

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**Nivel de información sobre el protocolo de atención integral en abuso sexual infantil y el impacto de una intervención educativa según dominio disciplinar, antigüedad en la profesión y edad del personal de salud que se desempeña en un SAMCo de la localidad de Coronel Arnold y Fuentes durante el segundo semestre del año 2024.**

**Proyecto de investigación**

Alumna: Enf. Lasconi Eugenia.  
Profesor asesor: Lic. Acosta Simón.  
Lic. Ramírez Celeste.  
Director: Monti Falicoff Ariel.

Octubre de 2023  
Rosario, Santa Fe, Argentina.



## **Resumen**

Actualmente se vive inmerso en un ambiente lleno de violencias, puntualmente el tipo de violencia que enfatiza este estudio es sobre el abuso sexual infantil, situación de la que desafortunadamente no escapan los niños.

Por ello, el presente estudio tiene como objetivo analizar la relación entre el nivel de información sobre el protocolo de atención integral en abuso sexual infantil y el impacto de una intervención educativa según dominio disciplinar, antigüedad en la profesión y edad del personal de salud, que se desempeña en un SAMCo de la localidad de Coronel Arnold y Fuentes. Para lograr este objetivo, se llevará a cabo una investigación de tipo cuantitativo, con un diseño experimental de alcance cuasi experimental (con pre-test y pos-test), utilizando un enfoque longitudinal de acuerdo con la clasificación prospectiva.

La población del estudio estará comprendida por un total de 58 personales de la salud. La recolección de los datos se realizará utilizando como instrumento un cuestionario con respuestas múltiple-choice. El cual, será el mismo para evaluar el “nivel de información que posee el personal de salud” en ambas instancias pre-test y pos-test. Además, se llevará a cabo una Intervención educativa al personal de salud para medir el impacto en la instancia pos-test.

El plan de análisis de los datos obtenidos se llevará a cabo aplicando la estadística descriptiva e inferencial, ya que no solo se describirá y sintetizarán los datos, sino que también permitirá establecer la relación causal. Aplicando las pruebas estadísticas como las medidas de tendencia central moda, mediana, promedio, y distribución de frecuencia.

**Palabras claves:** nivel de información, personal de salud, intervención educativa.

## **Agradecimientos**

Agradezco en especial a mi familia por el acompañamiento incondicional, especialmente a mi hijo Benjamín, a mis compañeros de trabajo del SAMCo de la localidad de Coronel Arnold que en todo momento sentí sus buenos deseos y a los profesores Acosta Simón, Medina Omar, Ramírez Celeste y Monti Falicoff Ariel que con su apoyo profesional hicieron posible la culminación de este proyecto.

## Índice General

	Pág.
Resumen y Palabra Clave	2
Agradecimientos	3
Índice General	5
Introducción	6
Planteamiento del problema en estudio	22
Hipótesis	22
Objetivo General	22
Objetivos Específicos	22
Marco Teórico	24
Material y Métodos	44
Tipo de estudio o diseño	44
Sitio y Contexto de la investigación	44
Descripción del sitio	45
Contexto de Estudio: Criterios de elegibilidad	46
Población y Muestra	47
Criterios de inclusión	47
Criterios de exclusión	47
Amenazas de validez interna	47
<b>Técnicas e instrumentos de recolección de datos</b>	48
Decisiones en función al análisis de resultados de la prueba piloto	51
Procedimiento de recolección de datos	52
Consideraciones Éticas	53
Plan de Análisis	54
Cronograma de actividades	59
Referencias Bibliográficas	60
Anexos	
Anexo I: Aval institucional	63

Anexo II: Operacionalización de las variables	65
Instrumentos de recolección de datos	71
Múltiple choice	71
Intervención educativa	78
Consentimiento informado	83

## Introducción

Actualmente se vive inmerso en un ambiente lleno de violencia, situación de la que desafortunadamente no escapan los niños. Tal como menciona la Organización de Mundial de la Salud (s.f.) se define a la violencia como;

“Todo acto basado en el género que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o mental, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada. La naturaleza de los actos de la violencia pueden ser física, sexual, psíquica, incluyendo privaciones o descuido”.

Ahora bien, según De la Rosa Santana (2021);

“Proteger a la infancia de la violencia es una asignatura pendiente de toda la sociedad, y en particular de los pediatras de atención primaria de salud. Cuando la infancia no es un lugar amable, los profesionales deben hacer todo lo posible por detectar y poner en conocimiento esta situación adversa y perversa. Sobre todo, por el impacto negativo en el desarrollo del niño y, en su vida futura como adulto”.

(p. 5).

Puntualmente, un tipo de violencia puede ser considerado el abuso sexual infantil. Este no es un infortunio nuevo, sino una de las formas de maltrato infantil que acompañó al desarrollo del hombre durante toda su historia. Aparece en la literatura, en el cine y frecuentemente en noticias periodísticas; de las cuales no escapa el protagonismo de los profesionales de la salud, quienes son los primeros en abordar el caso y hacer valer los derechos del niño/a. Como es, el más escondido de los maltratos y del que menos se conoce, tanto en el ambiente médico legal como en el social. Entonces, inquieta pensar *¿los profesionales de salud se encuentran capacitados frente a dicha problemática? ¿Cómo debe actuar el personal de salud? ¿Poseen las herramientas necesarias para la atención a las víctimas de violencia sexual?*, entre otras. Dicha investigación parte de dar respuestas a estos interrogantes para brindar conocimientos en el ámbito de salud.

En esta línea, es inherente para enfermería el respeto a los derechos humanos, el accionar con conocimiento y con responsabilidad ante una situación tan significativa como lo es el abuso sexual infantil. Tal como menciona el Código Deontológico del Consejo Internacional de Enfermería (CIE) (2012).

“La enfermera demostrará valores profesionales tales como el respeto, la disponibilidad, la compasión, la confianza y la integridad (...). Al dispensar los cuidados, la enfermera promoverá un entorno en el que se respeten los derechos humanos, valores, costumbres y creencias espirituales de la persona, la familia y la comunidad” (p. 2).

Para ello, es preciso comprender no solo el accionar del personal de salud, sino informarse de la categoría abuso sexual infantil. Por ende, se tomó aportes de lecturas destacadas que permiten una mirada interdisciplinar y dar importancia a una temática tan latente en nuestros días, que debe ser prioridad para no solo seguir garantizando los derechos que tenemos como seres humanos, sino que, para contribuir a una salud con abordaje integral e inmediato en estos casos, con atención de calidad y eficiencia.

