

El presente formato tiene como propósito obtener información general acerca de los aspectos técnicos, administrativos y éticos del proyecto, para que los diferentes comités puedan hacer una revisión previa del proyecto. Por lo anterior, se recomienda que la información aquí consignada sea consistente con la registrada en el documento detallado del proyecto.

DATOS GENERALES DEL PROYECTO					
1. Título del proyecto	Guía para el manejo del paciente víctima de abuso sexual en la atención prehospitalaria				
2. ¿El proyecto se inscribe en un grupo de investigación de la Universidad CES?	Si		No	x	
En caso de responder afirmativamente la pregunta N° 2, responda las preguntas N° 3 y 4					
3. Grupo de investigación de la Universidad CES que presenta el proyecto					
4. Línea de investigación del grupo que presenta el proyecto					
OTROS GRUPOS DE INVESTIGACIÓN QUE PARTICIPAN EN EL PROYECTO					
5. Institución	6. Grupo de investigación		7. Línea de investigación		
PARTICIPANTES DEL PROYECTO					
8. Rol en el proyecto	9. Cédula	10. Nombre completo	11. Correo electrónico	12. Institución	13. Grupo de Investigación al que pertenece
Investigador	1036668469	Mauricio Echavarría Tamayo	Mao961912@gmail.com	Universidad CES	
Investigador	1214738832	Katherine Rico Loaiza	Katie.9007@hotmail.com	Universidad CES	
Investigador	1152709533	Vanesa Henao Ramírez	vanesahenaoramirez@hotmail.com	Universidad CES	

**ESTUDIO DE LA INFORMACION ACTUAL SOBRE EL MANEJO  
PSICOLOGICO DE PACIENTES VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL A NIVEL  
HOSPITALARIO, PARA LA FUTURA ELABORACIÓN DE UNA GUIA  
PRACTICA A NIVEL PREHOSPITALARIO.**

MAURICIO ECHAVARRÍA TAMAYO  
VANESA HENAO RAMÍREZ  
KATHERINE RICO LOAIZA

UNIVERSIDAD CES  
TECNOLOGÍA EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA  
MEDELLÍN  
2017

**ESTUDIO DE LA INFORMACION ACTUAL SOBRE EL MANEJO  
PSICOLOGICO DE PACIENTES VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL A NIVEL  
HOSPITALARIO, PARA LA FUTURA ELABORACIÓN DE UNA GUIA  
PRACTICA A NIVEL PREHOSPITALARIO.**

MAURICIO ECHAVARRÍA TAMAYO  
VANESA HENAO RAMÍREZ  
KATHERINE RICO LOAIZA

Trabajo de grado para optar al título  
TECNÓLOGO EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA.

Asesor: Luis Fernando Toro Palacio.

UNIVERSIDAD CES  
TECNOLOGÍA EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA  
MEDELLÍN  
2017

## **CONTENIDO**

### **1 FORMULACION DE PROBLEMA**

#### 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

##### 1.1.1 Diágrama del problema.

#### 1.2 JUSTIFICAION DEL ESTUDIO

#### 1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

### **2 MARCO TEORICO**

#### 2.1 MARCO CONCEPTUAL.

#### 2.2 ESTADO DEL ARTE

#### 2.3 MARCO NORMATIVO

#### 2.4 CONCLUSIÓN DE LA INFORMACIÓN RECOLECTADA

### **3 OBJETIVOS**

#### 3.1 GENERAL

#### 3.2 ESPECÍFICOS

### **4 DISEÑO METODOLÓGICO**

#### 4.1 ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

#### 4.2 TIPO DE ESTUDIO

#### 4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

##### 4.3.1 Criterios de inclusión

##### 4.3.2 Criterios de exclusión

#### 4.4 DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES

##### 4.4.1 diagrama de variables

##### 4.4.2 tabla operacional de variables

#### 4.5 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

##### 4.5.1 fuentes de los datos

4.5.2 instrumento de recolección

4.5.3 proceso de recolección

4.6 CONTROL DE ERRORES Y SESGOS

4.7 TECNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

## **5 ASPECTOS ÉTICOS**

## **6 ASPECTOS ADMINISTRATIVOS**

6.1 CRONOGRAMA

6.2 PRESUPUESTO

## **7 ANEXOS**

7.1 ENCUESTA

7.2 RESULTADO Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS

7.3 CONCLUSIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

## **8 BIBLIOGRAFIA**

# 1 FORMULACION DE PROBLEMA

## 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A nivel mundial la violencia sexual es una problemática que en las últimas décadas ha sido reconocida como la violación de los derechos humanos, sexuales y reproductivos que vulnera la dignidad, la integridad, la libertad, la igualdad y la autonomía humana, entre otras. Se constituye en una problemática de salud pública por su magnitud y las afectaciones que produce en la salud física, mental y social. (2)

Se entiende como violencia a la expresión de un conflicto familiar, interpersonal, social o político que no se ha resuelto por medios pacíficos que, en cualquiera de sus manifestaciones, es prevenible y evitable; siendo el abuso sexual, uno de estos, caracterizado por un comportamiento que ocurre sin el consentimiento de la persona o bajo la coacción de una de las partes y clasificado por la Organización Mundial de la Salud en el grupo de violencia interpersonal.

La violencia interpersonal se divide en dos subcategorías:

- Violencia intrafamiliar o de pareja: en la mayor parte de los casos se produce entre miembros de la familia o compañeros sentimentales, y suele acontecer en el hogar, aunque no exclusivamente.
- Violencia comunitaria: se produce entre individuos no relacionados entre sí y que pueden conocerse o no; acontece generalmente fuera del hogar.(1)

En Colombia para el año 2005 se encontró una tasa de 40.1 casos de delitos sexuales por cada 100,000 habitantes, ocupando este evento el 4º lugar dentro del conjunto de lesiones violentas no fatales; siendo los menores de 18 años de edad el grupo más afectado (70.6%) y, en dicho grupo, la población de 10 a 14 años presenta la tasa más alta (103.6 por 100,000), seguida del grupo de los 5 a 9 años (82 por 100,000) y, posteriormente, de los adolescentes de 15 a 17 años (67.4 por 100,000). (3)

Por lo cual, mediante este estudio se busca obtener información acerca del manejo empírico por parte del equipo de atención prehospitalaria a un paciente víctima de abuso sexual; logrando una correcta intervención para disminuir las posibles consecuencias a nivel emocional y psicológico.

Los primeros auxilios psicológicos nunca reemplazan a la atención especializada de salud mental que toda víctima de violencia sexual debe recibir en el marco de su atención inicial de urgencias. (6) Pero la atención correcta que brindará el tecnólogo en atención prehospitalaria al paciente víctima de abuso sexual logrará preparar el terreno para una adecuada recuperación emocional del mismo.

### 1.1.1 Diagrama del problema



## 1.2 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Las consecuencias de la violencia sexual dependen del tipo o forma en que ésta se realice, la relación entre la víctima y el agresor, las condiciones o situaciones de las víctimas como por ejemplo la edad, el contexto en el que se produzcan las victimizaciones sexuales, es decir, las relaciones familiares, sociales, comerciales o las propias del conflicto armado, las redes familiares y sociales de apoyo, la respuesta y atención de las instituciones y los recursos personales para sobreponerse al hecho violento, se deben tener en cuenta desde el primer acercamiento físico que se tiene con una persona víctima de abuso sexual. Lo anterior es esencial para disminuir al máximo los trastornos psicológicos y emocionales presentes y futuros relacionados con el hecho violento. Este estudio busca reconocer el conocimiento por parte del personal en atención prehospitalaria hacia un correcto manejo de las diferentes manifestaciones emocionales que afectan a las víctimas de este tipo de violencia.

## 1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Qué información hay disponible para el manejo de pacientes víctimas de abuso sexual a nivel prehospitalario?

## 2. MARCO TEÓRICO

### 2.1 MARCO CONCEPTUAL

El abuso sexual es todo acto de tipo sexual, con o sin contacto, entre un niño, niña, adolescente una persona adulta, hombre o mujer, con los cuales se pretenden satisfacer las necesidades sexuales de la persona abusadora o de un tercero. En este acto se encuentra una coerción física, psicológica o emocional, utilizando la fuerza y el poder, aprovechando la situación de indefensión generada por una relación de desigualdad entre la persona agresora y el niño, niña o adolescente (Ministerio de Salud, 2000). Es importante tener en cuenta que la Ley describe al menor de 14 años (niño, niña o adolescente) como posible víctima de este delito, independientemente de su consentimiento, ya que por su condición de menor no está aún en posibilidad de tomar decisiones responsables sobre su vida sexual. (7) Desde la perspectiva de salud pública es importante anotar que la violencia sexual se manifiesta de múltiples maneras, siendo la violación una de las más críticas para la causal violación. (16)

#### Algunas definiciones

- Asalto sexual: Cualquier acto de naturaleza sexual no deseado como: besos, caricias, sexo oral o anal, penetración vaginal, que es impuesto a una persona. Las víctimas pueden ser de cualquier edad o sexo, puesto que lo que la determina es el mecanismo utilizado por el agresor para someter a la víctima.
- Abuso sexual: Es el que se presenta en circunstancias que le dan ventaja al agresor, ante la vulnerabilidad preexistente en la víctima, puede ser del orden de la "superioridad manifiesta" o las relaciones de autoridad dadas por la edad, por ejemplo, adulto agresor-víctima menor de 14 años; poder o autoridad, ejemplo jefe, maestro, médico, sacerdote, pastor, funcionario público, militar, etc.; incapacidad física o psicológica de la víctima entre otras. La característica de esta forma de violencia es el aprovechamiento de la condición de ventaja o de la condición de vulnerabilidad de la víctima como mecanismo utilizado por el agresor, para cometer el delito sexual.
- Importante para tener en cuenta: Se considera identificación temprana de abuso sexual, cuando se detecta que es de reciente aparición y no han pasado más de 72 horas o cuando ya es crónico y se identifica un último contacto sexual en las últimas 72 horas antes de la consulta, se debe proceder según las indicaciones para el abordaje en las primeras 72 horas.

- Explotación sexual comercial: Hace referencia a la violencia sexual en la cual el medio utilizado por el agresor es la cosificación de la víctima, es decir, es convertida en una mercancía y utilizada sexualmente. Se define explotación como “el obtener provecho económico o cualquier otro beneficio para sí o para otra persona”. Explotación Sexual Comercial en Niños, Niñas y/o Adolescentes (ESCNNA): “Consiste en el abuso sexual cometido contra una persona menor de 18 años de edad, en el que a la víctima o a un tercero se le ofrece pagar o se le paga en dinero o en especie. La víctima es tratada como mercancía u objeto, siendo vendida y comprada por parte de adultos(as), es lo que reproduce una forma actual de esclavitud”.

Algunas formas: -Pornografía. -Prostitución. -Matrimonio servil. -Explotación sexual por actores armados. -Turismo sexual.

- Otros tipos de violencia sexual: -Violencia sexual en el contexto del conflicto armado. -Acceso carnal violento. -Actos sexuales violentos con persona protegida. -Esclavitud sexual / prostitución forzada / trata de personas. Embarazo forzado. -Tortura en persona protegida. (17)

### 2.3 ESTADO DEL ARTE

El abuso sexual es un evento cuyas consecuencias van desde recuerdos asociados a poca o ninguna carga emotiva negativa, hasta trastornos que impiden el desarrollo personal, afectivo, vincular, sexual y social. La huella que deja depende de múltiples factores: características personales del niño/a o la persona adulta, circunstancias bajo las que se dio la agresión, quién fue el agresor, apoyo recibido, sexo de la víctima, duración de la agresión, entre otros. De cualquier modo, el abuso sexual afecta la vida de las personas y erradicar sus secuelas resulta difícil y a veces imposible. Se sabe que tiene consecuencias físicas y psicológicas, así como también que las más difíciles de tratar son las segundas, dado que pueden aparecer días, meses o años después.

