algunas oportunidades puede ser necesaria procurar la protección.

La violencia en general repercute en forma negativa en la salud de las personas, pero la violencia sexual dependiendo de diversos factores, expone a riesgos particulares como son las lesiones, embarazo no deseado, infecciones de transmisión sexual, además de la posibilidad de generar daño psíquico, entre otros, que deben ser abordados necesariamente desde el sector salud.

La persona víctima de violencia sexual puede consultar en cualquier servicio de salud, tanto del primer nivel como a nivel

hospitalario en servicios especializados. De ahí la importancia que todo el equipo de salud, incluyendo el personal administrativo esté formado en aspectos básicos de esta temática y que realice una recepción adecuada de la situación, respetando los derechos de las personas, con una actitud empática y evitando la revictimización. En este sentido se destaca la importancia de contar con protocolos que permitan aproximarse a un abordaje integral, que garanticen una atención inmediata, que permitan identificar el riesgo y los lineamientos básicos de la atención sanitaria. También es importante tener en cuenta que el relato de estas situaciones impacta en los operadores, siendo necesario el trabajo en equipo, para evitar respuestas impulsivas, derivacionistas basadas en las emociones sin pensar una estrategia de intervención basada en el riesgo real (de vida, de integridad psicofísica a corto plazo, si convive con el abusador), además de ser una forma de prevención del síndrome de burn out o “quemado”.

Algunos aspectos básicos a tener en cuenta en el abordaje:

Demanda de la persona

Capacidad de entender y tomar decisiones en forma libre

Interés superior del NNA

Riesgo vital

Repercusiones de la violencia en la salud

Severidad de la violencia

Capacidad del entorno familiar de brindar cuidados

Intervenciones previas y respuestas obtenidas

Existencia de otros equipos intervinientes

El diagnóstico de la situación de violencia sexual tanto en víctimas adultas como en NNA se basa en la anamnesis y examen físico completo, pudiendo complementarse con estudios paraclínicos que serán individualizados. Son situaciones consideradas de alto riesgo. No obstante hay determinados criterios que determinan la necesidad de una intervención urgente, como la proximidad cotidiana con el agresor, la agresión sexual aguda que requiera profilaxis postexposición o la existencia de lesiones que requieran tratamiento agudo, la reacción y actitud de la figura parental no abusiva especialmente en los casos en que no apoya, no

cree, tiene dependencia con el abusador o sufre violencia por parte de éste.

Es fundamental la actitud de la primera persona que toma contacto con la víctima, que le brinde un trato cordial, amable, respetuoso, que realice la contención emocional necesaria y no emita juicios de valor, y que garantice que la víctima tenga contacto con el servicio de salud y profesionales adecuados a la situación. En este sentido es importante que el personal administrativo que realiza la recepción de este tipo de situaciones ya sea en servicios de urgencia o policlínica esté capacitado en la temática y conozca el flujograma de funcionamiento institucional. Cuando una persona consulta expresamente por violencia sexual, debe recibir atención inmediata, más allá del tiempo transcurrido, de si es usuaria o no del servicio y si hay o no número disponible.

Es fundamental la contención emocional y manejo adecuado de la entrevista. El equipo de salud debe tener en cuenta que de la víctima de abuso sexual puede presentar sentimientos como asco, repugnancia, culpa, vergüenza, miedo, sensación de suciedad y rechazo por su propio cuerpo, disfunciones sexuales, depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático, consultar por intentos de autoeliminación, entre otras. Por ello se requiere prudencia con el contacto corporal durante la entrevista. Asimismo los NNA víctimas de abuso como parte del daño pueden buscar el contacto corporal excesivo, y el operador deberá saber reconocer esto y poner el límite necesario. Se garantizará un ambiente de privacidad y respeto. La privacidad no requiere infraestructura sofisticada, sino que son aspectos actitudinales los que propician el respeto de dicho derecho. Se deben evitar las

entrevistas reiteradas y en caso de NNA la entrevista debe estar a cargo de personal especializado y entrenado, recomendando en estos casos realizar una anamnesis general, pesquisando patologías médicas, complicaciones y registrar si hay relato espontáneo de lo ocurrido, para dejar los aspectos específicos a quien tiene formación en el tema.

Es posible que la persona consulte espontáneamente por violencia sexual (aguda o pasada), que consulte por otro motivo y lo refiera luego de ser interrogada específicamente al respecto, o que no lo refiera pero que algunos factores de riesgo o indicadores alerten al equipo de salud. En el caso de niño/as también puede surgir la sospecha ante hallazgos al examen físico (por ejemplo flujo o condilomas perineales), o ante un embarazo adolescente.

Los datos a recoger en la anamnesis varían si se trata de una violencia sexual pasada o actual, un episodio único o repetido. Asimismo las características y técnicas empleadas varían con la edad y capacidad del paciente. Se promoverá el relato espontáneo, completando con preguntas que permitan clarificar aspectos relevantes vinculados a las necesidades de atención y valoración del riesgo. Se registrará el relato entre comillas, respetando los términos empleados.

El equipo de salud realizará anamnesis y examen físico estando este último a cargo de un médico, despejará la demanda, valorará las repercusiones de la violencia, el riesgo, las redes, recursos y comenzará el abordaje a corto plazo, en vistas al fortalecimiento de la persona, ofreciendo asistencia psicológica.

Si existe riesgo de vida, en los casos de abuso sexual infantil con proximidad del abusador y en caso de agresión sexual aguda, si la consulta se realiza en el primer nivel, los profesionales evaluarán junto con la persona la necesidad de derivación a un nivel de mayor complejidad. Se recomienda la participación del equipo de referentes de violencia de género y generaciones en el diseño de estrategias ante este tipo de situaciones.

Si la situación de abuso sexual ejercido hacia NNA es detectado en policlínica, será abordado según los criterios recomendados por el SIPIAV y los mapas de ruta correspondientes.

Si la violencia sexual surge en una entrevista domiciliaria, el profesional de salud tendrá especial atención a las medidas de seguridad de la persona en situación de violencia y del profesional interviniente durante la entrevista siguiendo los lineamientos que recomienda Naciones Unidas para la realización de encuestas.

En caso de violencia sexual ejercida hacia NNA y personas con discapacidad, se generarán los mecanismos necesarios para identificar a una persona adulta referente protectora.

En servicios de urgencia o emergencia las víctimas de violencia sexual pueden consultar por episodios únicos o violencia crónica, reciente o pasada, de ahí la importancia de que el equipo de salud evalúe estos elementos que son determinantes, entre otros, del tipo de conducta a seguir.

