

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS DE GUATEMALA

**“CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DEL PERSONAL DE
ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN A MENORES DE 13 AÑOS
VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL ATENDIDOS EN LA
EMERGENCIA DEL HOSPITAL INFANTIL ELISA MARTÍNEZ DE
PUERTO BARRIOS IZABAL”**

Estudio cualitativo, descriptivo de corte transversal realizado con el personal de
Enfermería que labora en el Servicio de Emergencia del Hospital Infantil Elisa
Martínez de Puerto Barrios Izabal.

MARÍA ISABEL BAILÓN PEÑA de VALVERT
Carné: 9017176

ASESOR: M.A. Aracely Salguero
REVISOR: M.A. María Eugenia De León Joaquín

Tesis

Presentada ante las autoridades de la Facultad de Ciencias Médicas –USAC–
Escuela Nacional de Enfermeras/os de Guatemala

Previo a optar el grado de

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

GUATEMALA, SEPTIEMBRE 2016



CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO (CUM)
 FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS DE GUATEMALA
 6 Avenida 3-55 zona 11, Teléfonos 2440-4477, 2440-8592, 2472-1392
 E-mail direccioneneg@gmail.com Guatemala, C.A.



LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE
 GUATEMALA A TRAVÉS DE
 LA DIRECCIÓN DE LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS DE GUATEMALA

AUTORIZA LA IMPRESIÓN DEL TRABAJO DE TESIS
 TITULADO

"CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA
 ATENCIÓN A MENORES DE 13 AÑOS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL
 ATENDIDOS EN LA EMERGENCIA DEL HOSPITAL INFANTIL ELISA MARTÍNEZ DE
 PUERTO BARRIOS IZABAL"

Presentado por la estudiante: María Isabel Bailón Peña de Valvert
 Carné: 9017176
 Trabajo Asesorado por: M.A Aracely Salguero
 Y Revisado por: M.A María Eugenia De León Joaquín

Quienes lo avalan de acuerdo al Normativo de Tesis y Exámenes Generales, Grado Académico de
 LICENCIATURA DE ENFERMERÍA, PUNTO NOVENO, INCISOS 9.1 Y 9.2 del ACTA 32-2004.

Dado en la ciudad de Guatemala a los veintún días del mes de Septiembre del año 2016.

Licda. Emma Judith Porras Marroquín
 DIRECTORA



Vo.Bo.

Dr. Mario Herrera Castellanos
 DECANO



Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala
Unidad de Tesis



Guatemala, 21 de Septiembre de 2016.

Enfermera Profesional
María Isabel Bailón Peña de Valvert
Presente.

Se le informa que el trabajo de tesis titulado:

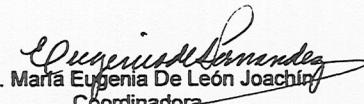
**"CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA
ATENCIÓN A MENORES DE 13 AÑOS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL
ATENDIDOS EN LA EMERGENCIA DEL HOSPITAL INFANTIL ELISA MARTÍNEZ DE
PUERTO BARRIOS IZABAL"**

Ha sido REVISADO Y CORREGIDO y al establecer que cumple con los requisitos exigidos por esta Unidad, se le autoriza a continuar con los trámites correspondientes para someterse a su examen general público.

Sin otro particular, me suscribo

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


M.A. María Eugenia De León Joaquín
Coordinadora
Unidad de Tesis

c.c. Archivo



Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala



Guatemala 21 de Septiembre 2016.

Profesores
UNIDAD DE TESIS
Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala
Presente.

Se les informa que la Enfermera:

María Isabel Bailón Peña de Valvert

Ha presentado el Informe Final de su trabajo de tesis titulado:

**"CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA
ATENCIÓN A MENORES DE 13 AÑOS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL
ATENDIDOS EN LA EMERGENCIA DEL HOSPITAL INFANTIL ELISA MARTÍNEZ DE
PUERTO BARRIOS IZABAL"**

Del cual el autor se hace responsable por el contenido, y el asesor y revisor damos la aprobación de la metodología, confiabilidad y validez de los datos y resultados obtenidos, así como de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones expuestas.

M.A Aracely Salguero
ASESOR

M.A María Eugenia De León Joachin
REVISOR



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS MSPAS
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS DE GUATEMALA



RESPONSABILIDAD

Solamente el Autor es responsable de los conceptos y opiniones expresados en el contenido del trabajo de tesis. Su aprobación en manera alguna implica responsabilidad para la Universidad de San Carlos de Guatemala.

DEDICATORIA.

A DIOS: Por ser mi dador de vida, fuente de inspiración, por darme la fortaleza e iluminación para alcanzar una meta más en mi vida y por brindarme las bendiciones necesarias para hacer este sueño realidad.

A MIS PADRES: Macario Bailón y María Pastora Peña Pineda (Q.E.P.D.) gracias por ser los Padres benditos y abnegados que Dios me regaló. Seres que con paciencia y dedicación me enseñaron el camino del diario vivir, a levantarme y luchar aunque existan obstáculos.

A MI HERMANO: Juan Antonio Bailón Peña gracias por todo el apoyo que siempre de una u otra forma me ha brindado Dios te bendiga.

A MI ESPOSO: Licenciado. Edgar Amílcar Valvert Nájera. Gracias por todo el apoyo, durante este proceso.

A MIS HIJOS: Rene Amílcar y Meraly Roxana por ser el centro principal de mi vida y mi fuente de inspiración, gracias mis amores lindos, que mi triunfo les motive siempre a mirar hacia delante, confiando en Dios. Y Catherine Bailón Gracias por compartir penas y alegrías, Dios te bendiga.

A LAS MAGISTER. María Eugenia De León y Enma Judith Porras. Quienes con sabiduría y dedicación condujeron el trabajo de tesis que se presenta.

A MIS AMIGAS Y COMPAÑERAS: Margarita Mantar , Angélica Castro, Elizabeth Arévalo, Reyna Yanes, Reina Morales, Domimi Monroy, Orfa Espinales por apoyarme e incentivarne a seguir adelante.

A LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS DE GUATEMALA. Porque en sus aulas recibí las bases de mi formación profesional.

ÍNDICE.

	Pág.
Resumen.	
I. INTRODUCCIÓN.	1.
II. DEFINICIÓN Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA.	
1. Antecedentes del problema.	3.
2. Definición del problema.	6.
3. Delimitación del problema.	8.
4. Planteamiento del problema.	8.
III. JUSTIFICACIÓN.	9.
IV. OBJETIVOS.	11.
V. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.	
1. Conocimiento.	12.
1.1. Tipos de conocimientos.	12.
1.2. Niveles de conocimiento.	14.
1.3. Enfoque científico.	15.
1.4. Fuentes del conocimiento.	15.
1.5. Método científico.	19.
2. Actitud.	20.
3. Enfermería.	21.
3.1. Cuidado de Enfermería.	23.
3.2. Modelos y teorías de enfermería.	24.
3.3. Niveles del personal de enfermería.	26.
4. Violencia Sexual.	
4.1. Definición de abuso sexual.	27.
4.2. Etiología del abuso sexual infantil.	29.
4.3. Indicadores del abuso sexual Infantil.	29.
4.4. Factores de riesgo en abuso sexual,	31.
4.5. Signos compatibles con maltrato y abuso.	33.
4.6. Daños y consecuencias de la violencia sexual.	33.
4.7. Mitos relacionados con el abuso sexual.	34.
5. Niño/a.	
5.1. Niño/a víctima de abuso sexual infantil.	35.
5.2. Atención al niño/a víctima de abuso sexual.	36.
5.3. Marco Internacional.	55.
5.4. Cuidado de enfermería al niño/a víctima de abuso.	60.

VI. MATERIAL Y MÉTODOS,	
1. Tipo de estudio.	68.
2. Unidad de análisis.	68.
3. Población y muestra.	68.
4. Operacionalización de la variable.	69.
5. Descripción detallada de instrumentos técnicos y procedimientos	72.
6. Criterios de inclusión y de exclusión.	
6.1. Criterios de inclusión.	72.
6.2. Criterios de exclusión.	72.
7. Aspectos éticos.	73.
VII. PRESENTACION Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.	75.
VIII. CONCLUSIONES.	94.
IX. RECOMENDACIONES.	
BIBLIOGRAFÍA.	
ANEXOS.	

RESUMEN.

La presente investigación titulada "Conocimientos y actitudes del personal de enfermería en la atención a menores de 13 años víctimas de violencia sexual atendidos en la emergencia del hospital Infantil Elisa Martínez de Puerto Barrios Izabal", es un estudio de tipo descriptivo, con abordaje cuantitativo y de corte transversal, se realizó durante el mes de julio de 2,016 en el servicio de Emergencia del Hospital Infantil Elisa Martínez. Se utilizó como instrumento para recolectar la información un cuestionario estructurado de diecinueve preguntas de selección múltiple dirigido al personal de enfermería, basada en los indicadores de la variable.

Los hallazgos de la investigación permitieron concluir que el personal de enfermería posee la actitud necesaria para ayudar a satisfacer las necesidades de los pacientes víctimas de abuso sexual infantil, sin embargo posee un déficit en el conocimiento necesario para fundamentar las acciones y el logro de los objetivos necesarios para la atención de pacientes víctimas de violencia sexual, y como consecuencia una atención deficiente que no satisface las necesidades humanas básicas de los niños, niñas y adolescentes que enfrentan un abuso sexual.

Por tal razón se hace necesario socializar los hallazgos de la investigación, de manera que se apliquen las recomendaciones en el servicio de Emergencia del Hospital Infantil Elisa Martínez de Puerto Barrios.

I. INTRODUCCIÓN.

El abordaje del tema de atención a pacientes víctimas de abuso sexual infantil resulta ser interesante y novedoso, para algunos no tiene ningún sentido, sin embargo, para las personas que se involucran en esta atención conocen la dimensión y la razón de esta, si es de suma importancia, ya que el objetivo es aliviar el dolor, el sufrimiento durante este proceso de enfermedad física y emocional, mejorar la calidad de vida de los niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente.

Otro aspecto importante es identificar y atender los signos y síntomas (Dolor, miedo, angustia, depresión, ansiedad, entre otros.), porque es aquí donde el personal de enfermería tiene un papel muy importante cuando atiende a pacientes que enfrentan abuso sexual, y que en algunas veces amenaza la vida y la integridad del paciente y la familia. En esa intervención es fundamental el conocimiento y la actitud del personal de enfermería que le permita lograr empatía entre ambos.

El interés del estudio realizado es describir los conocimientos y actitudes del personal de enfermería en la atención a pacientes víctimas de abuso sexual infantil, en el servicio de Emergencia del Hospital Infantil Elisa Martínez de Puerto Barrios Izabal, donde los hallazgos de la investigación demuestran que el personal de enfermería posee la actitud para atender a pacientes de abuso sexual, pero en cuanto a los conocimientos, estos no son los necesarios para satisfacer las necesidades de atención, evidenciando conocimientos limitados relacionados con los indicadores de definición de abuso sexual, indicadores de abuso sexual, el documento de registro.

El estudio es de tipo descriptivo, porque permite indagar sobre los conocimientos y actitudes que posee el personal de enfermería en relación a la atención a víctimas de violencia sexual, es cuantitativo porque se utilizó la estadística descriptiva para procesar, analizar y presentar los resultados obtenidos, y de corte transversal

porque la información se obtuvo en un tiempo determinado, durante los meses de Junio y Julio de 2,016.

II. DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA.

1. Antecedentes del problema:

Los datos históricos que se conocen hacen referencia de la infancia, en mayor medida, acerca de la discriminación, maltrato y al no reconocimiento del niño como sujeto de derechos. La familia es por naturaleza el primer escudo protector de los niños y niñas, ésta les brinda seguridad y vela por el bienestar y el cumplimiento de sus derechos básicos. Lamentablemente, muchos no gozan de una familia que los ampare o son víctimas de violencia y abusos dentro de la misma. Esta y otras condiciones pueden afectar su desarrollo físico y psicosocial y propiciar la implicación de los niños y adolescentes en situaciones peligrosas y de deterioro para ellos mismos. Como lo son la violencia común, la mendicidad y los problemas relacionados con vicios y drogadicción.

Según Alzate María citando a DeMause indica que "1" la historia de la infancia es una pesadilla de la que hemos empezado a despertar hace poco, cuanto más se retrocede en el pasado más expuestos están los niños a la muerte violenta, el abandono, los golpes, el terror, los abusos sexuales ". Guatemala es un país de contrastes sociales y diversidad cultural con una población que rebasa los 14.7 millones de habitantes Los indicadores de desarrollo colocan al país de Guatemala dentro de los niveles de mayor desigualdad del mundo, principalmente aquellos que tienen que ver con las condiciones de la niñez guatemalteca.

El Estado de Guatemala ha ratificado instrumentos internacionales que han permitido acciones tales como la aprobación de normativas internas y acciones institucionales para proteger la niñez y adolescencia, como el caso de la Declaración de Derechos humanos y la convención sobre los derechos del niño. La convención sobre los derechos del niño, fue aprobada por el Estado de

¹ALZATE María Victoria . (2,002, febrero). Ciencias Humanas Revista No. 30. Colombia
consultado el 25 de enero 2015 Recuperado de
<http://www.utp.edu.co/~humanas/revistas/revistas/rev30/alzate.htm>

Guatemala en 1,990, proclamando la necesidad de educar a la niñez y adolescencia en un espíritu de paz, dignidad, tolerancia, libertad, e igualdad. A la vez, establece que la niñez y la adolescencia son sujetos de derecho que les permite ser protagonistas de su propio desarrollo, para el fortalecimiento del estado de derecho, la justicia la paz y la democracia.

Por otro lado. ²“la Política Pública de Protección Integral y plan de acción nacional a favor de la Niñez y la adolescencia 2,014-2,015 indica que la explotación sexual comercial de la niñez y adolescencia, es una de las practicas más aberrantes de explotación, abuso y violación a sus derechos humanos. Dado el carácter clandestino de esta situación es difícil precisar la cantidad de población afectada, se estima en 15,000 las niñas, niños y adolescentes, víctimas de la explotación sexual comercial a nivel nacional”.

“El informe “Avances y desafíos en materia de prevención de violencia sexual”, publicado en el diario Siglo 21 de Guatemala el 18 de junio del año 2,014, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef,) dio a conocer que se recibe un promedio de 40 denuncias diarias por este delito y maltrato infantil, a nivel nacional. Y añadió que, por ello, se brinda apoyo a las instituciones involucradas “para mejorar la atención, protección de los casos para no revictimizarlos y seguir la parte de justicia por los victimarios”.³

El informe de Monitoreo realizado por la Comisión Nacional contra el Maltrato Infantil establece que. “El Sistema de Información Gerencial en Salud (SIGSA), del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, registró tres mil ochocientos quince casos de violencia en sus diferentes formas en niños/as y adolescentes.

La mayoría de víctimas eran mujeres. El rango de edad más afectado es de 10 a 19 años. Los principales diagnósticos fueron Abuso sexual, Agresión por medios

² COMISIÓN NACIONAL DE LA NIÑEZ Y DE LA ADOLESCENCIA. (2,004) Política Pública de protección Integral y plan de acción Nacional a favor de la Niñez y la adolescencia. Guatemala. P. 12

³ SIGLO 21 (2014) Violencia Sexual. Consultado el 15 de Enero 2015. Recuperado de <http://www.s21.com.gt/etiquetas/violencia-sexual>

no especificados y Violencia física, La mayoría de las víctimas fueron atendidas por Abuso sexual, seguido de Agresión por medios no especificados y Violencia física. La mayoría de víctimas fueron las niñas y adolescentes representan el 79 por ciento de los casos".⁴

El último informe del año 2,015 realizado por la Comisión Nacional contra el Maltrato Infantil (CONACMI) ha evidenciado el aumento de casos reportados en SIGSA por los diferentes hospitales de la red de salud del Ministerio De Salud Pública, lo que motivó a las autoridades de salud a continuar con el apoyo a los hospitales en esta materia, dando como resultado la creación de las clínicas de violencia Sexual ubicadas en los servicios de Emergencia, y la contratación de profesionales entre ellos personal de enfermería para la atención de pacientes víctimas de violencia sexual y contribuir de esta forma a una atención digna en el marco de los derechos Humanos de la niñez, el ordenamiento jurídico actualizado y los protocolos de atención en salud.

Córdova Mena Jamel, en su estudio titulado Atención psicológica a niños que participan en los programas de ayuda del dispensario Madre Cabrini de la aldea de Bárcena del Municipio de Villa Nueva Guatemala concluye que en la aldea de Bárcena los niños sufren de violencia, física, psicológica y sexual. Muchos de ellos son violentados por sus progenitores y personas cercanas. Los niños son muy frágiles y por eso el adulto se aprovecha de la inocencia de los niños. Ellos sufren la violencia emocional con frecuencia, especialmente el rechazo de los padres que no le dan cariño. Cuando se les ordena que se callen, que no llore, que no pida nada, que se aguante.

Se les trata como un objeto y no como persona, los niños sufren cuando se les quita el cariño, afecto, una forma de violencia que afecta muchísimo al niño es cuando se le ignora, ellos se siente sin protección, y crecerán inseguros de sí mismo. Cuando llegan los niños al Dispensario Madre Cabrini las madres los

⁴ COMISIÓN NACIONAL CONTRA EL MALTRATO INFANTIL (2015) Informe de Monitoreo. Consultado el 15 de enero 2,015. Recuperado de <http://odn.ciprodeni.org/wp-content/uploads/2015/03/INFORME-DE-MONITOREO-ENERO-2015-CONACMI.pdf>

cuidan otras los regañan y les dicen no llores, cállate, si no haces caso le digo a tu papá etc. Cuando los llevan a la escuela los llevan corriendo, jalándolos de la mano, gritándoles esto es lo que viven los niños especialmente los de 4 -7 años de edad.⁵

Aída Aguilar Mercedes en su estudio titulado *Violencia Infantil un desafío Pastoral* concluye que “La violencia infantil es un grave problema que está presente en la actualidad. No solo se encuentra en las familias de bajo recursos, sino en la clase media y alta de la sociedad. Esta violencia que sufren los niños tendrá consecuencias en su desarrollo, provocando inseguridad ante las personas que lo rodean. La violencia que viven los niños en las aldeas lejanas, donde no existen autoridades, Centros de Salud, ONGs que velen por el bienestar de estos y mujeres que son silenciadas para que no alcen la voz y exijan justicia, protección, derechos a la vida y a vivir dignamente como personas. Los padres son los que le dan vida a un ser y son algunos de ellos mismos quienes los agreden y los maltratan.”⁶

2. Definición del problema.

Los abusos sexuales a menores son una forma de maltrato infantil con implicaciones especiales por los efectos en el niño, niña y adolescente, el ataque a la dignidad de la persona, la utilización del engaño, la fuerza, las características del agresor, las circunstancias que rodean los episodios de los abusos entre otros.

El NationalCenter of Child Abuse and Neglect, en 1978 ⁷ “definió el abuso sexual como los contactos sexuales e interacciones entre un niño y un adulto cuando el adulto (agresor) usa al niño para estimularse sexualmente el mismo o a otra persona. El abuso sexual puede también ser cometido por una persona menor de

⁵CÓRDOBA Mena, Jamel,(2004), Atención psicológica a niños que participan en los programas de ayuda del dispensario Madre Cabrini de la aldea de Bárcena del Municipio de Villa Nueva Guatemala P. 1 . Tesis para optar al grado de Licenciada en Psicología.

⁶MERCEDES Aída Aguilar Pérez (2012) *Violencia infantil un desafío pastoral.* en <http://biblio3.url.edu.gt/Tesis/2012/08/07/Aguilar-Mercedes.pdf>biblioteca.usac.edu.gt/tesis/13/13_2273.pdf

⁷MARTÍNEZ González, C . Figuroa Buitrago . Madrid. (2000) *Abuso sexual en la infancia.* Consultado el 25 de enero 2,015 en <http://www.pap.es/files/1116-127-pdf/131.pdf>

18 años, cuando esta es significativamente mayor que el niño (la víctima) o cuando está (el agresor) en una posición de poder o control sobre otro menor. “

“El protocolo de atención a víctimas /sobrevivientes de violencia sexual del Ministerio de Salud Pública editado en noviembre de 2,009 define la violencia sexual en la niñez como todo acto generado en una relación de poder o confianza que involucre a un niño o niña, en una actividad encaminada al sometimiento o victimización para proporcionar placer sexual, estimulación o gratificación a un adulto o joven, aprovechándose para ello de su superioridad y su poder.”⁸

El Instituto Colombiano de Investigación de Familia y Población. (ICIFAP) en su libro *Intervención en Casos De Abuso Sexual en Estado de Crisis*, hace referencia al abuso sexual Infantil indicando que es “todo acto de tipo sexual realizado a la fuerza, mediante engaños o sobornos, por una persona mayor y un niño o niña. “⁹. Se puede decir también que este comportamiento regularmente se mantiene en secreto, aprovechando que el menor no está en condición de poder decidir.