De esta manera, se evidencia que se trata de un problema universal que está presente, de una u otra manera, en todas las culturas y sociedades y que constituye un complejo fenómeno, resultante de una combinación de factores individuales, familiares y sociales. Supone una interferencia en el desarrollo evolutivo del niño y puede dejar unas secuelas que no siempre se superan con el paso del tiempo.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se considera abuso sexual infantil a “toda conducta en la que un menor es utilizado como objeto sexual por parte de otra persona con la que mantiene una relación de desigualdad, ya sea en cuanto a la edad, la madurez o el poder” (p. 2)

En consonancia, tal como expresa De la Rosa Santana (2021) el ámbito más frecuente donde se produce el abuso es el ámbito familiar, lo que hace su abordaje muy problemático. Cuánto más cercano a la familia es el acto de abuso, más difícil es trabajar, sobre todo en el caso de niños pequeños o con discapacidad; donde la información solo llega a través de terceros.

En esta línea, podemos hacer mención a especialistas de UNICEF (2017) ya que generaron una nueva forma de llamar a la problemática, en la que recomiendan llamar;

“abuso sexual contra niños, niñas y adolescentes”, en vez de “abuso sexual infantil” (ASI). Debido a que el término da lugar a minimizar la gravedad de la experiencia del niño/a y torna más difícil comprender su impacto. Cuando se califica al abuso de “infantil” se sugiere que el agresor hubiera cometido un hecho infantil, cosas de niños. Lo que dificulta la comprensión social, cultural y judicial

respecto del riesgo, trascendencia e impacto que genera la violencia más extrema a la que puede ser sometida una víctima menor de edad” (Molina, 2017, pág. 9).

Entendiendo entonces al abuso sexual contra niños, niñas y adolescentes, incluye los contactos e interacciones entre un niño y un adulto, donde el adulto agresor lo usa para estimularse sexualmente él mismo, al niño o a otra persona. En algunos casos se puede tratar de abuso una relación entre un adolescente y un niño/a más pequeño si hay una significativa disparidad en la edad, desarrolló, tamaño o aprovechamiento de ello.

UNICEF (2017) además destaca que, una de las formas más comunes en nuestras sociedades donde se produce la violencia sexual en niños es por la explotación sexual comercial. Esta última, supone la utilización de las personas menores de 18 años para relaciones sexuales remuneradas, pornografía infantil y/o adolescente, utilización de niños, niñas y adolescentes en espectáculos sexuales, donde exista además un intercambio económico o pago de otra índole para la persona menor de edad o para un tercero intermediario.

Por lo tanto, debemos corrernos de ideas instaladas en las sociedades; no es adecuado hablar de ‘prostitución infantil’ ni de ‘turismo sexual infantil’ ya que los chicos no se exponen solos a este tipo de situaciones ni pueden prestar consentimiento: en todos los casos, hay un adulto que los explota, generando la vulnerabilidad de sus derechos. Es decir, en este tipo de delito existe, un adulto que los utiliza sexualmente con fines comerciales.

Para llevar a cabo esta explotación sexual, está de por medio la trata de personas menores de edad, la cual implica el ofrecimiento, la captación, el transporte y/o traslado dentro del país, desde o hacia el exterior, la acogida o la recepción de personas menores de 18 años, con fines de explotación sexual o laboral fluidos o tejidos humanos.

Se destaca, además, otra forma de violencia sexual hoy en día a partir de nuestra globalizada es el Grooming, es otro aspecto a considerar para las coberturas de la violencia sexual hacia la niñez y adolescencia. Es la acción deliberada por parte de un adulto de acosar sexualmente a un niño, niña o adolescente mediante el uso de internet (UNICEF, 2017).

Por ello, se evidencia que el abuso sexual infantil hacia niños/as y adolescentes ha llegado a ser un problema que se incrementa en forma alarmante el cual implica un trabajo arduo para el cambio de todo ello. Al informarnos más se descubre que continúa vigente porque no hay denuncias masivas sobre la problemática. Por ende, en algunas sociedades es tema “tabú” y

desencadena que no existan cifras precisas de la magnitud del mismo, pero esto no quita que no se vea, se infiere que su presencia es cada vez más evidente en estos últimos años.

Tal como expresa, la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2002) se estima que 150 millones de niñas y 73 millones de personas menores de 18 años, a nivel mundial, experimentaron relaciones sexuales forzadas u otras formas de violencia sexual con contacto físico y la Fundación de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) señaló que una de cada diez niñas de este planeta ha sido víctima de abuso sexual. (Castillo, R. - Mujica, L., 2019).

En este orden de ideas, según lo que refiere De La Rosa Santana (2021) a nivel mundial se reportan más de 80.000 casos de abuso sexual infantil al año, pero el número de casos sin reportar es aún mayor, ya que los niños tienen miedo de decirle a alguien lo que les pasó. Por otra parte, el proceso legal para validar un episodio es difícil. Según criterio del autor, la edad de los niños abusados es lo que más impacta a la sociedad, está rechaza de forma vigorosa y airada tales aptitudes de los adultos.

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) revela cifras alarmantes en torno al grado de violencia que padecen los niños en el mundo; donde el asesinato es el más repudiado. Según las estadísticas 1,6 de cada 10 niños entre 2 y 14 años, sufren maltrato físico a diario, y cada cinco minutos uno muere. Haciendo hincapié en ello el autor De La Rosa Santana (2021) destaca;

“puede que varios millones más estén siendo explotados en la prostitución o la pornografía cada año, la mayoría de las veces debido a falsas promesas y un conocimiento limitado o nulo al respecto. En el caso de los niños, la inocencia y desconocimiento es parte de ellos en la mayoría de los casos” (p. 2).

Asimismo, (Mujica y Castillo, 2019) señala que, en tan solo una hora, “hay 224 niños que son abusados sexualmente en Latinoamérica y uno de cada tres niños sufre algún tipo de abuso sexual antes de llegar a la pubertad” (p. 41).

Se continuó indagando y recopilando información de distintos países de la región de América Latina y el Caribe donde estudios nos muestran que entre 70% y 80% de las víctimas de abuso sexual son niñas menores de 6 años, que en la mitad de los casos los agresores viven con las víctimas y en tres cuartas partes son familiares directos. Puntualmente, a modo de ejemplo según investigaciones de Castillo y Mujica (2019) se destaca, en países latinoamericanos como Ecuador

y México, el problema de abuso sexual se agrava por encubrimiento, producto de una visión restrictiva de la sexualidad.

En este orden de ideas, tal como lo refiere la Organización para la cooperación y desarrollo económico (OCDE), México ocupa el primer lugar a nivel mundial en materia de abuso sexual, violencia física y homicidio de menores de 14 años. Alrededor de 4.5 millones de niños mexicanos son víctimas de este tipo de delitos de abuso sexual y lo más grave del hecho es que solamente se da a conocer 2% de los casos. La violencia sexual en este país es un delito que va en aumento y es así como el año 2016 se denunciaron casi 30.000 casos nuevos de posibles delitos sexuales.