Si se trata de violencia sexual ocurrida en el pasado, sin riesgo de reiteración (por ejemplo por un padre o esposo fallecido) o

un episodio único por desconocido no reciente, se elaborarán los lineamientos iniciales de la estrategia de abordaje en conjunto con la persona (de acuerdo a su capacidad y grado de autonomía- esto en caso de NNA o personas con discapacidad), y en función de sus necesidades. Se aplicarán las pautas vigentes del Ministerio de Salud en relación a prevención de ITS y embarazo y se recomendará una policlínica de referencia. Desde el servicio de emergencia se informará al equipo de referentes de violencia de la situación para coordinar el seguimiento y la estrategia a más largo plazo.

En caso de violencia sexual con riesgo de reiteración (intradomiciliario, comparten terreno, extradomiciliario pero por familiar que concurre frecuentemente al domicilio o que tiene acceso al NNA, no respeto de medidas cautelares, por ejemplo), con riesgo vital o una agresión sexual aguda, el manejo requiere otras estrategias que se presentan a continuación.

En caso de una agresión sexual aguda, en la entrevista se prestará atención a la fecha de la misma, número de agresores, si son conocidos o no, tipo de violencia sexual (sin o con penetración y en este caso si es con pene, dedos, objetos; contacto genito-genital, génito-anal, génito-oral), métodos empleados para la coerción (drogas para sumisión, antecedente de ingesta de bebida o drogas y posterior amnesia, amenazas, violencia física, etc), en caso de mujeres además es importante evaluar la fecha de última menstruación y si utiliza algún método anticonceptivo. Se preguntará a la víctima las conductas realizadas luego de la agresión (baño, cambio de ropa, uso de adherentes, entre otras). En agudo y especialmente si hay contacto génito-

genital, génito-oral y génito-anal, cobra importancia la toma de muestra para estudio de infecciones de transmisión sexual, para pesquisar semen, y ofrecer anticoncepción de emergencia según las características del caso. A su vez en estas situaciones debe garantizarse un seguimiento estricto en policlínica, para evaluar el estado emocional, la tolerancia a la medicación, descartando la aparición de complicaciones en la evolución y para repetir la paraclínica para pesquisar ITS.

En caso de abuso sexual de NNA se recomienda entrevistar al familiar que trae al niño/a y mantener una entrevista con el NNA a solas, teniendo en cuenta que el adulto que lo trae puede ser una figura de referencia o quien ejerce el abuso.

En caso de adolescentes, se respetará el criterio de autonomía progresiva en función a su grado de madurez. En caso de niños/as que concurren solos, se garantizará la atención, acorde a lo que establece la normativa vigente, que prevé la hipótesis de que concurren solos a un servicio de salud, no pudiendo negarse la atención en espera de la concurrencia de un adulto. La entrevista al NNA en relación a la violencia será realizada por personal entrenado. Se presentará, ganará la confianza del NNA con preguntas y temas generales. Se preguntará al NNA si desea que esté algún acompañante presente durante la entrevista, y en caso afirmativo se sentará lejos de la vista del NNA y se le solicita que no intervenga (para no influenciar sus respuestas). Se deberá evitar que el NNA repita el relato que ya hizo. Se tendrá precaución en cuanto al manejo del relato del niño delante de qué adulto lo realiza por las posibles amenazas de éste y riesgo de retractación. Finalmente se le dirá al NNA lo valiente que ha sido al contar lo ocurrido y se lo desculpabilizará.

Ante el relato se respetarán las pausas y silencios de la víctima.

No se realizarán preguntas que induzcan respuestas y no se deben emitir juicios de valor ni hacer preguntas o comentarios victimizantes como por ejemplo *¿por qué consulta recién ahora?, ¿qué hacía a esa hora en ese lugar?, ¿por qué no lo dijo antes?, ¿cómo no se defendió?, ¿por qué consumió esa bebida/droga?, “bueno por suerte fue solo un manoseo”, ¿qué ropa llevaba puesta?*.

Si bien en casos de agresión sexual aguda puede ser relevante el estudio de la ropa con fines criminalísticos, desde el punto de vista clínico la pregunta anterior formulada en la forma expuesta genera sentimientos de culpa en la víctima o exacerba los ya existentes.

En este sentido sería recomendable formularla de otro modo como por ejemplo *¿qué hizo con la ropa interior y vestimenta que llevaba puesta durante la agresión?*. En caso de que sea la misma ropa que usa al momento de la consulta, si la víctima decide realizar la denuncia del hecho, es recomendable guardar esa ropa en una bolsa de papel, respetando la cadena de custodia, para que luego sea analizada por la Policía Científica.

Se recomienda solicitar a algún familiar o personas allegadas que traigan ropa limpia y si se cambió localizar la ropa. Es importante que en caso de tomar muestras con fines de estudio criminalístico, el profesional que realiza el examen físico cuente con sobretúnica, tapaboca, guantes estériles y gorro, y explicarle a la persona el motivo de esta vestimenta.

Asimismo en casos de violencia sexual es recomendable que el examen físico sea realizado por la persona que la víctima desee y se sienta más cómoda, generalmente por personal femenino en la medida que el personal disponible en el servicio y los tiempos lo permitan. Se recomienda desplegar una sábana en el suelo y que la persona se descalce y suba sobre la misma, para realizar allí el examen. Se le solicitará que se desvista sobre la misma y que se coloque un poncho de exploración. Algunos autores recomiendan que estando parada la propia persona se frote el pubis e incluso lo peine para facilitar la caída de indicios, en caso de realización de denuncia. Al examen físico se prestará atención al psiquismo (que puede verse alterado por drogas empleadas para sumisión química, por patología previa, así como por el impacto agudo de la agresión sexual). Se comenzará con un examen general y de signos vitales dejando para el final el examen génito-anal.

Se recomienda comenzar por las uñas que se podrán raspar o cortar en caso de toma de muestras, siguiendo por los dedos, manos (dorso y palma), antebrazo, brazo, hombro y pasar al otro miembro superior. Luego se examina el cuero cabelludo, el dorso desde la nuca hasta los glúteos, muslos, piernas. El cuello, tórax y abdomen. Se examinará el rostro incluyendo pabellones auriculares y cavidad oral.