Por otro lado La Ruta Crítica de la Denuncia para la Protección Integral de la Niñez y Adolescencia Vulnerada en sus Derechos escrito por el Licenciado Miguel Ángel López de la Asociación Contra el Maltrato Infantil hace referencia al abuso sexual indicando que “Es una de las peores formas de violar los derechos humanos de la niñez y adolescencia, es una expresión de violencia que se fundamenta en una relación de poder, es decir en una relación desigual entre una persona y la otra” ¹⁰ . La misma tiene un origen histórico socio cultural, que busca someter la voluntad del niño, niña y adolescentes por medio del ejercicio del poder físico o emocional que se expresa en cualquier contacto sexual directo e indirecto hacia un niño o adolescente por parte de un adulto o joven mayor, con el objeto de tener una satisfacción de contenido sexual.

⁸ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL. (2009). Protocolo de Atención a Víctimas/ Sobrevivientes de violencia Sexual P. 12.

⁹ INSTITUTO COLOMBIANO DE INVESTIGACIÓN DE FAMILIA Y POBLACIÓN. (1997) Colombia, *Intervención en Casos de Abuso Sexual en Estado de Crisis*.

¹⁰ LÓPEZ Miguel Ángel . (2009) Ruta crítica de la denuncia para la protección integral de la Niñez y adolescencia vulnerada en sus derechos. P 31 Guatemala.

3. Delimitación del problema.

3.1. **Ámbito geográfico:** Puerto Barrios Izabal, Guatemala.

3.2. **Ámbito institucional.** Hospital Infantil Elisa Martínez de Puerto Barrios Izabal.

3.3. **Ámbito personal.** Personal de enfermería que labora en el servicio de emergencia.

3.4. **Ámbito Temporal.** De Junio a Julio del año 2,016.

4. Planteamiento del Problema.

¿Cuáles son los conocimientos y actitudes que posee el personal de enfermería que labora en la emergencia del Hospital Infantil Elisa Martínez de Puerto Barrios Izabal en la atención a los niños y niñas víctimas de abuso sexual durante los meses de Junio y Julio del año 2,016.

III. JUSTIFICACIÓN.

La violencia sexual es un problema presente en Guatemala, afecta a los niños, niñas y adolescentes en su salud tanto física como psicológica "11El abuso sexual ocasiona más daños psicológicos que físicos. La mayor herida que deja el abuso sexual en las personas menores de edad es emocional, en tanto que se lastima su capacidad de establecer vínculos de confianza, Para ellos/a s nadie es digno de confianza, si las personas que tenían que haberlas protegido han abusado descaradamente, dado que el abuso sexual no se olvida, no solo daña su presente sino su futuro".

Este estudio se fundamenta en el modelo de DOROTHY JOHNSON (Modelo del Sistema Conductual). "El modelo de Johnson considera al ser humano como un sistema conductual compuesto por siete subsistemas interactivos e integrales. Cada subsistema tiene objetivos estructurales tales como: meta, predisposición a actuar, centro de la acción y conducta; y funcionales, protección de las influencias dañinas, nutrición y estimulación para aumentar el desarrollo y prevenir el estancamiento."¹²

El Hospital Infantil Elisa Martínez de Puerto Barrios de Izabal cuenta con clínica de atención a Niños, Niñas y adolescentes Víctimas de Violencia sexual, lo cual lo convierte en un campo de investigación de suma importancia, debido a que el personal de enfermería debe contar con los conocimientos necesarios sobre el abuso sexual infantil, el tratamiento y sobre todo llevarlos a la práctica para evitar riesgos innecesarios en la salud física y mental de los pacientes, realizando acciones de prevención, atención y rehabilitación.

La factibilidad de este estudio está determinado por el apoyo que brindan las autoridades de las instituciones al permitir el acceso a la fuente primaria, en

11. COMISIÓN NACIONAL CONTRA EL MALTRATO INFANTIL (2,007). Diagnóstico sobre el maltrato y abuso sexual a niños, niñas y adolescentes en Escuintla. Guatemala, P 30.

12MONOGRAFIAS.COM. Análisis de la Teoría del Sistema Conductual de Dorothy Johnson. consultado el 22 de agosto 2,015 en <http://www.monografias.com/trabajos16/sistema-conductual/sistema-conductual.shtml>

éste caso personal de enfermería que labora en el servicio de Emergencia del Hospital Infantil Elisa Martínez y además, el acceso a fuentes bibliográficas respecto al tema.

La Magnitud de este estudio se puede visualizar no solo para el servicio del hospital en el que se realiza la investigación , sino también para otras instituciones que lo pueden tomar como punto de referencia, así como puede servir de apoyo para quienes quieran o necesiten hacer investigaciones sobre el tema, más aún cuando no se conocen estudios anteriores al respecto en la institución sobre los conocimientos, actitudes del personal de enfermería en la atención de pacientes víctimas de abuso sexual atendidos en el servicio de emergencia, por las razones anteriores se puede considerar novedoso y trascendental porque es un aporte para la amplia gama de conocimientos de enfermería y otras profesiones.

Los resultados de esta investigación permitirán establecer estrategias que contribuyan a la disminución de este problema que afecta a la niñez de Izabal, y a las autoridades de la institución a tomar decisiones basadas en evidencias que permitan mejorar la atención a los pacientes que solicitan los servicios de enfermería en el servicio de emergencia.

IV. OBJETIVO.

Describir los conocimientos y actitudes del personal de enfermería del servicio de Emergencia del Hospital Nacional Infantil Elisa Martínez, de Puerto Barrios Izabal, durante los meses de Junio y Julio del año 2,016.

V. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

Para fundamentar el estudio, se hizo necesario describir los siguientes temas y Sub – Temas:

1. Conocimiento:

Según Kaplan, 1964 “El conocimiento es una información esencial, adquirida de diferentes maneras, que se espera que sea una reflexión exhaustiva de la realidad, y que se incorpora y se usa para dirigir las acciones de una persona”¹³ “El conocimiento es la capacidad de actuar, procesar e interpretar información para generar más conocimiento o dar solución a un determinado problema. El conocimiento puede ser interpretado y entendido por seres humanos e incluso por máquinas a través de agentes inteligentes, esto se logra mediante bases de conocimiento o conjuntos de entrenamiento e inferencia lógica.”¹⁴

Las diversas corrientes sobre el conocimiento, tanto en la antigüedad como en el presente dan la pauta para determinar lo importante que es el saber y estos contenidos dan base al pensamiento científico y con ello forman el conocimiento, humano. El conocimiento brinda diversos conceptos y teorías que estimulan el pensamiento humano creativo, guían la enseñanza y la investigación, lo que permite generar nuevos conocimientos. El conocimiento debe de ser eje de interés en la formación de las enfermeras, aunado al desarrollo de habilidades y destrezas, todo esto forma la capacidad de los profesionales en esta área, lo que sin duda les guiara hacer excelentes.

¹³ BURNS, Nancy. GROVE, Susan K. Investigación en enfermería. 3a.ed. Editorial El Sevier, Génova. Madrid España 2004. p. 1

¹⁴ DANIEL'S BLOG. Tipos de Conocimiento consultado el 22 de enero 2016 Recuperado de <https://danielvn7.wordpress.com/2008/07/09/tipos-de-conocimiento/>

1.1. Tipos de conocimiento:

1.1.1 Conocimiento Científico: “Este es un pensamiento dinámico el cual Utiliza métodos científicos, investigaciones y experimentación, para aproximarse a la realidad o dar solución a un determinado problema.”¹⁵

El conocimiento científico es el conjunto de bases teóricas que fundamentan el ejercicio profesional y mejora la toma de decisión a la hora de proporcionar cuidados basados en las evidencias a pacientes, familia y comunidad para que este sea con calidad, calidez, eficiencia y eficacia.

Enfermería alcanza todo lo anterior por medio de una de las áreas del ejercicio de la profesión y es la aplicación de la investigación sobre los cuidados de la salud del paciente, familia y comunidad, permitiendo aumentar la gama del conocimiento e integrar las intervenciones necesarias como lo es la prevención de la enfermedad, rehabilitación, recuperación y promoción de la salud. También tiene la obligación ética y moral de proporcionar dicho conocimiento científico a través de la educación de manera que amplíe los conocimientos de los usuarios, internos y externos para que ellos realicen prácticas saludables que favorezca a la prevención atención y recuperación de los pacientes.

1.1.2. Conocimiento Artístico: Es aquel que se utiliza para comunicar emociones, pensamientos, sentimientos, además de descubrir la belleza y sencillez de las cosas. El conocimiento artístico no se puede comunicar o transmitir, este es propio del individuo que lo posee y solo puede ser desarrollado por él.

1.1.3. Conocimiento Empírico: “Es el tipo de conocimiento que se da por casualidad de la vida, es decir, al azar, permitiendo a los seres humanos conducirse en su vida y las diferentes actividades que desarrollan, les permite salir de la rutina. Este conocimiento es propio de las personas sin formación, pero que tienen conocimiento del mundo exterior, lo que les permite actuar,

¹⁵ POLIT, Hungler. (1997) Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 5a. ed. Editorial Mac-Graw-Hill. Interamericana. México. P. 11

determinar acciones, hechos y respuestas casi por instinto, de aquí que su fuente principal de conocimiento son los sentidos”¹⁶

Se comprende entonces que los conocimientos empíricos ayudan a los individuos a realizar diversidad de acciones en su vida diaria que no están basados con hechos científicos puede ser que la experiencia personal y la observación ayuden a obtenerlo.

Dentro del ejercicio de la profesión éste tipo de conocimiento se aplica como un patrón en distintas situaciones de enfermería, por lo que ayuda a la enfermera/o a brindar una atención de calidad y calidez ya que permite que sus sentidos y su experiencia aporten datos necesarios para comprender la situación actual de salud de los pacientes.

1.2. Niveles de conocimiento:

1.2.1. Conocimiento Aparente: Es el conocimiento que se logra gracias a los sentidos, es la base de todos los conocimientos científicos, el punto de partida otra vez del cual se desarrolla y profundiza el proceso de comprensión real de la naturaleza. El conocimiento exige la aprobación de su origen y de la fuente de su verdad, para alcanzar un conocimiento aparente basta con percibir los hechos de la realidad en forma sensible. Y se dice que es la base de todo conocimiento científico, este permite solo un reflejo parcial del objeto en la conciencia del hombre.

1.2.2. Conocimiento Real Científico: es el movimiento de la razón que va del conocimiento primario al saber, de lo superficial a lo profundo y multilateral por medio de la práctica, la esencia del conocimiento consiste en la auténtica generalización de los hechos basada en el autocuidado de calidad libre de riesgo. Comprobación empírica. .El conocimiento científico tiene como objeto la realidad, es decir la naturaleza del movimiento. Por lo tanto tiene dos exigencias básicas que son: La comprobabilidad o sea que exige la explicación de su origen y la

¹⁶ DANIE'S BLOG. Tipos de Conocimientos. Consultado el 02 de Marzo de 2016. Recuperado de <http://danielvn7.wordpress.com/2008/07/09/tipos-de-conocimiento>

fuerza de su verdad. El conocimiento científico aspira al conocimiento universal.¹⁷ El conocimiento es la base para el desempeño profesional y laboral de una disciplina o cualquier actividad que se desarrolle en enfermería.

1.3. Enfoque científico:

Es la experiencia humana en este mundo de fuerzas físicas, químicas, biológicas, sociales y psicológicas es un asunto que escapa a la comprensión total. En la vida privada, en el trabajo, se trata de hallar sentido en la experiencia, para comprender regularidades y predecir circunstancias futuras. , todas las ciencias, aunque pueden diferir en contenido o en técnicas especializadas, emplean el mismo enfoque en general para llegar al conocimiento y la comprensión.

1.4. Fuentes de conocimiento humano: el conocimiento humano tiene muchas raíces, explicando algunas fuentes alternativas de conocimiento muestra de que manera define la información científica.

1.4.1. Tradición: en consecuencia la tradición es una fuente de información. Esta clase de conocimiento es transmitido de generación en generación, con frecuencia es una parte tan integrada a la herencia cultural que pocos exigen comprobación por ejemplo: una de las tradiciones de la enfermera es el informe de cambio de turno para todo y cada uno de los pacientes, háyase o no modificado su estado. La tradición brinda algunas ventajas como fuente de conocimiento. La tradición o la costumbre también facilita a la comunicación al brindar una base común de verdades aceptables, sin embargo entraña algunos problemas para la investigación humana nunca se ha puesto en duda la validez de muchas tradiciones.

1.4.2. Autoridad: "es una fuente común de respuesta a las preguntas o de solución a los problemas, es una persona que tiene pericia, en un campo bien definido, Sin embargo como fuente de comprensión, las autoridades tienen

¹⁷TAÑER, J.J. Haxe .M . Samufen. G. Ducen , Eunsa. Elementos de higiene hospitalaria y técnicas de aislamiento en el hospital EUNSA P. 13 y 14

desventajas, no son infalibles, pero como ocurre en la tradición con frecuencia los conocimientos que posee no se someten a valoración crítica."¹⁸

1.4.3. Préstamos: Se refiere a la apropiación y el uso de conocimientos de otros campos o disciplinas que puedan servir en la praxis enfermera. En la práctica enfermera/o se requiere de conocimientos diversos otorgados de múltiples ciencias y que se obtienen a través del desempeño de las cuatro áreas del ejercicio de la profesión: Cuidado directo, Docencia, Investigación y administración. Haciendo hincapié que los conocimientos científicos de enfermería se amplían consultando otras disciplinas y encausar dicha información dentro de la atención de enfermería. Entre las disciplinas que se consultan se encuentran las siguientes: Medicina, Psicología, Trabajo social, Nutrición, Fisiología, Sociología, Odontología, Fisioterapia, Educación, entre otras.

Los y las pacientes víctimas de abuso sexual Infantil se le debe brindar una atención integral y multidisciplinaria que favorezca el desarrollo físico y mental acorde a su edad , logrando así disminuir el riesgo de complicaciones generadas por la deficiencia de conocimientos, prácticas inadecuadas de atención y de la actitud negativa ante el estado de salud del paciente.

1.4.4. Ensayo y Error: "Es un acercamiento a los resultados desconocidos que se usa en una situación de incertidumbre en la que no se puede disponer de otras fuentes de conocimiento"¹⁹

Para enfermería el ensayo y error es una aproximación de las consecuencias irreconocidas que son utilizadas en una circunstancia de inseguridad en la que no se puede establecer de otras fuentes de conocimiento, se considera de tipo personal y es adquirida con el transcurso de los años. El personal de Enfermería de la emergencia pediátrica ha atendido pacientes víctimas de abuso sexual desde mucho tiempo atrás,

¹⁸BURNS, Nancy. GROVE, Susan K. 2004. Investigación en enfermería. 3a. ed. Editorial El Sevier, Génova. Madrid España p. 15

¹⁹ BURNS, Nancy. GROVE, Susan K. 2004. Investigación en enfermería. 3a. ed. Editorial El Sevier, Génova. Madrid España p. 16

mucho antes de existir protocolos y en ese momento tuvieron que tomar una decisión ante la problemática de salud de la niñez.

1.4.5. Experiencia Personal: Se trata de la obtención de conocimiento por el hecho de estar personalmente involucrado en un acontecimiento, una situación o una circunstancia. En enfermería la experiencia personal trata de la adquisición del discernimiento personal implicado en un suceso, un evento o coyuntura "porque permite incrementar la gama de conocimientos y aumenta la competencia sobre ciertos fenómenos de la vida así mismo mejorar y superar las habilidades, como también las prácticas dentro del ejercicio profesional siendo indispensables para brindar un cuidado de calidad a todos los usuarios."²⁰

Las propias experiencias son una fuente funcional o familiar de conocimientos. Se considera la capacidad de generalizar, de reconocer regularidades y de hacer predicciones fundadas en observaciones, es una característica importante de la conducta humana es patente que no habría autoridades o tradiciones como fuentes de conocimiento, si los seres humanos fuesen incapaces de aprender acerca del medio basándose en la experiencia. El método de tanteo puede ser una forma práctica de obtener conocimientos, pero es falible e ineficaz es aleatorio y no sistemático, el conocimiento adquirido no suele anotarse y, en consecuencia, es inaccesible a persona que después busca resolver problemas y obtener información.

1.4.6. Modelado De Roles: "Consiste en aprender imitando las conductas de un experto"²¹ Esta fuente de conocimiento radica en cultivar repetitivamente el comportamiento de un profesional competente. En enfermería la fuente de este conocimiento son los modelos o patrones que existen dentro de la disciplina.

²⁰ HERNANDEZ, Gómez Dora. 2011. Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Autocuidado de los Pacientes Diabéticos de 40 a 60 años que asisten a la consulta Externa del Hospital de Amatlán. Tesis para optar al grado de Licenciada en Enfermería. P. 21

²¹ BURNS, Nancy. GROVE, Susan K. Investigación en enfermería. 3a. ed. Editorial El Sevier, Génova. Madrid España 2004. p. 17

Estos modelos son una guía en la disciplina que fundamentan el quehacer en el ejercicio de la profesión como por ejemplo: Modelo de Dorothy Johnson considera al ser humano como un sistema conductual compuesto por siete subsistemas interactivos e integrales estableciendo patrones que guían y dirigen el desarrollo de las acciones planificadas con el objetivo de mejorar la calidad de atención que se proporciona en los servicios de salud.

1.4.7. Intuición: “Es una percepción o comprensión de una situación o acontecimientos como un todo que normalmente no podría ser explicado lógicamente”²² Es la captación o entendimiento de un evento o circunstancia en su totalidad que habitualmente no puede ser demostrado razonablemente. Esta fuente de conocimiento aunque no está comprobada científicamente todos los seres humanos en determinado momento de la vida desarrollan dicha habilidad a medida que se escucha el instinto que genera los presentimientos de cualquier situación.

En la praxis de enfermería las premoniciones son importantes para brindar cuidados con calidad y calidez a los pacientes ya que a través de ellas se puede identificar cuando se está en riesgo de sufrir una alteración de salud como: un accidente, una enfermedad o una complicación como consecuencia de una patología.

A través de la observación, el uso del sentido del olfato, la imaginación, la impresión, entre otros, la o el enfermero/a puede valorar el problema de salud e informar al médico con el objetivo de contribuir a la realización de un diagnóstico médico pronto y oportuno, así mismo realizar las acciones oportunas de enfermería para el bienestar del paciente.

1.4.8. Razonamiento lógico: Las soluciones a muchos de los problemas que nos confunden se logran mediante procesos de pensamiento lógico. El razonamiento lógico como meto de conocimientos combina la experiencia, las facultades

²²BURNS, Nancy. GROVE, Susan K. Investigación en enfermería. 3a. ed. Editorial El Sevier, Génova. Madrid España 2004. p. 18

intelectuales y sistemas formales de pensamientos. El razonamiento inductivo es el proceso de hacer generalizaciones a partir de observaciones específicas. El razonamiento deductivo es el proceso de llegar a predicciones específicas a partir de principios generales. Los dos sistemas de razonamiento son útiles como medio para comprender y organizar fenómenos, y tiene una función en el enfoque científico.

La calidad de conocimientos que se obtienen por razonamiento inductivo depende en gran medida del carácter representativo de los ejemplos específicos utilizados como base para las generalizaciones. El proceso de razonamiento mismo no brinda mecanismo alguno para valorar este requisito y no tiene posibilidades integradas para la autocorrección. El razonamiento deductivo no es. Una fuente de nuevos datos; en cambio es un enfoque, para aclarar relaciones al pasar de lo general a lo específico.

1.5. Método científico:

El enfoque científico es el método más avanzado de adquirir conocimiento que haya logrado el hombre. El método científico combina características importantes de inducción y deducción, además de otras para crear un sistema de obtención de conocimientos que aunque falibles, en general es más confiable que la tradición, la autoridad, la experiencia o el razonamiento inductivo o deductivo por si mismos. Un aspecto importante que diferencia el enfoque científico de otros métodos de comprender es la capacidad para la autoevaluación. “²³

Sabino Carlos, menciona cinco necesidades de conocimiento para la enfermera las cuales son: “ La necesidad de efectuar investigación, necesidad de conocer el proceso de enfermería, necesidad de conocer el sistema del usuario, necesidad de conocer la interacción entre los sistemas del usuario y el medio y necesidad de conocer la salud y los estilos de vida”²⁴ Es interesante como la enfermera debe

²³DENISSE F. POLIT,PH.D. BERNADETTE P. HUNGLER, B S N tercera edición, investigación científica en ciencias de la salud, dirigido a médicos y enfermeras, administradores en salud P. 13,14, y 15.

²⁴ SABINO, CARLOS. 1999. El Proceso de Investigación. P.110

basar sus acciones en las observaciones del contexto general que rodea al paciente, y en base a estas realizar un análisis de cada paciente según su situación. De esta manera se va conformado el proceso del conocer y el conocimiento en enfermería.