Además, según Hernández, (2019) en el caso de Venezuela, para el año 2000 las cifras de abuso sexual eran alrededor del 10% de la población. Sin embargo, y a pesar de que los datos oficiales no están generalmente disponibles, se ha estimado que en la actualidad estas cifras han aumentado por encima de 20%.

Asimismo, continuando en el país de Venezuela, Acosta (2019) coordinadora de sanidad del grupo “Soy Un Guardián”, que busco prevenir el abuso sexual infantil, señala que Venezuela no cuenta con cifras oficiales. Sin embargo, la organización maneja que, de cada 98 casos, sólo uno es denunciado. Particularmente allí, se puede apreciar un incremento en los casos de abuso sexual en la infancia desde el año 1998 hasta la actualidad. Según datos suministrados por el Programa de Atención a Niños y Adolescentes en circunstancias especialmente difíciles el número de casos aproximados para el año 1998 era de 63 y ya para el año 2010 era de 82 (Castillo, R., Mujica, L., 2019).

Existen datos más recientes, a nivel nacional, que arroja la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (SENAF) (2022), la cual, como organismo rector de las políticas públicas de niñez y adolescencia, ejerce la rectoría en cuanto a los lineamientos, criterios y estándares de calidad que deben cumplir las provincias o jurisdicciones para la implementación, adecuación y fortalecimiento del Programa Línea 102. Para esto se rige por los principios reconocidos en la Convención sobre los Derechos del Niño, y por la Ley Nacional 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes.

Para dar a conocer, la Línea 102 es un servicio especializado de orientación y escucha para niñas, niños y adolescentes, gestionado e implementado por los gobiernos provinciales, para que las niñas y adolescencias puedan contactarse ante una situación de vulneración de derechos o para recibir información y orientación ante una situación que les preocupa. También se reciben

consultas de personas adultas sobre temas o problemáticas puntuales que afectan a las niñas y adolescencias.

Ahora bien, el último informe muestra que el abuso sexual en niños va en aumento tal como se viene manifestando en los distintos países del mundo. Con un total de 39.409 llamadas en toda la Argentina en el año 2022 de la cual el 7,53% son por abuso sexual en menores. Puntualmente, en la provincia de Buenos Aires con un total de 4.049 y en la provincia de Santa Fe 866 llamadas (Ministerio de Desarrollo Social Argentina, 2023).

De esta manera, se ha expresado que las cifras así presentadas son aterradoras, pero lo más grave es que no son exactas, debido a que no existen mecanismos eficientes en todos los países para llevar las estadísticas y sumado a que la mayoría de los casos se silencian. Por ende, no se conoce la dimensión real de este fenómeno debido a su carácter sensible e ilegal.

Dato no menor es que, los niños que sufren abusos sexuales se desenvuelven en un contexto con una serie de características sociales, familiares y ambientales, que favorecen el desarrollo del abuso sexual. Por esto es necesario difundir el conocimiento sobre este problema en todos los ámbitos; y en particular en el ámbito de la salud.

En relación al ámbito de la salud, la autora Chejter (2021) revela que, si bien las violaciones pueden afectar distintas esferas vitales, la responsabilidad de las instituciones de salud en estos casos deriva de la constatación de que algunas de las consecuencias de las violaciones son los daños a la integridad física, a la salud sexual y reproductiva y a la salud psíquica.

Por ende, es el sistema de salud el que tiene un papel fundamental en la atención de víctimas de violaciones en varios sentidos, ya que es el ámbito adecuado para atender consecuencias de las violaciones en lo referente a la integridad y salud psicofísica de las víctimas, tanto inmediata como prolongada. Además, el mismo dispone de los tratamientos preventivos para reducir riesgos específicos asociados a las violaciones, sobre todo el riesgo de embarazo, de transmisión de VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS). Así mismo puede activar la intervención de otros ámbitos institucionales que deben responder a otras necesidades de las víctimas. Evidenciando así, que es un ámbito privilegiado para lograr la detección temprana, en especial de violencias sexuales reiteradas, así como también de las violencias reproductivas.

La garantía de atención a las víctimas de violaciones en los servicios de salud representa, sin duda, una pieza esencial de la atención integral. Sin embargo, por sí sola no resulta suficiente. El abordaje integral requiere articulaciones con distintos sectores, tales como el Servicio de

Administración de Justicia, Seguridad y Desarrollo Social, Oficinas de Atención a las Víctimas y organizaciones de la sociedad civil (Chejter, 2021, p. 13).

Dada su complejidad, la respuesta en este ámbito requiere del conocimiento del manejo del protocolo para la atención integral de personas víctimas de violencias sexuales de todo el personal de salud, además de la complementariedad de los distintos sectores que tienen competencia y responsabilidad en estas situaciones. Con la finalidad de prevenirlo, identificarlo e iniciar su abordaje oportuno; se evitan así las consecuencias y los efectos tan intensos que tiene sobre el ser humano.

En Argentina como en otros países se encuentra la existencia de un Protocolo dirigido a integrantes de equipos de salud de distintas especialidades que tienen que actuar en caso de atención a personas víctimas de violaciones sexuales.

Dada la necesidad de intervenciones interdisciplinarias las pautas que se describen se adecúan a efectores de salud que disponen de los recursos para una intervención integral, tanto del sector público, como privado y de seguridad social.

Ante ello, las herramientas para el abordaje en un caso de abuso sexual se encuentran vigentes; no obstante, surgen los siguientes interrogantes; *¿El conocimiento sobre el protocolo y el manejo del mismo se efectúan correctamente? ¿Hay una estadística que vela por el cumplimiento de los protocolos en el ámbito de la salud a la hora de la atención de abusos sexuales en los niños?* Estas inquietudes tratarán de ser justificadas e indagadas en profundidad en la investigación que se desarrollará a continuación.

De esta manera, se comprende que existe entonces un protocolo a seguir frente a esta problemática, pero como plantean las autoras (Caballero, et al., 2019) en Colombia;

“quizá las únicas evidencias disponibles para evaluar el cumplimiento del protocolo, son las escandalosas cifras del Instituto Colombiano de Medicina Legal y Ciencias Forenses que indican que, en promedio, en el año 2017 realizaron 55 exámenes médico-legales al día por presunta violencia sexual en contra de niños, niñas y adolescentes, o también la ridícula tasa condenatoria de estos delitos en el sistema judicial colombiano” (pp. 325 - 326).

También, señala la investigación del doctorado que, de 13.000 investigaciones realizadas por acceso carnal en menores de 14 años en el período de un año, solamente se dieron 4 sentencias condenatorias. No obstante, en la normatividad vigente, las víctimas de violencia sexual se ven

enfrentadas a varias dificultades tales como se nombra en la investigación realizada por dichos autores. Entre ellas, primeramente aparece la dificultad que presentan las mujeres para tener acceso a un proceso penal contra sus agresores, donde sea respetado sus derechos como víctimas, en segundo lugar se presenta la dificultad de las deficiencias institucionales, el incumplimiento de las obligaciones legales de atención a las víctimas de delitos sexuales, en tercer lugar; aparece la falta de tratamientos médicos y psicológicos adecuados para las víctimas de violencia sexual, además se encuentra otra falta; la de acceso a exámenes y medicamentos para tratar enfermedades de transmisión sexual y para prevenir el embarazo.