En todas estas regiones se examinará la piel en busca de lesiones que se describirán (tipo, topografía, tamaño, coloración, forma, otras características relevantes), y si se cuenta con medios disponibles, se podrán tomar fotografías para incluir en la historia clínica con el consentimiento de la víctima, informándola previamente de la finalidad de dichos

registros (para evitar revisiones posteriores), protegiendo la privacidad y confidencialidad. En caso de no contar con cámara de fotos se podrá utilizar esquemas corporales para marcar la topografía de las lesiones y el tipo, como por ejemplo los incluidos en el Protocolo de Estambul. Asimismo se describirá la presencia de manchas que puedan corresponder a semen o si se trata de una agresión sexual aguda en vía pública, si hay manchas del terreno, por ejemplo arena, barro, pasto, etc. En una agresión sexual aguda suelen predominar las lesiones contusas en piel (hematomas, equimosis, excoriaciones), que pueden adquirir patrones característicos como las lesiones de defensa (ubicadas en antebrazos), sugilaciones (“chupones”) en mamas, cuello o zona genital y paragenital, estigmas ungueales (marcas de las uñas), marcas de sujeción o ataduras alrededor de muñecas o tobillos. También puede apreciarse zonas de alopecia traumática en cuero cabelludo por arrancamientos de cabello. En cuello pueden aparecer estigmas ungueales, hematomas o equimosis que pueden traducir un intento de compresión manual de cuello (intento de estrangulamiento), que si bien el médico clínico debe limitarse a describir los hallazgos sin realizar una interpretación de los mismos, debe tenerlo presente para evaluar si existe compromiso de la vía aérea. Se evaluará el tórax y abdomen, pesquisando complicaciones traumáticas como contusión pulmonar, neumotórax, contusión miocárdica, entre otras. En miembros inferiores se buscará excoriaciones lineales paralelas e improntas digitales que traduzcan la separación forzada de los miembros. Por último se realiza el examen genital y anal.

En caso de víctimas varones se examinará el pene y escroto, y en caso de tomar muestras con fines criminalísticos se pasará un hisopo de la superficie del pene para recolectar células epiteliales de la otra persona. Se prestará atención al pliegue del prepucio donde también puede haber indicios.

En caso de víctimas mujeres se podrá peinar el pubis colocando un sobre por debajo y si rechaza esta maniobra se le puede ofrecer el corte de vello con la finalidad de recolectar indicios en caso de tomar muestras con fines criminalísticos.

El examen se realizará en posición ginecológica en mujeres adultas y adolescentes, y en caso de niñas pequeñas en su variante denominada posición de ranita (abducción de muslos, flexión de rodillas y dorso de pies en contacto entre sí). Se evaluará el periné, horquilla, introito, labios menores y mayores, himen o sus restos. Se describirá la presencia de semen, eritema y edema de vulva, desgarros himeneales (topografía, número, existencia de sangrado y eritema o cicatrización), hematomas y equimosis a dicho nivel, lesiones vaginales, laceraciones, etc.

Se recomienda realizar el examen anal en posición genupectoral o en su defecto en decúbito lateral solicitando a la persona que separe con sus propias manos los glúteos. Se inspeccionará la forma, el estado de los pliegues radiados, las características de la mucosa, la existencia de desgarros y otras lesiones contusas y luego se evaluará el tono.

Asimismo se evaluará la presencia de signos que traduzcan una infección de transmisión sexual como ulceraciones o flujo

(describiendo sus características), condilomas planos o acuminados.

Los hallazgos dependerán de múltiples factores

Tipo de maniobra sexualmente abusiva

Sexo de la víctima

Edad y desproporción con el agresor

Métodos de violencia sexual y coerción empleados
--

En niñas pequeñas el abuso sexual suele ser sin penetración peneana, ya que de lo contrario se presentan lesiones de tal magnitud que ponen en riesgo la vida. A medida que la niña crece, pueden aparecer lesiones con desgarros y laceraciones vaginales que requieran una atención urgente. En niñas grandes y adolescentes las lesiones vaginales son de menor magnitud, puede haber desgarros himeneales, aproximándose a los hallazgos de las mujeres adultas y en caso de actividad sexual previa pueden predominar las lesiones extragenitales con escasas lesiones a nivel genital. Debe tenerse en cuenta las alteraciones del himen producto de partos vaginales. En caso de empalamientos pueden aparecer lesiones de gran magnitud con perforación visceral que pone en riesgo la vida.

En caso de penetración anal aguda se podrá encontrar ano puntiforme por el dolor, desgarros (clásicamente se describe un desgarramiento triangular con base en margen anal a hora 6 en

posición genupectoral), hematomas, sangrado. Mientras que en caso de penetración crónica puede encontrarse hipotonía anal, borramiento de pliegues radiados o alteraciones en la mucosa del margen anal. Pero también el examen puede ser normal aun en casos de penetración crónica.

Si se detectan lesiones se describirá su topografía en relación a las horas del reloj explicitando la posición en que se encontraba la persona al momento de realizar el examen físico genital o anal.

Si hay lesiones se realizará el tratamiento correspondiente de las mismas, evaluando la necesidad de derivación a un centro de mayor complejidad según el caso.

En casos de agresión sexual aguda con penetración o con contacto génito-anal, génito-oral y génito-genital, dependiendo del momento en que consulte la persona, se evaluará la oportunidad y necesidad de administrar medicación para prevenir infecciones de transmisión sexual y embarazo, acorde a las pautas vigentes así como la toma de muestras para descartar infecciones de transmisión sexual y muestras adicionales con posterior finalidad forense, en caso de realización de denuncia.

El equipo evaluará la oportunidad de realizar otros estudios paraclínicos como exudados anal, vaginal y faríngeo, así como serología para HIV, VHB, VHC y sífilis, y genotipificación en caso de HPV. En caso de abuso sexual infantil y adolescente, cuando se constata una infección de transmisión sexual ya sea por exudados o por estudios serológicos se solicitará el estudio de otras ITS al paciente y se evaluará la necesidad de estudiar

además a otros integrantes del núcleo familiar, en vistas al abordaje de la situación.

Es importante destacar que en caso de toma de muestras con fines criminalísticos, éstas deben cumplir ciertos requisitos que permitan asegurar la cadena de custodia. Las guías internacionales de investigación de delitos sexuales recomiendan tomar dos muestras bucales, peinado de vello púbico, tomas cervicales, vaginales, del introito, y anales. Recordar utilizar hisopos estériles y numerarlos en el orden en que se realiza la toma, consignar quién realiza la toma, dónde se guardan y a quién se entregan.

En cuanto al seguimiento, el equipo de salud junto con la persona o el adulto referente en caso de NNA o personas con discapacidad optará por la forma más adecuada de continuar la atención (si requiere ingreso por las lesiones, por el riesgo o para completar el diagnóstico de abuso especialmente en niños/as y adolescentes o personas con discapacidad, o si continua en forma ambulatoria y coordinaciones necesarias). Dependiendo de la gravedad de la situación, el equipo de emergencia realizará la interconsulta con el equipo de referentes de violencia y con el de salud sexual y reproductiva, sin perjuicio de otras interconsultas que considere necesarias.