Para llegar a brindar el cuidado de enfermería, teniendo presente que el cuidado no es más que el esmero o interés que se pone para hacer bien alguna cosa, este cuidado no solo requiere el poseer una serie de conocimientos, sino también de la actitud con la cual es brindado, factor muy importante que repercute en los resultados que se obtenga. El ser humano es un ser social, el cual es influenciado por su ambiente habitual la sociedad influye de manera significativa en todos los procesos de desarrollo de pensamiento que tiene el ser humano; asimismo, contribuye en los juicios y estereotipos que esta misma crea a través del tiempo y va desarrollando respecto a ciertas prácticas.

Las personas toman decisiones y realizan elecciones acerca de diferentes temas todos los días, estos comportamientos tienen un punto en común, las valoraciones personales que poseen las personas, a dichas valoraciones se les conoce con el nombre de actitudes.

2. Actitud.

Alejandra María Schinnerling citando a Francisco, Gaviria, Moya y Cuadrado Manifestando que “en la actualidad la mayoría de los psicólogos están de acuerdo en definir las actitudes como evaluaciones globales y relativamente estables que las personas hacen sobre otras personas, ideas o cosas. Estas proporcionan una manera eficiente de evaluar al mundo.”²⁵ Según Echeíta y Martín citado por Alejandra Schinnerling el concepto de actitud está formado por tres componentes:

- 1) lo cognitivo-perceptivo;

²⁵SCHINNERLING. Alejandra María. Actitud de los estudiantes de Psicología Clínica de la Universidad Rafael Landívar ante asistir a psicoterapia. En <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/05/42/Schinnerling-Alejandra.pdf> consultado el 27 de septiembre 2,015.

- 2) lo afectivo emocional, y
- 3) Lo Conativo o predisposición a actuar.

El componente cognitivo - perceptivo es el aspecto ideacional de la actitud a él pertenecen las opiniones, las categorías, los atributos y los conceptos. El aspecto afectivo es la emotividad que impregna los juicios, la valoración emocional, positiva o negativa, que brinda carácter de agradable o desagradable al objeto. El componente conativo o de acción es la inclinación o predisposición a actuar de un modo determinado.

Tomando en cuenta lo señalado anteriormente en cuanto a la actitud, se deduce que en el personal de enfermería el componente cognoscitivo influye de una manera directa ya que de acuerdo a los conocimientos que han aprendido a lo largo de su vida, va a influenciar de una manera positiva o negativa a la decisión que tomen al momento de brindar cuidados a pacientes Víctimas de Abuso Sexual Infantil.

3. Enfermería: Henderson Virginia define enfermería," como la ayuda principal al individuo enfermo o sano para realizar actividades que contribuyan a la salud o a una muerte tranquila."²⁶

La filosofía de la educación y práctica de la Enfermería en Guatemala, año 1,993 establece, "enfermería es un servicio a las personas, familias y comunidades, destinada a desarrollar y fortalecer el potencial individual, familiar y comunitario para el cuidado y promoción de la salud y a aliviar el sufrimiento resultante de condiciones adversas a la misma."²⁷

La Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería, de La Habana Cuba en convocatoria para la realización de XIV congreso de enfermería indica, " La enfermería es una profesión con profundas raíces humanísticas, preocupada

²⁶ MARRINER TOMEY, Ann y RAILE ALLIGOOD, Martha "Modelos y Teorías de Enfermería" 5a edición, Mosby, Madrid, España. 2003 p. 260.

²⁷ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS DE GUATEMALA, (2010) Modulo Introducción a enfermería. P. 57

por las personas que se confían a su cuidado, en especial de quienes experimentan una situación de enfermedad y sufrimiento; es una actividad formal que aprecia y valora la conciencia colectiva, sus fundamentos sustentan una práctica, profundamente humanista, que ha evolucionado con el avance científico y tecnológico de las ciencias de la salud.”²⁸

Hoy en día se puede mencionar que algunos de los factores que han contribuido a que la Enfermería sea considerada como un actor trascendente en el equipo de salud, lo constituyen la participación activa en el proceso salud-enfermedad, el fortalecimiento de la base teórica como fundamento de la práctica y una precisa definición del rol profesional.

En el estudio de investigación de Sonia Naygua sobre acciones y/o cuidados que realizan las enfermeras frente al maltrato Infantil menciona que “ el maltrato infantil en muchas ocasiones no es el motivo de consulta o de hospitalización. Se realiza mediante la observación, no tan solo de los aspectos físicos, sino también de los aspectos de interrelación del niño- familia-entorno, cuando descubrimos o sospechamos que existe algún tipo de maltrato.”²⁹

Por eso es importante recoger todas las observaciones en los registros de enfermería evitando juzgar, pues es importante que transmitamos nuestras sospechas al resto del equipo para que den especial atención a determinados aspectos que pueden confirmar o no nuestras sospechas.

3.1. Cuidado de enfermería. Cuidado de Enfermería: “Son diversidad de procedimientos, acciones y actividades que realiza una enfermera para Los cuidados de enfermería no son más que todas, las acciones que realiza una enfermera o enfermero en bien de una persona sana o enferma.

²⁸ IZQUIERDO, A (2015) convocatoria a XIV congreso panamericano de Enfermería Habana Cuba. Consultado el 5 de agosto 2015 . Recuperado de <http://www.juventudrebelde.cu/cuba/2015-10-04/congreso-panamericano-de-enfermeria/>

²⁹ MAYGUA Sonia, (2008) , Acciones y/o cuidados que realizan las enfermeras frente al maltrato Infantil. San Salvador. P. 16

Por lo tanto estos cuidados tienen que ser oportunos para satisfacer las necesidades de las personas o familia que recibe el cuidado. El fin último del cuidado implica:

- Fomentar la Autonomía.
- Dignificar al Ser Humano.
- Responder al llamado de cuidado del otro.
- Vivir y crecer en el cuidado.
- Crecer como cuidador.
- Interactuar con otro ser en el cuidado, buscando equilibrio y posterior desarrollo en su capacidad de cuidarse así mismo.
- Desarrollar un cuerpo de conocimientos para enfermería.
- El cuidado requiere siempre de un momento, de un contexto, de un escenario".³⁰

Como se sabe, el cuidado tiene diferentes finalidades pero todos tienen un enfoque, y es satisfacer las necesidades del ser humano, cuando este no lo puede hacer por sí solo, enfermería que es la máxima representativa del cuidado, lo tiene que realizar con bases científicas ya que el cuidado de enfermería se identifica por ser, una ciencia y arte y su objetivo; la comodidad del paciente.

Los principios fundamentales de enfermería constituyen la fundamentación científica de las acciones de enfermería. La Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala describe los principios fundamentales de enfermería los siguientes: ³¹

- ✓ Mantener la individualidad del paciente.
- ✓ Proteger al paciente de causas externas de enfermedad.
- ✓ Mantener las funciones fisiológicas del organismo.

³⁰GRUPO DE CUIDADO, FACULTAD DE ENFERMERÍA, (2002). Conceptualización del Cuidado. Bogotá Colombia. Universidad Nacional de Colombia, p. 45.

³¹ ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS DE GUATEMALA,(2,010.) Introducción a Enfermería Guatemala p. 65.

Estos principios tienen su propia fundamentación en la anatomía, psicología, biología, fisiología, epidemiología.

La teoría de necesidades planteadas por Abraham Maslow propone que para que el individuo este satisfecho necesite cubrir estas necesidades presentando una pirámide en cuya base se encuentran las necesidades fisiológicas, siguiéndole las necesidades de riesgos y ausencia de seguridad, estima y por último la autorrealización.

3.2. Modelos y teorías de enfermería. La teoría en enfermería es esencial para explicar y comprender la práctica de los y las enfermeras. El marco teórico ayuda a examinar, organizar, analizar e interpretar los datos del paciente, apoyando y facilitando la toma de decisiones. De la misma forma, favorece la planificación, la predicción y la evaluación de los resultados frutos de los cuidados. Por lo tanto, el enfoque teórico es una herramienta útil para el razonamiento, el pensamiento crítico y, además, favorece que las enfermeras puedan emplear y manejar toda la información acerca del paciente y gestionen la práctica del cuidado de forma ordenada y eficaz.

El uso de modelos conceptuales de enfermería en la atención, garantiza que todas las enfermeras compartan un lenguaje común y concepciones similares respecto a los paradigmas enfermeros, persona, salud, entorno y cuidados que caracterizan el rol profesional. Uno de los modelos Conceptuales y Teorías de Enfermería aplicado en la atención a víctimas de violencia sexual es el de DOROTHY JOHNSON (Modelo del Sistema Conductual). "El modelo de Johnson considera al ser humano como un sistema conductual compuesto por siete subsistemas interactivos e integrales. Cada subsistema tiene objetivos estructurales tales como: meta, predisposición a actuar, centro de la acción y conducta; y funcionales, protección de las influencias dañinas, nutrición y estimulación para aumentar el desarrollo y prevenir el estancamiento."³²

³² MONOGRAFIAS.COM. Análisis de la Teoría del Sistema Conductual de Dorothy Johnson. consultado el 22 de agosto 2,015 en <http://www.monografias.com/trabajos16/sistema->

Los subsistemas sugeridos por Dorothy E. Jonson .

De Dependencia: Promueve una conducta de colaboración que exige una respuesta recíproca, sus consecuencias son la aprobación, la atención o reconocimiento y la asistencia física, la conducta dependiente evoluciona desde un grado total de dependencia de los demás hasta un mayor grado de dependencia de uno mismo.-

De Ingestión: Tiene que ver con cómo, cuándo, qué y cuanto y en qué condiciones nos alimentamos; cumple así la amplia función de satisfacer el apetito. Se encuentra estrechamente relacionado con factores ecológicos, sociales además de biológicos.

De Eliminación: Se relaciona con cuando, como y en qué condiciones se produce la eliminación, en los aspectos biológicos de este subsistema influyen factores sociales y fisiológicos hasta el punto que pueden entrar en conflicto con él.

Sexual: Obedece a la doble función de procreación y de satisfacción, incluye el cortejo y el emparejamiento y del mismo modo contempla un amplio aspecto de conductas asociadas con el papel sexual.

De agresividad: Consiste en proteger y conservar y proviene de una intención primaria de dañar a los demás.

La sociedad demanda límites en los modos de autoprotección y pide que se respete y proteja tanto a las personas como a su propiedad.

De realización: Su función consiste en controlar o dominar un aspecto propio del mundo circundante hasta alcanzar cierto grado de superación, a ésta se relacionan estrechamente las cualidades intelectuales, físicas, mecánicas y sociales.

De afiliación: Proporciona supervivencia y seguridad. Sus consecuencias son inclusión, intimidad, formación y mantenimiento sociales de un enlace social fuerte.

Según el Modelo, los conceptos de la meta-paradigma son los siguientes:

Persona: Es un sistema abierto, interrelacionado; se esfuerza constantemente en mantener una situación estable mediante la adaptación al entorno.

Entorno: Hace referencia a un entorno externo e interno de la persona, aunque no lo explica.

Salud: Es un estado dinámico y difícil de conseguir, influido por factores biológicos, psicológicos y sociales. Se define como el equilibrio y la estabilidad del sistema conductual de la persona.

Enfermería: Es una fuerza de regulación externa, con el fin de mantener o restaurar el equilibrio y la estabilidad del sistema conductual.

3.3. Niveles del personal de enfermería. El Decreto del Congreso No. 07-2007 del 20 de Febrero de 2007 emite la Ley de Regulación del Ejercicio de la enfermería en todo el territorio nacional. Dicha norma ha sido reglamentada por el Acuerdo Gubernativo No. 56-2008 del 1 de febrero de 2008 que tiene como objetivo desarrollar los preceptos normativos contenidos en la ley. Además de las disposiciones de estas normas y conforme lo establece el Acuerdo Gubernativo reglamentario, la actividad de la enfermería se cumplirá a través de procedimientos y mecanismos implementados mediante instrucciones documentadas o escritas emanadas de la Unidad de Desarrollo de Enfermería y el Consejo Nacional de Enfermería, abarcando cuatro áreas fundamentales que son el cuidado directo, docencia, investigación y administración del cuidado.

El artículo 5 del Decreto del Congreso No. 07-2007 organiza a la enfermería atendiendo al grado académico y al organismo donde de se desempeñen. Así, "respecto al grado académico con que cuenta el hospital Elisa Martínez de Puerto Barrios son:

a) Licenciado en enfermería, graduados de las universidades estatales o privadas del país.

b) Enfermero, incluye a aquellas personas graduadas a nivel técnico en la Escuela Nacional de Enfermería, en universidades estatales o privadas del país o en otras instituciones reconocidas para el efecto por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, debiendo contar con una escolaridad mínima a nivel diversificado.

c) Auxiliar de enfermería, incluye a quienes hayan aprobado el curso básico de enfermería acreditado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, debiendo contar con la escolaridad mínima de tercero básico, brinda atención de enfermería bajo la dirección y supervisión de la enfermera.

4. Violencia Sexual.

4.1. Definición de abuso sexual. La OMS en el 2014 define ³³“como los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, oponer en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder.”

El modelo de atención con enfoque de derechos para niños, niñas y adolescentes maltratados y abusados sexualmente realizado por las autoras Licenciadas Vivian Rodríguez, Rosa María España y Perla de León describen “La mayoría de los niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente no muestran huellas de golpes o señales exteriores obvias. En un porcentaje significativo de casos no hay evidencia de enfermedades venéreas o traumas físicos, por lo que se debe examinar y confirmar con exámenes adecuados. En esta forma de maltrato el

³³ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2,014). Maltrato Infantil. consultado el agosto 2015, recuperado <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/>.

relato espontáneo de los niños, niñas y adolescentes y/o los signos y síntomas indirectos ayudan a su detección.”³⁴

José A. Díaz Huertas citando a National Center of Child Abuse and Neglect, 1978 describe.³⁵“Son una forma de maltrato infantil con implicaciones especiales por los efectos en el niño, el ataque a la dignidad de la persona, la utilización del engaño y la fuerza, las características del agresor, las circunstancias que rodean los episodios de los abusos, así mismo los contactos sexuales e interacciones entre un niño y un adulto cuando el adulto (agresor) usa al niño para estimularse sexualmente el mismo o a otra persona.

El abuso sexual puede también ser cometido por una persona menor de 18 años, cuando esta es significativamente mayor que el niño (la víctima) o cuando está (el agresor) en una posición de poder o control sobre otro menor EL Abuso Sexual Infantil, es una de las peores formas de violar los Derechos Humanos de la Niñez y la Adolescencia. Es una expresión de violencia que se fundamenta en una relación de poder, es decir en una relación desigual entre una persona y la otra (la víctima y el victimario). “

El abuso sexual tiene origen histórico socio cultural, que busca someter la voluntad del niño, niña y adolescente por medio del ejercicio del poder físico o emocional que se expresa en cualquier contacto sexual directo e indirecto hacia un niño, niña o adolescente por parte de un adulto o joven mayor, con el objeto de tener una satisfacción de contenido sexual. Generalmente el abuso sexual infantil, no es un acto violento en contra del niño o de la niña, sino que el abusador es generalmente es una persona conocida o muy cercana a la familia y quién goza de confianza del niño o niña y de su círculo familiar, aprovecha esa situación para buscar gratificarse sexualmente a través de diferentes acciones.

³⁴ RODRÍGUEZ, VIVIAN ROSA MARÍA ESPAÑA. Y PERLA DE LEÓN. Modelos de atención con enfoque de derechos para niños, niñas y adolescentes maltratados y abusados sexualmente Guatemala. P. 14

³⁵INSTITUTO MADRILEÑO DEL MENOR Y LA FAMILIA, (1998). atención al Maltrato Infantil desde el ámbito sanitario. España p.10.

4.2. Etiología del abuso sexual infantil. El documentos de atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario de Madrid España describe sobre el origen del abuso sexual lo siguiente l³⁶ “no se conoce con exactitud porqué, interviene en su etiopatogenia factores complejos que involucran a la víctima, el agresor y el ambiente que los rodea. Los niños, niñas y adolescentes se predisponen por ser pequeños y débiles siendo vulnerables a ser víctimas perfectas para el abuso sexual, por múltiples razones.

Por un lado desde el principio se les enseña a respetar y a obedecer a sus padres y superiores que ejercen autoridad, y resultan ser fácilmente influenciados por ellos, de una manera natural confían en los adultos, y sienten curiosidad por todo, incluido el sexo, y por otro lado los niños necesitan afecto, y están continuamente buscando y reclamando atención, sobre todo aquellos niños con alguna discapacidad tanto física como emocional, y que por lo tanto dependen de la ayuda y soporte de otros. Estos son las víctimas más fáciles. “

No es sencillo hablar del origen del abuso sexual al encontrarse múltiples tipos de agresores y víctimas así como de contextos mal tratantes.

4.3. Indicadores del abuso sexual infantil.

“Los indicadores del abuso sexual establecidos en el modelo de atención con enfoque de derechos para niños, niñas y adolescentes maltratados y abusados sexualmente los siguientes: “³⁷

- Dolor, hinchazón o picazón de genitales.
- Infecciones Urinarias recurrentes o crónicas y dificultad o dolor para orinar.
- Contusiones o sangrado en las áreas genital externa, vagina o anal.
- Cuerpos extraños en la vagina o en el recto.

³⁶ INSTITUTO MADRILEÑO DEL MENOR Y LA FAMILIA, (1998). atención al Maltrato Infantil desde el ámbito sanitario. España p.15.

³⁷RED DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DEL MALTRATO Y ABUSO SEXUAL A NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES EN GUATEMALA. Modelo de atención con enfoque de derechos para niños, niñas y adolescentes maltratados y abusados sexualmente. Guatemala p 14.

- Dificultad para caminar o sentarse.
- Manchas de sangre o flujo en la ropa interior, ropa exterior destruida, sucia o manchada con sangre.
- Heridas, hemorragias y traumas de órganos genitales externos o internos.
- Enfermedades de transmisión sexual.
- Embarazos prematuros.
- Esfínter anal dilatado y/o fisuras anales.
- Himen con laceraciones o dilatado.
- Infecciones vaginales.
- Secreción anormal o semen en órganos genitales.
- Dolor o prurito rectal o genital.
- Verrugas perineales.
- Infecciones orales.

En menores de 8 años.

- Desórdenes de la alimentación.
- Miedo a dormir solo o sola.
- Terrores nocturnos (pesadillas.)
- Enuresis diurna y nocturna.
- Encopresis.
- Regresión del lenguaje.
- Aislamiento.
- Excesiva masturbación.
- Cambios de conducta en la escuela.
- Berrinches frecuentes.
- Excesivo temor.
- Intentos de suicidio.

En mayores de 8 años.

- Miedo a estar solo.

- Incapacidad para sostener la mirada.
- Pobre autoestima.
- Frecuentes peleas y disgustos con los miembros de la familia cercana.
- Problema de memoria.
- Apego excesivo hacia determinada persona.
- Cambios dramáticos y frecuentes de humor.
- Preocupación por temas sexuales.
- Tendencia al aislamiento.
- Intentos de suicidio.
- Auto mutilación.
- Desconfianza.
- Actividades sexuales.
- Abuso del alcohol o drogas.
- Fantasías violentas.
- Rechazo en las relaciones interpersonales.

4.4. Factores de riesgo en abuso sexual. El abuso sexual en niños y niñas y adolescentes es un problema que está determinado por múltiples causas llamadas factores de riesgo, que actúan en el individuo, en el entorno familiar, en la comunidad y en la cultura donde ellos y ellas se desenvuelven, colocando al niño, niña o adolescentes en una situación de vulnerabilidad, impidiendo o dificultando el goce de sus derechos humanos.

Se clasifican en tres grandes grupos

- Factores individuales.
- Factores familiares.
- Factores socioculturales y ambientales.

Factores Individuales. Circunstancias negativas que se dieron en el momento de su concepción o nacimiento del niño, niña o adolescentes, o sus propias características; como por ejemplo.

- Embarazo no deseado.
- Niños o niñas prematuras.
- Niños o niñas con discapacidad física o sensorial.
- Niños o niñas con discapacidad mental.
- Niños o niñas hiperactivos.
- Niños o niñas adoptados.

También existen factores o características individuales de los padres, madres o tutores como, el estado psíquico o emocional, adicciones, carencias individuales, el sentido de paternidad responsable, la capacidad de respuesta frente a los problemas, su autoconcepción de los patrones de crianza y conductas violentas entre otras.

Factores Familiares. En Guatemala existen muchos hogares que viven episodios de violencia intrafamiliar de forma sistemática o periódica, frente a situaciones de desequilibrio en el hogar, muchas veces los niños, las niñas y adolescentes suelen ser una de las víctimas, algunos factores familiares y sociales enumerados en el protocolo de atención en salud integral con enfoque intercultural de niñas y niños víctimas de maltrato infantil son.³⁸

- Padre dominante.
- Madre pasiva.
- Padres no naturales.
- Alcoholismo y otras.
- Drogodependencia.
- Pobre relación marital entre los padres.
- Límites generacionales difusos.
- Antecedentes de abuso sexual en la familia de origen.
- Dificultad de establecer relaciones sexuales con personas adultas.
- Factores sociales.