Muchas de estas deficiencias podrían ser producto de un inadecuado cumplimiento de los protocolos nacionales concebidos para la atención integral a las víctimas de violencia sexual.

Con este panorama, los profesionales de la salud vinculados al área de la pediatría, y especialmente aquellos que laboran los servicios de urgencias, tienen un papel relevante en la prevención, detección y atención a las víctimas de violencia sexual; adicionalmente a las obligaciones legales de toma de evidencias forenses, les compete realizar las medidas de protección a las víctimas, denunciar/reportar los casos a la autoridad competente, entre otras.

Con todo ello, se puede mencionar que, en la bibliografía revisada, no existen determinaciones sobre el cumplimiento del sector salud con relación a sus obligaciones con las víctimas de violencia sexual. En efecto, la naturaleza propia del abuso sexual, los tabúes alrededor de éste y la dificultad que entraña la realización de investigaciones de este tipo, solamente ahondan las dificultades a las que se enfrentan las víctimas de violencia sexual en el momento de acceder adecuadamente al modelo de atención.

Resulta que el primer paso para acercarse a un problema de tamaño magnitud, parte desde un diagnóstico de las condiciones del sector salud en relación con el cumplimiento de las obligaciones con las víctimas de violencia sexual que implique, tanto el estudio de su prevalencia como la revisión de sus actuaciones, con base en los protocolos institucionales y nacionales.

Por consiguiente, resulta imperioso mencionar lo que la autora Chejter (2021) revela;

“Hoy son justamente las demandas crecientes de la comunidad, las que imponen a las violaciones y a otras modalidades de violencia sexual como un tema de las políticas de salud. Queda aún mucho por hacer para dar respuestas a la real magnitud de la problemática, respuestas que sean acordes con las experiencias,

necesidades y perspectivas de las víctimas, que muchas veces desafían las prácticas y saberes disciplinarios e institución” (p. 12).

Se coincide con la autora, por ello se presentarán los antecedentes, considerados de mayor relevancia sobre la temática en cuestión, los cuales permitirán identificar el nivel de información que posee el personal de salud sobre el protocolo de atención integral en abuso sexual infantil, el cumplimiento del protocolo en el ámbito de la salud, las consecuencias, como así también el impacto de intervenciones educativas al personal de salud.

El primero de ellos corresponde a un estudio cuantitativo, descriptivo y retrospectivo, el cual tuvo como objetivo verificar el cumplimiento del protocolo en el servicio de urgencias de pediatría de un Hospital de Bogotá. Para ello, utilizaron como metodología 129 historias clínicas (HC) que cumplieran con el criterio de inclusión de la totalidad de las HC de las víctimas de violaciones sexuales que fueron atendidas en el Hospital de Bogotá. El instrumento que se utilizó para verificar el cumplimiento de los pasos del protocolo, en principio se definió 15 características que debían cumplir las HC y se construyeron 20 indicadores que evaluaron su cumplimiento, teniendo en cuenta las principales acciones, cuyo resultado debe ser consignado en la HC. Éstos se realizaron en cada uno de los pasos determinados en el protocolo de atención a víctimas de violencia sexual para, de esta forma, dar a cada indicador 2 o 3 opciones de respuesta tipo “check list”, con lo cual se determinó si se cumplían cada uno de esos pasos. Se detalla que, cada indicador fue construido en consenso con el grupo de investigadores y utilizaron la técnica de observación para corroborar el cumplimiento.

Los resultados de la investigación, fue que el servicio de pediatría del Hospital de San José de Bogotá, la medida de cumplimiento fue de un 74%, la cual es considerada como baja. En términos generales, se consideró aceptable un cumplimiento entre el 75% y 95% en las diferentes guías de práctica clínica basadas en la evidencia. Se aclara que, el protocolo de atención integral en salud para la atención de las víctimas de violencia sexual no fue una guía de práctica clínica basada en la evidencia, sino la herramienta más importante disponible para garantizar la adecuada atención en salud de las víctimas de violencia sexual. Además, fue un modelo que sirvió como marco de referencia en el seguimiento de la atención a personas víctimas de violencia sexual, razón por la cual, su cumplimiento aceptable debería ser muy cercano al 100%.

Los autores Caballero Blanco, Gomez Sandoval y Narvaez Sanchez (2019) del estudio concluyeron que crear un grupo multidisciplinario que se encargue de forma exclusiva de la

atención de los casos de abuso sexual infantil y que trabaje en el mejoramiento de los protocolos internos, ofrecería a población de menores una atención en salud de mejor calidad.

En segundo lugar, otro antecedente relevante para el estudio, es el realizado en el año 2020, por la autora Gutiérrez López el cual, tuvo como objetivo construir y evaluar la validez de un instrumento que mida los conocimientos que tienen los estudiantes de enfermería y medicina sobre la detección del abuso sexual en menores de 18 años de Colombia, puntualmente en Cúcuta. El tipo de estudio de investigación fue cuantitativo, descriptivo, de corte transversal. Se invitaron a participar expertos en el área de medicina, psicología y enfermería, logrando contactar a once jueces expertos (siete enfermeras, tres psicólogos y un médico), con los siguientes criterios de inclusión: conocimiento en violencia sexual, abuso sexual o cuidado al niño adolescente y familia; conocimientos en salud sexual y reproductiva, educación sexual y experiencia en el área de investigación. La participación de los expertos fue voluntaria con la previa firma del consentimiento informado. Se diseñó una escala de 44 ítems agrupados en cinco categorías (actitudes y creencias, signos y síntomas, factores individuales, factores externos, concepto). Posteriormente, se efectuó la validez de contenido, determinando la razón (CVR) para cada uno de los ítems, así como el índice de validez de contenido global (CVI), basado en el modelo de Lawshe, con un criterio de clasificación mayor o igual a 0,58.

Como resultado del estudio, en la validez aparente, 18 ítems obtuvieron un porcentaje  $\geq 75$  % con un óptimo cumplimiento en los tres criterios; en 12 ítems se observaron dos criterios  $> 75$  a 100%; 9 ítems con 1 criterio  $>75\%$  y 5 ítems no cumplieron con ningún criterio  $<65\%$ . Para la validez de contenido, la escala de 44 ítems obtuvo un CVR  $< 0.58$  para 19 ítems, lo que indica que los ítems presentan un desacuerdo en el criterio. Con respecto a la segunda medición, se evaluó la escala con 38 ítems, observando una alta validez de contenido  $>0,58$  para 35 ítems y un índice de validez global satisfactorio de 0.88; se eliminaron tres ítems con bajo índice de contenido.