En caso de agresión sexual aguda, la Organización Mundial de la Salud recomienda el seguimiento a las 2 semanas para valorar la evolución de las lesiones, tolerancia al tratamiento, consejería en caso de embarazo y valorar estado emocional. Asimismo debe repetirse la paraclínica de control entre las 4 y 6 semanas así como a los 3 meses del episodio, según las pautas nacionales del Ministerio de Salud. En dichas consultas

se pesquisará repercusiones de la violencia sexual a nivel de salud mental y física, y permanentemente se evaluará el riesgo de la situación, especialmente en casos de violencia crónica o perpetrada por alguna persona cercana o familiar.

En caso de que la persona ingrese al tercer nivel, se trabajará con ella y/o su adulto referente en caso de NNA la estrategia de abordaje a corto plazo, se realizará la evaluación médica correspondiente (incluyendo paraclínica cuando esté indicada), se harán las interconsultas que el equipo considere necesarias, se informará de la situación al equipo de referentes de violencia del hospital y se coordinará con dicho equipo los pasos a seguir en la atención. El egreso será coordinado entre el equipo de referencia de violencia del hospital con los equipos del primer nivel de atención, para garantizar el seguimiento.

El abordaje de la violencia sexual debería incluir la perspectiva del ciclo vital, esto es considerar cómo las influencias en la niñez temprana pueden actuar como factores de riesgo de comportamientos relacionados con la salud o afectación de la misma en las etapas posteriores. En el caso del abuso sexual infantil, la sexualización traumática puede ser una consecuencia esperable con impacto de por vida. Este enfoque de ciclo vital es el recomendado por la OMS, que además divide el ciclo vital en etapas con especial riesgo, pero que a su vez constituyen oportunidades para actuar sobre dichos factores de riesgo y protectores, en actividades de prevención y promoción de salud (por ejemplo prevención de violencia en el noviazgo).

El uso de protocolos y guías de buenas prácticas permite estandarizar los procesos y la atención integral dando recomendaciones para las distintas etapas del proceso de atención.

Dado que la violencia es multicausal, debe abordarse en forma integral, multidisciplinaria y en forma interinstitucional, teniendo presente el modelo ecológico que permite identificar cuatro niveles con factores de riesgo y protectores específicos en cada uno de ellos.

En este documento se abordan los aspectos vinculados a la atención que le competen a los servicios de salud. En este sentido conviene recordar que las estrategias de prevención pueden clasificarse en:

Actividades de prevención primaria: pretende intervenir sobre los factores de riesgo con la finalidad de evitar que ocurra la violencia.

Prevención secundaria: consiste en las medidas de respuesta inmediata una vez ya instalada, tendiente a disminuir el agravamiento y pretendiendo finalizar la situación.

Prevención terciaria: atención a largo plazo que pretende la rehabilitación, minimización del trauma.

Prevención cuaternaria: apunta a evitar la revictimización.

Recordar pilares básicos del abordaje de violencia sexual

Respeto de la dignidad de la persona y su autonomía

Respeto de la privacidad

Informar lo que se va a realizar, solicitar consentimiento

No emitir juicios de valor

Evitar revictimización

Priorizar la atención y la protección sobre la investigación

El equipo de salud no debe realizar diagnósticos que le competen a la justicia por ejemplo “violación” o “atentado violento al pudor”

El equipo evaluará junto con la persona, en función al tipo de violencia sexual, su repercusión en la salud (física y mental) y el riesgo (suicidio/ homicidio/ reiteración de los episodios), cuál es la mejor estrategia para la atención, el seguimiento, la necesidad de contactar a especialistas y la forma (ambulatoria, internación). Asimismo informará a la persona sobre los derechos y procedimientos a seguir fuera del sector salud, por ejemplo en caso de que desee realizar la denuncia judicial.

En caso de abuso sexual infantil y adolescente el manejo seguirá los lineamientos de los instrumentos elaborados desde el SIPIAV y mapas de ruta teniendo como eje de la intervención el interés superior del NNA y su protección, por lo cual puede ser necesario medidas urgentes de protección en

caso de proximidad del abusador (conviviente o proximidad cotidiana que no respeta medidas cautelares, entre otras situaciones), como puede ser el ingreso hospitalario transitorio.

Asimismo el equipo de salud realizará las coordinaciones necesarias con otras instituciones para promover un abordaje integral cuando fuera necesario.

Es importante determinar si la violencia sexual se dio en el contexto de una explotación sexual comercial, ya que en ese caso, el abordaje tiene sus particularidades. El manejo de la agresión sexual aguda es similar, pero se debe prestar especial atención a la seguridad de la persona, evitando precipitarse en la toma de decisiones que aumenten el riesgo. Es importante tener en cuenta que muchas veces las personas explotadas, no se visualizan como víctimas. Es necesario realizar la contención, valoración del estado de salud y daño, iniciando el tratamiento que esté indicado en cada caso particular (tratamiento de ITS, lesiones, desintoxicación, interrupción voluntaria del embarazo, etc) y se realizará la consulta a equipos especializados en la temática de INAU o MIDES para planificar en conjunto los pasos a seguir en el abordaje, dado la especificidad y los riesgos a los que está expuesta la víctima. Se informará a la persona de sus derechos, recursos disponibles y se le preguntará cuál es la mejor forma para ayudarla. En caso que fuera necesario, se podría llegar a recurrir a la internación si existe riesgo vital (suicidio, homicidio), en vistas a la protección, valorando la posibilidad de traslado a otro departamento si fuera necesario en función del tipo de red de explotación de que se trate.

La intervención en las situaciones de ESC tiene varias etapas, una inicial en que se da la sospecha y detección en base a indicadores, momento en que se evaluará el riesgo y las consecuencias, atendiendo el daño a la salud (por ejemplo lesiones, ITS, aborto provocado), realizando una primera intervención en base a entrevistas que brinden información, contención emocional. A continuación se elabora la estrategia tendiente a la protección y salida de la crisis. Es recomendable que estas acciones sean coordinadas con los equipos especializados en explotación sexual comercial (INAU y MIDES). En una etapa posterior se trabajará en las secuelas, aumento de su autoestima, proyectos de vida, reinserción social, educativa, y demás medidas tendientes a promover su autonomía y reparar vínculos saludables (Prego y Tuana, 2011). En Uruguay existe una estrategia nacional tendiente a erradicar la ESC, llevada a cabo por el CONAPEES (Comité Nacional para la Erradicación de la Explotación Sexual Comercial y No Comercial de la Niñez y la Adolescencia), que tiene la finalidad de implementar las políticas públicas y acciones tendientes a combatir la ESCNNA, facilitando la coordinación interinstitucional para brindar una atención integral a este tipo de situaciones, supervisar el cumplimiento de las mismas. Está conformado por INAU, MEC, MSP, MI, MT, OPP, ANEP, ONG, IIN y UNICEF. Recientemente se llevó a cabo una campaña a cargo del CONAPESS y ONG´s con el apoyo de Naciones Unidas, denominada “Luz roja: soy niña” tendiente a la sensibilización sobre la temática en diferentes ámbitos.