La infancia y niñez son las etapas donde se presenta el mayor número de abusos sexuales, seguida de la adolescencia. Los abusos pueden presentarse desde temprana edad (1 o 2 años) y prolongarse hasta por 9 o 10 años (Kempe, 2004). Las huellas del abuso sexual no siempre son físicamente visibles ni inmediatas. Frecuentemente llega a descubrirse a través de embarazos, infecciones de transmisión sexual, fugas de casa, fobias, entre otras; es decir, mediante eventos que por su magnitud suelen rebasar el control de la familia y llegan a manos de personas que contribuyen a su reconocimiento público. (5)

## **Prevalencia**

Respecto a la prevalencia es más frecuente en las mujeres quienes ocupan el primer lugar en este tipo de delitos, respecto a la edad se sitúan en el rango entre 6-12 años, el agresor suele ser conocido por la víctima, el orden respecto a los integrantes de la familia suele ser padre y luego los demás integrantes de la familia. Sin embargo, el incesto madre hijo es mucho menos frecuente y se limita aquellos casos en que la madre carece de una relación de pareja, con alguna adicción al alcohol, o a las drogas, o cuenta con historial, de abusos sexuales en la infancia. Estudios epidemiológicos han demostrado un mayor número de casos de abuso sexual en familias con estatus socioeconómico bajo. Respecto al lugar en que se comete la agresión, depende del tipo de abuso: en el intrafamiliar lo más habitual es en el hogar de la víctima o del abusador, en el extra familiar sucede en la calle, parque, o en la casa del agresor.

De acuerdo con varios estudios colombianos, el grupo poblacional más afectado por todos los tipos de violencia sexual es el constituido por las mujeres, las adolescentes y las niñas en edad fértil.

El rol primordial de los varones adultos y adolescentes mayores en la violencia sexual colombiana es el de agresores, dado que representan el 98 % de quienes cometen éste tipo de delitos en el país, frente a un 2% de mujeres agresoras. En sentido inverso, la mayor parte de las víctimas de violencia sexual en Colombia son mujeres y niñas, seguidas por niños y adolescentes varones menores de edad.

En el país, se encontró que un 6% de mujeres en edad fértil (13– 49 años) han sido violadas por desconocidos y un 11,5% por el cónyuge.

Entre las desplazadas por violencia, se ha reportado violencia sexual afectando hasta un 8,2% y un 36% de las mujeres.

De acuerdo con encuestas nacionales en salud sexual y reproductiva, tan sólo el 21,2% de aquellas mujeres, adolescentes y niñas en edad fértil que sufren una agresión física o sexual perpetrada por su cónyuge piden algún tipo de ayuda. De ellas, sólo el 13,7% recibe información sobre procedimientos de denuncia y solicitud de protección y menos del 0,5% acuden al sector salud. Los datos de mejor calidad sobre la prevalencia de la violencia sexual provienen de encuestas basadas en la población. Otras fuentes de datos sobre la violencia sexual incluyen informes policiales y estudios de entornos clínicos y organizaciones no gubernamentales; sin embargo, como en esos entornos se notifica solo una proporción pequeña de casos, se obtienen subestimaciones de la prevalencia. Por ejemplo, un estudio latinoamericano calculó que solo alrededor de 5% de las víctimas adultas de la violencia sexual notificaron el incidente a la policía.

Hay muchas razones lógicas que explican por qué las mujeres no notifican sobre la violencia sexual, por ejemplo: Sistemas de apoyo inadecuados; vergüenza; temor o riesgo de represalias; temor o riesgo de ser culpadas, temor o riesgo de que no les crean; y temor o riesgo de ser tratadas mal o ser socialmente marginadas.

La prevalencia en el curso de la vida de violencia sexual de pareja informada por mujeres de 15 a 49 años de edad en el Estudio multipaís de la OMS variaba entre 6% en Japón y 59% en Etiopía, con tasas de 10% a 50% en la mayoría de los entornos. Un análisis comparativo de las encuestas realizadas en América Latina y el Caribe encontró que las tasas de violencia sexual infligida por la pareja fluctuaban entre 5% y 15%.

Hay pocos estudios representativos sobre la violencia sexual perpetrada por personas que no son la pareja, y la mayoría de los datos disponibles provienen de encuestas sobre delincuencia, registros policiales y judiciales, centros de crisis para víctimas de violación y estudios retrospectivos de abuso sexual de niños. En el Estudio multipaís de la OMS, entre 0,3% y 12% de las mujeres dijeron haber sido forzadas, después de los 15 años de edad, a tener relaciones sexuales o a realizar un acto sexual por alguien que no era su pareja. La mayoría de los estudios indican que es probable que las mujeres conozcan a sus agresores.

Si bien esto se centra en la violencia sexual contra niñas y mujeres, es importante destacar que los niños varones y los hombres también pueden ser víctimas de violencia sexual. La violación y otras formas de coacción sexual contra hombres y niños varones tienen lugar en diversos entornos, incluidos hogares, lugares de trabajo, escuelas, calles, instituciones militares y prisiones. Lamentablemente, la violencia sexual contra los hombres es un área de estudio descuidada y muy sensible.

#### Prevalencia de la violencia sexual

**Prevalencia de la violencia sexual en Colombia según distintas fuentes y tipo de conducta**

<b>Fuentes</b> \ <b>Conductas</b>	Violación	Contacto sexual no consentido o forzado <sup>2</sup>	Prostitución forzada	Embarazo forzado	Aborto forzado <sup>4</sup>	Esterilización forzada	Acoso sexual <sup>5</sup>	Desnudez forzada
ENVISE 2010	-	3,4%	0,3%	0,9%	1,0%	0,7%	6,3%	0,0%
EPVBG 2003	3,2% <sup>6</sup>	-	2,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	3,2% <sup>7</sup>
ENDS 2010 (a)	9,7%	-	-	-	-	-	-	-
ENDS 2010 (b)	5,7%	-	-	-	-	-	-	-
EZM 2011 (a)	12,8%	-	-	-	-	-	-	-
EZM 2011 (b)	8,4%	-	-	-	-	-	-	-

(15)

La ENVISE 2010 establece la prevalencia de la violencia sexual en “las mujeres entre 15 y 44 años habitantes de los 407 municipios que el Sistema de Alertas Tempranas (SAT) de la Defensoría del Pueblo presentó para el periodo 2001-2009 con algún tipo de evidencia de conflicto armado.”

La EPVVG 2003 establece la violencia sexual en una muestra de 410 mujeres “entre 15 y 49 años de edad, que han sido víctimas del delito de desplazamiento forzado por parte de los diferentes grupos armados, en el marco del conflicto colombiano.

ENDS 2010 (a) se registra la prevalencia de la violencia sexual en mujeres entre 15 y 49 años de edad, alguna vez casadas o unidas y cuando el perpetrador fue el esposo o el compañero

ENDS 2010 (b) se registra la prevalencia de la violencia sexual en mujeres entre 15 y 49 años de edad, cuando el perpetradora fue una persona diferente al esposo o compañero

EZM8 (a) 2011 se registra la prevalencia de la violencia sexual en mujeres entre 13 y 49 años de edad, alguna vez casadas o unidas y cuando el perpetrador fue el esposo o compañero.

EZM (b) 2011 se registra la prevalencia de la violencia sexual en mujeres entre 13 y 49 años de edad, cuando el perpetradora fue una persona diferente al esposo o compañero (15)

También debe tenerse en cuenta que la falta de estadística oficiales sobre la prevalencia de violencia sexual, y concretamente sobre los casos de violación, pueden deberse a la falta de desagregación de los datos según sexo, contribuyendo a la invisibilización de la violencia contra las mujeres. En este sentido, la Corte Constitucional colombiana sostuvo que los sistemas de registro no son sensibles a la identificación de las necesidades específicas de los grupos desplazados sujetos a un mayor nivel de vulnerabilidad tales como las mujeres cabeza de familia y los grupos étnicos (16)

## **Detección del abuso sexual**

Existen diferentes factores que pueden explicar los motivos de esta ocultación: por parte de la víctima, el hecho de obtener ciertas ventajas adicionales o el temor a no ser creído o a ser acusada de seducción, junto con el miedo a destrozarse a la familia o las represalias del agresor y por parte del abusador hacia la víctima, donde el agresor hace uso de su poder manteniendo contacto sexual y que después de la denuncia tiene que enfrentar la pérdida de una actividad sexual adictiva, compulsiva así como la posible ruptura del matrimonio y/o convivencia de la familia y el rechazo social. A veces la madre tiene conocimiento de lo sucedido, lo que le puede llevar al silencio, en algunos casos al pánico al marido o el miedo a perderlo o a desestructurar la familia en otros, es estigma social negativo generado por el abuso sexual o el temor de no ser capaz de sacar adelante por sí sola a la familia. Por otro lado, si bien es cierto que es frecuente la coexistencia de este tipo de abusos con algún tipo de maltrato ya sea físico o psicológico, también es cierto que algunas veces la agresión sexual no está asociada a estas situaciones que puedan producir una voz de alarma en el entorno del menor. De ahí que el abuso sexual pueda salir a la luz de una forma accidental cuando la víctima decide revelar lo ocurrido, a veces a otros niños o a un profesor, o cuando se descubre una conducta sexual casualmente por un familiar vecino o amigo. El descubrimiento del abuso suele tener bastante tiempo (meses o años) de los primeros incidentes. (18)

## **Tipos de abuso sexual**

De acuerdo al contacto:

- Abuso sexual con contacto: contacto físico con la boca, pechos, genitales, ano o cualquier parte del cuerpo de los niños, niñas, adolescentes y adultos.
- Abuso sexual sin contacto: exhibición, masturbación en público, producción y exhibición de material pornográfico, observación cuando se visten o bañan, expresión de comentarios seductores implícitos o explícitos y realización de llamadas telefónicas obscenas. Todas estas acciones, aunque no impliquen contacto físico repercuten en la salud mental de los niños, niñas, adolescentes y adultos.

De acuerdo al contexto:

- Intrafamiliar: ocurre al interior de la familia, por personas cercanas y apreciadas en el núcleo familiar, algunos autores lo denominan incesto.
- Extra familiar: realizado por personas ajenas a la familia, generalmente cuidadoras o personas completamente extrañas que utilizan a los niños, niñas, adolescentes y adultos con fines eróticos o comerciales. Se incluye en esta tipología el abuso sexual infantil en redes sociales de internet, conocido como grooming, el cual se caracteriza por el comportamiento deliberado de adultos que inicialmente establecen lazos de amistad con niños, niñas y adolescentes, casi siempre simulando ser de una edad similar o haciendo ofrecimientos para que sean modelos, y llegan hasta el ciber-acoso, el chantaje para la obtención de material pornográfico y el encuentro físico en el que se da el abuso directo (Klaassen). (7)

El abuso sexual infantil ocurre usualmente en una interacción donde los niños, niñas, adolescentes o adultos quedan atrapados en una relación de desigualdad, pues la persona abusadora ha establecido una práctica relacional que les lleva al sometimiento y por lo tanto no se funda en un trato digno. Algunos nombres que recibe este estilo de interacción son: fase de seducción (Barudy, 1998) o etapa de conquista (Escartin, 2006), la cual se da cuando la persona abusadora ofrece dulces o juguetes y participa en actividades donde la víctima empieza a sentirla cercana, de esta manera se gana su confianza, haciéndola sentir amada, especial y preferida. Posteriormente, les aísla de sus referentes adultos, ya sea de manera física, buscando ambientes alejados donde no puedan ser interrumpidos o en tiempos donde las personas cuidadoras no estén, o por medio de discursos de sometimiento, miedo o engaño que hacen que la víctima se sienta atrapada en un conflicto de lealtades y confusiones, optando por quedar encarcelada en el silencio. Es necesario resaltar que casi siempre las interacciones en este tipo de prácticas relacionales son continuas y la aproximación a las diferentes formas de contacto sexual es lenta pero progresiva. Las víctimas, aunque son vulneradas en su intimidad y privacidad, no lo perciben así solo hasta que los contactos causan dolor físico o es tan grande el malestar subjetivo que sienten la necesidad de contarle de manera accidental o creando situaciones donde pueden hablar con alguien para evitar que se siga repitiendo. Al respecto Barudy (1998) plantea que la divulgación se da de dos maneras: accidental o premeditada.

La violencia sexual, en todas sus manifestaciones, constituye una de las más graves afectaciones a los derechos fundamentales de las personas, atentando particularmente contra los derechos a la vida, la libertad, la seguridad, la integridad física y psicológica, la libre expresión y libertad de circulación y el libre desarrollo de la personalidad, dificultando el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y que se alcancen estándares deseables de salud física y mental.