³⁸ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL (2,010) Protocolo de atención en salud integral con enfoque intercultural de niñas y niños víctimas de maltrato infantil p. 8

- Machismo.
- Tabúes, mitos y creencias erradas frente a la sexualidad.
- Sumisión de la madre y las hijas o hijos.

4.5. Signos compatibles con maltrato, abuso, negligencia o falla en la crianza

El protocolo de atención en salud integral con enfoque intercultural de niñas y niños víctimas de maltrato infantil, establece la siguiente clasificación de signos compatibles con abuso sexual. “Observar y determinar la presencia de flujo, secreción, sangrado, lesiones o cicatrices en genitales o ano.”³⁹

4.6. Daños y consecuencias de la violencia sexual. La violencia sexual representa peligro para la salud de la víctima por el alto riesgo de embarazo o de adquirir infecciones de transmisión sexual, con secuelas para el resto de la vida. También es una urgencia en salud mental, pues el intenso estrés y sufrimiento emocional producido pueden generar disfunción, así como ideaciones y conductas suicidas.

El protocolo de atención a víctimas sobrevivientes de violencia sexual describe los daños y consecuencias de la violencia sexual indicando que ⁴⁰Las víctimas de violencia sexual pueden sufrir serias consecuencias conductuales, sociales y de salud mental que afectan la salud en general, Las consecuencias pueden ser fatales y no fatales, entre las no fatales de orden físico figuran: Lesiones, impedimento motor, síntomas físicos, discapacidad permanente, en el campo de las lesiones en el comportamiento que afecta la salud y en los desórdenes funcionales, destacan: fumar, consumo de alcohol y drogas, conducta sexual de riesgo, inactividad física, desórdenes alimenticios, síndrome de dolores crónicos, intestino irritable, desordenes gástricos, quejas somáticas, fibromialgias.

³⁹ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL (2,010) Protocolo de atención en salud integral con enfoque intercultural de niñas y niños víctimas de maltrato infantil p.17

⁴⁰ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL (2,010) Protocolo de atención a víctimas / sobrevivientes de violencia sexual. . Guatemala p. 17

Y en el campo de la salud mental: estrés post-traumático, depresión, ansiedad, fobia, crisis de pánico, desórdenes alimenticios, disfunción sexual, baja autoestima, estrés mental, abuso de sustancias, Y en torno a la salud reproductiva. Embarazo no deseado, producto de la violación, infecciones de transmisión sexual, (ITS) y /o VIH, desordenes ginecológicos, abortos inseguros, complicaciones en el embarazo, pérdida del bebé/ bajo peso del recién nacido, inflamación de la pelvis, fibromas, irritación genital, dolor durante el coito sexual, dolor pélvico crónico, infecciones de las vías urinarias o disminución del deseo sexual. “

4.7. Mitos relacionados con el abuso sexual. Existen en el medio resistencia a reconocer la existencia del abuso sexual y uno de los obstáculos para este reconocimiento son los mitos, que impiden o limitan su denuncia e intervención a tiempo. El Instituto Colombiano de Investigación de Familia y Población en su libro *Intervención en casos de abuso sexual en estado de crisis*. Describe ⁴¹ “Un mito es una creencia equivocada acerca de algo, que de una u otra forma afecta nuestra forma de actuar, y por lo tanto, requiere ser aclarado.” Entre estos encontramos los siguientes.

- El abuso sexual se reduce a casos excepcionales.
- El abuso sexual solo se presenta en familias de escasos recursos y sin educación, o en comunidades aisladas y sumidas en el atraso.
- Quienes abusan sexualmente de un niño o de una niña son enfermos mentales o perversos sexuales.
- El abuso sexual es producto de una situación de privación sexual.
- Los o las adolescentes y algunos niños o niñas son seductores, por lo cual son parcialmente responsables del abuso.
- La mayoría de los casos de abuso sexual no son ciertos. Se trata de fantasías sexuales de los niños.

⁴¹ INSTITUTO COLOMBIANO DE INVESTIGACIÓN DE FAMILIA Y POBLACIÓN, (1997). *Intervención en casos de Abuso Sexual en estado de Crisis* p.10.

- Es común que el abusador sea un extraño y no alguien a quien el niño conoce.
- El niño no denuncia que está siendo víctima de abuso porque lo disfruta y siente placer.
- El abuso sexual es un incidente individual aislado.

5. Niño/a. La Convención sobre los Derechos del Niño, en vigor desde el 2 de septiembre de 1990, señala que se entiende por niño todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad.

Esta convención recoge los principales derechos de niños y niñas a lo largo del mundo.⁴² La Ley de Protección Integral de la Niñez y la Adolescencia, Decreto número 27-2003, considera niño o niña “a toda persona desde su concepción hasta que cumple trece años de edad, y adolescente a toda aquella persona desde los trece años hasta que cumple dieciocho años de edad”.⁴³ Artículo 2. Ley de Protección Integral de la Niñez y la Adolescencia. La Constitución Política de la República de Guatemala, no expresa específicamente el concepto de niño o niña, considerando menores a quienes no hubieren cumplido dieciocho años de edad.

5.1. Niño/a víctima de abuso sexual infantil. El abuso sexual infantil afecta la salud física y emocional del niño/a, siendo de vital importancia la detección temprana para evitar daños mayores, su atención que requiere el conocimiento y la voluntad del equipo de trabajo de salud entre ellos el personal de enfermería, siendo de suma importancia conocer la definición del abuso sexual infantil, el protocolo de atención en salud integral con enfoque intercultural de niñas y niños víctimas de maltrato infantil, del Ministerio de Salud Pública define el abuso sexual “cuando una persona en relación de poder o confianza involucra a un niño o niña en una actividad de contenido sexual que propicie su victimización y que la del

⁴²WIKIPEDIA, enciclopedia libre, consultada el 22 de enero de 2015. Recuperada en <https://es.wikipedia.org/wiki/Ni%C3%B1o>

⁴³CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE GUATEMALA (2010) Ley de protección Integral de la Niñez y Adolescencia artículo 2.

agresor obtiene satisfacción incluyéndose dentro del mismo, cualquier forma de acoso sexual. ⁴⁴

El código Penal en su artículo 173 del capítulo I de la violación sexual establece. “Quien con violencia física o psicológica, tenga acceso carnal vía vaginal, anal o bucal con otra persona, o le introduzca cualquier parte del cuerpo u objetos por cualquiera de las vías señaladas, u obligue a otra persona a introducirselos a sí misma, será sancionada con pena de prisión de ocho a dos años. Siempre se comete este delito cuando la víctima sea una persona menor de catorce años de edad, o cuando sea una persona con incapacidad volitiva o cognitiva, aun cuando no medie violencia física o psicológica,....”⁴⁵

5.2. Atención al niño/a víctima de abuso sexual. En Guatemala, la violación está tipificada como un delito contra la libertad e indemnidad sexual de las personas. Para el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social la atención a víctimas de violencia sexual, constituye una prioridad en salud, siendo una emergencia médica, así también requiere de una atención médica inmediata y conlleva responsabilidades de tipo legal. Se reconoce que el abordaje de la violencia sexual debe ser especializado, interdisciplinario, interinstitucional y para que sea integral incluye el apoyo familiar y comunitario, además de la adopción de medidas de legislación, políticas públicas, procesos informativos, educativos y el uso apropiado de protocolos que orienten el que hacer de los profesionales de la salud.

5.2.1. Protocolo de Atención a víctimas /sobrevivientes de violencia sexual. Los protocolos son instrumentos que ayudan a mejorar un servicio y a evaluar los resultados obtenidos. Son definidos por el Ministerio De Salud Pública y Asistencia Social a través del viceministerio de hospitales como, “documentos que describen la secuencia del proceso de atención de un paciente en relación a una

⁴⁴ MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL, (2010). Protocolo de atención en salud integral con enfoque intercultural de niñas y niños víctimas de maltrato Infantil. P 8 Guatemala.

⁴⁵ CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE GUATEMALA (1973) Código Penal, decreto 17-73. Capítulo I p.72

enfermedad o estado de salud. Son el producto de una validación técnica que puede realizarse por consenso o por juicio de expertos. Los protocolos de atención nacen para facilitar la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas, frente a la gran variabilidad de estilos en la práctica clínica. Su mejor cualidad es que se basan en una revisión exhaustiva y un análisis crítico de la evidencia científica.”⁴⁶ Los protocolos describen.

El proceso en la atención de una enfermedad para mejorar la rapidez en el diagnóstico, efectivizar el tratamiento, hacer menos costoso el proceso de atención y mejorar los procesos de atención. En alianza estratégica, la Secretaría contra la Violencia Sexual, Explotación y Trata de Personas (SVET) y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social unen esfuerzos interinstitucionales para impulsar el presente Protocolo, el que se constituye en un instrumento de carácter técnico que aporta una ruta idónea de orientación y sobre todo de aplicaciones de estándares mínimos para que la atención sea oportuna, con calidad y con la celeridad que las personas y las circunstancias lo demande, el protocolo se divide en tres partes sustantivas.

- 1) El marco teórico y conceptual; este aporta una riqueza de conocimientos sobre el tema
- 2) El marco legal que se refiere a los compromisos adoptados por Guatemala que derivan de tratados y convenios internacionales.
- 3) Políticas públicas nacionales. En cuanto a la atención a las víctimas de violencia sexual el protocolo describe los siguientes pasos.

5.2.1.1. Organización de los servicios de salud. El protocolo de atención integral de personas víctimas/sobrevivientes de violencia sexual establece los siguientes aspectos relacionados a la “organización de los servicios de salud.

⁴⁶ MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL, (2012), Protocolos Médicos, Guatemala p.6.

- El Protocolo de atención integral de personas víctimas/sobrevivientes de violencia sexual debe ser aplicado por los/las profesionales de los servicios de salud.
- Disponibilidad de personal de salud para la atención de la víctima o referencia especializada.
- Disponibilidad de kit de medicamentos (anticoncepción, profilaxis de VIH e ITS y vacunas). (24 horas, los 365 días).
- La atención debe ser proporcionada por personal de salud capacitado. Los servicios de salud que no cuenten con capacidad resolutive brindarán atención en crisis y referirán al nivel de mayor complejidad sin demora.
- Existencia de clínicas especializadas para la atención exclusiva a víctima/sobrevivientes de violencia sexual, con atención privada, discreta e inmediata, con las condiciones para que el relato del hecho sea realizado solamente una vez, al profesional capacitado para la intervención (MSPAS, MP, INACIF, PGN). ⁴⁷

5.2.1.2. Ruta interinstitucional de la atención en hospitales, centros y servicios de salud de 24 horas en pacientes estables. La ruta identifica los “procesos principales que el personal de los servicios de salud debe desarrollar, con la debida diligencia, para la atención de calidad, inmediata y oportuna a las víctimas/sobrevivientes de violencia sexual.”⁴⁸

- La atención médica es de emergencia, ya sea el médico general o el especialista, quien deberá notificar al Ministerio Público y éste debe presentarse en tiempo no mayor a dos horas (Instrucción General para la atención y persecución penal de delitos cometidos en contra de la niñez y adolescencia. Instrucción General No. 02-2,013) y será el Ministerio Público quien notifique a INACIF.

⁴⁷ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL (2,010) Protocolo de atención a víctimas / sobrevivientes de violencia sexual. . Guatemala p. 24

⁴⁸ Ibid.

- Adicionalmente, cuando se trate de menores de edad, el médico o enfermera graduada de turno que atienda a la víctima deberá llamar a la Procuraduría General de la Nación.

Portero o agente de seguridad. Orienta a la persona que ingresa a la emergencia o al servicio correspondiente. No hacer interrogatorios innecesarios que no correspondan a su labor.

Admisión o registros médicos. Procede a documentar a la persona inmediatamente según el registro de cada hospital o servicio de atención y se remite a la emergencia.

Enfermería realiza las siguientes acciones.

- Brinda un espacio seguro, confiable y confidencial (Clínica de atención especializada a víctimas/sobrevivientes de violencia sexual o, si esta no existe, en la camilla de la emergencia que cada centro disponga).
- Si la persona no habla español o tiene alguna discapacidad, es importante que un intérprete esté presente. En beneficio de la comodidad de la víctima esta debe estar de acuerdo.
- Explica el tipo de atención que debe recibir y las necesidades de realizar interconsultas.
- Explica los tres aspectos más importantes en la atención:
- Reducir el riesgo de una ITS, VIH, embarazo no deseado.
- Explica el procedimiento de notificación obligatoria.
- Reconoce recursos sociales con que cuenta la paciente y solicita una mudada de ropa a la persona que acompaña, informando que es importante entregar las prendas al Ministerio Público (si la persona se negare a entregarla, no insistir).
- Verifica que existan los insumos necesarios para la toma de muestras para los exámenes de laboratorio.

- Verifica que existan Kits de medicamentos en farmacias de 24 horas y los que proporcionan el MP e INACIF para el resguardo de prendas y objetos y la toma de muestras biológicas.

En caso de niña, niño o adolescente es necesario hacer saber a la persona adulta lo que se realizará y explicar al niño(a) o adolescente los procedimientos a realizar, acordes a su edad.

- Comparte la importancia de recibir la atención psicológica.
- Asegurarse de contar con los insumos necesarios para la toma de muestras para los exámenes de laboratorios.
- Respeta la decisión de la persona.
- Si el niño, niña o adolescente niega la presencia del adulto debe considerarse su voluntad (Artículo 9. Ley contra la Violencia Sexual, Explotación y Trata de Personas y Ley PINA, Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia, 2,013).

Médico

- Se identifica, pregunta el nombre de la persona, el motivo de su consulta, estando siempre atento a los hechos y sentimientos que la persona manifiesta.
- Brinda el tiempo que sea necesario para la atención.
- Busca expediente clínico de violencia sexual.
- Realiza la notificación obligatoria al MP y de no existir, deberá comunicarse al Juzgado de Paz, y en caso de menores de edad también debe notificar a la PGN y/o Juzgado de la Niñez.
- Avisa al médico especialista, según el tipo de víctima y recursos (Pediatra, cirujano, ginecólogo).
- Muestra respeto y comprensión sobre lo que la persona le está diciendo; no juzga ni crítica; por el contrario, le comunica que el servicio de salud es un espacio de protección para su integridad y para superar la situación que está viviendo.
- Médico de clínica de violencia sexual

- Explica el tipo de atención que se le brindará y la necesidad de hacer consultas respectivas si fuera necesario, también que se deben tomar acciones para reducir los riesgos de ITS, VIH, embarazo no deseado u otro nivel de lesiones que pueda presentar.
- Explica a la paciente del proceso de notificación obligatoria y la presencia del Ministerio Público e INACIF. La comprensión de la víctima/sobreviviente de violencia sexual es importante, según su desarrollo y madurez.

Entre enfermería, el médico/a de clínica de violencia sexual, según quienes intervengan, “deberá haber un mínimo de repetición y conocimiento del caso, para evitar la revictimización.”⁴⁹

5.2.1.3. Notificación obligatoria por el personal de salud Médico, enfermera o trabajadora social

- Realiza notificación obligatoria al MP, se anota la fecha y la hora y colocarlo en el expediente clínico. Cuando se hace presente el fiscal de MP se solicita el número de caso en el Ministerio Público y se anota en el expediente clínico de violencia sexual. Para dar cumplimiento a una responsabilidad legal de los servicios de salud establecida en el Artículo 457 del Código Penal.
- En casos de menores de edad comunicarle a la persona adulta que le acompaña acerca del proceso de notificación que debe realizarse. La notificación se hará al Ministerio Público y donde no exista, al Juzgado de Paz. En caso de personas menores de edad, además se hace del conocimiento de la PGN o Juzgado de la Niñez (en donde hay y en horario hábil, para el proceso de protección).

⁴⁹ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL. (2009). Protocolo de Atención a Víctimas/ Sobrevivientes de violencia Sexual P. 12.

5.2.1.4. Identificación por médico de clínica de violencia sexual o de emergencia:

- En el caso de una niña, niño o adolescente, es necesario hacer saber a la persona adulta que le acompaña sobre todo el proceso que se debe realizar, y cuando se hagan las evaluaciones una enfermera deberá estar presente. Deberá haber un mínimo de entrevistas y exámenes clínicos, para evitar la revictimización.
- Comparta que es importante que ella o él también puedan recibir atención psicológica. Explica el procedimiento y firma el consentimiento informado.
- En el caso de menores de edad quien acompaña debe firmar o colocar su impresión dactilar, como constancia de la aceptación del o los procedimientos que se deben realizar. Así mismo, si la persona tiene interprete sea por idioma o incapacidad, debe identificarse y dejar su firma o impresión dactilar.
- Evalúa estado mental y emocional de la persona.
- Revisa antecedentes médicos, personales, familiares, traumáticos, alérgicos, quirúrgicos, y ginecológicos y obstétricos.
- Solicita información del hecho, teniendo cuidado de no revictimizar a la persona.
- Procede al examen físico iniciando por área extragenital, paragenital y genital.
- En víctimas estables el área genital se evaluará conjuntamente con el médico forense del INACIF, quien tomará las muestras biológicas e inicia la cadena de custodia.
- Ordena exámenes de laboratorios (VDRL, HIV, Hepatitis A y B, prueba de embarazo).
- Llena, revisa y se asegura que el expediente clínico esté completo.

5.2.1.5. Psicólogo (a) o médico

- Procede a evaluación básica del estado emocional y la conducta de la persona.
- Revisa antecedentes psicológicos y psiquiátricos (ver expediente clínico).

- Garantiza la consulta en privado, preservar la confidencialidad, pero informar a la paciente.
- Mantiene una actitud libre de prejuicios.
- Presta atención y apoyo, en respuesta a inquietudes de la víctima,
- Escucha atentamente, sin presionar para que la víctima hable.
- Si la persona no tiene problemas de alcohol o drogas, síntomas psicóticos o suicidas, y no tiene dificultades en sus rutinas diarias, se recomienda esperar durante uno a tres meses después de ocurrido el hecho.
- Ofrece a la persona la posibilidad de regresar para recibir más apoyo.

5.2.1.6. Priorización de la atención médica. Lesiones, anticoncepción, profilaxis de VIH, otras ITS y vacunación. El tratamiento médico incluye el abordaje de las lesiones corporales y/o genitales, la anticoncepción hormonal de emergencia, el tratamiento antirretroviral para prevención del VIH profilaxis por exposición y los tratamientos para otras ITS, además de las vacunas del tétanos y Hepatitis B.

5.2.1.7. Tratamiento de lesiones corporales, genitales y anales. El examen médico debe identificar todas las lesiones corporales, signos clínicos y evaluar sobre posibles referencias. Debe realizarse un minucioso examen ginecológico (genitales internos y externos), y un examen anal consignando y registrando todas las observaciones, cuando esté presente el INACIF, evaluar conjuntamente para evitar la revictimización y la contaminación de la escena del crimen.

5.2.1.8. Estado de gravidez o embarazo. Realizar prueba de embarazo. Si hay embarazo, utiliza anticonceptivos de manera permanente, tienen histerectomía, esterilización o está menopáusica la prueba no debe realizarse. Si se confirma embarazo se referirá a un centro de atención de embarazadas, centro de salud, CAP o CAIMI más cercano.

5.2.1.9. Anticoncepción de emergencia. Si no han pasado 120 horas del abuso sexual y la prueba de embarazo es negativa y ya tuvo su menarquia, administrar

anticoncepción de emergencia. Como la anticoncepción de emergencia en algunos casos puede provocar náusea, es necesario administrar los medicamentos de forma escalonada (Levonorgestrel 0.75 mg c/12 horas o 1 tableta de 1.5 mgs, dosis única). Utilizar antieméticos en caso necesario (Dimenhidrinato 50 mg PO ó IV si el caso lo amerita). Si la paciente vomita, deberá administrarse nueva dosis.

Efectos secundarios de los anticonceptivos de emergencia:

- **Nauseas:** Para evitarlas se debe comer algún alimento antes de la toma.
- **Vómitos:** Si se producen en las primeras 2 horas después de tomar el anticonceptivo, repetir la dosis. Si se producen después de 2 horas de la toma, no es necesario repetir la dosis.
- **Dolor en las mamas.**

Sangrado vaginal irregular: Raramente se produce sangrado en la fecha esperada de la menstruación.