Finalmente, es importante recordar que una posible complicación de la violencia sexual es el embarazo no intencional. El manejo de la interrupción voluntaria del

embarazo, producto de una violencia sexual, sigue las pautas vigentes según la Ley Nº 18987, su decreto reglamentario y ordenanzas Ministeriales, destacando que en caso de violación, el plazo para realizar el procedimiento se amplía a 14 semanas, pero requiriendo la realización de denuncia de la violación. En caso de adolescentes, rige el principio de autonomía progresiva, y si a juicio del profesional la adolescente tiene un grado de madurez adecuado que le permite entender y tomar decisiones, no se requiere de la presencia de un adulto para autorizar el procedimiento, siendo la adolescente la que otorga el consentimiento, enmarcándose el procedimiento en la confidencialidad como si se tratase de una paciente mayor de edad.

Normativa relacionada al tema

Ley Nº 16.137, aprueba la Convención sobre los derechos del niño. Dicha convención introduce cambios conceptuales referentes a la visión de los niños, niñas y adolescentes, pasando de ser objeto a ser sujeto de derechos, se modifica el rol de los padres y adultos en relación a su vinculación con los niños/as y el ejercicio de la patria potestad de la mano con el concepto de autonomía progresiva, la doctrina del interés superior del niño/a como eje central de toda intervención, se jerarquiza la protección integral y se incorpora el concepto de corresponsabilidad.

Ley Nº 16.860, aprobación de la Convención Interamericana sobre Tráfico y Protección de Menores.

Ley Nº 17.107, aprobación de la Convención Interamericana sobre protección de los Derechos de todos los migrantes y sus familias.

Ley Nº 17.338, aprobación del protocolo facultativo de la convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, adoptado por la asamblea general de las naciones unidas. Dicha convención define la discriminación contra las mujeres como “cualquier distinción, exclusión a restricción basada en el sexo que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera”. Establece la obligación de los Estados de implementar medidas para combatir la discriminación hacia las mujeres mediante políticas públicas y facilitar que las mujeres ejerzan libremente sus derechos y sean resarcidas en caso de violación de los mismos.

Ley Nº 17.514, violencia doméstica. Esta ley declara de interés general las actividades orientadas a su prevención, detección temprana, atención y erradicación. Define qué se entiende por violencia doméstica y sus 4 formas (física, psicológica, sexual y patrimonial); establece que la instrucción es competencia de los Juzgados de Familia Especializados en Violencia Doméstica. Habilita a que cualquier persona que tome conocimiento de un hecho de violencia doméstica notifique al Juez, quien deberá adoptar medidas que estime pertinentes de acuerdo a lo previsto en la ley, dentro de las que se incluyen el retiro del agresor de la residencia; reintegro al domicilio de la víctima

que saliera del mismo por motivos de seguridad; prohibir, restringir o limitar la presencia del agresor en el domicilio o residencia, lugares de trabajo, estudio u otros que frecuente la víctima; prohibir al agresor comunicarse, relacionarse, entrevistarse o desarrollar cualquier conducta similar en relación con la víctima, demás personas afectadas, testigos o denunciantes del hecho; incautar las armas que el agresor tuviere en su poder, prohibir al agresor el uso o posesión de armas de fuego, oficiándose a la autoridad competente a sus efectos; fijar una obligación alimentaria provisional a favor de la víctima; disponer la asistencia obligatoria del agresor a programas de rehabilitación y resolver provisoriamente todo lo relativo a las pensiones alimenticias y, en su caso, a la guarda, tenencia y visitas. La ley establece las características del proceso y crea el Consejo Nacional Consultivo de Lucha contra la Violencia Doméstica.

Ley Nº 17.559: aprobación del protocolo facultativo de la Convención de los Derechos del Niño sobre venta, prostitución y uso de NNA en pornografía

Ley Nº 17.815, violencia sexual comercial o no comercial cometida contra niños, adolescentes o incapaces. Establece las penas para la fabricación, producción, difusión y comercialización (o facilitamiento de comercialización) de material pornográfico con utilización de personas menores de edad o incapaces, así como la retribución o promesa de retribución a personas menores de edad o incapaces para que ejecuten actos sexuales o eróticos de cualquier tipo, contribución a la explotación sexual de personas menores de edad o incapaces y tráfico de personas.

Ley Nº 17.823, Código de la Niñez y Adolescencia

Ley Nº 17.861, aprueba la convención de las Naciones Unidas contra delincuencia organizada transnacional y sus protocolos sobre trata y tráfico ilícito

Ley Nº 18.214, integridad de los NNA que modifica artículos del código de niñez y adolescencia y del código civil y prohíbe el castigo físico.

Ley Nº 18.250, Migración (artículos 77 a 81). Establece los delitos de trata y tráfico de personas, sus penas y sus agravantes especiales (peligro para la salud o integridad física de los migrantes, si la víctima es un niño o adolescente, o persona con discapacidad; cuando el agente revista la calidad de funcionario policial o tenga a su cargo la seguridad, custodia o el control de las cuestiones relativas a la migración de persona; uso de violencia, intimidación o engaño o abuso de la inexperiencia de la víctima; entre otros). El artículo 77 penaliza a cualquier persona que promoviére, gestionare o facilitare de manera ilegal el ingreso o egreso de personas al territorio nacional por los límites fronterizos de la República, con la finalidad de obtener un provecho para sí o para un tercero y quien favoreciera la permanencia irregular de migrantes dentro del territorio uruguayo. En el artículo 78 se refiere a las situaciones de trata, y sanciona a “Quien de cualquier manera o por cualquier medio participare en el reclutamiento, transporte, transferencia, acogida o el recibo de personas para el trabajo o servicios forzados, la esclavitud o prácticas similares, la servidumbre, la explotación sexual, la remoción y extracción de órganos o cualquier otra actividad que menoscabe la dignidad humana...”. En el artículo 80

establece que se aplicarán los artículos 13 y 14 de la **Ley Nº 18.026** en favor de denunciantes, víctimas, testigos y familiares. Esto es el acceso a la totalidad de las actuaciones, propuesta de pruebas, la adopción de cualquier medida que el Juez considere adecuada y necesaria para proteger la seguridad, bienestar, dignidad y vida de las víctimas y testigos, teniendo en cuenta todos los factores correspondientes, incluyendo género, edad, salud, características del delito especialmente en caso de violencia sexual. Dicha ley establece que en casos de violencia sexual no se requerirá corroboración del testimonio de la víctima, no se admitirá ninguna evidencia relacionada con la conducta sexual anterior de la víctima o testigos, ni será válido utilizar como defensa el argumento del consentimiento. Se procurará que el asesoramiento esté a cargo de especialistas en el tema y que el tribunal cuente con profesionales especialistas en atención al trauma. También dicha ley establece el deber de reparación integral a las víctimas (indemnización, restitución y rehabilitación) y sus familias.