La violencia sexual se manifiesta de diferentes formas como la prostitución forzada; la trata de personas; los matrimonios precoces; los actos violentos contra la integridad sexual; el abuso sexual cometido contra niños, niñas y adolescentes; el incesto; la violación; el manoseo; el embarazo o el aborto forzado; la restricción en el acceso a servicios sanitarios seguros para la regulación de la fecundidad, la atención del embarazo, el parto o la interrupción voluntaria del embarazo, el contagio forzado de infecciones de transmisión sexual (ITS), la desnudez forzada; y la explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes<sup>9</sup>, entre otras. (8)

En el terreno de la violencia sexual, propiamente en las situaciones de abuso sexual, las acciones deben estar encaminadas a que la comunidad en general adquiera conciencia de lo nocivas que son este tipo de situaciones para la vida de los niños, las niñas y los adolescentes, también de sus familias. La información adecuada y oportuna, así como la detección temprana son vitales cuando se pretende intervenir de forma adecuada y oportuna; en este sentido, realizar campañas masivas por los medios de comunicación ayuda a despertar conciencia en toda la población sobre lo nefasto de este evento en la vida de quienes lo padecen.

#### Factores de riesgo del contexto social

- Patrones culturales que subvaloran al niño, niña o adolescente o que aceptan el contacto sexual en la familia.
- Machismo o familias patriarcales.
- Desempleo o inestabilidad laboral.
- Mendicidad. ð Descomposición social.
- Débiles lazos vecinales.
- Tolerancia de la comunidad frente al maltrato.
- Aislamiento de la familia de recursos de apoyo (salud, educación o recreación).
- Temor a la retaliación al denunciar.
- Desplazamiento forzado.
- Corrupción.
- Ausencia de redes sociales de apoyo.

### Factores de riesgo en la familia

- Padres y madres que no reaccionan a la presencia del niño, niña o adolescente y no expresan afecto.
- Ausencia del padre en el proceso de crianza.
- Trastornos mentales y psicopatía.
- Inestabilidad afectiva.
- Padres o madres que amenazan permanentemente a los niños y niñas.
- Dependencia económica de la persona abusadora.
- Poca claridad en las normas familiares.
- Madre solitaria.
- Condiciones de hacinamiento y pobreza.
- Familias sin ningún tipo de seguridad social.
- Antecedentes de abuso sexual en alguna de las personas tutelares.

### Algunas características de las madres

- Pasivas, dependientes y sumisas.
- Sexualmente inhibidas.
- Incapaces de proteger a sus hijos e hijas.
- No tienen claros y definidos los límites entre ellas y sus hijos e hijas.
- Favorecen la inversión de roles.
- Toleran el abuso sexual.
- Temen perder el apoyo económico.
- Sufren maltrato físico y/o psicológico en el presente.

### Factores de riesgo en los niños, las niñas o adolescentes

- La edad y el sexo.
- Curiosidad sexual.
- Sumisión.
- Poca estima y necesidades de atención y afecto.
- Fallas en el sistema de vinculación afectiva.
- Crecimiento en un medio relacional autoritario.
- Desconocimiento de lo que es el abuso sexual y la manera de evitarlo.
- Vida en condición de sometimiento y dependencia.
- Exposición al comportamiento sexual de personas adultas.

## Características de la persona abusadora

- Dificultades para establecer relaciones sexuales con iguales.
- Interés sexual por personas menores.
- Interacción con personas menores como si tuvieran una edad mucho mayor a la real.
- Posiblemente víctima de abuso y maltrato en la infancia.
- Aparentemente desarrolla una vida normal.
- Comportamiento controlador y dominante.
- Descarga en los niños, niñas o adolescentes rabias que han acumulado a lo largo de su vida.
- Consumo y abuso de sustancias psicoactivas.
- Disfruta provocando sufrimiento y dolor.

Los elementos que se presentaron anteriormente deben ser conocidos por los y las profesionales del sector salud, pues saber de estos contextos posibilita la identificación de los casos, además, brinda elementos para el trabajo en los talleres y actividades educativo-formativas dirigidas a la comunidad, elementos centrales que se trabajan en la prevención de las violencias evitables mediante la promoción de prácticas relacionales basadas en el trato digno. (7)

## Otros factores de riesgo

La violencia sexual no ocurre de manera aislada, tiene raíz en la injusticia y la disparidad social, vinculan a la violencia sexual en otras formas de violencia en todo el mundo. Los factores de riesgo trascienden límites y ocurren en contextos individuales sociales, culturales y económicos. Al visualizar a la violencia sexual a través del lente de la salud pública, se vuelve de primordial importancia tanto reducir los factores de riesgo como incrementar los de protección. Algunos de los factores que individualmente pueden aumentar el riesgo de que un hombre cometa una violación sexual incluyen: personalidad disocial, el abuso de sustancias psicoactivas o un trastorno sexual y al mantener actitudes y creencias que promuevan la violencia sexual y la hostilidad contra las mujeres, la asociación con personas sexualmente agresivas y el haber sido sometido a abuso sexual en la niñez.

Las consecuencias psicológicas en la mayoría de los casos, el abuso sexual constituye una experiencia traumática que repercute negativamente en el estado psicológico de las víctimas. Es más, si no reciben un tratamiento psicológico adecuado, su molestar suele continuar incluso en la edad adulta (Jumper, 1995).

El alcance de las consecuencias va depender del grado del sentimiento de culpa y de la victimización del niño por parte de los padres, así como de las estrategias de afrontamiento que disponga la víctima. En general, las niñas tienden a presentar reacciones ansioso-depresivas; los niños, fracaso escolar y dificultades de socialización. De este modo, los niños tienen mayor probabilidad de exteriorizar problemas de comportamiento, como, por ejemplo, agresiones sexuales y conductas violentas en general.

En el ambiente prehospitalario, lo primordial es el abordaje que se le da al paciente para el correcto manejo de la situación tanto a nivel psicológico como físico, pues este juega un papel fundamental en la fase crítica de la situación por la que atraviesa el paciente.

Se debe tener en cuenta que la comprensión de su experiencia es un paso a abrir la rehabilitación temprana de la persona, se debe poseer la capacidad de entendimiento, escucha y ayuda, para generar un ambiente de confiabilidad, en el cual la persona deje de sentirse vulnerable, e incluso en la mayoría de las ocasiones culpable del evento que acaba de ocurrir. De igual manera se debe tener en cuenta el estado de shock emocional por el que este atraviesa la persona, pues lo que se pretende es brindar ayuda, mas no obligar al paciente a contar su experiencia. Cada persona tiene sus propias maneras de demostrar los sentimientos y el simple hecho de sentarse a acompañar esta etapa, juega un papel efectivo en la manera como el paciente canaliza sus emociones y trata de sobre llevar la carga.

El Código Penal Colombiano bajo el título denominado “Delitos contra la libertad, integridad y formación sexuales” castiga entre otras las conductas de acceso carnal violento, acto sexual violento, acceso carnal o acto sexual en persona puesta en incapacidad para resistir y los actos sexuales abusivos (6).

Para estos delitos la pena aumenta cuando el sujeto activo actúa en concurso con otras personas, ocupa una posición que le dé particular autoridad sobre la víctima o una relación que la lleve a depositar su confianza, cuando contamina a la víctima de cualquier infección de transmisión sexual, cuando el sujeto pasivo es menor de 14 años, cuando se produce embarazo como resultado de la agresión sexual y cuando la relación entre sujetos activo y pasivo es de cónyuges, cohabitantes, ex cohabitantes o han procreado un hijo o hija(6) . Además, el Código Penal Colombiano establece como actos que atentan contra la libertad, integridad y formación sexuales, a la inducción a la prostitución, el constreñimiento a la prostitución, el estímulo a la prostitución y la pornografía de niños y niñas. Por último, el Código Penal Colombiano, en uno de sus capítulos que tiene el propósito de aplicar de manera directa el derecho internacional humanitario, tipifica (6).

En este apartado se incluyen las acciones que se hacen desde la promoción de hábitos y comportamientos saludables, la prevención, la detección y la notificación de los casos. Una vez detectado el caso se realiza la atención de urgencia por parte de los profesionales de las diferentes áreas, lo que incluye la entrevista al niño o niña (si la edad lo permite), al adolescente, adulto y a la familia en caso de ser necesario. Una vez detectado el caso la intervención que se realiza es considerada una atención de urgencia, por esto debe ser prioritaria e inmediata ya que es, con mucha frecuencia, la única oportunidad que tienen las víctimas de violencia y abuso sexual de hacer pública su situación y tener acceso a intervenciones para impedir que continúen siendo abusados.

Por lo tanto, una atención de urgencia inapropiada, ya sea por el trámite, el desconocimiento del estado emocional de la persona afectada, la discriminación, la culpabilización involuntaria de la víctima, el desconocimiento o el temor de las implicaciones de reconocer el abuso como un delito, puede significar la pérdida de posibilidades de acceder a intervenciones que podrían disminuir las consecuencias físicas o psicológicas y prevenir que la violencia continúe.

En muchos casos la calidad de la atención de urgencia puede determinar el futuro de la víctima. Las acciones que pueden realizar los equipos de urgencia son muy importantes, el éxito de esta atención es esencial para la protección inmediata de un niño, niña o adolescente, con base en ellas una persona adulta puede tomar decisiones, registrar la información y disponer las pruebas necesarias para la justicia cuando se realiza una denuncia inmediata o diferida.

En estas acciones se deben considerar dos elementos: el primero, la actitud y compromiso del personal de salud, y el segundo, los propósitos de la atención inicial.

Todos los casos deben ser atendidos por personal médico de urgencias y por profesionales del área psicosocial si se cuenta con este recurso, quienes determinarán los pasos subsiguientes en la intervención (interconsultas, referencia, entre otros.). Siempre es necesario considerar que la persona que requiere atención por violencia sexual puede pertenecer a una cultura distinta a la predominante, esto debe traducirse en un comportamiento respetuoso con sus valores y creencias respecto a la sexualidad y la violencia, y con la recolección y entrega de información de una forma adecuada. El personal de salud responsable de atender el caso debe contar con formación, compromiso y disposición para realizar un trabajo que contribuya a la adecuada resolución del caso y a generar una experiencia constructiva para los niños, niñas o adolescentes y sus familias. Autores como Roa y Col (1998) han trabajado en este tema, a continuación, se enuncian dichas características.

A continuación, se plantean signos, síntomas y condiciones que han sido identificados como factores de riesgo y vulnerabilidad frente a las violencias sexuales.

---

### **Niños o niñas:**

- ✓ Conductas sexuales que no son habituales para la edad y nivel de desarrollo del niño, niña o adolescente.
- ✓ Evidencias de otras formas de violencia contra las niñas y los niños.
- ✓ Temor a estar con familiares o conocidos con quien se tenía una relación cercana.
- ✓ Signos y síntomas poco claros clínicamente referidos a la zona genital o anal.
- ✓ Quienes conviven personas que tienen dependencia o abuso de sustancias psicoactivas o alcohol.
- ✓ Quienes por condiciones de hacinamiento deben compartir la cama con adultos o adolescentes.
- ✓ Conducta suicida y/o autoagresión.
- ✓ Síntomas depresivos, comportamentales, de ansiedad, o de alteración del sueño.
- ✓ Dificultades en el aprendizaje o en el proceso de adaptación y rendimiento escolar.
- ✓ Habitantes en zonas expuestas al conflicto armado interno nacional colombiano, o adolescentes expuestos a contacto con cualquier tipo de actor armado.
- ✓ Lesiones en aparato genitourinario, hematomas en vulva, vagina, muslos, desgarres en órganos genitales, ruptura de vejiga, cuerpos extraños en el intestino o en la vagina.

### **Adolescentes:**

- ✓ Embarazos tempranos (menor de 14 años).
- ✓ Conducta suicida y/o autoagresión.
- ✓ Comportamientos de riesgo relacionados con su vida sexual.
- ✓ Comportamiento bulímico.
- ✓ Abuso o dependencia de sustancias psicoactivas.
- ✓ Síntomas depresivos, comportamentales, de ansiedad, o de alteración del sueño.
- ✓ Bajo rendimiento escolar.
- ✓ Habitantes en zonas expuestas al conflicto armado interno nacional colombiano, o adolescentes expuestos a contacto con cualquier tipo de actor armado.
- ✓ Síntomas de disfunciones sexuales sin causa orgánica (dispareunia, escaso o nulo deseo sexual, anorgasmia, entre otros).
- ✓ Expuestos a violencia en el contexto familiar en especial violencia de pareja.