- **Contraindicaciones:** No existen.
- **Después de los primeros 5 días del hecho de violencia sexual:** La anticoncepción de emergencia no es efectiva. Si se sospecha presencia de embarazo, calcular la edad del mismo por fecha de última menstruación o por ultrasonido, si es posible realizarlo.
- **Infecciones de transmisión sexual (ITS)**
- **Realizar profilaxis de manera sistemática a toda víctima/sobreviviente para evitar infección por: Gonorrea, Clamidia, Tricomoniasis y Sífilis en posible incubación.**
- **Prevenir la Tricomoniasis en la primera cita, por los efectos colaterales que estos producen. Tratarla si se presentan síntomas y el frote de secreción vaginal en fresco es positivo.**

- Tener en cuenta que un resultado de ITS negativo no excluye infección si el hecho de violencia sexual fue reciente, ya que muchas ITS tienen un periodo de incubación largo y son asintomáticas.
- Realizar pruebas de laboratorio clínico diagnósticas de ITS.
- Los siguientes análisis dan soporte para el seguimiento de las infecciones: Tinción de Gram del frote de secreción endocervical y anal. Frote en fresco de secreción vaginal para detección de tricomonas.
- VDRL por titulación, RPR (Prueba rápida para determinación de Sífilis): serología inicial y a las seis semanas. FTA-ABS para confirmación de Sífilis si se cuenta con la capacidad resolutive, sino referir a centro de tercer nivel.
- Prueba para detección de anticuerpos de VIH con orientación pre y post prueba: inicial (basal) y de seguimiento a los tres y seis meses. Cada orientación efectuada debe ser reportada en la hoja de SIGSA SIDA 1.2.
- Determinación de Hepatitis B (HBsAg y Anti-Core total): serología inicial y a las seis semanas si se tiene la capacidad resolutive.
- Toda ITS diagnosticada en cualquier momento del proceso debe ser reportada en la hoja de SIGSA SIDA 3 y SIGSA 6 mensual

5.2.1.10. Antibioticoterapia

Para las infecciones de transmisión sexual.

- Prevención de Sífilis, Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, Trichomonas vaginalis.

5.2.1.11. Antirretrovirales Se administran en todas las y los pacientes que manifiestan actos de penetración por vía vaginal, anal o bucal dentro de las primeras 72 horas, para evitar que el virus de VIH infecte a las células.

5.2.1.12. Vacuna antitetánica y de Hepatitis B.

- Aplique vacuna antitetánica.
- Aplique vacuna contra la Hepatitis B.

Es importante preguntar por antecedentes alérgicos.

5.2.1.13. Atención psicológica

- Hacer contacto con sus emociones.
- Evaluar las dimensiones del problema.
- Explorar las posibles soluciones del problema.
- Ayudar a tomar una acción concreta.
- Dar seguimiento para verificar el progreso de la persona.
- Evaluar seguridad de la víctima, sus hijos y riesgo de suicidio.

5.2.1.14. Registro.

Médico Registre en libro de emergencia, SIGSA 3 C/S, SIGSA 3 H como Abuso Sexual (CIE 10 T.74.2).

Enfermera

- Registre en SIGSA SIDA 1.2 la orientación de VIH.
- Registre diariamente las ITS en SIGSA SIDA 3.
- Consolida mensualmente en SIGSA 7 (morbilidad, primeras consultas) el abuso sexual y las ITS en SIGSA Sida 6 mensual, enviar informe al área de salud.

Encargado de farmacia.

Registro diario en stock de medicamentos en farmacias de 24 horas.

- Registro en tarjeta de control de suministros, kardex y receta de violencia sexual.
- Registre en el BRES (Balance, Requisición y Envío de Suministros).
- Encargado de Bodega y almacenes
- Bodega es responsable del almacenaje y distribución por requerimiento de los distintos Kits de Violencia Sexual del MP y del INACIF.
- Encargado de estadística
- Está obligada enviar la información anterior a SIGSA en forma nominal y no consolidada por medio de SIGSA Web, SIGSA 3 H.

5.2.1.15. Orientación. Deberá estar a cargo del médico (a), enfermera, psicólogo (a) y/o trabajadora social.

- Brinde información suficiente para la recuperación y evalúe si necesita referencia a otra subespecialidad.
- Háblele a la persona de lo importante del procedimiento legal, para su protección y reparación del daño.
- Indíquele que cuando tenga necesidad de alguna información adicional que quiera compartir, el personal de salud está para escucharla y apoyarla.
- Compártale la necesidad de realizar laboratorios de control a los 3, 6 y 12 meses de las pruebas de VDRL y VIH. Explíquelo la adherencia a los tratamientos de medicamentos.
- Brinde información sobre los riesgos e implicaciones en la salud que la violencia sexual conlleva a nivel físico, sexual, mental y social.

5.2.1.16. Referencia. Médico, enfermera o trabajadora social.

- Realice la referencia en base a la atención brindada:
- Atención prenatal
- Atención para el seguimiento de VIH
- Atención por riesgo de transmisión vertical
- Atención psicológica o psiquiátrica
- Atención legal y resarcimiento económico.

5.2.1.17. Ruta interinstitucional de la atención en hospitales, centros y servicios de 24 horas en pacientes víctimas inestables. La vida de las pacientes es prioritaria y se le da la atención especializada de emergencia. En estos casos se hace la notificación obligatoria y se abocan al servicio cuando la paciente esté en condiciones estables.

Si él o la paciente ameritaran el ingreso a sala de operaciones, antes de la cirugía enfermería se encargara del resguardo de prendas y objetos de la paciente y el médico cirujano de la toma de muestras biológicas del INACIF y las resguarda

para ser entregadas al MP. Cuando MP se presenta a la institución reciben las prendas, objetos y muestras biológicas, mediante un documento, el MP firma de recibido, hace el embalaje e inician la cadena de custodia.

Recomendaciones para el momento de la recepción

- Garantizar un ambiente de privacidad.
- Tener en cuenta el estado emocional de la persona.
- Asegurar la confidencialidad del relato.
- Creer en su palabra, sin culpabilizar, revictimizar, ni tratar de influenciar en sus decisiones.
- Permitir un acompañante si la persona lo desea.
- 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 Servicio 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.

En el caso de embarazos en menores de 14 años, deberán atenderse en centros de tercer nivel, por las complicaciones que estas niñas pueden presentar en el embarazo o parto y por la infraestructura de los hospitales.

5.2.1.18. Exámenes de laboratorio

Deben ser tomados por el personal de turno inmediatamente después de la solicitud del médico especialista. Realizar estudios cito-bacteriológicos y análisis de sangre basales. Estos se realizan de acuerdo a la disponibilidad de recursos del centro asistencial.

- VDRL
- Hepatitis B y C
- Prueba de embarazo
- VIH
- Hematología
- Otras de acuerdo a cada caso

Tomar frotis cito-bacteriológicos cuando INACIF realice su examen forense de muestras biológicas. La obtención de muestras biológicas sustentan la evidencia criminalística: debe ser tomada por el médico forense del INACIF y en caso de NO contar con ese recurso, estas pruebas serán tomadas por el médico tratante, previa autorización de juez competente.

5.2.1.19. Pruebas biológicas:

- Isopados oral, vaginal y rectal.
- Raspado de uñas.
- Peinado púbico.
- Muestra de sangre en base sólida.
- Frotis para microscopía directa y Gram endocervical y anal.
- Cultivo endocervical y de cada sitio en que hubo penetración o intento para Gonococo.
- Frote en fresco de secreción vaginal para detección de tricomonas.
- Análisis de sangre basales.

- VDRL o prueba rápida para determinación de Sífilis: serología inicial y en 6 semanas.
- Prueba para detección de anticuerpos de VIH con orientación pre y post prueba: inicial (basal) y de seguimiento a los tres y seis meses. Cada orientación efectuada debe ser reportada en la hoja de SIGSA SIDA 1.2.
- Determinación de Hepatitis B, serología inicial y a las seis semanas si se tiene la capacidad resolutive.

5.2.1.20. Dosificación de anticoncepción de emergencia. En caso de utilizar las dosis altas administrar un antiemético

	Principio Activo	Composición	Dosis
Primera elección	Progestageno	Levonorgestrel 0.75 mg	1 tableta en la primera consulta y 1 tableta 12 horas después de la primera (no se recomienda dar a tomar las dos tabletas juntas ya que aumenta efectos adversos como mayores posibilidades de nausea y vómitos)
		Levonorgestrel 1.5 mg.	1 tableta dosis única. La OMS recomienda que la mujer tome una sola dosis de progestágeno de 1.5 mg en los 5 días posteriores (120 horas) a la relación sexual sin protección.
Alternativa	Progestageno + Estrógeno	Levonorgestrel 0.15 mg + Etinilestradiol 0.30 mg	4 tabletas en la primera consulta y 4 tabletas 12 horas después.

5.2.1.21. Profilaxis post exposición al VIH/Sida:

Tratamiento antirretroviral. La prevención del VIH con tratamiento antirretroviral debe comenzar inmediatamente, ideal antes de cumplir 2 horas de producida la violencia sexual y hasta las 72 horas: luego de ese lapso el virus del VIH ya infectó las células, evaluar el riesgo/beneficio. Se debe ofrecer a toda víctima/sobreviviente de la violencia sexual y con la prueba basal negativa para VIH. En el caso de que no se administren los antirretrovirales por haber sobrepasado el tiempo de 72 horas, deberá chequearse la prueba de VIH 3, 6, 9 y 12 meses después y en caso de resultar positiva la prueba, dar tratamiento para el SIDA.

Evaluación de Riesgo en casos de exposición a violencia sexual:

Bajo riesgo:

- Besos, caricias, introducciones de dedos u objetos y/o eyaculación en piel sana.

Riesgo Moderado:

- Violación oral, vaginal y rectal con o sin eyaculación

Alto riesgo

- Múltiples agresores: dos o más victimarios.
- Violencia continuada: repetición múltiple del abuso sexual por el victimario.
- Violencia extrema: víctimas que sufren múltiples heridas con arma blanca, de fuego o contundentes, o son rociadas con ácido y otras sustancias químicas.
- Violador se identifica como VIH positivo.

5.2.1.22. Profilaxis post exposición al VIH en niñas y niños menores de 2 años de edad.

Fármacos	Presentación y Concentración	Administración y Dosis	Total de frascos.
Zidovudina	Solución 10 mg/ml frasco de 240 ml	9-12 mg/Kg vía oral c/12 horas por 28 días	5 frascos
Lamivudina	Solución 10 mg/ml frasco de 240 ml	4 mg/Kg vía oral c/12 horas por 28 días	2 frasco
Lopinavir mas Ritonavir	Solución 400 mg/100 mg/5 ml frasco de 120 m	Para menores de 15 Kg 12 mg/Kg vía oral c/12 horas por 28 días Para mayores de 15 Kg 10 mg/Kg vía oral c/12 horas por 28 días	1 frasco

El número de frascos varía de acuerdo al peso del paciente. Este medicamento tiene cadena de frío.

5.2.1.23. Profilaxis post exposición al VIH en niñas y niños mayores de 2 años de edad.

Peso	Fármaco	Presentación y Concentración	Administración Y Dosis	Total Frascos o tabletas
Menor de 30 kg	Zidovudina mas Lamivudina	Solución 10mg/ml frasco de 240 ml	9-12 mg/kg vía oral cada 12 horas por 28 días	5-7 frascos
		Solución 10mg/ml frasco de 240 ml.	4 mg/kg vía oral cada 12 horas por 28 días	2-3 frascos
	Lopinavir mas Ritonavir	Solución 400 mg/100 mg/5ml frasco de 120 ml.	Para menores de 15 kg 12mg/kg. vía oral cada 12 horas por 30 días. Para mayores de 15 kg 10mg/kg vía oral cada 12 horas por 28 día	1-2 frascos
Mayor de 30 kg	Zidovudina Mas Lamivudina	300 mg +150mg	1 tableta cada 12 horas por 28 días	56 tabletas
	Lopinavir mas Ritonavir	200mg + 50mg	2 tabletas cada 12 horas por 28 días	112 tabletas

El número de frascos varía de acuerdo al peso del paciente. Niños mayores de 30 kg se prescribe dosis de adulto. Este medicamento necesita cadena de frío.

5.2.1.24. Profilaxis de otras ITS

La profilaxis en otras Infecciones de Transmisión Sexual busca evitar: gonorrea, sífilis, chlamydia y tricomoniasis. La dosis es diferente para adultos y niñas/os. Tratar la Tricomoniasis después de haber terminado tratamiento con antirretrovirales, por los efectos colaterales que estos producen, si se presentan síntomas y el frote de secreción vaginal en fresco es positivo.

5.2.1.25. Prevención o tratamiento de ITS en niñas y niños

ITS	Fármacos	Presentación y concentración	Administración y Dosis	Total de frascos o Tableras por tratamiento
Sífilis	Penicilina Benzatínica	vial de 1,200,000 UI	50,000 UI/kg vía IM dosis única.	1 vial.
Gonorrea y Chlamydia	Elección: Azitromicina	200 mg/5ml frasco de 15 ml.	20 mg/kg dosis única vía oral, máximo 2 gramos.	1 frasco.
	Alternativa: Doxiciclina (administrar en niños mayores de 8 años).	Tableta 100 mg.	100 mg cada 12 horas x 7 días vía oral.	14 tabletas.
Tricomoniasis	Elección: Metronidazol	250/5ml frasco de 120 ml	15-30 mg/kg vía oral dosis única	1 frasco
	Alternativa: Tinidazol	500 mg tabletas	50 mg/ kg dosis única vía oral	4 tabletas

Paciente es alérgico(a) a la penicilina la alternativa es Claritromicina.

Se puede posponer el tratamiento hasta la primera cita para evitar náusea y vómito

5.2.1.26. Vacunación

Profilaxis Hepatitis B. Valorar la necesidad de profilaxis frente al virus de la Hepatitis B individualmente, y solicitar el medicamento, a la Dirección del Área de Salud.

Vacunación antitetánica. Siempre vacunar en caso de violencia sexual. En niñas y niños menores de 6 años, investigar el esquema de vacunación al momento de realizar la historia clínica, en los antecedentes, en estos casos preferiblemente aplicar DPT.

En caso de mayores de 6 años que hayan sido víctimas/sobrevivientes de violencia sexual y que presenten lesiones corto-contundentes, erosiones y/o excoriaciones con pérdida de sustancia, quemaduras, lesiones penetrantes en cualquier parte del cuerpo o evidencia de haber sufrido penetración ano-genital, aplicar DT (por neurotoxicidad de Bordetella Pertussis)

5.2.1.27. Vacunación con DT Administrar 0.5 ml, vía intramuscular (IM), en la región deltoides (porción superior del brazo), de cualquiera de los brazos.

Frecuencia de las dosis

Td1: Primer contacto.

Td2: Un mes después.

Td3: Seis meses después.

Td.R1: 10 años después.

Td-R2: 10 años después.

5.3. Marco legal. La atención a pacientes víctimas de violencia sexual tiene sustento legal, internacional, nacional, que debe ser conocida por el personal de salud de los hospitales para comprender, aplicar y derivar los casos que necesitan abordaje clínico, psicológico y legal.

5.3.1. Marco Internacional.

- Convención Americana sobre Derechos Humanos. En el año de 1,969.
- Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la mujer CEDAW. Asamblea General de las Naciones Unidas. En el año 1,979.
- Convención Americana para Prevenir y Sancionar la Tortura, organización de Estados Americanos, en el años 1,985
- Declaración y Programas de Acción de Viena, Asamblea General de las Naciones Unidas. En el año 1,993.
- Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, Asamblea General de las Naciones Unidas. En el año de 1,993.
- Convención Interamericana para prevenir, sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, suscrita en el XXIV periodo Ordinario de sesiones de la Asamblea General de la OEA. Belém do Pará. En el año de 1,994.
- Conferencia Internacional sobre población y desarrollo organización de las Naciones Unidas. En el año de 1,994
- Declaración y plataforma de acción de la conferencia de la Mujer de Beijing. Cuarta conferencia Mundial. En el año de 1,995.
- Protocolo Facultativo de la convención sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas. En el año de 1,999.
- Declaración del Milenio, organización de las Naciones Unidas En el año 2,000.
- Protocolo para prevenir, reprimir y sancionar la trata de personas, Organización de las Naciones Unidas. En el año 2,006.

- Convención sobre los derechos de las personas con Discapacidad. Año 2,006.
- Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas. Año 2,007.

5.3.2. Marco Legal Nacional.

- Constitución Política De La República De Guatemala. Año 1,985.
- Código Penal. Decreto 17-73. En El Año De 1,973.
- Acuerdos De Paz. En el Año 1,996.
- Cuerdos Sobre Aspectos Socioeconómicos Y Situación Agraria. Año De 1,996.
- Código De Salud, Decreto 90-97. En el año de 1,997.
- Ley General Para El Combate Del Virus De Inmunodeficiencia Humana VIH Y Del Síndrome De Inmunodeficiencia Adquirida SIDA y de la promoción, protección y defensa de los derechos Humanos ante el VIH/SIDA, Decreto 27-2000. En el año 2,000.
- Ley De Desarrollo Social, decreto 42-2,001. Del año 2,001.
- Ley De Probidad Y Responsabilidad De Funcionarios Y Empleados Públicos. Decreto 12-2,002.
- Ley De Protección Integral De La Niñez Y Adolescencia, Decreto 27-2,003.
- Ley De Acceso Universal Y Equitativo A Los Métodos De Planificación Familiar Y Su incorporación al programa Nacional de salud Reproductiva del año 2,006
- Ley Para Prevenir, Sancionar Y Erradicar La Violencia Intrafamiliar, Decreto 97-2006. Del año 2,006.
- Ley Contra El Femicidio Y Otras Formas De Violencia Contra La Mujer, Decreto 22-2,008 del año 2,008.
- Ley Contra La Violencia Explotación Y Trata De Personas, Decreto 09-2009 del año 2,009.
- Ley Para La Maternidad Saludable, Decreto 32-2010.del año 2,010.

5.3.3. Marco Legal Nacional relacionados con la niñez Guatemalteca.

La Constitución Política de la República de Guatemala fue promulgada para dar inicio a la época democrática en nuestro país, dentro del preámbulo se indica que la carta magna deberá impulsar la plena vigencia de los derechos humanos dentro de un orden institucional estable, permanente y popular, donde gobernantes y gobernados procedan con absoluto apego al derecho.

Estableciendo los siguientes artículos relacionado a los derechos de la niñez Guatemalteca ⁵⁰ “artículo 1 Protección a las Personas. El estado de Guatemala se organiza para proteger a la persona y a la familia; su fin supremo es la realización del bien común,” lo que obliga al estado a procurar el bien común para todos los habitantes y brindar protección a la persona y a la familia. Instauro la obligación estatal de brindar protección a los menores de edad víctimas de abuso sexual.

Seguidamente se establece en el artículo 2. Deberes del estado. Es deber del estado garantizar a los habitantes de la República la vida, la libertad, la justicia, la seguridad, la paz y el desarrollo integral de la persona. El artículo tres, Derecho a la Vida. El estado garantiza y proteger la vida humana desde su concepción, así como la integridad y la seguridad de la persona. Con lo cual impone la obligación de brindar protección a los menores de edad desde su concepción y brindarles seguridad para que tengan un desarrollo integral como personas.

El artículo 51 Protección a menores y ancianos. El Estado protegerá la salud física, mental y moral de los menores de edad y de los ancianos. Les garantizará su derecho a la alimentación, salud, educación y seguridad y previsión social. Este es el fundamento para que a los menores de edad víctimas de abuso sexual y a quienes se les lesiona su salud física, mental y moral, el estado les brinde protección a éstos menores al tipificar delitos.

⁵⁰ ASAMBLEA NACIONAL CONSTITUYENTE (1,985) Constitución Política de la República de Guatemala.

La ley de protección integral de la niñez y adolescencia fue producto de un consenso alcanzado que llenó el vacío legal que se dio cuando entró en vigencia la Convención de los Derechos del Niño que se colocó en contradicción con el Código de Menores que regía en ese momento, regulando los siguientes artículos.⁵¹ “Artículo 11. Integridad. Todo niño, niña y adolescente tiene derecho a ser protegido contra toda forma de descuido, abandono o violencia, así también a no ser sometido a torturas, tratos crueles, inhumanos o degradantes.” Lo anterior establece la obligación del estado a que brinde protección contra cualquier forma en que se les violenten sus derechos humanos a los niños, niñas y adolescentes.

También se establece en el Artículo 12. Libertad Los niños, niñas y adolescentes tienen el derecho a la libertad que les confiere la Constitución Política de la Republica, tratados, convenios, pactos y demás instrumentos internacionales aceptados y ratificados por Guatemala y la legislación interna. Demostrando con ello que el valor jurídico de libertad debe ser respetado por todo el ordenamiento jurídico que brinde protección a los menores de edad otorga a los niños, niñas y adolescentes ésta garantía, la cual es tutelada por la Constitución Política de la República, tratados, convenios, pactos y demás instrumentos internacionales aceptados y ratificados por Guatemala.

El artículo 16 Dignidad Es obligación al Estado y de la sociedad en su conjunto, velar por la dignidad de los niños, niñas y adolescentes como individuos y miembros de una familia, poniéndolos a salvo de cualquier tratamiento inhumano, violento, aterrador, humillante o constrictivo. Esta norma impone al Estado de Guatemala la obligación de proteger y ayudar a todos aquellos menores que estén amenazados o estén siendo víctimas de daños físicos, psicológicos o morales.