Dentro de la discusión y conclusión del estudio se remarcó la importancia de tener un instrumento que aborde el conocimiento que tienen los profesionales de la salud sobre la detección del abuso sexual en niños, niños y adolescentes. Para evaluar y analizar el conocimiento del personal se determinó cinco categorías; entre ellas "las actitudes y creencias" que tuvieron con respecto a esta temática, lo que permitió identificar y conocer la realidad percibida por el otro y que está inmersa en un contexto, donde predominan factores individuales y externos para que se dé lugar a este tipo de violencia. En relación a, los profesionales pueden conocer la detección del

abuso, no obstante, en ciertos países, o zonas de conflictos y violencias, tienen que enfrentar barreras que temen denunciar o reportar, ya sea por miedo o las represalias, a su propia seguridad o por costumbres y creencias. Es por eso, que dentro del contexto en el que se vieron inmersos los profesionales de la salud para ejercer su labor, fue necesario no solo que se denuncien los casos de ASI (para remarcar la incidencia e importancia del caso), sino también que conozcan las normativas legales implícitas en su quehacer para proceder, intervenir y orientar oportunamente sobre los factores adyacentes que alimentan este tipo de violencias.

Es importante identificar el conocimiento o desinformación de los profesionales frente a casos de ASI, como lo sustentan otros estudios en donde se plantea que los mismos no cuentan con conocimiento y habilidades necesarias para poder abordar las posibles situaciones de malos tratos hacia la infancia. Para dar fin, el estudio es interesante ya que muestra que se logró consolidar un instrumento de 35 ítems agrupados en cinco categorías (conceptos, signos y síntomas, factores externos, internos, actitudes y creencias) con el fin de determinar y mejorar las competencias que debe tener todo profesional de la salud, para el abordaje, detección y direccionamiento oportuno de los casos identificados y de los casos en riesgo de Abuso Sexual.

Se debe resaltar, la investigación realizada de manera observacional, descriptiva y temporalmente retrospectiva por parte de los autores García y Torales (2020), donde el objetivo fue determinar las opiniones que tiene el personal de salud de un hospital de tercer nivel sobre el maltrato infantil. La población enfocada la construyeron los profesionales de la salud (médicos, enfermeros y trabajadores sociales) con muestreo no probabilístico de casos consecutivos. Se encuestó a personal de salud que prestaba servicios en el Hospital de Clínicas de la Universidad Nacional de Asunción de Paraguay, por medio de un cuestionario estandarizado. Para generar los resultados, se entrevistó a 77 profesionales de los cuales el 50,6 % son hombres, sus edades están comprendidas entre los 27 y 58 años con una media de  $32,3 \pm 5,56$  años. El 90,9 % son médicos y el 76,6 % menciona no tener formación específica en cuanto al manejo del maltrato infantil. De esta manera se evidencio que, las creencias sobre los hijos, las opciones “no mostrarle afecto” y “no atender sus necesidades básicas” fueron significativamente más graves para las mujeres. En cuanto a las creencias relacionadas con los padres, los comportamientos más observados en la vida cotidiana fueron “gritos” y “amenazas”. Y si bien sobre la gravedad y frecuencia de la conducta, se observó que el mayor acuerdo estuvo en que “los padres que usan drogas tienen más probabilidades de maltratar a sus hijos”.

Los autores concluyeron que, para hacer frente a la problemática del maltrato infantil, desde el ámbito de la salud pública, es fundamental conocer si los profesionales tienen las herramientas y conocimientos suficientes para abordar esta situación, y establecer planes para mejorar dichos conocimientos.

Corresponde mencionar aquí a una investigación realizada por Castillo y Mujica, en el año 2019, donde tuvieron como objetivo determinar los factores de riesgo en el abuso sexual de pacientes pediátricos que ingresaron en el Hospital Pediátrico Dr. Agustín Zubillaga de Venezuela. Se realizó una investigación de campo descriptivo transversal con una muestra no probabilística intencional de 20 pacientes que ingresaron por abuso sexual con un promedio de edad de entre 2 años y 6 años, 55% eran del sexo femenino.

Los resultados del estudio, en relación a los factores de riesgo individuales, familiares y comunitarios se pudo observar una predominancia de las familias monoparentales (55%), 75% de las madres de los pacientes víctimas de abuso dependían económicamente del padre, 60% de los padres de los niños estaban desempleados y el 65% de los pacientes abusados vivían en condiciones de hacinamiento y falta de privacidad. Es así que, los resultados permitieron identificar factores de riesgo en este grupo de pacientes para así generar recomendaciones, tales como diseñar actividades de formación continuada para que los profesionales encargados de la atención de los pacientes con abuso sexual tengan un mejor conocimiento de los factores de riesgo para afrontar esta lamentable situación. Estos destacan que la formación continua ayudaría al personal de salud para la identificación y manejo de este flagelo que afecta a una más creciente parte de la población infantil.

Otro de los artículos de investigación relevante realizado por De la Rosa Santana, (2021) fue el que tuvo como objetivo evaluar la efectividad de una intervención educativa sobre abuso sexual infantil en trabajadores del Hospital Pediátrico “Hermanos Cordové” en Cuba. El tipo de estudio fue cuasi experimental de tipo antes y después sin grupo de control en trabajadores del Hospital Pediátrico “Hermanos Cordové”. La población estuvo compuesta por 28 trabajadores que desearon participar en la intervención, trabajándose con la totalidad. Los instrumentos utilizados para el estudio fueron cuestionario, en la intervención educativa se trabajó con; charlas educativas, la demostración y técnicas afectivas participativas y técnicas participativas de reflexión.

Los resultados del estudio arrojaron que entre los participantes predominó el sexo femenino (68 %), el grupo de edades entre 25 y 35 años (64 %). El nivel de escolaridad que predominó fue

el preuniversitario (46 %). Predominó un bajo nivel de conocimientos para ambos sexos antes de aplicar la intervención (femenino: 74 %; masculino: 67 %). Luego de aplicada la intervención predominó un alto nivel de conocimientos (fémimas: 52,6 %; varones 55,6 %).

El autor concluyo que la aplicación de la intervención educativa tuvo un impacto favorable sobre el nivel de conocimiento sobre abuso sexual infantil de la comunidad, garantizando una mayor percepción del riesgo y brindando herramientas para prevenirla, identificarla y manejarla.

Se debe referir a otro estudio realizado por las autoras Zilbervarg y Pérez (2019), donde partieron de la inquietud de contar con un panorama diagnóstico del maltrato infantil, como así también conocer las características de esta problemática, para eso indagaron la población infantil afectada y las estrategias implementadas a partir de las políticas públicas destinadas a su atención.