- ✓ Lesiones en aparato genitourinario, hematomas en vulva, vagina, muslos, desgarres en órganos genitales, ruptura de vejiga, cuerpos extraños en el intestino o en la vagina.

### **Mujeres:**

- ✓ Síntomas depresivos, de ansiedad, de alteración del sueño, o de disfunciones sexuales.
- ✓ Evidencia de otras formas violencia basada en género contra las mujeres o sufridas durante la infancia.
- ✓ Dolor pélvico crónico sin causa aparente.
- ✓ Aquellas con dependencia económica de su pareja.
- ✓ Aquellas aisladas y con escasa red de soporte social.
- ✓ Quienes ejercen la prostitución.
- ✓ Quienes tienen problemas de abuso o dependencia de sustancias psicoactivas y alcohol.
- ✓ Usuarias de servicios de control prenatal, en especial si se detectan dificultades de adaptación al embarazo y de adherencia a los cuidados prenatales.
- ✓ Quienes refieren antecedentes de abortos, o consultan por atención del aborto incompleto.
- ✓ Síntomas de disfunciones sexuales sin causa orgánica (dispareunia, escaso o nulo deseo sexual, anorgasmia, entre otras).
- ✓ Lesiones en aparato genitourinario, hematomas en vulva, vagina, muslos, desgarres en órganos genitales, ruptura de vejiga, cuerpos extraños en el intestino o en la vagina.

### **Personas en condición de discapacidad:**

- ✓ Embarazo en menor de 14 años con algún tipo de discapacidad.
- ✓ Embarazo en adolescente o adulta con limitación cognoscitiva o con enfermedad psiquiátrica.
- ✓ Signos y síntomas poco claros clínicamente referidos a la zona genital o anal.

También la violencia sexual tiene expresiones en la cavidad oral. En las víctimas de violencia sexual es frecuente encontrar lesiones en los orales y periorales, ocasionadas por:

- Agresiones como puños, patadas, o golpes con algún otro elemento usado para someter a la persona a quien se desea acceder.
- Haber forzado a la víctima a practicar sexo oral, dentro de un acto simbólico de control/sumisión.

Las lesiones en boca asociadas a penetración oral, se presentan en un 27% de los casos, así mismo, diferentes investigaciones realizadas en asalto sexual, violencia doméstica y maltrato infantil, coinciden en decir que la cara es la región más comúnmente implicada.

Después de una detección oportuna de las víctimas de abuso o violencia sexual; en consulta en cualquier dependencia de la unidad hospitalaria o de los centros de salud, la paciente es acompañada hasta el servicio de urgencias donde se realizará la atención integral del código fucsia. En el centro de salud quien identifique el caso debe comunicárselo al director para que este se ponga en contacto con el servicio de urgencias de la unidad hospitalaria, donde se avisa que se enviará un paciente para su respectiva atención, dando identificación completa con números telefónicos de la víctima, que posteriormente nos sirvan para ponernos en contacto con ella si no llega al servicio en el tiempo estimado.

Elementos Centrales de la Atención Acogida y recepción medica: Todo el personal del servicio de urgencias debe tener un trato digno, respetuoso y sensible, una actitud neutral, sin expresión de juicios de valor o comentarios acerca de lo sucedido. Debe expresar comprensión por la magnitud y trascendencia del daño sufrido. Este contacto inicial debe permitir evaluar las dimensiones del problema y, especialmente, el riesgo de nuevos episodios, especialmente cuando la situación se ha dado en un contexto de violencia en la pareja o abuso sexual intrafamiliar o por un conocido.

### **Recomendaciones para el momento de la recepción:**

- Garantizar un ambiente de privacidad.
- Tener en cuenta el estado emocional del paciente.
- Asegurar la confidencialidad del relato.
- Creer en su palabra, sin culpabilizar, re victimizar, ni tratar de influenciar en sus decisiones.
- Permitir un acompañante si la persona lo desea.
- Dar a elegir el sexo del profesional, si esto es posible.
- Respetar su voluntad si no quiere compartir lo que le ha sucedido con otros, incluidos familiares.
- Informar los procedimientos con palabras sencillas y solicitarle su consentimiento.
- Realizar un abordaje interdisciplinario, o bien derivar a los servicios de Psicología y Trabajo Social luego de la asistencia

- Evitar que tenga que repetir lo ocurrido: unificar el registro de datos en la historia clínica.
- Explicar la importancia de la denuncia como derecho y reparación.
- Realizar los procedimientos de tal forma que sirvan como pruebas en un eventual proceso judicial

Las siguientes características deben reflejarse durante todo el proceso de intervención en acciones que apunten a que la víctima y su familia logren percibir que son personas dignas de confianza, que la atención está encaminada a reparar y no a culpar, a ofrecer un lugar para ser protegidos, respetado y reconocidos, y a restablecer la confianza en los demás.

Todos los casos de código fucsia identificados deben ser llevados hasta el servicio de urgencias donde se dará atención prioritaria, ya que independiente del tiempo de evolución, el tipo de abuso o violencia sexual, edad y género debe ser siempre atendido con prioridad.

Todas las víctimas que son traídas de otras dependencias que no sea urgencias, son entregadas al médico encargado de triage quien la clasificará según el tiempo de evolución de los hechos, de la siguiente manera: si en menor de 72 horas lo clasificará como triage I y si es mayor de 72 horas lo clasificará como triage II.

Si él o la paciente consulta directamente al servicio de urgencias el médico de triage hará la clasificación roja y enviará el paciente para que el facturador haga el ingreso inmediato al sistema. Es en este momento cuando es activado el CODIGO FUCSIA, el médico de triage da aviso a sus compañeros de turno para que dispongan todo el servicio para una atención integral médica y mental.

El médico hace el llamado del paciente, le brinda la oportunidad de estar acompañado por quien desee, lo lleva al consultorio y es allí donde inicia la atención clínica. Los primeros pasos a seguir son los siguientes:

- Identificarse ante el paciente y su acompañante y explicar que será la persona que le atenderá.
- Preguntar que necesita y ofrecer ayuda, transmitir la convicción de que nadie va a juzgar la conducta de nadie y que está entre personas que quieren lo mejor para él o ella.

- Asegurar que en todo momento se respetaran todos sus derechos, así como sus valores y principios religiosos o éticos.

Después de hacer una recepción cálida y humana se debe realizar una evaluación física rápidamente para evaluar si se encuentra en peligro inminente la vida del/la paciente y así dar inicio al procedimiento medico indicado para la atención y estabilización (trauma, intoxicación o cualquier situación que comprometa la vida de la víctima si no se inicia tratamiento inmediato).

Una vez el paciente se encuentre estable ante esos riesgos vitales, se continuará con el resto del protocolo de atención en violencia sexual.

Después de la acogida y recepción de él o de la paciente para dar continuidad a la atención médica integral, a continuación, se describirá un paso a paso del protocolo de atención:

### **Paso No. 1:** Elaboración de historia clínica

#### Anamnesis

Antes de iniciar el interrogatorio debe verificarse que los datos de identificación y dirección que están en la epicrisis si correspondan con los datos actualmente por el o la paciente. En la enfermedad actual se debe consignar circunstancias de los hechos: cuantos abusadores fueron, relación con el o los agresores, como fue concretamente al abuso, la hora exacta o aproximada, lugar donde sucedieron los hechos, si estaba bajo efectos de tóxicos y lo que realizo después de lo sucedido: cambio de ropa, aseo, baño o algún tipo de limpieza corporal.

Es importante anotar que según la descripción y el tiempo de evolución lo que define las muestras a tomar y la profilaxis que se debe dar.

### **Paso No. 2:** Preparación de materiales para la recolección de muestras

Antes de iniciar el examen físico completo, con lo conocido hasta ahora de los hechos el médico ya debe saber cuáles son las muestras para infecciones de transmisión sexual y forense que debe recolectar. Dentro de la papelería que debe ser utilizada tenemos la cadena de custodia que es un documento legal que debe acompañar hasta el destino final investigativo a cada una de las muestras, garantizando así un valor fidedigno y de integridad de la muestra en cuestión.

### **Paso No. 3: Examen físico**

El examen clínico es voluntario, se debe solicitar explícitamente la autorización al paciente y/o su familia y no debe ser traumático. El objetivo principal del examen es realizar un diagnóstico clínico para indicar el tratamiento más adecuado. Es necesario respetar el pudor del o de la paciente, realizándolo en condiciones de privacidad suficiente y siempre con la presencia de otra persona del servicio de urgencias, profesional o técnico.

El momento de valoración de una víctima se debe considerar una situación emocional; los temores, inquietudes y el pudor que siente, con respecto al examen, especialmente del área genital. Por ello se dedicará el tiempo necesario para prepararla. Una actitud abierta y comprensiva por parte del examinador, permite que la persona se tranquilice.

Cuando se trata de una agresión o abuso sexual reciente, es muy importante guardar la ropa con la que acude la víctima, embalada, rotulada y guardar con su respectiva cadena de custodia.

#### Examen mental

El médico debe registrar tanto su impresión general sobre el estado emocional de la víctima (ansioso, aprehensivo, colaborador, agitado, entre otros.), como una valoración estándar del estado mental, incluyendo la evaluación y registro en la historia clínica de los signos clínicos correspondientes a los siguientes aspectos del paciente: porte, actitud, conciencia, orientación, atención, pensamiento, sensopercepción, afecto, sueño, memoria, inteligencia, lenguaje, conducta motora, conducta alimentaria, conducta sexual, tanto en personas adultas como en niños, niñas y adolescentes. También debe haber registro de la presencia o ausencia de riesgo de auto o heteroagresión.

**Paso No. 4:** Toma de muestras forenses y para búsqueda de infecciones de transmisión sexual.

Buscamos finalmente al recolectar las muestras forenses es hallar ADN del agresor que puedan ayudar posteriormente en un proceso judicial a identificarlo. Es por ello que se debe llevar a cabo muy organizada y metódicamente para que no falte ninguna de las muestras que se deben recoger según lo relatado por el sobreviviente.

## **Características del personal en las primeras intervenciones en casos de abuso sexual infantil:**

- Sensibilidad, calidez y simpatía.
- Actitud abierta, lo que implica no juzgar y garantizar el respeto y la dignidad de la víctima.
- Confidencialidad.
- Habilidad para manejar las emociones propias y las de las personas involucradas (rabia, ira, ansiedad, miedo, angustia o tristeza).
- Capacidad para reconocer sus propias limitaciones en el proceso y confrontar sus propias actitudes frente al abuso sexual.
- Capacidad de liderazgo que le permita tomar decisiones y actuar en la comunidad.
- Entrenamiento y capacitación para intervenir en casos de abuso sexual.
- Conocimiento de instituciones y servicios para realizar una adecuada remisión.
- Aceptación de que no tiene todas las respuestas, que no hay soluciones completas, pero sí satisfactorias.
- Capacitación en trabajo psicoterapéutico con niños, niñas y/o adolescentes.

Las anteriores características deben reflejarse durante todo el proceso de intervención en acciones que apunten a que la víctima y su familia logren percibir que son personas dignas de confianza, que la atención está encaminada a reparar y no a culpar, a ofrecer un lugar para ser protegidos, respetados y reconocidos, y a restablecer la confianza en los demás; igualmente, a entender en qué consiste el proceso de atención y cuáles serán los compromisos que requiere para elaborar la situación de abuso, tanto en lo individual como familiar (Montoya, 2005).

## 2.3 MARCO NORMATIVO

### Ley 1236 de 2008

“Por medio de la cual se modifican algunos artículos del código penal relativos a delitos de abuso sexual”

El congreso de Colombia

#### **Decreta:**

Delitos contra la integridad y formación sexual.

#### **Capítulo I.**

##### *De la violación*

**Artículo 1.** El artículo 205 del código penal (ley 599 de 200) quedará así:

“Artículo 205. *Acceso carnal violento.* El que realice acceso carnal violento con otra persona mediante violencia, incurrirá en prisión de doce (12) a veinte (20) años”.

**Artículo 2.** El artículo 206 del código penal (ley 599 de 2000) quedará así:

“Artículo 206. *Acto sexual violento.* El que realice en otra persona acto sexual diverso al acceso carnal mediante violencia, incurrirá en prisión de ocho (8) a dieciséis (16) años”

**Artículo 3.** El artículo 207 del Código Penal (Ley 599 de 2000) quedará así:

“Artículo 207. *Acceso Carnal o Acto Sexual en Persona puesta en Incapacidad de Resistir.* El que realice acceso carnal con persona a la cual haya puesto en incapacidad de resistir o en estado de inconciencia, o en condiciones de inferioridad síquica que le impidan comprender la relación sexual o dar su consentimiento, incurrirá en prisión de doce (12) a veinte (20) años.