Artículo 50 Seguridad e integridad. Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la protección contra el secuestro, el tráfico, la venta y trata para

⁵¹ CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE GUATEMALA (2,010) Ley de protección Integral de la Niñez y Adolescencia artículo 2 p.9.

cualquier fin o en cualquier forma. El estado deberá desarrollar actividades y estrategias de carácter nacional, bilateral y multilateral adecuadas para

En el artículo 53 Maltrato y Agravios. Todo niño, niña y adolescente tiene derecho de no ser objeto de cualquier forma de negligencia, discriminación, marginación explotación, violencia, crueldad y opresión contra negligencia, discriminación o violencia, cuando éstas acciones sean punibles por la ley, ya sea por acción u omisión a sus derechos fundamentales. Artículo 56 Explotación o abuso sexual. Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a ser protegidos contra toda forma de explotación o abuso sexual.⁵²

El Código Penal. Artículo 150 Bis.” Maltrato contra personas menores de edad. Quien mediante cualquier acción u omisión provoque a una persona menor de edad o con incapacidad volitiva o cognitiva, daño físico, psicológico enfermedad o coloque al niño en grave riesgo de padecerlos, será sancionado con prisión de dos a cinco años, sin perjuicio de las sanciones aplicables por otros delitos. “⁵³

Artículo 457 Omisión de Denuncia. El funcionario o empleado público que, por razón, de su cargo tuviere conocimiento de la comisión de un hecho calificado como delito de acción pública y a sabiendas omitiere o retardare hacer la correspondiente denuncia a la autoridad judicial competente, será sancionado con multa de cien a un mil quetzales. En igual sanción incurrirá el particular que, estando legalmente obligado, dejare de denunciar.

5.4. Cuidado de enfermería al niño/a víctima de abuso sexual.

5.4.1. Cuidado: La palabra cuidado viene del latín “cogutatus” que quiere decir pensamiento. El cuidado incluye por tanto, la acción encaminada a hacer por alguien lo que no puede hacer solo, con respecto a sus necesidades básicas, la explicación a través de la enseñanza de lo desconocido, la facilitación de expresión de sentimiento, la intención de mejorar la calidad de

⁵³ CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE GUATEMALA (1973) Código Penal Decreto 17-73 p.62.

afrontar⁵⁴ . La actividades que el personal de enfermería realiza se pueden agrupar en tres grandes grupos: “1. Acciones encaminadas a la identificación de necesidades y satisfacción de ellas. 2. Acciones indicadas por los otros profesionales del equipo de salud. 3. Acciones que tienen como propósito la promoción y mantenimiento de prácticas de salud deseables.”⁵⁵

5.4.2. Cuidados Básicos: “Cuidados que requiere cualquier persona sana o enferma, sea cual fuere el diagnóstico y tratamiento. El derivar los cuidados básicos de las necesidades humanas básicas puede servir de orientación a la enfermera, tanto en el fomento de la salud como en la prestación de los servicios de atención a enfermos⁵⁶

Como ya se mencionó que el cuidado es ayudar a los pacientes a realizar diversas actividades, la persona indicada es la enfermera, quien es capaz de realizar diferentes intervenciones para alcanzar la meta de enfermería y así satisfacer las necesidades básicas, lo que también contribuye a su autorrealización como profesional estas intervenciones son importantes identificarlas claramente ya que, pueden servir como guía en el cuidado de los niños y las niñas ya seas estos sanos o enfermos.

5.4.3. Percepción del Cuidado: “La interacción activa y efectiva entre la enfermera, el paciente y su familia tiene como eje central orientar la percepción del cuidado. Es decir, de la manera como se comprenda la percepción del cuidado y como se dé la relación depende el logro conjunto de propuesta de cambio para dignificar a las personas o fortalecer su autonomía, que es en esencia lo que pretende

⁵⁴GRUPO DE CUIDADO, (2004) Facultad de Enfermería. El arte y la Ciencia del Cuidado. Citado por Tuyuc, Luis Francisco. Significado del cuidado para el cuidador principal de la persona que vive con Trauma Cráneo Encefálico, Guatemala, p. 15. Trabajo de grado (Licenciatura en Enfermería). Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas.

⁵⁵ MOJICA, Cecilia. (1970) Trabajo en equipo y su aplicación en situaciones de enfermería. Segunda Edición. Universidad Javeriana, Pág. 24

⁵⁶ OCÉANO MOSBY. (2005) Diccionario de Medicina, Última Edición. Traducción. Lena Ferrùs Estopa. St. Louis, Missouri (USA). Océano. p. 348

el cuidado”⁵⁷ Es importante y necesario procurar que en el cuidado se dé una buena relación enfermera paciente ya que esto ayudará muy significativamente en la recuperación del paciente y así mejorará la comodidad del paciente, la satisfacción de la enfermera; y se alcanzarán los objetivos propuestos.

5.4.3. Cuidado Directo o Atención Directa: “El cuidado directo es un medio para la evaluación de las acciones, ya que cuando la enfermera brinda el cuidado, le permite entrevistar al paciente, observar directamente y recolectar nueva información. El cuidado directo entonces es muy valioso para la administración del cuidado, ya que al darse cuenta de la calidad del cuidado brindado, realizará acciones para superar las limitaciones, o para estimular al personal de enfermería que ejecuta las acciones.”⁵⁸

El cuidado directo tiene un significado muy importante ya que ayuda a la enfermera a detectar oportunamente necesidades en el paciente y por lo tanto actúa para ayudarlo en lo necesario, y también ayuda a que se fortalezca la relación enfermera-paciente.

5.4.4. Cuidado de Enfermería: “Son diversidad de procedimientos, acciones y actividades que realiza una enfermera para atender correctamente las necesidades de un individuo o grupo, referentes a la salud, su promoción, su conservación y restablecimiento”⁵⁹

Los cuidados de enfermería no son más que todas, las acciones que realiza una enfermera o enfermero en bien de una persona sana o enferma. Por lo tanto estos cuidados tienen que ser oportunos para satisfacer las necesidades de las personas o familia que recibe el cuidado.

⁵⁷ GRUPO DE CUIDADO, FACULTAD DE ENFERMERIA, (2,002) Conceptualización del Cuidado. Bogotá Colombia. p. 207.

⁵⁸ ARGUETA, Ana María, (2001) Proceso de Enfermería Paso a Paso. Guatemala, p. 99.

⁵⁹ GRUPO DE CUIDADO, FACULTAD DE ENFERMERIA, (2,002) Conceptualización del Cuidado. Bogotá Colombia. p. 208.

El fin último del cuidado implica:

- “Fomentar la autonomía.
- Dignificar al ser humano.
- Responder al llamado de cuidado del otro.
- Vivir y crecer en el cuidado.
- Crecer como cuidador.
- Interactuar con otro ser en el cuidado, buscando equilibrio y posterior desarrollo en su capacidad de cuidarse así mismo.
- Desarrollar un cuerpo de conocimientos para enfermería.
- El cuidado requiere siempre de un momento, de un contexto, de un escenario”.⁶⁰

5.4.5. Manifestaciones clínicas, asistencia y cuidados de enfermería al paciente pediátrico víctima de abuso sexual.

5.4.5.1. Problemas relacionados con la seguridad: Ubicar al niño en la zona más adecuada. Si es posible, ponerle en contacto con el exterior. Evitarle el miedo a la oscuridad. Ubicarlo en la habitación cerca de la estación de enfermería pero lejos de la entrada, para evitar ruidos. Colocar la cama al lado de la ventana. Levantar la persiana para que entre la luz. Colocar colchón anti escaras, Instalar barandilla en las camas si fuera necesario. Usar almohadas para colocarle en posición cómoda. Colocar la cama en posición semi-fouler para que participe de las actividades. Levantarlo y sentarlo si su condición lo permite. Dar masajes suaves. Poner los objetos personales al alcance de su mano. Adornar la habitación a su gusto. Evitar ruidos y conversaciones innecesarias. Establecer una buena comunicación con los padres, ayudándoles en sus necesidades.”⁶¹

⁶⁰GRUPO DE CUIDADO, FACULTAD DE ENFERMERIA, (2,002) Conceptualización del Cuidado. Bogotá Colombia. p. 208.

⁶¹ FULGUEIRA, Jover. (1979)“Algunas Consideraciones Psicológicas sobre la Muerte y el Morir”. Revista Rol de Enfermería. México. (No. 12:37-45).

5.4.5.2. Problemas relacionados con la comunicación/relación interpersonal:

Se procurará una relación de confianza, ayudando al niño a aumentar sus sentimientos de autoestima.

- Proporcionarle entretenimiento adecuado a su edad y diagnóstico.
- Reducir el miedo a lo desconocido.
- Individualizar la forma de comunicación.
- Animar al niño a que exprese sus emociones.
- Darle la posibilidad de preguntar.
- Establecer una relación honesta.
- Usar un tono de voz moderado. Cuando no sea posible la comunicación oral, crear un código de comunicación no verbal. Ofrecerle actividades simples que pueda hacer con facilidad.
- Facilitar la compañía de los padres.
- En cuanto a la relación con los padres, se les mantendrá informados en todo momento con precisión y claridad.
- Lograr que se involucre a los padres en la planificación de los cuidados.
- Reducir temores y angustias.
- Ayudarles a adaptarse a los cambios de comportamiento del niño.
- Respetar sus deseos y creencias religiosas.
- Preguntar a los padres si desean que el niño sepa la verdad, dejando claro que si el niño pregunta, se le contestar con la verdad.

5.4.5.3. Aspectos psicológicos de la atención del niño: El niño presenta características anatómicas, fisiológicas y psicológicas diferentes a las del adulto. "Su desarrollo físico, emocional, psicoafectivo, psicomotriz y cognitivo comprenden una serie de aprendizajes que son claves para su formación de adulto"

El niño debe desarrollar un lenguaje que le permita comunicarse, además de adquirir conocimientos a través de la educación formal e informal, aprender y asimilar valores de su cultura y la concepción de moral y ética que le permitan adaptarse a su núcleo familiar y su entorno social. El comportamiento del niño que será hospitalizado dependerá de la edad y del estado de salud, generalmente se muestra hostil, temeroso, irritable, ansioso, deprimido, agresivo, apático, el personal de enfermería deberá comprender a través de la comunicación y lenguaje corporal lo que el niño está manifestando, adecuar los cuidados y lograr satisfacer las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales.

El niño hospitalizado también experimenta ansiedad por el entorno, la enfermedad, las pruebas y los tratamientos, por la ansiedad que ve en sus padres.. Sentimiento de falta de control por las restricciones, mayor dependencia, sobreprotección. Los padres experimentan Aturdimiento, incertidumbre, incredulidad, ira, culpa, temor, ante el futuro. Se producen cambios en los roles de los padres, porque en muchos casos deben modificar horario en el trabajo y en su rol en el hogar.

5.4.5.4. Problemas relacionados con la eliminación: Cuando presente incontinencia, se tomarán medidas para conservar la integridad de la piel, manteniendo al niño limpio y seco: Se colocarán pañales descartables, con cambios frecuentes; lavar y secar bien la zona, colocar colector externo en varones, colocar sonda vesical en niñas, mantener la máxima asepsia.

Quando existe diarrea, los objetivos prioritarios son: mantener una hidratación adecuada, evitar el contagio de la infección, conservar la piel íntegra. Se administraran líquidos en cantidad pequeña pero frecuente, hacer un balance hídrico, valorar signos (turgencia de piel, hidratación de mucosas, ausencia de lágrimas, depresión de fontanelas en lactantes), registrar frecuencia, enviar las muestras de heces al laboratorio, enseñar al niño a lavarse las manos después de cada deposición, tomar medidas de aislamiento si fuera necesario.

Ajustar bien los pañales para evitar fugas de heces. Cuando presenta estreñimiento, los objetivos serán limpiar la última porción del tracto intestinal de heces, aliviar el dolor y reducir el miedo y la ansiedad. Se administrará la medicación laxante y analgésica ordenada por el médico. Administrar enemas para vaciar el intestino. Si fracasa el enema, proceder a la extracción manual del fecaloma. Tranquilizar al niño durante el procedimiento. Registrar hora, cantidad, aspecto, tamaño de la deposición.

Cuando presenta vómitos, se evitará la deshidratación, se establecerá una dieta apropiada, instruir al niño y familia, proporcionando apoyo emocional. Se administrará antieméticos según orden médica. Valorar el tipo de vómitos, aspecto, cantidad, conducta del niño y sed. Ofrecer líquidos en pequeñas

5.4.5.5. Tratamiento del trauma de la violación. Es importante que enfermería realice acciones encaminadas a disminuir los efectos producidos por el trauma de una violación, la Dirección de Provisión de Servicios de Salud de Bogotá describe las siguientes actividades de enfermería.⁶²

- Ofrecer una persona de apoyo para acompañar a la paciente.
- Explicar a la paciente los procedimientos legales disponibles.
- Explicar el protocolo de actuación tras una violación y obtener el consentimiento para actuar de acuerdo con él.
- Registrar si la paciente se ha duchado, bañado, desde el incidente.
- Registrar el estado mental, físico (ropa, suciedad, restos),
- historia del incidente, pruebas de violación e historial ginecológico anterior.
- Determinar la presencia de cortes, magulladuras, hemorragia, laceraciones y demás señales de violencia física.

⁶²DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD. Guía de cuidado de enfermería en la detección del riesgo psicosocial. consultado el 25 de enero de 2016. Recuperado de <http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Guas%20de%20cuidado%20de%20enfermera/Guia%20riesgo%20psicosocial.pdf>

- Poner en práctica el protocolo para el abordaje integral de la violencia sexual desde el sector de salud.
- Proteger las muestras como evidencia legal; etiquetar y guardar ropa sucia, secreciones vaginales y vello púbico según lo establece la cadena de custodia.
- Realizar asesoramiento de intervención en la crisis.
- Ofrecer medicación para evitar el embarazo, si procede (anticoncepción de emergencia).
- Informar a la paciente acerca de las pruebas del VIH.
- Ofrecer medicación antibiótica profiláctica para VIH e ITS, ordenada por médico.
- Dar instrucciones claras por escrito acerca del uso de los medicamentos, servicio de apoyo de crisis y apoyo legal.
- Remitir a la paciente a un programa de defensa jurídica contra violaciones.
- Hacer seguimiento de los casos.

VI. MATERIAL Y METODOS.

1. Tipo De Estudio.

Es un estudio de tipo descriptivo porque su propósito es describir los conocimientos y actitudes que posee el personal de enfermería en la atención de pacientes víctimas de violencia sexual que acuden al hospital Infantil Elisa Martínez, con abordaje cuantitativo ya que los resultados se representan en forma gráfica, y transversal porque se realizó en un tiempo determinado durante el mes de Julio del año 2,016.

2. Unidad De Análisis.

Personal de enfermería del servicio de Emergencia del hospital Infantil Elisa Martínez de Puerto Barrios Izabal.

3. Población y Muestra.

3.1. Población.

Personal de enfermería del hospital infantil Elisa Martínez de Puerto Barrios, Izabal.

3.2. Muestra. Personal de enfermería (Enfermeras profesionales y Auxiliares de enfermería) del servicio de Emergencia del hospital infantil Elisa Martínez de Puerto Barrios, Izabal, conformada por un total de 28 sujetos de estudio.

4. Definición y operacionalización de las variables

Variable.	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Items
Independiente Conocimientos del personal de enfermería en relación a la atención a pacientes de abuso sexual infantil en el servicio de emergencia.	Conjunto de bases teóricas que fundamentan el desempeño del personal de enfermería en la atención que brindan a víctimas de abuso sexual en el servicio de Emergencia en el hospital Elisa Martínez de Puerto Barrios Izabal	Ideas, conceptos, definiciones que tiene el personal de enfermería en relación a la atención a víctimas de abuso sexual en el hospital Elisa Martínez de Puerto Barrios Izabal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Abuso Sexual Infantil. 2. Indicadores de sospecha de abuso sexual 3. Signos y síntomas de abuso sexual. 4. Protocolo de atención a víctimas de abuso sexual. 5. Obligaciones de los servidores públicos. 6. Ruta interinstitucional de atención integral a víctimas de violencia sexual y/o maltrato. 7. Pruebas diagnósticas. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Defina que es el abuso sexual infantil. 2. Enumere tres indicadores de abuso sexual infantil 3. Mencione tres signos y síntomas de abuso sexual. 4. Conoce el protocolo de atención a víctimas de abuso sexual? 5. El protocolo de atención a víctimas de abuso sexual describe que la denuncia de abuso sexual infantil es una obligación para los servidores públicos. 6. Enumere dos instituciones del sector justicia a donde debe presentarse la denuncia establecida en la ruta de atención a Víctimas de violencia sexual Infantil que establece el protocolo. 7. Describa tres pruebas de laboratorio que debe

<p>Dependiente: actitudes hacia la persona que es víctima de abuso sexual que asisten a la Emergencia del hospital infantil Elisa Martínez de Puerto Barrios Izabal.</p>	<p>Disposición del personal de Enfermería en la atención a pacientes de abuso sexual Infantil.</p>	<p>Conjunto de demostraciones que evidencia el personal de Enfermería en la atención a pacientes víctimas de abuso sexual Infantil.</p>	<p>8. Medicamento</p> <p>9. Registro.</p> <p>10. Vacunas.</p> <p>11. Confidencialidad.</p> <p>12. Atención de urgencia.</p> <p>13. Denuncia.</p>	<p>practicárselos a las/o pacientes víctimas de violencia sexual según protocolo de atención a víctimas de abuso sexual.</p> <p>8. Mencione tres medicamentos que contiene el kit de emergencia para pacientes víctimas de abuso sexual.</p> <p>9. Enumere en que SIGSA se registran los pacientes víctimas de abuso sexual.</p> <p>10. Mencione que vacunas se debe administrar según protocolo de pacientes víctimas de abuso sexual.</p> <p>11. Se interesa usted por guardar la confidencialidad de las pacientes víctimas de abuso sexual.</p> <p>12. Considera la atención a pacientes víctimas de abuso sexual una emergencia?</p> <p>13. Se interesa usted por realizar la denuncia obligatoria.</p>
--	--	---	--	--

			<p>14. Restitución de los derechos de los niños, niñas y adolescentes.</p> <p>15. Cumplimiento de deberes.</p> <p>16. Atención integral.</p> <p>17. Autoeducación.</p> <p>18. La familia.</p> <p>19. Escucha Activa.</p>	<p>14. Considera que la denuncia obligatoria contribuye a la restitución de los derechos de las víctimas de violencia sexual i</p> <p>15. Considera que el incumplimiento de la atención a pacientes de abuso sexual conlleva implicaciones legales.</p> <p>16. Se interesa usted por involucrar a otros profesionales del equipo de salud en la atención a pacientes víctimas de abuso sexual.</p> <p>17. Se ha interesado por recibir capacitación sobre abuso sexual infantil.</p> <p>18. Considera usted que el rol de la familia es de ayuda en la recuperación de la salud de las y los pacientes víctimas de abuso sexual infantil.</p> <p>19. Se interesa usted por escuchar activamente a los niños y niñas víctimas de abuso sexual Infantil</p>
--	--	--	--	--

5. Descripción detallada de instrumentos técnicas, y procedimientos a utilizar.

Se analizó y determinó el tema de investigación, se solicitó a la Unidad de Tesis la aprobación del tema a investigar y se procedió a la elaboración del protocolo de investigación. Para recabar la información necesaria se elaboró como instrumento un cuestionario con 19 preguntas que respondieron los sujetos de estudio.

Se realizó estudio piloto en la pediatría del hospital regional de Zacapa, aplicando el instrumento al personal de enfermería que labora en el servicio de Emergencia.

Se solicitó la autorización de las autoridades del Hospital y Jefe de servicio de la Emergencia del hospital Infantil para realizar el estudio de campo, donde se llevó a cabo la distribución de los cuestionarios al personal que labora en dicho servicio. A los trabajadores encuestados se les brindó consejería y consentimiento informado; Luego de recolectar los instrumentos se revisó cada uno para verificar que estén debidamente llenos para proceder a vaciar los datos en cuadro matriz y el análisis de los mismos. Por medio del estudio piloto se identificaron necesidades de ajustes en la redacción de las preguntas.

6. Criterios de inclusión y de exclusión.

6.1 Criterios de inclusión: Todo el personal de enfermería del servicio de Emergencia del Hospital Infantil Elisa Martínez que aceptó participar en la investigación.

6.2 Criterios de exclusión: Se excluyeron a 2 personas sujetas a estudio por encontrarse de vacaciones.

7. Aspectos Éticos de la investigación.

7.1. Consentimiento Informado:

Se elaboró una carta de consentimiento informado mediante el cual el personal de Enfermería del servicio de Emergencia del Hospital Nacional Infantil Elisa Martínez sujetos de estudio firmó y aceptó participar previa explicación de los objetivos del estudio.

7.2. Autorización Institucional.

Se realizaron los trámites administrativos ante la dirección ejecutiva de las instituciones donde se realizó el estudio piloto y el trabajo de campo.