Ley Nº 18.426 de salud sexual y reproductiva y su Decreto Reglamentario (293/2010). Define qué se entiende por derechos sexuales, derechos reproductivos, enumera acciones tendientes a promover el ejercicio de dichos derechos. Enumera objetivos, entre los que se incluye la prevención de la violencia física, psicológica, sexual y discriminación. Se crean equipos multidisciplinarios de salud sexual y reproductiva.

Ley Nº 18.561, acoso sexual. Establece las normas para su prevención y sanción en el ámbito laboral y relaciones docente-alumno.

Ley Nº 18.987, Interrupción voluntaria del embarazo, su Decreto Reglamentario (375/2012) y Ord 243 y 247/016. Establece los requisitos para que la interrupción del embarazo no configure delito, así como los pasos a seguir. En caso de embarazo producto de una violación, el límite de edad gestacional se amplía a 14 semanas, y requiere la acreditación de la denuncia judicial.

Ley Nº 19.293, Código del Proceso Penal. Establece cambios en el sistema penal, el rol de las partes, la participación de las víctimas y testigos y su cuidado con una serie de recaudos. También incorpora la figura del testigo intimidado. Establece que se procederá de oficio en los delitos de violación, atentado al pudor, corrupción, estupro, rapto, traumatismo y lesiones ordinarias intencionales cuando el hecho haya sido acompañado de otro delito en que se proceda oficio, cuando la persona agraviada careciere de capacidad para actuar por sí en juicio y no hubiere persona legitimada para instar, cuando el delito fuere cometido por los padres, tutores, curadores, guardadores o tenedores de hecho o de derecho o con el abuso de las relaciones domésticas o de la cohabitación, si la persona agraviada fuere menor de 18 años, si el delito fuere cometido por quien tuviere respecto de la persona agraviada responsabilidad en la atención de su salud o educación, si la persona agraviada tuviere respecto de quien cometió el delito una relación de dependencia laboral y si la persona agraviada estuviere internada en un establecimiento público.

Código Penal Uruguayo, capítulo de delitos sexuales y las modificaciones introducidas por la Ley Nº 16.707 de Seguridad Ciudadana, especialmente en cuanto a los delitos de violación y atentado violento al pudor que incluye la pena en la

tentativa de los mismos e incorpora el delito de violencia doméstica al Código Penal en el artículo 321 bis.

Decreto 494/006 y 299/009. Atención a situaciones de violencia doméstica en el sector salud. Estable el rol del sector salud en la atención de dichas situaciones, la obligatoriedad de que las instituciones cuenten con equipos de referentes de violencia, las competencias de dichos equipos, que la guía que forma parte del anexo del decreto es la pauta recomendada para atención de situaciones de violencia en el primer nivel de atención.

Actualmente en nuestro país se está discutiendo sobre la necesidad de contar con una Ley Integral de violencia basada en género y existen propuestas de modificaciones al Código Penal y Código de la Niñez y Adolescencia en lo que refiere a delitos sexuales incluyendo una perspectiva de género y generacional.

Bibliografía consultada

–Aler Gay M, Carrasco Lozano F, Lorente Acosta J, Prieto Ruiz Canela M, Rivas San Martín E, Fernández de Simón L. Recomendaciones para la recogida y envío de muestras con fines de identificación genética. Grupo Español y Portugués de la ISFG. 2000.

–Autores varios. Protocolo para el abordaje integral de la violencia sexual desde el sector salud. Convenio Secretaría Distrital de Salud – Fondo de Población de Naciones Unidas, UNFPA. Bogotá, 2008.

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

–Bechtel L, Holstege Ch. Criminal Poisoning: Drug-Facilitated Sexual Assault. Emergency Medicine Clinics of North America, 2007;25: 499–525

–Benedet L, González D, Goycochea A, Leonardi S, Petit J, Tuana A. La trata de mujeres con fines de explotación sexual comercial en el Uruguay. Caminos recorridos hacia la construcción de una política pública. MIDES. INMUJERES. Disponible en http://www.inmujeres.gub.uy/innovaportal/file/21190/1/trata_en_uruguay.pdf

–Bonner B. Prevención y tratamiento. En San Martín J. Violencia contra niños. Tercera edición. Ariel. Barcelona. 2005.

–Borland M, Zimmerman C. Asistencia a personas objeto de trata pautas para proveedores de atención de salud. Organización Internacional para las Migraciones. Buenos Aires. 2013.

–Bruni M. Anal findings in sexual abuse of children (a descriptive study). J Forensic Sci. 2003; 48(3):1344-1346.

–Caballero F, et al. Explotación sexual comercial hacia niños, niñas y adolescentes en Uruguay. Dimensión, características y propuestas de intervención. Gurises Unidos, Telefónica. Facultad de Ciencias Económicas y de Administración. UdelaR, 2015.

–Castelló A, Francès F y Verdú Pascual F. Investigación médico forense de los delitos contra la libertad e indemnidad sexuales. Cuad Med Forense 2009 15(55):17-35

–CEPAL, ILPES, Naciones Unidas. La violencia contra las mujeres: sus manifestaciones, reconocimiento y protección. Material del Curso Medición de la Violencia contra las mujeres. 2014.

–Claramunt M. Mujeres maltratadas: guía de trabajo para la intervención en crisis. Serie Género y Salud Pública Mujeres Maltratadas. Programa Mujer, Salud y Desarrollo – PAHO/WHO. Costa Rica. 1999.

–Claramunt M. Abuso sexual en mujeres adolescentes. Serie Género y Salud Pública Mujeres Maltratadas. Programa Mujer, Salud y Desarrollo – PAHO/WHO. Costa Rica. 2000.

-Cobo Plana J. Manual de asistencia integral a las mujeres víctimas de agresión sexual. Formularios y guías de exploración y toma de muestras. Masson. Barcelona. 1998.