Si se ejecuta acto sexual diverso del acceso carnal, la pena será de ocho (8) a dieciséis (16) años”.

## Capítulo II

### De los actos sexuales abusivos

**Artículo 4.** El artículo 208 del código Penal (Ley 599 de 2000) quedará así:

“Artículo 208. *Acceso carnal abusivo con menor de catorce años.* El que acceda carnalmente a persona menor de catorce años, incurrirá en prisión de doce a veinte años”.

**Artículo 5.** En artículo 209 del código Penal (Ley 599 de 2000) quedará así:

“Artículo 209. *Acto sexual con menor de catorce años.* El que realizare actos sexuales diversos del acceso carnal con persona menor de catorce años o en su presencia, o la induzca a prácticas sexuales, incurrirá en prisión de nueve a trece años”

**Artículo 6.** El artículo 210 del código Penal (Ley 599 de 2000) quedará así:

“Artículo 210. *Acceso carnal o acto sexual abusivos con incapaz de resistir.* El que acceda carnalmente a persona en estado de inconciencia, o que padezca trastorno mental o que esté en incapacidad de resistir en prisión de doce a veinte años. Si no se realizare el acceso, sino actos sexuales diversos de él, la pena será de ocho a dieciséis años”

## Capítulo III

### Disposiciones comunes a los capítulos anteriores

**Artículo 7.** El artículo 211 del código Penal (Ley 599 de 2000) quedará así:

“Artículo 211. *Circunstancias de agravación punitiva.* Las penas para los delitos descritos en los artículos anteriores, se aumentaras de una tercera parte a la mitad, cuando:

1. La conducta se cometiere con el concurso de otra u otras personas
2. El responsable tuviere cualquier carácter, posición o cargo que le dé particular autoridad sobre la víctima o la impulse a depositar en él su confianza.
3. Se produjere contaminación de enfermedad de transmisión sexual.
4. Se realizare sobre persona menor de catorce años.
5. Se realizare sobre el conyugue o con quien se cohabite o se haya cohabitado, o con la persona con quien se haya procreado un hijo.
6. Se produjere embarazo.
7. Cuando la víctima fuere una persona de la tercera edad o, disminuido físico, sensorial, o psíquico”.

## Lugares a los cuales se puede asistir en caso de violación sexual

- Fiscalía general de la nación.
- Inspecciones de Policía.
- Comisarías de Familia.
- Instituciones de Salud.
- ICBF.
- Policía Judicial.
- Medicina Legal.
- Personerías Distritales y/o Municipales.
- Defensoría del Pueblo.
- Procuraduría General de la Nación. (19)

## 2.4 CONCLUSIÓN

A partir de la información obtenida por medio de diferentes fuentes de información sobre el abuso sexual, se concluyó que es un tema con gran cantidad de información a nivel hospitalario en el cual se centran en una atención integral donde encaminan al paciente a realizar acciones en pro de su bienestar para la atención física a corto plazo y emocional a largo plazo, además de darle gran importancia a las pruebas que podrán ser utilizadas como evidencia, dejando a un lado la contención psicológica como primordial en la atención inicial al paciente, el cual es un tema de gran importancia ya que está pasando por una situación de crisis emocional y existencial que pone en peligro su vida; sin embargo, los primeros auxilios psicológicos nunca reemplazan la atención especializada de salud mental que todo víctima de violencia sexual debe recibir en el marco de su atención inicial, pero como ya hemos mencionado la atención correcta que brindara un tecnólogo en atención prehospitalaria al paciente víctima de abuso sexual lograra preparar el terreno para una adecuada recuperación emocional del mismo.

### 3. OBJETIVOS

#### 3.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar la información clave sobre el abordaje psicológico a nivel hospitalario de pacientes víctimas de abuso sexual, para con ello brindar unas bases sólidas en la elaboración a futuro de una guía psicológica en la atención prehospitalaria.

#### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer las bases de datos que se tienen a nivel nacional e internacional sobre el manejo psicológico inicial que se le brinda a los pacientes víctima de abuso sexual.
- Crear una monografía que recopile los principales aspectos a tener en cuenta en la atención inicial de un paciente víctima de abuso sexual.
- Conocer la capacidad de respuesta de los tecnólogos en atención prehospitalaria ante los pacientes víctimas de abuso sexual
- Realizar un análisis de las falencias y poder enfocar la guía a la solución de estas mismas mediante una encuesta.
- Determinar el manejo básico más apropiado para víctimas de abuso sexual con base en los protocolos hospitalarios existentes.
- Proponer estrategias que permitan llevar a cabo una cadena de custodia efectiva del paciente víctima de abuso sexual.
- Diseñar una guía prehospitalaria para la atención de víctimas de abuso sexual extrapolando los protocolos hospitalarios existentes.

## 4 DISEÑO METODOLÓGICO

### 4.1 ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

Empírico analítico o cuantitativo: Éste estudio tomará información ya existente sobre la influencia que tiene el primer acercamiento a los pacientes víctimas de abuso sexual por parte del personal hospitalario.

### 4.2 TIPO DE ESTUDIO.

Este estudio es observacional de tipo descriptivo

### 4.3 POBLACION Y MUESTRA

La población objeto de estudio será el personal Tecnólogo en atención prehospitalaria.

La investigación va dirigida a la población víctima de abuso sexual, aunque se debe aclarar que directamente no se tendrá contacto con ellos, sino con la información que se tiene a través de los diferentes estudios que se han realizado a nivel nacional.

#### 4.3.1 Criterios de inclusión.

- Toda información relacionada con la atención inicial psicológica de las pacientes víctimas de abuso sexual tanto a nivel hospitalario como prehospitalario.
- Estudiantes de atención prehospitalaria que se encuentren ya en campos de prácticas a partir de tercer semestre.
- Tecnólogos en atención prehospitalaria.
- Su ámbito laboral debe o debió ser: Primer respondiente, tecnólogo en atención prehospitalaria en el área de urgencias, rescatista, bombero u operador en línea de emergencia.

#### 4.3.2 Criterios de exclusión.

- toda información relacionada con tratamiento psicológico a largo plazo de pacientes víctimas de abuso sexual.
- Manejo psicológico a largo plazo de las secuelas en pacientes víctimas de abuso sexual.
- manejo de las afectaciones físicas que puedan presentar los pacientes víctimas de abuso sexual.

- Tecnólogo en atención prehospitalaria con titulación en psicología.
- Tecnólogo en atención prehospitalaria que labore en el campo administrativo o de gestión de riesgos.
- Demás personal salud, médicos, especialistas, enfermeros y auxiliares de enfermería

#### 4.4 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

##### 4.4.1 Tabla operacional de variables.

Nombre de la variable	Definición de la variable	Naturaleza	Escala de medición	Unidad de medida
Nombre		cualitativa	Ordinal	Nom.
Sexo	Genero biológico	cualitativa	Nominal	1: Femenino 2: Masculino
A. Experiencia	Trabajo	cuantitativa	Razón	A. Exp.
Labor	Cargo	cualitativa	Nominal	3: P. Respondiente
				4: A. Urgencias
				5: Rescatista
				6: Bombero
				7: L. Emergencia
				8: Otro

#### 4.5 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

##### 4.5.1 Fuentes de los datos.

La fuente de los datos será primaria a través de tecnólogos en atención prehospitalaria por medio de encuestas, fuentes de los datos será secundaria a través de guías para el manejo psicológico de pacientes víctimas de abuso sexual existentes, publicadas en bases de datos y documentos presentados por el ministerio de salud.

#### 4.6 CONTROL DE ERRORES Y SESGOS

Principalmente los miembros del grupo de investigación tendrán totalmente claro cuál es el objetivo de la investigación, para que no haya ningún tipo de desinformación a la hora de tratar el tema o recolectar los datos.

Las encuestas que se realizarán serán de manera ordenada y en un lenguaje comprensible por todos los encuestados, para evitar interpretaciones erróneas de la información, de igual manera se realizarán preguntas cerradas, en la que su única respuesta sea sí o no, para mantener un mayor control a la hora de analizar la información.

En los resultados de la investigación se tendrá en cuenta principalmente el número de casos que cada tecnólogo en atención prehospitalaria ha tratado a lo largo de vida como profesional, de igual manera la experiencia laboral es un factor clave para el análisis de la información.

En esta investigación, de igual manera se ha buscado información en bases de datos y en documentos presentados por el ministerio de salud, a la hora de obtener información de este tipo de documentos, también se verificará que los datos obtenidos sean de fuentes reconocidas y confiables, que ayuden en el proceso de obtención verídica de la información. Además de esto se buscará que la información final que se obtenga sea lo suficientemente clara para la creación a futuro de una guía en la atención prehospitalaria.

#### 4.7 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Para el almacenamiento de la información se usarán equipos de trabajo como computadoras y memorias USB, con copia de cada información para garantizar su correcto almacenamiento, de igual manera cada que se haga una modificación a los archivos de la investigación serán actualizadas las demás copias almacenadas.

La información obtenida de las encuestas será analizada en gráficas y tablas para la obtención de porcentajes y la organización de resultados. Con esto se pretende esclarecer no solo la falta de información que tienen en el momento los tecnólogos en atención prehospitalaria; además de esto conocer que tan preparados se sienten los futuros tecnólogos en atención prehospitalaria en este ámbito.

Se obtendrá a través de la recolección de los datos la prevalencia, incidencia, media, mediana, moda y desviación estándar del tema tratado en la investigación, para así lograr una interpretación más detallada de la información obtenida.

Los programas en los que se analizara y desarrollara la investigación son: Microsoft Word versión 2013, Microsoft Excel versión 2013, encuesta a través google.com

## **5 ASPECTOS ÉTICOS**

Esta es una investigación con riesgo mínimo, pues se obtendrá la información a través de bases de datos y documentos ya existentes sin el uso de identidad privada. Además, no habrá un acercamiento directo con las personas víctimas de abuso sexual.

## 6 ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

### 6.1 Cronograma.

 <b>UNIVERSIDAD CES</b> <i>Un Compromiso con la Excelencia</i>																								
DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO																								
Cronograma																								
																								
<b>DURACIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO EN MESES</b>																								
<b>Importante: Para efectos de la convocatoria, el cronograma sólo debe incluir las actividades propias de la ejecución del proyecto (Aquellas posteriores a su aprobación)</b>																								
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	MES																							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Entrega del anteproyecto.	x	x																						
Recolección del marco teórico.	x	x	x																					
Recolección de información.			x	x	x																			
Entrega final.						x																		

### 6.2 Presupuesto.

 <b>UNIVERSIDAD CES</b> <i>Un compromiso con la excelencia</i>		DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN EN INNOVACIÓN							ANEXO 3. FORMATO CRONOGRAMA Y PRESUPUESTO			VERSIÓN 2.0 Febrero 2016									
<b>TÍTULO DEL PROYECTO</b>											<b>PRESUPUESTO GENERAL</b>										
<b>RUBROS</b>											<b>ENTIDADES FINANCIADORAS</b>										
											<b>DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN</b>										
											<b>Dinero</b>										
<b>PERSONAL</b>											\$ 14,693,392.00										
<b>MATERIALES E INSUMOS</b>											\$ 10,000.00										
<b>EQUIPOS Y SOFTWARE</b>											-										
<b>TOTAL</b>											\$ 14,693,392.00										
<b>PRESUPUESTO DETALLADO</b>																	<b>DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN</b>				
<b>PERSONAL</b>																	<b>Dinero</b>				
Cédula del participante	Nombre del participante	Nivel máximo de formación	Rol en el proyecto	Tipo de participante	Actividades a realizar en el proyecto	Horas mensuales dedicadas al proyecto	N° de meses	Valor / Hora													
1036668469	MAURICIO ECHAVARRIA TAMAYO	TECNOLOGIA	INVESTIGADOR	ESTUDIANTE		6	8	\$ 12,746	\$ 4,894,464												
1214738832	KATHERINE RICO LOAIZA	TECNOLOGIA	INVESTIGADOR	ESTUDIANTE		6	8	\$ 12,746	\$ 4,894,464												
1152709533	YANESA HEVAO RAMIREZ	TECNOLOGIA	INVESTIGADOR	ESTUDIANTE		6	8	\$ 12,746	\$ 4,894,464												
<b>MATERIALES E INSUMOS</b>																	<b>DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN</b>				
<b>Descripción</b>		<b>Cantidad</b>	<b>Valor unitario</b>	<b>Justificación</b>																	
Foto copia		100	\$ 100	para material escrito																	
				\$ 10,000																	
<b>EQUIPOS Y SOFTWARE</b>																	<b>DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN</b>				
<b>Descripción</b>		<b>Cantidad</b>	<b>Valor unitario</b>	<b>Justificación</b>																	
PC-Portatil		3	-	de uso personal																	
PC-Escritorio		1	-	equipos de la universidad																	
				-																	

## 7. ANEXOS

### 7.1 Encuesta para los tecnólogos en atención prehospitalaria.

Esta encuesta busca conocer la capacidad de respuesta de los tecnólogos en atención prehospitalaria ante los pacientes víctimas de abuso sexual; logrando así realizar un análisis de las falencias que se tienen en el campo laboral.