7.3. Derecho a la Autonomía:

Se explicó a todo el personal de Enfermería que participó, que tienen derecho a decidir su participación en el estudio o no, se les informó el objetivo de la investigación y que podrán abandonar el estudio cuando así lo deseen.

7.4. Derecho a la Intimidad:

Se les dio a conocer a todos el personal de Enfermería participante que tiene derecho a decidir el momento, la cantidad de información y las circunstancias generales para que la información que proporcionan pueda compartirse.

7.5. Derecho al anonimato y confidencialidad:

Se explicó que no hay necesidad que escriba su nombre porque el instrumento no lo requiere, y en efecto, la información que proporciono únicamente fue utilizada para la presente investigación.

7.6. Derecho a la justicia:

A todos los participantes, se les trató con justicia y con igualdad sin distinción de raza o credo.

7.7. Beneficencia:

Se explicó a los participantes del estudio que el objetivo del mismo es únicamente para beneficio de las y los pacientes víctimas de abuso sexual infantil y que contribuirá a mejorar su salud física y mental.

VII. PRESENTACIÓN Y ANALISIS DE RESULTADOS.

Cuadro No. 1

Definición de abuso sexual infantil.

No.	Respuesta	Frecuencia	%
1	Relación sexual forzada entre un adulto y un niño	15	58
2	Cuando un adulto agrede físicamente a un niño.	11	42
	Total.	26	100

Fuente: Cuestionario a personal de Enfermería del servicio de Emergencia del Hospital Nacional Infantil Elisa Martínez de Puerto Barrios Izabal, Julio 2,016.

Al preguntar la definición de abuso sexual infantil a los encuestados un porcentaje bajo (58%) describe la definición correcta, este aspecto es de gran importancia a considerar, porque no contar con ese conocimiento el personal de enfermería sobre un tema prioritario en salud dificulta la fundamentación de sus acciones, así también el logro de los objetivos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y de la institución.

El National Center of Child Abuse and Neglect, en 1978⁶³ "definió el abuso sexual como los contactos sexuales e interacciones entre un niño y un adulto cuando el adulto (agresor) usa al niño para estimularse sexualmente el mismo o a otra persona.

⁶³MARTÍNEZ González, C. Figueroa Buitrago. Madrid. (2000) Abuso sexual en la infancia. Consultado el 25 de enero 2,015 en <http://www.pap.es/files/1116-127-pdf/131.pdf>

Cuadro No. 2

Indicadores de abuso sexual infantil.

No.	Respuesta	Frecuencia	%
1	Infecciones urinaria frecuentes, dificultad para caminar, dolor en genitales.	15	58
2	Violación, maltrato infantil	8	31
3	Sin respuesta.	3	11
	Total	26	100

Fuente: Cuestionario a personal de Enfermería del servicio de Emergencia del Hospital Nacional Infantil Elisa Martínez de Puerto Barrios Izabal, Julio 2, 016.

Este cuadro muestra que un porcentaje significativo (42%) de los encuestados tiene deficiencia en el conocimiento de los indicadores de abuso sexual Infantil. Este desconocimiento afecta la detección, atención y rehabilitación oportuna y libre de riesgos en los niños abusados sexualmente.

Los indicadores del abuso sexual establecidos en el modelo de atención con enfoque de derechos para niños, niñas y adolescentes maltratados y abusados sexualmente son los siguientes: Dolor, hinchazón o picazón de genitales, Infecciones Urinarias recurrentes o crónicas y dificultad o dolor para orinar, Contusiones o sangrado en las áreas genital externa, vagina o anal. Dificultad para caminar o sentarse, Manchas de sangre o flujo en la ropa interior, Heridas, hemorragias y traumas de órganos genitales externos o internos ⁶⁴

⁶⁴MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL (2,010) Protocolo de atención en salud integral con enfoque intercultural de niñas y niños víctimas de maltrato infantil.

Cuadro No. 3.

Signos y síntomas de abuso sexual infantil.

No.	Respuesta	Frecuencia	%
1	Sangrado, secreción y dolor vaginal, golpes, Moretes, rasguños.	22	85
2	Violación, Abusos deshonestos.	4	15
	Total.	26	100

Fuente: Cuestionario a personal de Enfermería del servicio de Emergencia del Hospital Nacional Infantil Elisa Martínez de Puerto Barrios Izabal, Julio 2,016.

Al preguntar los signos y síntomas del abuso sexual, un porcentaje elevado (85%) conoce los signos y síntomas, siendo este factor importante porque contribuye a la identificación y satisfacción de necesidades, brindando una atención acorde a las necesidades sentidas y observadas, además de favorecer la denuncia ante autoridades competentes.

El protocolo de atención en salud integral con enfoque intercultural de niñas y niños víctimas de maltrato infantil, establece la siguiente clasificación de signos compatibles con abuso sexual. "Observar y determinar la presencia de flujo; secreción, sangrado, lesiones o cicatrices en genitales o ano."⁶⁵

⁶⁵MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL (2,010) Protocolo de atención en salud integral con enfoque intercultural de niñas y niños víctimas de maltrato infantil. P.17

Cuadro No. 4

Conocimiento del protocolo de atención a víctimas de abuso sexual.

No.	Respuesta	Frecuencia	%	Porque
1	Si	22	85	
2	No	4	15	No hay en el servicio
	Total	26	100	

Fuente: Cuestionario a personal de Enfermería del servicio de Emergencia del Hospital Nacional Infantil Elisa Martínez de Puerto Barrios Izabal, Julio 2,016.

Al preguntar si conocen el protocolo de atención a víctimas de abuso sexual, un elevado porcentaje (85 %) lo conocen, esto facilita la atención al paciente tomando en cuenta que los protocolos describen la secuencia del proceso de atención de un paciente producto de una validación técnica y nacen para facilitar la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas. Sin embargo, existe un (15%) que no lo conoce y manifiesta que no hay en el servicio, aunque mínimo es importante tomarlo en cuenta para buscar estrategias que mejoren esa deficiencia.

El protocolo de atención a víctimas/ sobrevivientes de violencia sexual. Establece "que se constituye en un instrumento de carácter técnico que aporta una ruta idónea de orientación y sobre todo de aplicaciones de estándares mínimos para que la atención sea oportuna, con calidad y con la celeridad que las personas y las circunstancias lo demanden."⁶⁶

⁶⁶ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL (2,010) Protocolo de atención a víctimas / sobrevivientes de violencia sexual. . Guatemala P. 9.

Cuadro No. 5.

El protocolo de atención a víctimas de abuso sexual describe que la denuncia de abuso sexual infantil es una obligación para los servidores públicos.

No.	Respuesta	Frecuencia	%	Porque
1	Si	25	96	
2	No	1	4	No indico
	Total	26	100	

Fuente: Cuestionario a personal de Enfermería del servicio de Emergencia del Hospital Nacional Infantil Elisa Martínez de Puerto Barrios Izabal, Julio 2,016.

Al preguntar si el protocolo de atención a víctimas de violencia sexual describe como obligatoria la denuncia para los funcionarios públicos un elevado porcentaje (96%) contestó que sí, este aspecto es importante porque muestra que el personal de Enfermería está conciente de esta obligación como funcionarios públicos en el ejercicio de las funciones inherentes al trabajo de enfermería. Sin embargo existe un (4%) que contestó que no es una obligación, aunque mínimo es importante tomarlo en cuenta ya que esto afecta al paciente, trabajador e institución, porque podría significar un delito por omisión de denuncia así como también permita la búsqueda de estrategias que promuevan la denuncia.

El protocolo de atención a víctimas sobrevivientes de violencia sexual establece ⁶⁷ "Notificación obligatoria por el personal de salud, Médico, Enfermera, o Trabajadora Social, realizan notificación obligatoria al Ministerio Publico anotando la fecha y hora en el expediente clínico, para dar cumplimiento a una responsabilidad legal".

⁶⁷ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL (2,010) Protocolo de atención a víctimas / sobrevivientes de violencia sexual. . Guatemala P. 25

Cuadro No. 6.

Dos instituciones del sector justicia a donde debe presentarse la denuncia establecida en la ruta de atención a Víctimas de violencia sexual Infantil que establece el protocolo.

No.	Respuesta	Frecuencia	%
1	Procuraduría General de la Nación. Instituto Nacional de ciencia Forense. Ministerio Público.	24	92
2	Policía Nacional Civil.	2	8
	Total	26	100

Fuente: Cuestionario a personal de Enfermería del servicio de Emergencia del Hospital Nacional Infantil Elisa Martínez de Puerto Barrios Izabal, Julio 2,016.

Un elevado porcentaje (92%) de los encuestados respondió las instancias establecidas en la ruta de atención a pacientes víctimas de abuso sexual, aspecto importante que contribuye a derivar los casos a instancias de justicia para la atención de tipo legal. Sin embargo un porcentaje mínimo (8%) no conoce la instancia de justicia para realizar la notificación, es importante tomarlo en cuenta para establecer estrategias y mejorar este aspecto.

El protocolo de atención a víctimas sobrevivientes de violencia sexual indica "realiza la notificación obligatoria al MP y de no existir, deberá comunicarse al Juzgado de Paz, y en caso de menores de edad también debe notificar a la PGN. y/o Juzgado de la Niñez. Explicar a la paciente del proceso de notificación obligatoria y la presencia del Ministerio Público e INACIF." ⁶⁸

⁶⁸MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL (2,010) Protocolo de atención a víctimas / sobrevivientes de violencia sexual. Guatemala P. 25.

Cuadro No. 7.

Tres pruebas de laboratorio que debe practicárseles a las/o pacientes víctimas de violencia sexual según protocolo de atención a víctimas de abuso sexual.

No.	Respuesta	Frecuencia	%
1	VIH, VDRL, HEMATOLOGIA.	26	100
	Total	26	100

Fuente: Cuestionario a personal de Enfermería del servicio de Emergencia del Hospital Nacional Infantil Elisa Martínez de Puerto Barrios Izabal , Julio 2,016.

El (100%) de los encuestados respondió los exámenes de laboratorio necesarios para los pacientes víctimas de abuso sexual establecidos en el protocolo. Este aspecto es significativo porque contribuye a la realización de un diagnóstico oportuno y por ende a una recuperación pronta, disminuyendo los días de hospitalización, y costos para el paciente, familia e institución.

El protocolo de atención a víctimas sobrevivientes de violencia sexual indica, "Exámenes de laboratorio, VDRL, Hepatitis B y C, Prueba de embarazo, VIH, Hematología, otras de acuerdo a cada caso indicado por el personal médico de turno."⁶⁹

⁶⁹MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL (2,010) Protocolo de atención a víctimas / sobrevivientes de violencia sexual. . Guatemala P. 33

Cuadro No. 8.

Tres medicamentos que contiene el kit de emergencia para pacientes víctimas de abuso sexual.

No.	Respuesta	Frecuencia	%
1	Penicilina Benzatínica Azitromicina, levonorgestrel	18	69
2	Ceftriaxona.	7	27
3	No contestó	1	4
	Total	26	100

Fuente: Cuestionario a personal de Enfermería del servicio de Emergencia del Hospital Nacional Infantil Elisa Martínez de Puerto Barrios Izabal, Julio 2,016.

Al preguntar a los encuestados sobre tres medicamentos que contiene el kit de emergencia para pacientes víctimas de abuso sexual, un porcentaje significativo (69%) conoce los medicamentos. Existe un 31% (8 personas) que no conoce los medicamentos, este aspecto es de trascendencia porque el desconocimiento conlleva a la demora en la atención sobre todo porque al no saber que medicamentos son los indicados no se estará pendiente de su abastecimiento y almacenamiento.

Los medicamentos establecidos en el protocolo de atención a víctimas sobrevivientes de violencia sexual son los siguientes, "Levonorgestrel, Zidovudina, Lamivudina, Lopinavir más Ritonavir, Penicilina Benzatínica, Azitromicina, Metronidazo,"⁷⁰

⁷⁰ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL (2,010) Protocolo de atención a víctimas / sobrevivientes de violencia sexual. . Guatemala P.38,39.

Cuadro No. 9.

SIGSA en donde se registran los pacientes víctimas de abuso sexual.

No.	Respuesta	Frecuencia	%
1	SIGSA 3H	13	50
2	SIGSA	8	31
3	No contestó	5	19
	Total	26	100

Fuente: Cuestionario a personal de Enfermería del servicio de Emergencia del Hospital Nacional Infantil Elisa Martínez de Puerto Barrios Izabal, Julio 2,016.

Como puede observarse en el cuadro anterior un 50% del personal encuestado, desconoce el nombre del documento para el registro estadístico de pacientes víctimas de violencia sexual, esto favorece el sub registro de pacientes y por consiguiente disminuye la producción de una emergencia hospitalaria.

El protocolo de atención a víctimas de violencia establece.⁷¹ "Registro en emergencia, SIGSA 3 H como Abuso Sexual. "

⁷¹ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL (2,010) Protocolo de atención a víctimas / sobrevivientes de violencia sexual. . Guatemala P.29.

Cuadro No. 10.

Vacunas que se debe administrar según protocolo de pacientes víctimas de abuso sexual.

No.	Respuesta	Frecuencia	%
1	Hepatitis B Antitetánica.	22	85
2	No contestó	4	15
	Total	26	100

Fuente: Cuestionario a personal de Enfermería del servicio de Emergencia del Hospital Nacional Infantil Elisa Martínez de Puerto Barrios Izabal, Julio 2,016.

Un (85%) de los encuestados respondió las vacunas que indica el protocolo de violencia del Ministerio de Salud Pública. Este aspecto es importante porque cumpliendo con ello se evita la transmisión de enfermedades, y fomenta uno de los principios de enfermería como es el de proteger al paciente de causas externas de enfermedad. Existe un 15% que no contestó la pregunta, es importante tomarlo en cuenta para buscar estrategias que mejoren esta deficiencia de conocimiento.

Las vacunas establecidas en el protocolo de atención a víctimas sobrevivientes de violencia sexual son las siguientes. "Profilaxis Hepatitis B. Valorar la necesidad de profilaxis frente al virus de la Hepatitis B, y Vacunación antitetánica, siempre vacunar en caso de violencia sexual. En niñas y niños menores de 6 años, investigar el esquema de vacunación al momento de realizar la historia clínica".⁷²

⁷² MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL (2,010) Protocolo de atención a víctimas / sobrevivientes de violencia sexual. . Guatemala P. 41.

Cuadro No. 11.

Se interesa usted por guardar la confidencialidad de las pacientes víctimas de abuso sexual.

No.	Respuesta	Frecuencia	%	Porque
1	Si	26	100	Es una responsabilidad de enfermería, fomenta la confianza en el paciente y mejora la comunicación.
2	No	0		
	Total	26	100	

Fuente: Cuestionario a personal de Enfermería del servicio de Emergencia del Hospital Nacional Infantil Elisa Martínez de Puerto Barrios Izabal, Julio 2,016.

Al preguntar a los encuestados si se interesan por guardar la privacidad del pacientes, el total (100%) contestó que sí, esto es importante porque todos están comprometidos con una atención humanizada e individualizada contribuyendo de esta forma a fortalecer la confianza de los paciente víctimas de violencia sexual, quien muchas veces no informa de su situación por miedo y temor a ser estigmatizados.

La ruta interinstitucional de la atención en hospitales, centros y servicios de 24 horas en pacientes víctimas inestables del protocolo de atención a víctimas sobrevivientes de violencia sexual establece las siguientes "recomendaciones para el momento de la recepción garantizar un ambiente de privacidad, tener en cuenta el estado emocional de la persona, asegurar la confidencialidad del relato

473

⁷³ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL (2,010) Protocolo de atención a víctimas / sobrevivientes de violencia sexual. . Guatemala P. 30.

Cuadro No. 12.

Considera la atención a pacientes víctimas de abuso sexual una emergencia.

No.	Respuesta	Frecuencia	%	Porque
1	Si	26	100	Es una prioridad, para disminuir secuelas y prevenir enfermedades de transmisión sexual.
2	No	0	0	
	Total	26	100	

Fuente: Cuestionario a personal de Enfermería del servicio de Emergencia del Hospital Nacional Infantil Elisa Martínez de Puerto Barrios Izabal, Julio 2,016.

Al preguntar a los encuestados si considera la atención a pacientes víctimas de violencia sexual una emergencia, el total de encuestados contestó que si, esto es significativo porque todos conocen los lineamientos del Ministerio de Salud Pública al indicar que la atención a víctimas de violencia sexual constituyen una prioridad en salud, siendo una urgencia Médica.

La ruta interinstitucional de la atención en hospitales, establecida en el protocolo de atención a víctimas sobrevivientes de violencia sexual indica que "La atención médica es de emergencia."⁷⁴

⁷⁴ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL (2,010) Protocolo de atención a víctimas / sobrevivientes de violencia sexual. . Guatemala P. 24.

Cuadro No. 13.

Se interesa usted por realizar la denuncia obligatoria.

No.	Respuesta	Frecuencia	%	Porque
1	Si	26	100	Cumplir con el protocolo es una responsabilidad como trabajador y contribuir en la investigación.
2	No	0	0	
	Total	26	100	

Fuente: Cuestionario a personal de Enfermería del servicio de Emergencia del Hospital Nacional Infantil Elisa Martínez de Puerto Barrios Izabal, Julio 2, 016.

El total de los encuestados (100%) contestó interesarse en realizar la denuncia obligatoria, siendo esto trascendental porque se interesan en cumplir con la obligación establecida en leyes nacionales y que como funcionarios públicos les compete.

El artículo 457 del código penal Guatemalteco establece. "El funcionario o empleado público que, por razón, de su cargo tuviere conocimiento de la comisión de un hecho calificado como delito de acción pública y a sabiendas omitiere o retardare hacer la correspondiente denuncia a la autoridad judicial competente, será sancionado con multa de cien a un mil quetzales. En igual sanción incurrirá el particular que, estando legalmente obligado, dejare de denunciar." ⁷⁵

⁷⁵ CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE GUATEMALA (1973) Código Penal, decreto 17-73

Cuadro No. 14.

Considera que la denuncia obligatoria contribuye a la restitución de los derechos de las víctimas de violencia sexual Infantil.

No.	Respuesta	Frecuencia	%	Porque.
1	Si	20	76	Es un derecho violentado.
2	No	3	12	No recupera lo perdido.
3	Sin respuesta	3	12	
	Total	26	100	

Fuente: Cuestionario a personal de Enfermería del servicio de Emergencia del Hospital Nacional Infantil Elisa Martínez de Puerto Barrios Izabal, Julio 2, 016.

Un 76% (20 personas) de los encuestados respondió que la denuncia obligatoria contribuye a la restitución de los derechos de las pacientes víctimas de violencia sexual, aspecto importante porque el abuso sexual es considerado como una violación a los derechos de las personas, en este caso a la salud física y mental, los cuales necesitan ser restituidos. Además es importante tomar en cuenta el (24%) que incluye a los que respondieron que no y a los que dejaron sin respuesta la pregunta, para buscar mecanismos que cambien la manera de pensar de este grupo, respecto al tema en cuestión.

La Ruta Crítica de la Denuncia para la Protección Integral de la Niñez y Adolescencia Vulnerada en sus Derechos escrito por el Licenciado Miguel Ángel López de la Asociación Contra el Maltrato Infantil hace referencia al ⁷⁶abuso sexual indicando que "Es una de las peores formas de violar los derechos humanos de la niñez y adolescencia, es una expresión de violencia que se fundamenta en una relación de poder, es decir en una relación desigual"

⁷⁶ LÓPEZ Miguel Ángel. (2009) Ruta crítica de la denuncia para la protección integral de la Niñez y adolescencia vulnerada en sus derechos. P 31 Guatemala.

Cuadro No. 15.

Considera que el incumplimiento de la atención a pacientes de abuso sexual conlleva implicaciones legales.

No.	Respuesta	Frecuencia	%	Porque.
1	Si	25	96	Es un deber plasmado en ley, que ayuda al bienestar del paciente.
2	No	0	0	
3	No contestaron.	1	4	
	Total	26	100	

Fuente: Cuestionario a personal de Enfermería del servicio de Emergencia del Hospital Nacional Infantil Elisa Martínez de Puerto Barrios Izabal, Julio 2,016.

Al preguntar a los encuestados si consideran que el incumplimiento de la atención a pacientes víctimas de violencia sexual conlleva implicaciones legales, un total de (96%) respondió que sí. Es importante que el personal de enfermería lo reconozca porque le permite estar atento al cumplimiento de funciones inherentes al cargo y así evitar demandas legales o llamadas de atención de tipo administrativo.

La ley de protección integral de la niñez y adolescencia establece en su Artículo 11. Integridad. ⁷⁷ "Todo niño, niña y adolescente tiene derecho a ser protegido contra toda forma de descuido, abandono o violencia, así también a no ser sometido a torturas, tratos crueles, inhumanos o degradantes."

⁷⁷CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE GUATEMALA (2,010) Ley de protección Integral de la Niñez y Adolescencia artículo 2.

Cuadro No. 16.