-Committee on Child Abuse and Neglect. Guidelines for the Evaluation of Sexual Abuse of Children: Subject Review. Pediatrics 1999;103;186-191.

-Committee on Early Childhood, Adoption and dependent care. Oral and dental aspects of child abuse and neglect. Pediatrics, 1986; 78 (3):537- 539

-Cornaglia C, Vignolo M. Crónicas Médico Forenses. El abuso sexual de menores y la complicidad del silencio. Dosyuna. Buenos Aires. 2005.

-Crane J. Interpretation of non-genital injuries in sexual assault. Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology, 2013; 27(4): 103-111.

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

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

-Cybulska B. Sexual assault. J R Soc Med July 2007; 100(7): 321-324

-De Paul J; Arruabarrena M. Manual de protección infantil. Masson. Segunda edición. Barcelona. 2001.

-DIGESA. Guía clínica de diagnóstico, monitorización y tratamiento de sífilis en la mujer embarazada y sífilis congénita. Ministerio de Salud Pública. Departamento de Programación Estratégica en Salud - Área Salud Sexual y Reproductiva. Montevideo. 2012.

-DIGESA. Infecciones de transmisión sexual. Pautas para el diagnóstico, tratamiento y control epidemiológico. Ministerio de Salud Pública. Programa Prioritario ITS-SIDA. Montevideo. 2005.

-Echeburúa E y Guerricaechevarría C. Abuso sexual. Concepto, factores de riesgo y efectos psicopatológicos. En San Martín J. Violencia contra niños. Tercera edición. Ariel. Barcelona. 2005.

-Echeburúa E, Guerricaechevarría C. Abuso sexual en la infancia; víctimas y agresores. Un enfoque clínico. Ariel. Barcelona. 2009.

-Echeverri M. Abuso sexual en niños, niñas y adolescentes. En El Faro. Por una vida sin violencia. conceptualizaciones sobre prácticas en el abordaje de violencia doméstica. El Faro. Montevideo. 2011.

-Faraone A, Bataille D, Mizrahi M, Gómez M, Gómez N, Castro I, Curti V. Informe de gestión. Sistema Integral de Protección a la Infancia y Adolescencia contra la Violencia. Montevideo. 2016.

-Finkelhor D. Victimología infantil. Factores de riesgo. Efectos. Prevención y tratamiento. En San Martín J. Violencia contra niños. Tercera edición. Ariel. Barcelona. 2005.

–Fondo de Población de Naciones Unidas, Autores varios. Protocolo para el abordaje integral de la violencia sexual desde el Sector Salud. UNFPA, Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Gobierno de la Ciudad, Secretaría de Salud de la Alcaldía Mayor de Bogotá. Bogotá, 2008.

–García Moreno C, Jansen H, Ellsberg M, Heise L y Watts C. Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. 2005.

–Gherardi N. La violencia contra las mujeres en la región. En Almeras D, Calderon C. Si no se cuenta no cuenta. Información sobre la violencia contra las mujeres. Naciones Unidas. CEPAL. Santiago de Chile. 2012.

–Girardet R, Bolton K, Lahoti D, Mowbray H, Giardino A, Isaac R, Arnold W, Mead B, Paes N. Collection of forensic evidence from pediatric victims of sexual assault. Pediatrics. 2011; 128 (2): 233-238. DOI: 10.1542/peds.2010- 3037.

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

–González D, Tuana A. El género, la edad y los escenarios de la violencia sexual. Editorial Avina. Montevideo.

–Goodyear-Smith F. What is the evidence for non-sexual transmission of gonorrhoea in children after the neonatal period? A systematic review. Journal of forensic and legal medicine, 2007; 14(8):482-502

–Grisalía J. Efectos neurológicos. En San Martín J. Violencia contra niños. Tercera edición. Ariel. Barcelona. 2005.

–Intebi I. Abuso sexual infantil. En las mejores familias. Gránica. Buenos Aires. 2008.

–Intebi I. Proteger, reparar, penalizar. Evaluación de sospechas del abuso sexual infantil. Gránica. Buenos Aires. 2011.

–Intebi I. Estrategias y modalidades de intervención en abuso sexual infantil intrafamiliar. Colección de documentos técnicos, Nº 5. Gobierno de Cantabria. Disponible en <http://www.serviciosocialescantabria.org/uploads/documentos%20e%20informes/Estrategias%20y%20modalidades%20de%20intervencion%20en%20abuso%20sexual%20infantil%20intrafamiliar%20%20Marzo%202012.pdf>

–Intebi I. Valoración de sospechas de abuso sexual infantil. Colección documentos técnicos. Buenos Aires. 2007.

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

–Jayasinghe Y, Garland S. Genital warts in children: what do they mean? Arch Dis Child 2006;91:696–700. doi: 10.1136/adc.2005.092080

–Jenny C, Crawford-Jakubiak J, Committee on child abuse and neglect. The Evaluation of Children in the Primary Care Setting When Sexual Abuse Is Suspected. Pediatrics, 2013; 132 (2): e558-567 DOI: 10.1542/peds.2013-1741

–Krug E, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A, Lozano R. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Washington. 2003.

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

–London K, Bruck M, Wright D,Ceci S. Review of the contemporary literature on how children report sexual abuse to others: Findings, methodological issues, and implications for forensic interviewers. Memory, 2007; 16(1):29- 47

–Lozano F. Valoración Médico-legal de niña/os y adolescentes víctimas de abuso sexual. En Poética Discontinua. Aportes sobre la ecología y la violencia: educación familiar, malos tratos y abusos. SOMOS. Capano A, Pacheco A (Comps). Montevideo. 2014.

–Lozano F, Bechlian A, Sande S, Alberti R, González R. Prevención y abordaje del abuso y maltrato hacia personas adultas mayores. Ministerio de Salud Pública . División de Programación en Salud. Departamento de Ciclos de Vida .Programa Nacional de Adulto Mayor. Departamento de Salud Sexual y Reproductiva. Programa de Violencia y Salud. Montevideo. 2014

–Lozano F, Salas F, Paullier A. Descubrir la violencia doméstica en la consulta médica para trascender el tratamiento sintomático. Análisis de la población asistida en una policlínica de atención primaria de Montevideo. Biomedicina, 2011(6); 2: 16-28

–Lynch M. Physical signs of sexual abuse in children. Archives of Disease in Childhood, 1992; 67: 565-566

–McCann J, Miyamoto S, Boyle C, Roger K. Healing of Hymenal Injuries in Prepubertal and Adolescent Girls: A Descriptive Study. Pediatrics 2007;119:e1094-e1106; originally published online Apr 9, 2007;DOI: 10.1542/peds.2006-0964

–Milner J. Factores de riesgo. En San Martín J. Violencia contra niños. Tercera edición. Ariel. Barcelona. 2005.