---

Sexo M  F

Años de experiencia como tecnólogo en atención prehospitalaria \_\_\_\_\_

Labora como: Primer respondiente.

Tecnólogo en atención prehospitalaria en el área de urgencias.

Rescatista.

Bombero.

Operador en línea de emergencia.

¿Otro? Cuál? \_\_\_\_\_

1. ¿Considera que hay información suficiente en libros, revistas científicas, guías, protocolos y/o artículos para el manejo de estos pacientes en su labor como tecnólogo atención prehospitalaria?

SI  NO

2. ¿Ha recibido alguna capacitación sobre cómo realizar una contención emocional para un paciente víctima de abuso sexual?

SI  NO

3. ¿Considera que tiene el conocimiento suficiente para saber qué hacer en caso de atender una víctima de abuso sexual?

SI  NO

4. ¿Conoce usted que significa el código fucsia?

SI  NO

5. ¿Ha atendido algún paciente víctima de abuso sexual?  
SI \_\_ NO \_\_
6. En caso de haber tenido ¿Cuántos?  
\_\_\_\_\_
7. ¿Se siente en la capacidad para atender un paciente víctima de abuso sexual?  
SI\_\_ NO \_\_
8. ¿En qué rangos de edad se encontró este paciente?  
- 1-10 años  
- 11-15 años  
- 16-22 años  
- 23-30 años  
- Mayores de 30 años
9. ¿Ha tenido pacientes de los cuales sospecha que han sido víctimas de abuso sexual?  
SI \_\_ NO \_\_
10. ¿Los pacientes víctimas de abuso sexual también han sufrido traumas físicos?  
SI \_\_ NO \_\_
11. ¿Hubo sospecha de que el paciente fue sometido al efecto de sustancias psicoactivas?  
SI\_\_ NO \_\_
12. ¿Ha tenido usted pacientes con intentos suicidas en los cuales sospecho que fueron víctimas de abuso sexual?  
SI\_\_ NO \_\_
13. ¿Ha buscado, por interés propio, sobre el manejo inicial que se le debe dar a los pacientes víctimas de abuso sexual?  
SI \_\_ NO \_\_

14. ¿Reconoce usted signos clínicos de un paciente que esté viviendo una crisis emocional?

SI \_\_\_ NO \_\_\_

15. ¿Cree usted que el manejo inicial para los pacientes víctimas de abuso sexual sea sedarlos?

SI \_\_\_ NO \_\_\_

16. ¿Considerando que el paciente sea víctima de abuso sexual y no se encuentre con alguna otra alteración física, que triage le daría?

Rojo\_\_\_

Amarillo\_\_\_

Verde\_\_\_

17. ¿Cree pertinente emplear métodos de auto cuidado a la hora de atender pacientes víctimas de abuso sexual?

SI \_\_\_ NO \_\_\_

18. ¿A dónde realizaría usted el traslado?

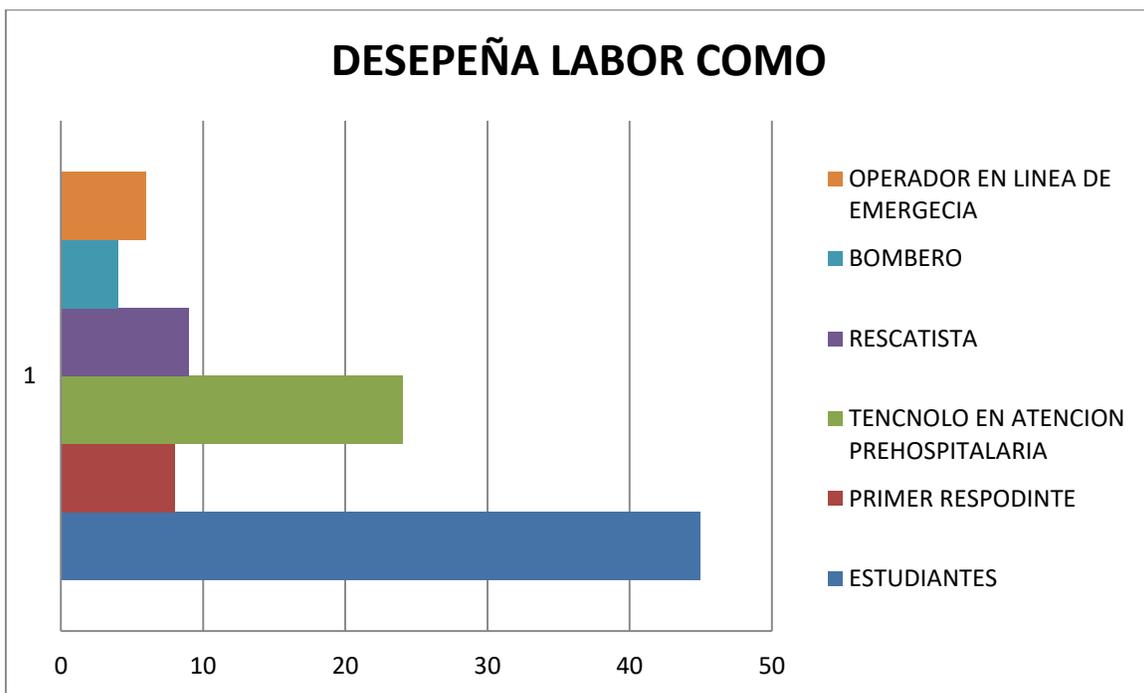
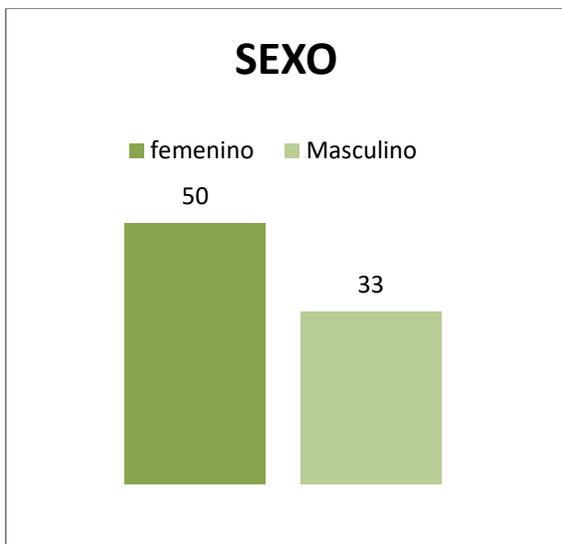
Centro hospitalario \_\_\_

Medicina legal \_\_\_

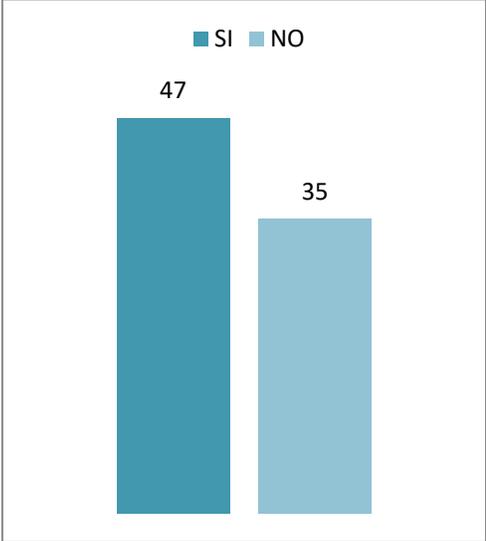
Hospital psiquiátrico\_\_\_

A la residencia del paciente\_\_\_

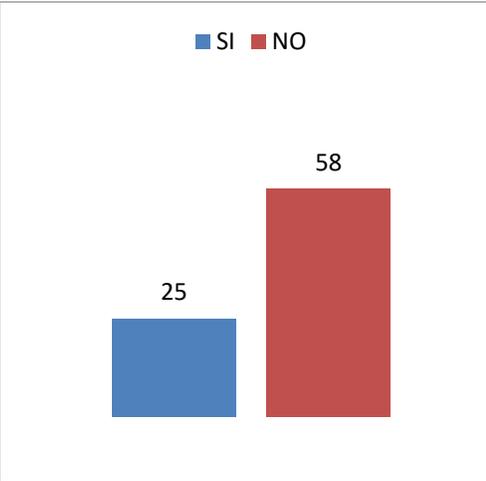
## 7.2 Resultado de las encuestas y análisis de los resultados



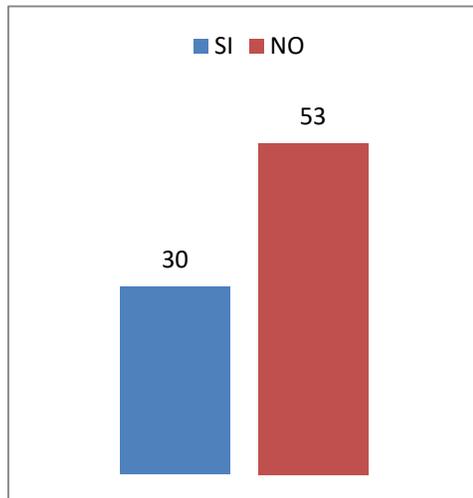
1. Se concluyó que el 56.6% de los encuestados consideran que, si hay suficiente información en libros, revistas, guías protocolos y artículos, mientras que el 43.4% considera que no hay suficiente información que puede ser utilizada por los tecnólogos en atención prehospitalaria.



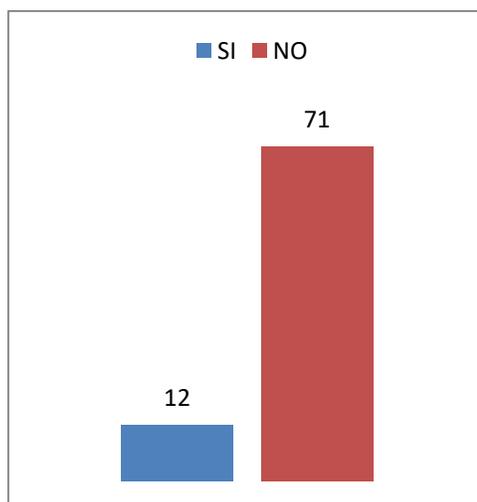
2. De un 69.9% de las personas encuestadas no han buscado información por cuenta propia sobre que hacer frente a una persona víctima de abuso sexual, mientras que un 30.1% si lo han hecho.



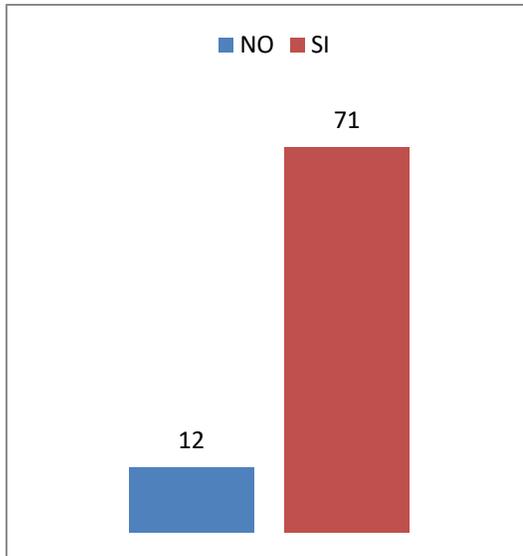
3. De 83 personas un 63.9% ha recibido capacitaciones sobre cómo realizar una contención emocional para un paciente víctima de abuso sexual, mientras que un 36.1% no han recibido capacitaciones.