Le interesa a usted involucrar a otros profesionales del equipo de salud en la atención a pacientes víctimas de abuso sexual.

No.	Respuesta	Frecuencia	%	Porque.
1	Si	23	88	Se requiere de un equipo multidisciplinario capacitado.
2	No	2	8	No se cumple con el secreto profesional.
3	No contestaron.	1	4	
	Total	26	100	

Fuente: Cuestionario a personal de Enfermería del servicio de Emergencia del Hospital Nacional Infantil Elisa Martínez de Puerto Barrios Izabal, Julio 2, 016.

Del total de los encuestados un 88 % respondió tener interés en involucrar a otros profesionales en la atención a pacientes víctimas de abuso sexual, este aspecto es importante porque le permite trabajar en equipos multidisciplinarios, fomentando una atención integral, considerando que el paciente es un ser biopsicosocial.

Sin embargo un (8%) no se interesa y un (4%) no contestó, aspecto importante a tomar en cuenta para fomentar la atención integral de calidad.

El Protocolo de atención a pacientes víctimas de Violencia sexual establece que el abordaje debe ser especializado, interdisciplinario, interinstitucional.⁷⁸

⁷⁸ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL (2,010) Protocolo de atención a víctimas / sobrevivientes de violencia sexual. . Guatemala P. 10

Cuadro No. 17.

Se ha interesado por recibir capacitación sobre abuso sexual infantil.

No.	Respuesta	Frecuencia	%	Porque.
1	Si	25	96	Al capacitarse se obtienen mejores resultados.
2	No	0	0	
3	Sin respuesta	1	4	
	Total	26	100	

Fuente: Cuestionario a personal de Enfermería del servicio de Emergencia del Hospital Nacional Infantil Elisa Martínez de Puerto Barrios Izabal, Julio 2,016.

Al preguntar a los encuestados si se interesan por recibir capacitaciones sobre abuso sexual infantil un total de 25 personas contestó que si se interesan en recibir capacitaciones, es importante este aspecto porque el conocimiento es uno de los factores que contribuye a mejorar el desempeño laboral de enfermería para el logro de la satisfacción del paciente. Es importante considerar el (4%) que no contestó para fomentar la actualización de conocimientos.

Según Polit, Hungler define el conocimiento Científico indicando ⁷⁹“Este es un pensamiento dinámico el cual utiliza métodos científicos, investigaciones y experimentación, para aproximarse a la realidad o dar solución a un determinado problema.”

⁷⁹POLIT, Hungler. (1997) Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 5a. ed. Editorial Mac-Graw-Hill. Interamericana. México. P. 11

Cuadro No. 18.

Considera usted que el rol de la familia es de ayuda en la recuperación de la salud de las y los pacientes víctimas de abuso sexual infantil.

No.	Respuesta	Frecuencia	%	Porque.
1	Si	25	96	Siempre y cuando no sea el agresor, la familia es de apoyo en la recuperación.
2	No	0		
3	Sin respuesta.	1	4	
	Total	26	100	

Fuente: Cuestionario a personal de Enfermería del servicio de Emergencia del Hospital Nacional Infantil Elisa Martínez de Puerto Barrios Izabal, Julio 2, 016.

El 96% de los encuestados considera que el rol de la familia ayuda en la recuperación de los pacientes víctimas de abuso sexual infantil, siempre y cuando no sea el agresor, aspecto importante a tomar en cuenta al momento de brindar la atención a los pacientes, y considerar que la familia es parte importante en la recuperación del mismo, sin dejar de tomar en cuenta la posibilidad que la familia en algún momento se convierte en agresor de los menores de edad.

Aida Aguilar Mercedes en su estudio titulado *Violencia Infantil un desafío Pastoral* concluye. "velen por el bienestar de mujeres que son silenciadas para que no alcen la voz y exijan justicia, protección, derechos a la vida y a vivir dignamente como personas. Los padres son los que le dan vida a un ser y son algunos de ellos mismos quienes los agreden y los maltratan."⁸⁰

⁸⁰MERCEDES Aída Aguilar Pérez (2012) *Violencia infantil un desafío pastoral*. en <http://biblio3.url.edu.gt/Tesis/2012/08/07/AguilarMercedes.pdf>fbiblioteca.usac.edu.gt/tesis/13/13_2273.pdf

Cuadro No. 19.

Se interesa usted por escuchar activamente a los niños y niñas víctimas de abuso sexual Infantil.

No.	Respuesta	Frecuencia	%	Porque.
1	Si	24	96	Necesitan ser escuchados y eso le da seguridad al paciente e información a enfermería importante para la recuperación.
2	No contestaron.	2	4	
	Total	26	100	

Fuente: Cuestionario a personal de Enfermería del servicio de Emergencia del Hospital Nacional Infantil Elisa Martínez de Puerto Barrios Izabal, Julio 2,016.

Es satisfactorio que un total de 96% de los encuestados haya respondido que se interesa por escuchar activamente a los pacientes víctimas de abuso sexual, ya que permite al personal de enfermería conocer las necesidades del paciente tal como el las percibe, lo que ayuda a realizar acciones para satisfacerlas adecuadamente.

El protocolo de atención a víctimas sobrevivientes de violencia sexual indica que una de las acciones es⁸¹ "Escuchar atentamente, sin presionar para que la víctima hable (se requiere prudencia al abordar temas delicados)."

⁸¹MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL. (2009). Protocolo de Atención a Víctimas/ Sobrevivientes de violencia Sexual P.27.

VIII. CONCLUSIONES.

Con base en los objetivos planteados y a los indicadores, se concluye en lo siguiente:

1. El 58% del personal de enfermería encuestado conoce la definición de abuso sexual infantil, y los indicadores de abuso sexual infantil, el 85% conoce los signos y síntomas del abuso sexual, el resto no posee los conocimientos. Aspectos importantes a tomar en cuenta porque ellos contribuyen a la identificación y satisfacción de necesidades sentidas y observadas.
2. El 85% conoce el protocolo de atención a víctimas de violencia sexual, un 92% conoce las instituciones de justicia a donde debe de presentarse la denuncia, el 69% conoce los medicamentos del kit de emergencia, el 85% conoce las vacunas que deben de administrarse, y un 50% conoce el instrumento SIGSA 3H donde debe de registrarse los pacientes, el resto no posee estos conocimientos lo que dificulta la fundamentación de las acciones, así también el logro de los objetivos del Ministerio de Salud y de la institución.
3. Un 96% considera la denuncia de abuso sexual una obligación para los servidores públicos, favoreciendo el cumplimiento de las funciones inherentes al cargo. Es importante mencionar que el 100% conoce las pruebas de laboratorio que deben de practicárseles lo que contribuye a la realización de un diagnóstico oportuno.
4. El 96% considera que el incumplimiento de la atención a pacientes víctimas de abuso sexual conlleva implicaciones legales, el 88% le interesa involucrar a otros profesionales en la atención, el 96% se interesa por escuchar activamente a los pacientes, el resto no posee la actitud para llevar a cabo estas actividades, la carencia de esta actitud en el personal de enfermería favorece el incumplimiento de protocolos, normas, leyes que

regulan la atención a pacientes. Sin embargo es importante mencionar que el 100% del personal se interesa por guardar la confidencialidad de los pacientes e interesarse por realizar la denuncia obligatoria, favoreciendo la confianza en el paciente.

5. El 96% se interesa por recibir capacitaciones, el resto no cuenta con esa actitud, factor importante en el desempeño del personal, para un cambio de actitud y favorecer una práctica segura y libre de riesgo.
6. El 76% considera que la denuncia obligatoria contribuye a la restitución de los derechos de los pacientes víctimas de violencia sexual, el 96% considere que la familia es de ayuda en la recuperación de la salud de los pacientes, siempre y cuando no sea el agresor del menor, el resto no posee esa actitud en el desempeño de sus labores. Es importante considerar que los niños, niñas y adolescentes son sujetos de derechos, y la salud es uno de sus derechos, que debe de considerarse al momento de brindar la atención de enfermería, y considerar a la familia parte importante en la recuperación de los pacientes siempre tomando en cuenta la decisión del paciente.

IX. RECOMENDACIONES.

1. Implementar Programas de Educación Permanente para el personal de Enfermería sobre abuso sexual infantil incluyendo talleres proporcionando material didáctico incluyendo material de forma digital, con el objetivo de estar actualizado en un tema prioritario para el Ministerio de Salud Pública.
2. Elaborar instrumentos que permitan monitorear y evaluar los conocimientos y actitudes del personal para retroalimentar en cuanto a las necesidades identificadas.
3. Crear espacios de consulta bibliográfica sobre abuso sexual infantil impreso y digital dentro de la institución.
4. Involucrar y tomar en cuenta al personal de Enfermería en las acciones de detección y atención de los pacientes víctimas de abuso sexual.
5. Tomar en cuenta las fortalezas y debilidades manifestadas por el personal de Enfermería que contribuyan a mejorar la atención.
6. Realizar talleres de sensibilización al personal de enfermería sobre abuso sexual infantil, que mejoren la calidad de atención brindada al paciente pediátrico que ha sufrido violencia sexual.

X. BIBLIOGRAFIA.

1. ARGUETA, Ana María, (2001) Proceso de Enfermería Paso a Paso. Guatemala, p. 99.
2. ASAMBLEA NACIONAL CONSTITUYENTE (1,985) Constitución Política de la República de Guatemala.
3. BRUNER, L. y Doris Smith. (1999) Enfermería Medico Quirúrgica 9ª. Ed. Interamericano McGraw-Hill. México P. 55
4. BURNS, Nancy. GROVE, Susan K. Investigación en enfermería. 3a.ed. Editorial El Sevier, 2004 Génova. Madrid España. p. 1.
5. COMISIÓN NACIONAL DE LA NIÑEZ Y DE LA ADOLESCENCIA.(2,004) Política Publica de protección Integral y plan de acción Nacional a favor de la Niñez y la adolescencia. Guatemala Pág. 12
6. COMISIÓN NACIONAL CONTRA EL MALTRATO INFANTIL (2,007). Diagnóstico sobre el maltrato y abuso sexual a niños, niñas y adolescentes en Escuintla. Guatemala, P 30.
7. CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE GUATEMALA (1973) Código Penal, decreto 17-73. Capítulo I.
8. CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE GUATEMALA (2,010) Ley de protección Integral de la Niñez y Adolescencia artículo 2.
9. DENISSE F. POLIT,PH.D. BERNADETTE P. HUNGLER, B S N tercera edición, investigación científica en ciencias de la salud, dirigido a médicos y enfermeras, administradores en salud Pág., 13,14, y 15, total de Pág. 563
10. ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS DE GUATEMALA, (2,010.) Introducción a Enfermería
11. FULGUEIRA, Jover. (1979)"Algunas Consideraciones Psicológicas sobre la Muerte y el Morir". Revista Rol de Enfermería. México. (No. 12:37-45) .
12. HERNANDEZ, Gómez Dora. (2011) Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Autocuidado de los Pacientes Diabéticos de 40 a 60 años que asisten a la consulta Externa del Hospital de Amatitlán. Tesis .para optar al grado de Licenciada en Enfermería. P. 21
13. INSTITUTO COLOMBIANO DE INVESTIGACIÓN DE FAMILIA Y POBLACIÓN, (1997). Intervención en casos de Abuso Sexual en estado de Crisis.
14. INSTITUTO MADRILEÑO DEL MENOR Y LA FAMILIA, (1998) . atención al Maltrato Infantil desde el ámbito sanitario
15. LÓPEZ Miguel Ángel .(2009) Ruta crítica de la denuncia para la protección integral de la Niñez y adolescencia vulnerada en sus derechos. P 31 Guatemala.
16. MOJICA, Cecilia. (1970)Trabajo en equipo y su aplicación en situaciones de enfermería. Segunda Edición. Universidad Javeriana, Pág. 24

17. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL. (2009). Protocolo de Atención a Víctimas/ Sobrevivientes de violencia Sexual P. 12.
18. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS DE GUATEMALA, (2010) Modulo Introducción a enfermería. P. 57
19. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL (2,010) Protocolo de atención en salud integral con enfoque intercultural de niñas y niños víctimas de maltrato infantil.
20. MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL, (2012) , Protocolos Médicos, Guatemala
21. MARTÍN, Aguirre y Gonzáles, (2013). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería del hospital distrital de Poptún Peten e instituto Guatemalteco DE SEGURIDAD SOCIAL DE Puerto Barrios Izabal , Tesis para optar el grado de Magister en enfermería, Universidad Mariano Gálvez
22. OCÉANO MOSBY. (2005) Diccionario de Medicina, Última Edición. Traducción. Lena Ferrús Estopa. St. Louis, Missouri (USA). Océano. p. 348
23. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, (2011). Regulación de la enfermería en América Latina, Washington, D. C. P. 136
24. POLIT, Hungler. (1997) Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 5a. ed. Editorial Mac-Graw-Hill. Interamericana. México. P. 11
25. RODRÍGUEZ, VIVIAN ROSA MARÍA ESPAÑA. Y PERLA DE LEÓN. Modelos de atención con enfoque de derechos para niños, niñas y adolescentes maltratados y abusados sexualmente Guatemala. P. 14
26. SABINO, CARLOS. (1999) El Proceso de Investigación. Pág. 110
27. TUYUC, Luis Francisco. (2004) Significado del cuidado para el cuidador principal de la persona que vive con Trauma Cráneo Encefálico, Guatemala,. p. 15. Trabajo de grado (Licenciatura en Enfermería). Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas.
28. ALZATE María Victoria . (2,002, febrero). Ciencias Humanas Revista No. 30. Colombia consultado el 25 de enero 2015 Recuperado de <http://www.utp.edu.co/~chumanas/revistas/revistas/rev30/alzate.htm>
29. COMISIÓN NACIONAL CONTRA EL MALTRATO INFANTIL (2015) Informe de Monitoreo. Consultado el 15 de enero 2,015. Recuperado de <http://odn.ciprodeni.org/wp-content/uploads/2015/03/INFORME-DE-MONITOREO-ENERO-2015-CONACMI.pdf>
30. DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD. Guía de cuidado de enfermería en la detección del riesgo psicosocial. Consultado el 25 de enero de 2016. Recuperado de <http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Guas%20de%20cuidado%20de%20enfermera/Guia%20riesgo%20psicosocial.pdf>
31. DANIEL'S BLOG. Tipos de Conocimiento consultado el 22 de enero 2016 Recuperado de <https://danielvn7.wordpress.com/2008/07/09/tipos-de-conocimiento/>

32. INSTITUTO COLOMBIANO DE INVESTIGACIÓN DE FAMILIA Y POBLACIÓN, (1997). Intervención en casos de Abuso Sexual en estado de Crisis.
33. MARTÍNEZ González, C . Figueroa Buitrago . Madrid. (2000) Abuso sexual en la infancia. Consultado el 25 de enero 2,015 en <http://www.pap.es/files/1116-127-pdf/131.pdf>
34. MONOGRAFIAS.COM. Análisis de la Teoría del Sistema Conductual de Dorothy Johnson. consultado el 22 de agosto 2,015 en <http://www.monografias.com/trabajos16/sistema-conductual/sistema-conductual.shtml>
35. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2,014). Maltrato Infantil. consultado el agosto 2015, recuperado <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/>
36. SCHINNERLING. Alejandra María. Actitud de los estudiantes de Psicología Clínica de la Universidad Rafael Landívar ante asistir a psicoterapia. En <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/05/42/Schinnerling-Alejandra.pdf> consultado el 27 de septiembre 2,015
37. SIGLO 21 (2014) Violencia Sexual. Consultado el 15 de Enero 2015. Recuperado de <http://www.s21.com.gt/etiquetas/violencia-sexual>
38. WIKIPEDIA, enciclopedia libre, consultada el 22 de enero de 2,015. Recuperada en <https://es.wikipedia.org/wiki/Ni%C3%B1o>

ANEXOS.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS DE GUATEMALA
INVESTIGADORA. MARÍA ISABEL BAILÓN PEÑA.

Clave. _____

Fecha. _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Por medio de la firma de este documento doy mi consentimiento para formar parte de la investigación titulada "Conocimientos y actitudes del personal de enfermería en la atención a pacientes víctimas de abuso sexual infantil que labora en el servicio de Emergencia del Hospital Infantil Elisa Martínez de Puerto Barrios Izabal El cual es desarrollado por la enfermera: María Isabel Bailón Peña, estudiante de licenciatura en enfermería de la Escuela Nacional de Enfermería de Guatemala.

Es de mi conocimiento que el cuestionario que responderé forma parte del trabajo de campo, necesario en toda investigación, que la información recolectada será utilizada únicamente en esta investigación y será estrictamente confidencial. Además se me ha informado con claridad los objetivos de la investigación y de que puedo retirarme en el momento que lo desee.

Firma del participante.

Firma de la Investigadora.

Fecha de la encuesta. _____

Clave. _____

Questionario.

Objetivo: Recolectar información que permita describir los conocimientos y actitudes, del personal de Enfermería que labora en el servicio de emergencia del hospital Infantil Elisa Martínez de Puerto Barrios Izabal, para atender a niños niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual infantil.

Instrucciones: A continuación encontrará una serie de enunciados, por favor léalos y responda con claridad. No es necesario que escriba su nombre.

1. Defina que es el abuso sexual infantil. _____

2. Enumere tres indicadores de abuso sexual infantil.

a. _____

b. _____

c. _____

3. Mencione tres signos y síntomas de abuso sexual.

a. _____

b. _____

c. _____

4. ¿Conoce el protocolo de atención a víctimas de abuso sexual.

Sí ____ No ____

Si su respuesta es no, indique por qué _____

5. El protocolo de atención a víctimas de abuso sexual describe que la denuncia de abuso sexual infantil es una obligación para los servidores públicos.

Sí ____ No ____

Si su respuesta es no, indique por qué _____

6. Enumere dos instituciones del sector justicia a donde debe presentarse la denuncia establecida en la ruta de atención a víctimas de violencia sexual Infantil que establece el protocolo

- a. _____
- b. _____

7. Describa tres pruebas de laboratorio que debe practicárseles a las/o pacientes víctimas de violencia sexual según protocolo de atención a víctimas de abuso sexual.

- a. _____
- b. _____
- c. _____

8. Mencione tres medicamentos que contiene el kit de emergencia para pacientes víctimas de abuso sexual.

- a. _____
- b. _____
- c. _____

9. Indique en que SIGSA se deben registrar los pacientes víctimas de abuso sexual.

10. Mencione que vacunas se debe administrar según protocolo de pacientes víctimas de abuso sexual.

- a. _____
- b. _____

11. Se interesa usted por guardar la confidencialidad de las pacientes víctimas de abuso sexual.

Sí _____ No _____

Cualquiera que sea su respuesta, indique por qué. _____

12. Considera la atención a pacientes víctimas de abuso sexual una emergencia?

Sí _____ No _____

Cualquiera que sea su respuesta, indique por qué. _____

13. ¿Se interesa usted por realizar la denuncia obligatoria?

Sí _____ No _____

Cualquiera que sea su respuesta, indique por qué. _____

14. Considera que la denuncia obligatoria contribuye a la restitución de los derechos de las víctimas de violencia sexual.

Sí _____ No _____

Cualquiera que sea su respuesta, indique por qué. _____

15. Considera que el incumplimiento de la atención a pacientes de abuso sexual conlleva implicaciones legales.

Sí _____ No _____

Cualquiera que sea su respuesta, indique por qué. _____

16. Le interesa a Ud. Involucrar a otros profesionales del equipo de salud en la atención a pacientes víctimas de abuso sexual.

Sí _____ No _____

Cualquiera que sea su respuesta, indique por qué. _____

17. Se interesa por recibir capacitación sobre abuso sexual infantil. ?

Sí _____ No _____

Cualquiera que sea su respuesta, indique por qué. _____

18 Considera usted que el rol de la familia es de ayuda en la recuperación de la salud de los pacientes víctimas de abuso sexual infantil.

Sí _____ No _____

Cualquiera que sea su respuesta, indique por qué. _____

19. Se interesa usted por escuchar activamente a los niños y niñas víctimas de abuso sexual infantil.

Sí _____ No _____

Cualquiera que sea su respuesta, indique por qué. _____

MDH/eca/2016/95/2016
Puerto Barrios, Izabal
22 de Junio de 2016

Enfermera Profesional:
Isabel Bailón Peña
Estudiante de Licenciatura en Enfermería
Universidad de San Carlos de Guatemala
PRESENTE.

En base a su nota de fecha 20 de Junio, me permito informar que esta Dirección le autoriza realizar su trabajo de tesis con el tema de CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN LA ATENCION A PACIENTES VICTYIMAS DE ABUSO SEXUAL INFANTIL, En este Centro Hospitalario.

Sin otro particular, cordialmente.



Dr. Mynor De León Hernández
Director Ejecutivo



HOSPITAL NACIONAL INFANTIL ELISA MARTINEZ
14 calle 14 y 15 ave. PBX: 79486997 Ext. 130
Mynor_diego@hotmail.com