Dicha investigación, fue mixta, es decir, tanto cualitativa y cuantitativa. El sitio y contexto seleccionado para el estudio fue la Unidad de Violencia Familiar (UVF) del Hospital de Niños Dr. Pedro de Elizalde (Htal. Elizalde) de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

En su investigación las autoras, relataron que anualmente la Unidad de violencia familiar atendió un promedio de 350 situaciones, de las cuales estimativamente el 50% fueron por sospecha de abuso sexual infantil. Por este motivo, se elaboró una matriz de datos para cargar la información de las historias clínicas vinculadas a abuso sexual infantil, de las cuales se llegó a una muestra de 221 historias clínicas en total.

Como resultado, se refirieron a los datos estadísticos generales de la UVF durante los últimos 5 años, por ello mencionaron que el total de situaciones atendidas de enero 2014 a diciembre 2018 es de 1809 consultas, de las cuales 899 fueron por sospecha de ASI (el 49,7 %). Esta información la obtuvieron a partir del libro de actas, elemento de registro donde consta el listado de las historias clínicas. Sobre la cronicidad del ASI, se halló que fue un dato difícilmente registrado, y no había información precisa en el 57,02 % de las historias clínicas. En el 23,52% las situaciones habían ocurrido hace poco y no se mencionaban episodios previos, y en el 10,40 % los hechos habían comenzado a ocurrir entre 1 o 2 años atrás. En el 5,89% de los casos había episodios entre 3 a 5 años atrás, y en el 3,17% se registraron relatos de situaciones abusivas con más de 6 años de anterioridad.

Con respecto a la nacionalidad de la población asistida como resultado se brindó que el 76, 47 % son argentinos. Con respecto al 17,19 % se desconoce la nacionalidad y en el 2, 26% eran

de Perú, el 2, 26 % de Paraguay, el 0.90 % eran de Francia. Además, se reportó un caso de Bolivia, y un caso de República Dominicana.

Otro resultado en cuanto a la escolarización de los niños se encontró, con que la gran mayoría referían estar escolarizados, excepto en el caso de un niño de 9 años y otro de 15 años. Otro aspecto fue el lugar de residencia, en términos generales la población que se recibió para abordar todos los tipos de maltrato es estimativamente el 90 % de la Provincia de Buenos Aires. En el caso de las consultas por ASI el 48,41 % es de Ciudad de Buenos Aires y el resto se reparte entre diferentes localidades, con gran concentración en la zona sur.

En cuanto a los tipos de abuso sexual infantil, en los datos estadísticos se halló que de las 221 historias clínicas en el 31,22% o no pudo constatarse la sospecha de abuso, o no se encontraba esta información disponible. En relación a las situaciones donde se contaba con esta información y se estimaba que se trataba de una sospecha basada en indicadores de ASI, el 83% correspondía a abuso sexual intrafamiliar y el 17% a abuso extra familiar.

Para finalizar el último resultado que brindan es respecto con la intervención del personal, allí detallaron que el 42,08 % de los casos no había intervención previa por la Protección y Promoción de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes (OPPD), sí la había en el 40,28 %, y no se contó con esta información en el 17,64 %. En cuanto a las decisiones tomadas luego de la intervención de la UVF, no se realizó intervención a los OPPD en el 35,74 %, de los cuales el 15,85 % ya tenían intervención. Se aclara que, sí se dio intervención en el 39,36 % de los casos, casi la mitad ya tenían intervención previa. No se contó con información del 24,9% de los casos.

De esta manera, las autoras concluyeron que a lo largo del trabajo el atravesamiento de políticas públicas fue insuficientes para dar respuesta a este padecimiento, sin embargo, consideraron que la respuesta es colectiva, por lo que intentaron poder brindar desde su trabajo un diagnóstico preciso en relación a la muestra seleccionada. De igual manera describen que se debe seguir indagando y cuestionando modelos de abordaje, políticas sanitarias, posturas éticas y políticas en torno al tema, lo cual consideraron parte del ejercicio del Trabajo Social como fuerza movilizadora de procesos de cambio.

Para finalizar con la selección de los artículos de investigación, a continuación, se postula dos artículos, de los cuales fueron abordados en época de aislamiento social, que se dio de forma preventiva y obligatoria, debido a la pandemia de la enfermedad por el coronavirus 2019 (COVID-19). En el cual, se vieron perjudicados, no solo los NNA, debido a que se registraron incidencias

de abuso sexual infantojuvenil, sino que también las instituciones de salud, ya que el formato de atención paso de lo presencial a lo online, con los desafíos que eso conllevó tanto en el ámbito práctico, como el ámbito técnico-profesional.

El primer artículo de los autores Zunana et. al (2021) corresponde a un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo. El cual tuvo como objetivo comparar la incidencia y las características de las consultas realizadas en Ginecología en relación con ASIJ antes y durante la pandemia de COVID-19. De esta manera, se analizaron historias clínicas de pacientes entre 0 y 18 años referidas al Servicio de Ginecología del Hospital Garrahan por sospecha de ASIJ durante 2 períodos. El primero (pre pandemia) comprendido entre el 1 de marzo de 2019 y el 31 de octubre del 2019, y el segundo (pandemia), mismo período del 2020. No se consideraron criterios de exclusión ni de selección de los casos.

Los resultados hallados fueron; por un lado, se consignaron 122 consultas por sospecha de ASIJ, 78 en el período previo a la pandemia y 44 en la pandemia. El motivo de consulta al hospital más frecuente, en ambos grupos, fue el relato de ASIJ y, al Servicio de Ginecología en particular, la evaluación de genitales externos. Por otro lado, la mayor parte presentó un examen físico normal. Se observó una mayor prevalencia de infecciones de transmisión sexual (ITS) en el grupo de la pandemia. Se realizaron más internaciones y denuncias para protección de víctimas en dicho grupo. Registraron que el agresor era conocido de la víctima en casi el 90 % de las víctimas de ambos grupos. Por todo ello, se elaboró las siguientes conclusiones; primero que, durante la pandemia se evidenció una disminución en el número total de consultas a Ginecología, de modo que aquellas por sospecha de ASIJ representaron un mayor porcentaje. Sin embargo, las características en relación con la presencia de lesiones graves, infecciones de transmisión sexual o embarazo no se vieron modificadas.

Por último, el artículo titulado “intervención especializada en maltrato infantil en Chile en contexto de crisis por COVID-19: significado de los profesionales intervinientes”. En esta investigación la orientación teórico metodológica de tipo cualitativo (Bernal 2006) se basó en los supuestos que sostienen el lugar central de los significados generados por los sujetos en el ejercicio de su producción discursiva. Los participantes fueron 42 profesionales. Se trabajó con un muestreo por oportunidad (Hernández, Fernández y Baptista, 2014), ya que se incluyó en el estudio a los profesionales que participaron de las jornadas de trabajo organizadas por la Corporación Paicabi, en torno al tema del impacto socioemocional de los niños víctimas de malos tratos en contexto de

COVID-19, desarrollada el 29 de abril y el 6 de mayo 2020, mediante plataforma internet a quienes se les invitó al estudio. Los criterios de inclusión fueron: haber participado en estas jornadas internas de la Corporación Paicabi, ser parte del equipo estable de intervención de cada programa, y aceptar voluntariamente ser parte de la investigación firmando el consentimiento para dicho efecto. En lo que refiere a la técnica, se utilizó la de producción de información la entrevista semiestructurada.