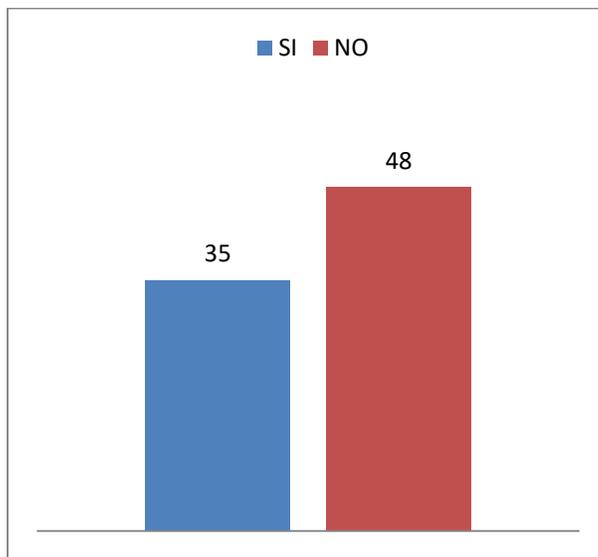
4. De 83 personas 71 (85.5%) consideran que tienen el conocimiento suficiente para saber que hacer al atender una víctima de abuso sexual, mientras que 12 personas (14.5%) consideran que no tienen conocimiento sobre qué hacer.



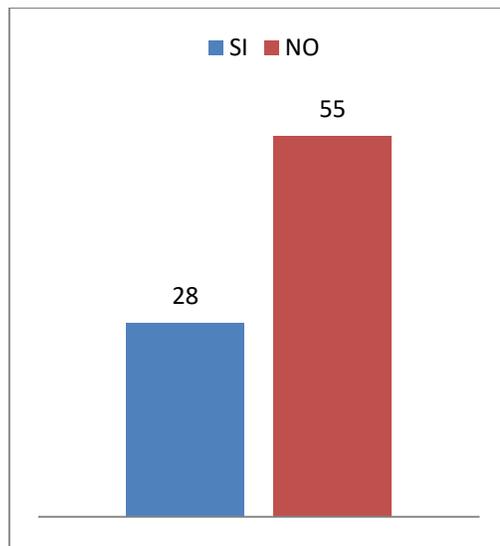
5. El 85.5% de las personas encuestadas saben en qué consiste el código fucsia a nivel hospitalario, mientras que el 14.5% no tienen información sobre esta.



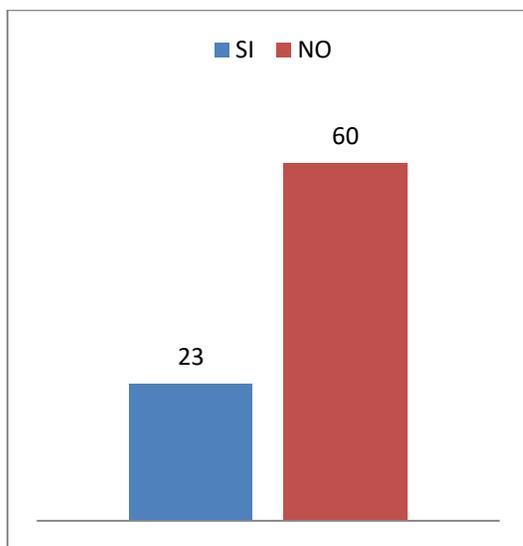
6. De 83 personas encuestadas, 48 (57.8%) no se sienten en la capacidad de atender un paciente víctima de abuso sexual, mientras que 35 personas (42.2%) se sienten en la capacidad.



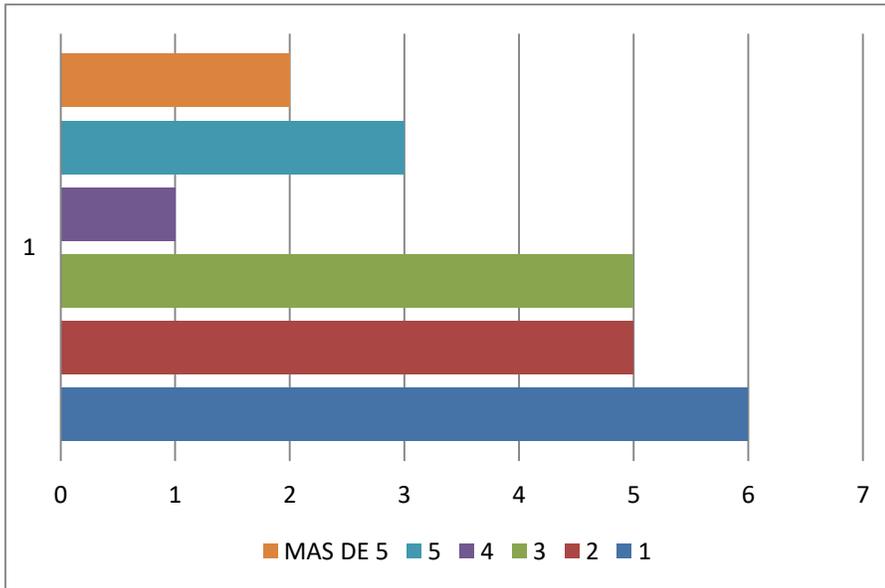
7. De un 100% de las personas encuestadas, un 66.3% (55) no han tenido pacientes con sospecha de que han sido víctimas de abuso sexual, mientras que un 33.7% (28) han tenido pacientes en los cuales sospechen que son víctimas de abuso sexual.



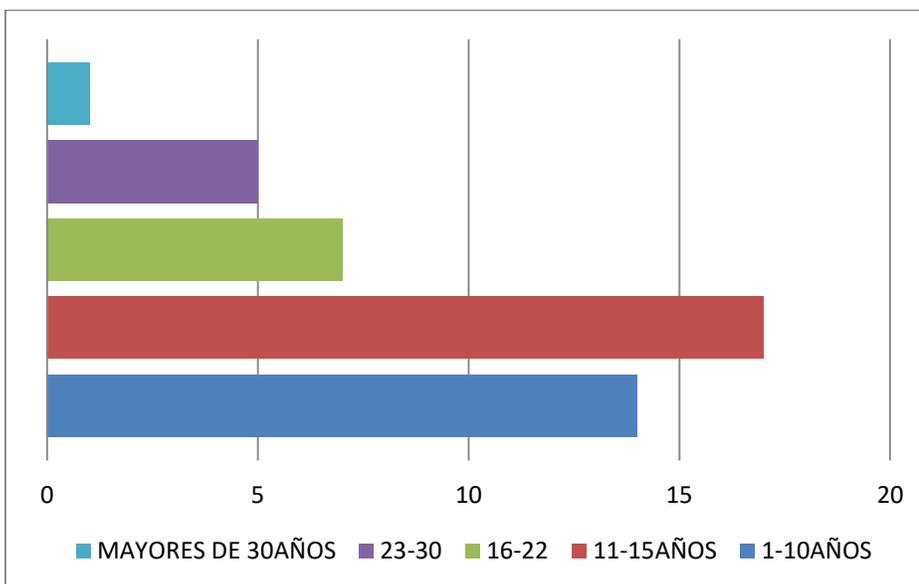
8. De la población encuesta solo un 27.7%(23) han tenido pacientes víctimas de abuso sexual confirmado, mientras que un 72,3% (60) no han tenido pacientes víctimas de abuso sexual.



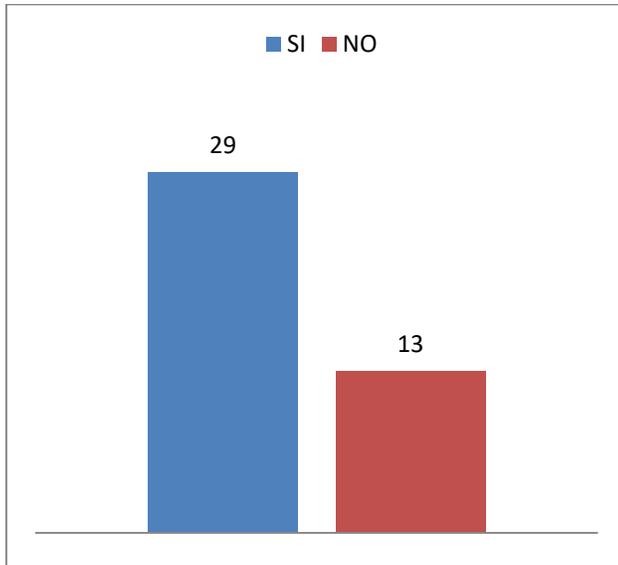
9.



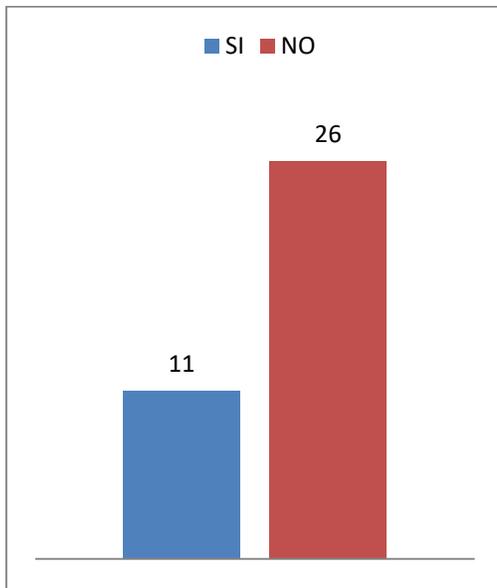
10. medio de la población encuestada se obtuvo que las poblaciones más vulnerables de ser víctimas de abuso sexual se encuentran entre los 11 y 15 años.



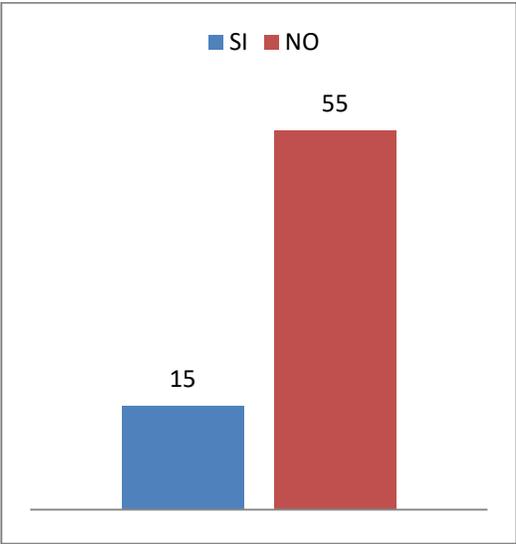
11. De los pacientes víctimas de abuso sexual se encontró que un 69% (29) de estas personas sufrieron traumas físicos en el momento de la agresión, mientras que un 31% (13) no sufrieron traumas físicos.



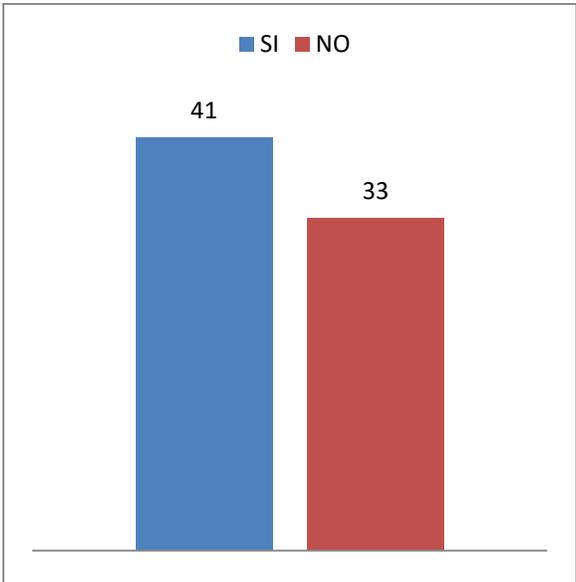
12. De las personas encuestadas se obtuvo que un 70.3% (26) de las personas víctimas de abuso sexual no hubo sospecha de que fueran sometidos al efecto de sustancias psicoactivas, mientras un 29.7% (11) sospecharon que si había efectos psicoactivos.