–Molina M. Explotación sexual. Evaluación y tratamiento. Dunken. Buenos Aires, 2008.

–Moreno P, Viscir P. Modelo de intervención integral en situaciones de explotación sexual comercial de niño/as y adolescentes. Modelo de atención para explotación sexual comercial. SIPIAV, CONAPESS, Montevideo, 2013.

–Mouescaa J, Indart M de Arzaa, Stabilito L. Verrugas anogenitales y sospecha de abuso sexual infantojuvenil. Arch Argent Pediatr 2012;110(5):438-444

–Murillo A. Sífilis en Medicina Legal. Medicina Legal de Costa Rica, 2011; 28 (1):55-64

–Myhre A, Dalen A, Berntzen K, Bratlid D. Anogenital Human Papillomavirus in non abused preschool children. Acta Paediatr 2003; 92 (12):1445 – 1452.

–Naciones Unidas, Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer. Informe del Secretario General. Asamblea de Naciones Unidas. 2006.

–Naciones Unidas. Declaración Programa de Acción. Declaración de la reunión realizada en Estocolmo con motivo del Congreso Mundial contra Explotación Sexual Comercial de los Niños. Estocolmo, 24 de agosto de 1996

–Naciones Unidas. Protocolo para prevenir, reprimir y sancionar la trata de personas, especialmente mujeres y niños. Palermo, 2000.

–Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Panorama general. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98788/1/WHO_RHR_12.35_spa.pdf?ua=1

–Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Trata de personas. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98857/1/WHO_RHR_12.42_spa.pdf?ua=1

–Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Violencia sexual. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98821/1/WHO_RHR_12.37_spa.pdf?ua=1

–Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Consecuencias para la salud. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98862/1/WHO_RHR_12.43_spa.pdf?ua=1

–Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres . Violencia inflingida por la pareja. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98816/1/WHO_RHR_12.36_spa.pdf?ua=1

–Organización Mundial de la Salud. Prevención de la violencia sexual y la violencia inflingida por la pareja contra las mujeres. Qué hacer y cómo obtener evidencias. OPS-OMS. Ginebra. 2010. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98821/1/WHO_RHR_12.37_spa.pdf

–Organización Mundial de la Salud. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres: violencia sexual. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98821/1/WHO_RHR_12.37_spa.pdf

–Palomino G, Rama M, Lozano F, Radío D, Siscar E, Viera E. Mapa de ruta para la prevención y la atención de situaciones de maltrato y abuso sexual infantil en el sector salud. SIPIAV, UNICEF, ASSE, MSP. Montevideo. 2009. Disponible en http://www.unicef.org/uruguay/spanish/uy_activities_Mapa_de_ruta_salud.pdf

–Peroni G, Prato G. Aportes para la intervención en maltrato y abuso sexual infantil y adolescente . SIPIAV, ANDENES, UNICEF. Montevideo. 2012.

–Prego C, Tuana A. Intervención en situaciones de explotación sexual comercial de niño/as y adolescentes. Curso

semipresencial: Explotación sexual comercial de niño/as y adolescentes. Facultad de Ciencias Sociales. CONAPESS – IIN-OEA. Montevideo, 2011.

–Rodríguez Almada H. Evaluación médico-legal del abuso sexual infantil. Revisión y actualización. Cuad Med Forense 2010;16(1-2):99-108

–Rodríguez F, Flores C, Masena B, Pons J, Prevalencia de la violencia sexual de las mujeres mayores de 18 años en los servicios de Ginecología del Hospital Pereira Rossell. Arch Gin Obstet, 2009; 47(1-3): 30-34.

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

–Romano S, Samuniski F, Linder M, Grela C. Abordaje de Situaciones de Violencia Doméstica hacia la Mujer. Guía de Procedimientos en el Primer Nivel de Atención. Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género. Dirección Salud de la Población. Dirección General de la Salud. Ministerio de Salud Pública. Montevideo. 2009.

–Rosanszki C. Abuso sexual infantil. ¿Denunciar o silenciar?. Editorial B Argentina SA. Buenos Aires, 2003.

–Sabucedo J. San Martín J. Los escenarios de la violencia. Ariel. Barcelona. 2007.

–San Martín J. La violencia y sus claves. Ariel. Barcelona. 2004.

–San Martín J. Maltrato físico, emocional y negligencia. Concepto, tipos, incidencia. En San Martín J. Violencia contra niños. Tercera edición. Ariel. Barcelona. 2005.

–Soto I. Hacia una estrategia nacional para la erradicación de la violencia basada en género. Programa integral de lucha contra la violencia de género. INMUJERES, MI, MSP, PJ, AECID, AUCI. Montevideo. 2012.

–U.S. Department of Justice. A National Protocol for Sexual Assault Medical Forensic Examinations Adults/Adolescents. Office on Violence Against Women. 2004.

–Unger E, Fajman N, Malony E, Onyekwuluje J, Swan D, Howard L, Beck-Sague C, Sawyer M, Girardet R, Sautter R, Hammerschlag M, Black C. Anogenital human papillomavirus in sexually abused ad nonabused children: a multicenter study. Pediatrics, 2011; 128: e658. DOI:10.1542/peds.2010-2247

–Veloza E, Torres N, Pardo F, Londoño A, Hurtado M, Gómez C, Girón A, Villarreal C, Pineda N y cols. Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual . Ministerio de la Protección Social de Colombia. UNFPA. Dirección General de Salud Pública. 2011.

–Velzeboer M, Ellsberg M, Clavel-Arcas C, García-Moreno C. La violencia contra las mujeres: responde el sector salud. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Washington. 2003.

–Verdú Pascual F., y cols. Del indicio a la evidencia. Técnicas de criminalística. Editoril Comares. Granada. 2006.

–Villanueva Cañadas E, Gisbert Calabuig J. Medicina Legal y Toxicología. Masson. Barcelona. 2004.

–Wolfe D. Prevención y tratamiento. En San Martín J. Violencia contra niños. Tercera edición. Ariel. Barcelona. 2005.

–Woods Ch. Gonococcal Infections in Neonates and Young Childrens. Seminars in Pediatrics Infectious Diseases, 2005: 258-279. doi:10.1053/j.spid.2005.06.006

–World Health Organization. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. Geneva. 2003.

–Zimmerman C, Hossain M, Yun K, Roche B, Morison L, Watts Ch. Stolen smiles: a summary report on the physical and psychological health consequences of women and adolescents trafficked in Europe. CAPHNE, OIM. The London School of Hygiene & Tropical Medicine, 2006