De dicha investigación, los resultados del análisis de contenido cualitativo dieron cuenta de significados asociados a los riesgos asociados a la intervención en este contexto (para los niños y sus familias, para la intervención, asociados a la precarización de condiciones sociomateriales, baja conectividad y confinamiento). No obstante, los participantes también destacaron oportunidades y recursos en la intervención (la capacidad de adaptar las intervenciones al nuevo contexto y el trabajo de equipo).

A base de lo señalado, este artículo concluyo, que aun en condiciones tan extremas como la vivida durante la crisis por COVID-19 los avances de la tecnología, la preparación, motivación y trabajo en equipo de los profesionales encargados de velar por los derechos de los NNA permitieron realizar intervenciones en favor de la población.

Además, detallan que, a más de un año de iniciada la pandemia y en el futuro, sería pertinente realizar estudios que sean capaces de describir, evaluar y sintetizar intervenciones que hayan resultado positivas para NNA durante la pandemia.

Lo considerado hasta aquí, pone en evidencia la importancia y magnitud de preparar a los profesionales de salud frente a un caso de abuso sexual en menores de edad. Por ello, el propósito de este proyecto de investigación será brindar los resultados al personal de salud y a las autoridades de los SAMCo de las localidades de Coronel Arnold y Fuentes, con el fin de sistematizar la implementación de la intervención educativa sobre la temática de forma anual, además de capacitar y/o reforzar el contenido en el personal de nuevo ingreso, para así identificar e intervenir de forma inmediata en casos de abuso sexual en menores, garantizando un abordaje integral, oportuno y de calidad a las víctimas y familiares.

### **Planteamiento del problema de investigación**

¿Cuál es la relación entre el nivel de información sobre el protocolo de atención integral en abuso sexual infantil y el impacto de una intervención educativa según dominio disciplinar,

antigüedad en la profesión y edad del personal de salud que se desempeña en un SAMCo de la localidad de Coronel Arnold y Fuentes durante el segundo semestre del año 2024?

### **Hipótesis**

El personal de salud con una antigüedad en la profesión inferior a dos años poseerá un bajo nivel de información sobre el protocolo de atención integral en abuso sexual infantil, indistintamente de su dominio disciplinar y edad, por lo que será necesario desarrollar una intervención educativa centralizada en la recepción, examen físico, examen de laboratorio, tratamientos, derechos, abordaje psicológico y social y seguimiento.

### **Objetivo General**

Analizar la relación entre el nivel de información sobre el protocolo de atención integral en abuso sexual infantil y el impacto de una intervención educativa según dominio disciplinar, antigüedad en la profesión y edad del personal de salud que se desempeña en un SAMCo de la localidad de Coronel Arnold y Fuentes durante el segundo semestre del año 2024.

### **Objetivos Específicos**

- Caracterizar al personal de salud según edad, dominio disciplinar y antigüedad en la profesión.
- Determinar el nivel de información sobre el protocolo de atención integral en abuso sexual infantil en relación a la recepción, examen físico, examen de laboratorio, tratamiento, derechos, abordaje psicológico y social y seguimiento que posee el personal de salud de la institución.
- Evaluar en el personal de salud como impacta la intervención educativa sobre el protocolo de atención integral en abuso sexual infantil en las dimensiones recepción, examen físico, examen de laboratorio, tratamiento, derechos, abordaje psicológico y social y seguimiento.
- Determinar si dominio disciplinar y la edad influyen en el nivel de información sobre el protocolo de atención integral en abuso sexual infantil.
- Identificar si la antigüedad en la profesión se relaciona con el nivel de información que posee el personal de salud sobre el protocolo de atención integral en abuso sexual infantil.

- Analizar si la intervención educativa modifica el nivel de información sobre protocolo de atención integral en abuso sexual infantil.

## **Marco Teórico**

Para comenzar es imperioso mencionar de qué se trata cuando se menciona el término nivel de información y que consecuencias trae la desinformación. Recordando que se está haciendo mención en un ámbito tan sustancial como lo es la salud y tal como lo plantea la problemática de este estudio, frente al sector de atención primaria de la salud (APS) prestada por los SAMCo. Allí, los profesionales de las distintas disciplinas cumplen un rol fundamental como lo es la atención y detección temprana de los casos de abuso, sumado a que estos mantienen una interacción continua con la comunidad a través de dicha promoción y prevención de la salud. Por lo cual, permite tener conocimientos de la comunidad a la cual asisten y junto con el equipo intersectorial trabajan para abordar a la población de manera integral y temprana frente a los acontecimientos que pueden ir sucediendo.

En este punto, tal como lo plantea la autora Chejter (2021), los centros de salud son el ámbito privilegiado para lograr la detección temprana, en especial de violencias sexuales reiteradas, así como también de las violencias reproductivas. Ya que los mismos disponen de tratamientos preventivos para reducir riesgos específicos asociados a las violaciones, sobre todo el riesgo de embarazo y de transmisión de VIH y otras enfermedades de transmisión sexual (ITS), del mismo modo pueden activar la intervención de otros ámbitos institucionales que deben responder a otras necesidades de las víctimas.

No obstante, en relación a el rol del personal de salud y a la atención que se brinda en APS, para lograr que se cumpla dichas obligaciones de manera eficiente y de calidad, es pertinente que todas las disciplinas, se capaciten y se informen de manera constante, teniendo en cuenta que un nivel bajo o la desinformación conllevaba a problemáticas en las prácticas diarias, dando como resultado una deficiente calidad de atención para la población.

Por ello, para poder dar sustento a estas ideas resulta pertinente partir definiendo a qué se llama información. Los sujetos son conscientes de que dependen de la información para sobrevivir y realizarse, tanto como dependen de la comida, el cobijo o de otras personas. De esta manera, es preciso retomar al autor Garcia Marco (1988) ya que describe que la información es el prerrequisito de la acción eficaz. Siendo la misma un tipo de poder, y tal hace que se convirtiera en una herramienta imprescindible para los profesionales.

Entonces, si continuamos con lo expuesto por el autor;

“la información constituye precisamente la materia prima del conocimiento, que no es sino, en definitiva, una forma de procesamiento de la información, una información de la información, una información de segundo orden. Por ser algo previo al conocimiento, resulta difícil pensar sobre ella” (García, 1998, p. 3).