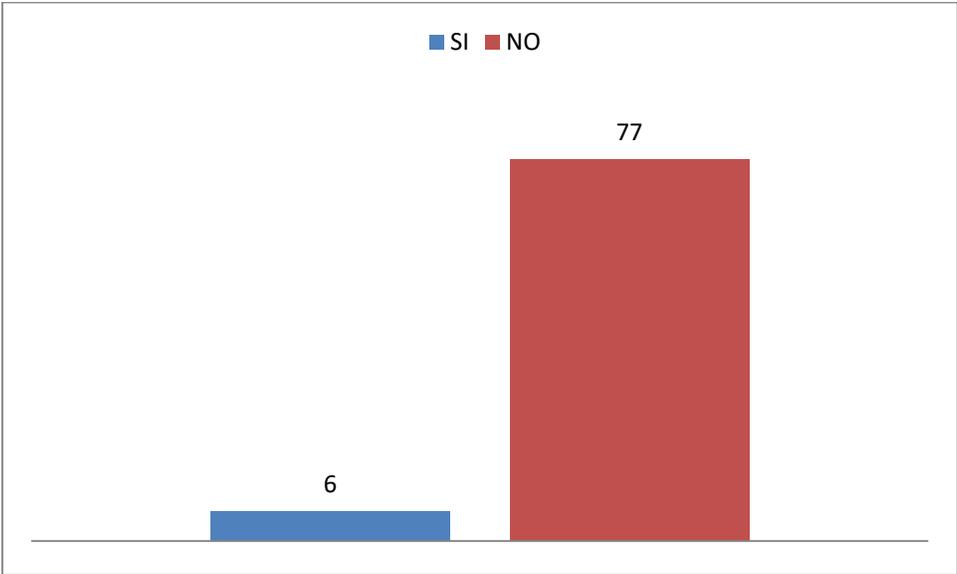
13. De 83 personas se obtuvo que un 78.6% (55) de sus pacientes víctimas de abuso sexual no han tenido intentos suicidas, mientras que un 21.4% (15) si lo han intentado después de ser víctimas de abuso sexual.



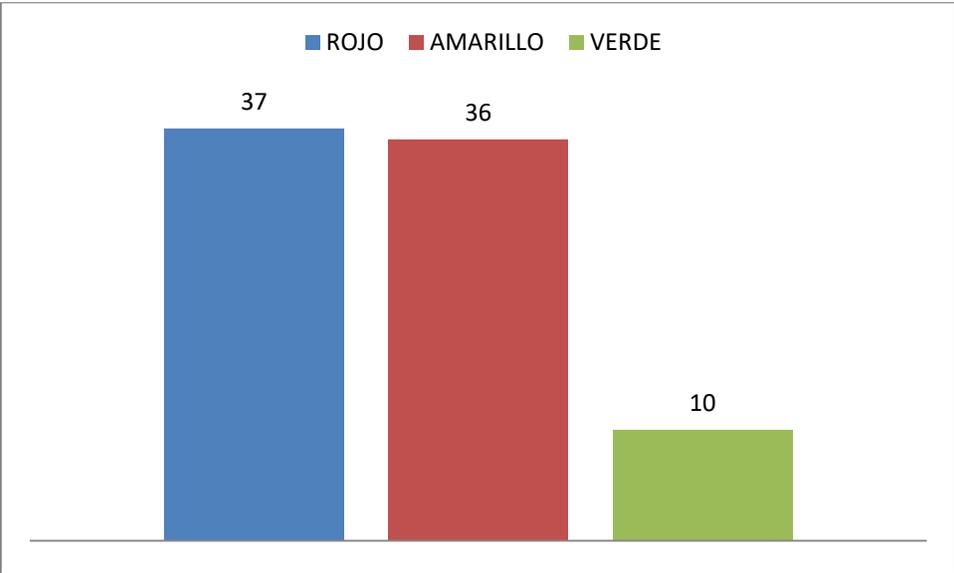
14. El 55.4% (41) de la población encuestada reconocen los signos clínicos de una persona víctima de abuso sexual, mientras que un 44.6% (33) no los reconoce.



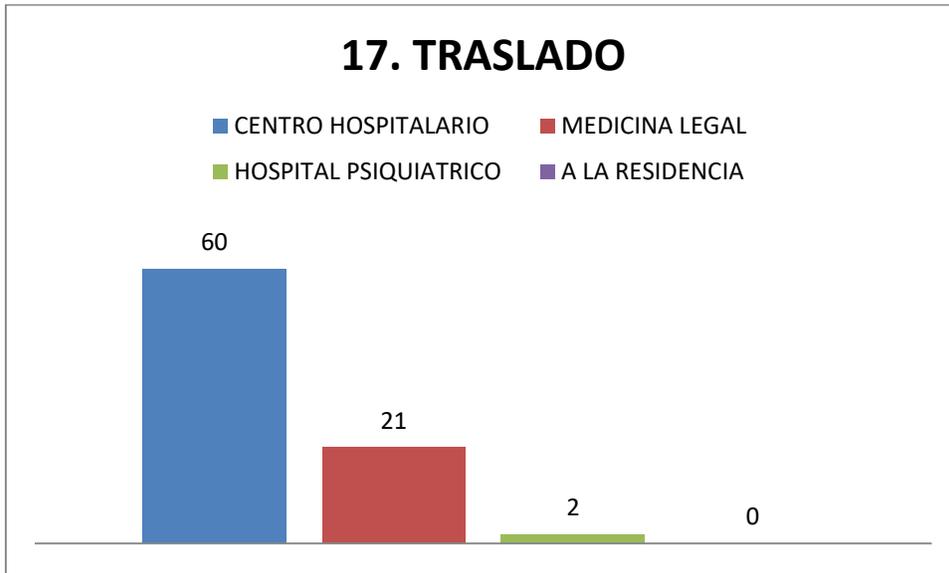
15. El 92% (77) de las personas encuestadas consideran que no es necesario sedar al paciente en la atención, mientras que 7.2% (6) lo consideran pertinente.



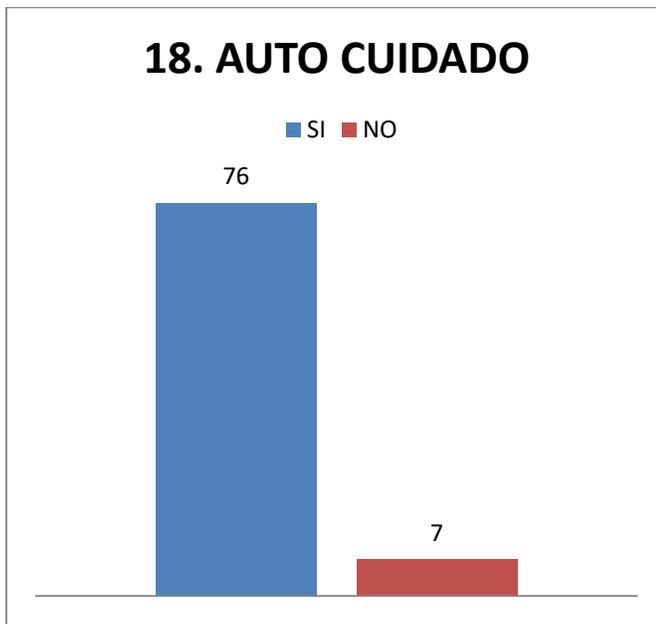
16. De las 83 personas encuestadas un 44.6% (37) consideran que el triage más apropiado para una víctima de abuso sexual es rojo.



17. De las personas encuestadas consideran que el lugar más apropiado para trasladar una persona víctima de abuso sexual es a un centro hospitalario.



18. El 91,6% (76) de los encuestados consideran pertinente emplear métodos de autocuidado con pacientes víctimas de abuso sexual, mientras que el 8,4 % no



### 7.3 Conclusión de la investigación

Siendo el abuso sexual un problema de salud pública a nivel mundial, representando un dilema de alto costo y morbimortalidad, desde la atención prehospitalaria no se encuentra la información ni la formación suficiente o adecuada para el abordaje emocional correcto de este tipo de pacientes.

A futuro se pretende que con esta información obtenida se puedan extrapolar los documentos hospitalarios ya existentes, para crear una guía básica en la atención prehospitalaria que permita el correcto abordaje emocional de pacientes víctimas de abuso sexual, ya que hay evidencia científica de que las primeras intervenciones, no solo físicas, serán de vital importancia para encaminar de manera correcta a estos pacientes, y de igual manera para contribuir en la prevención de estos mismo casos.

## 8 BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington DC: OMS; 2002
2. Colombia, ministerio de salud y protección social. Resolución 459 de 2012 por lo cual se adopta el protocolo y modelo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual; 9 de marzo de 2012
3. Percepción de riesgo de abuso sexual entre adolescentes escolarizados de la ciudad de Cali\*. Vol. 41 N° 1, 2010 (enero-marzo)
4. Atención a situaciones de violencia en Atención Primaria. M.<sup>a</sup> C. Fernández Alonso, S. Herrero Velázquez, Atención primaria. Problemas de salud en la consulta de medicina de familia, 20, 475-50
5. Psique: Abuso sexual en la niñez, Boletín Científico Sapiens Research, Vol. 3(2)-2013
6. Mauricio Santa María, Beatriz Londoño Soto, Gerardo Brugos Bernal, Lenis Enrique Urquijo Velásquez, Ricardo Luque Núñez, Gloria Isabel Puerta Hoyos; Modelo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual; dirección general de salud pública enero 26 del 2011, páginas 22 y 25
7. Modelo de intervención integral en casos de abuso sexual. Mónica Álvarez, Claudia Jimena Salazar, Victoria Eugenia Eusse. Páginas 25, 26, 28, 33, 36, 37 Primera edición marzo del 2011.
8. Resolución 000459 del 6 de marzo de 2012. Beatriz Londoño Soto – Ministra de salud y protección social. Página 35-36
9. Abuso sexual infantil. Sandra Baita, Paula Moreno. Página 121-122. Primera edición Octubre del 2015
10. Giovanna Marcela Vargas Upegui, Malka Irina Palma Urueta, Mayra Alejandra Patiño Diosa; MODELO DE ATENCIÓN INICIAL INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL; Medellín, abril 2015, páginas 10 a la 27
11. Ley 1236 del 23 de julio de 2008. Por medio del cual se modifican algunos artículos del código penal relativos a delitos de abuso sexual - Delitos contra la libertad, integridad y formación sexuales. Páginas 1-2 marco normativo

12. Enrique Echeburúa, P. de Corral; Secuelas emocionales en pacientes víctimas de abuso sexual en la infancia; Enero-Abril 2006; páginas 76,77,80
13. Zulma consuelo Urrego Mendoza, Alejandra del Rocío Bello; EN BUSCA DE SOLUCIONES: UNA PERSPECTIVA SOCIO-ECOLÓGICA SOBRE LA VIOLENCIA SEXUAL EN COLOMBIA; Universidad Nacional de Colombia, abril de 2014; paginas 303,306
14. Claudia García-Moreno, Alessandra Guedes, Wendy Knerr, OMS y la OPS; Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Violencia sexual. Washington, DC: OPS, 2013. Vanesa
15. Sistema de indicadores para hacer seguimiento a la Resolución 1325 – SI 1325; Información correspondiente al indicador 1a: Prevalencia de la violencia sexual del componente Prevención; octubre de 2012; paginas 4,5 Vanesa
16. Paola Bergallo, Ana Cristiana Gonzales Vélez; Interrupción legal del embarazo por la causal de violación: enfoques de salud y jurídico; Edición: noviembre de 2011, Bogotá, Colombia; Diseño y diagramación glyphosxp; agosto 2012, páginas: 12-13
17. Coordinación científica EPS SURA; Guías de abordaje y seguimiento para la atención integral en salud de personas víctimas de violencia sexual; Colombia, febrero de 2013; Paginas 2-6 otros significados
18. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Elvira forero Hernández, Rosa María Navarro Ordóñez, Luz Mila Cardona Arce, Martha Yaneth Giraldo Alfaro, Grupo Haz Paz, instituto nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Secretaría de salud, secretaria distrital de Bogotá, fiscalía general de la nación, ministerio de protección social; Guía de atención para niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual; Colombia, primera edición septiembre de 2007
19. Marco Aurelio Zuluaga Giraldo, Francia Helena López López, José Ignacio Rojas Sepúlveda, Astrid Bibiana Ruíz Velásquez; Guía N° 7 Abuso Sexual y rutas de atención para víctimas; Colombia enero de 2014; paginas 4-6