En definitiva, se concuerda con el autor, ya que se está ante uno de los conceptos primarios del pensamiento y una de las categorías básicas con las que se comprende el universo. Por lo que se considera necesario estar informado en todos los ámbitos en los que se constituye la vida.

De igual importancia, Iriarte (2014) alude que el estar informado depende del tipo de fuente del cual se adquiere el conocimiento. Resulta de importancia mencionar al autor, ya que el auge de los medios de comunicación ocurrido durante las últimas décadas, ha provocado, sin duda, una diversificación y transformación de los modos tradicionales de entregar la información al público y de esta manera informarse. Esto no ha sucedido en un sólo ámbito, pues la “globalización de las comunicaciones” ha afectado de la misma manera a la Radio, TV y prensa escrita. De ello, se desprenden nuevas formas de expresión, de entregar y enfocar las noticias que ocurren diariamente. Hay una multiplicidad de estilos y formas de hacer periodismo.

El mismo relata que cuando se habla de medios de comunicación se refiere a todos aquellos soportes que hacen posible que toda la información previamente emitida llegue hasta los sujetos, es decir, la sociedad. Entonces, se coincide con el autor cuando menciona que;

“la información es un caso concreto de comunicación. La información es una comunicación de algo que el sujeto receptor no sabe. Los avances técnicos que se han ido sucediendo a lo largo de los últimos años han dado lugar a un increíble aumento de la información, siendo cada vez menor el tiempo que se tarda en dar a conocer un determinado tipo de información y dando lugar así a una auténtica avalancha de noticias e informaciones sobre los ciudadanos”. (Iriarte, 2014).

Dicha avalancha tiene consecuencias negativas ya que, puede producir confusión sobre lo que implica estar informados, de esta manera se está frente a una desinformación o mal informado, debido a que, las informaciones emitidas por los medios de comunicación son en su mayoría superficiales y desordenadas, imposibilitando al individuo que las recibe sacar conclusiones generales y razonar sobre las mismas. Lo que podría ocasionar es que, no se tiene conocimientos oportunos a la hora de abordar una temática. En este punto, es menester retomar lo expuesto por el autor Iriarte, (2014):

“Cuando cada individuo elige un medio de comunicación para a través de estos informarse y por lo tanto conectarse socialmente con otros, no sólo está escogiendo tal o cual canal de televisión, de radio o periódico, está optando consciente o involuntariamente por quién le contará partes de la realidad social y cómo lo hará”.

Entonces se puede decir que, los medios de comunicación constituyen una herramienta persuasiva que busca uniformizar a los individuos para mantenerlos en continua comunicación con los diferentes sucesos sociales, económicos y políticos. Pero no se puede olvidar que estos sucesos no son un recorte fiel de la realidad, son narraciones que intentan a veces acertadamente, otras no tanto, acercar un mismo mensaje a varios individuos. Y es ahí, cuando entramos en el problema de la desinformación que lleva a adquirir conocimientos erróneos.

Tal como menciona Garcia Marco (1998), los sujetos deben considerar a la información como la constituyente, precisamente la materia prima, del conocimiento, y tal como expone Iriarte (2014), se debe tener cierta rigurosidad de cómo nos informamos y por qué medio, siendo así estos datos no menores que se deben considerar en la actualidad.

Por consiguiente, se está frente a otra gran problemática, hoy son los medios de comunicación y la internet los que facilitan la información sin justificación de ser la mejor fuente para el conocimiento. Entonces, si se toma conciencia de que y como se informa se podría lograr cambios significativos, no solo en una temática, sino en diferentes disciplinas y de esta manera generaría que las personas puedan estar más instruidas. Considerando así, no sólo es relevante el estar informados, sino que, de qué fuente se adquieren esos conocimientos, tan primordial es para permitir desarrollar al sujeto, en sus diferentes ámbitos laborales también como en el cotidiano.

En este punto, teniendo en cuenta los aportes de la argentina Chejter (2021), refiere que estar informado no consiste sólo en conocer los hechos, sino que, abarca la experiencia del profesional en diferentes temas. Esto último puede considerarse en relación con la actualización del manejo del protocolo de abuso sexual infantil, tema del cual compete en esta investigación.

De hecho, si queremos estar informados de una manera adecuada, para eso es pertinente instruirse sobre la categoría abuso, esta se refiere a un tipo de violencia, en el cual la Organización Mundial de la Salud (s.f.) la define como;

“El uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas

probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”.

Es decir que, la naturaleza de los actos de violencia puede ser física, psíquica y sexual.

En el año 1999, se indago sobre el abuso, pero puntualmente haciendo foco en la Prevención de Maltrato de Menores, llevándose a cabo en la Reunión de Consulta de la OMS (s.f.), por ello llegaron a la siguiente definición:

“El maltrato o la vejación de menores abarca todas las formas de malos tratos físicos y emocionales, abuso sexual, descuido o negligencia o explotación comercial o de otro tipo, que originen un daño real o potencial para la salud del niño, su supervivencia, desarrollo o dignidad en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder.”

Con dicha reunión se coincide en la clasificación de los abusos, ya que se dan a conocer que existen cuatro tipos de maltrato de niños por los cuidadores, a saber, entre ellos; 1) el maltrato físico (real o potencial), 2) el maltrato emocional, 3) el descuido y 4) el abuso sexual. Siendo este último el que compete para el estudio.

Continuando en esta línea, se debe mencionar a la Organización Panamericana de la Salud (OPS); la misma brinda un manual clínico para los profesionales de la salud sobre cómo responder al maltrato infantil, incluyendo dentro de los maltratos hacia los menores al abuso sexual. Definiendo al abuso sexual como;

“la participación de un niño, niña o adolescente en una actividad sexual a la que ha sido forzado o inducido a realizar mediante engaños, que tal vez no entienda que está mal, y que tal vez tenga miedo de revelar a alguien su experiencia al respecto” (OPS, 2023, pp. 2-3).

El abuso sexual en menores según la OPS;

“implica la intención de obtener gratificación o satisfacer las necesidades del perpetrador o de un tercero, incluida la búsqueda de ejercer poder sobre el niño o la niña. Este incluye i) abuso sexual sin contacto (p. ej., amenazas de abuso sexual, acoso sexual verbal, solicitud de favores sexuales, exhibicionismo, exposición del niño o la niña a la pornografía); ii) abuso sexual con contacto, que incluye relaciones sexuales (es decir, agresión o violación sexual); iii) abuso sexual con

contacto que excluye las relaciones sexuales, pero incluye otros actos como contacto inapropiado, estimulación por medio de caricias y besos” (p. 3).

El abuso sexual contra los niños, niñas y adolescentes (NNyA) como se mencionó, es una de las peores formas de violencia. Las víctimas sufren un daño irreparable a su integridad física, psíquica y moral.

Aquí, justamente quedan desdibujados los derechos para los niños, ya que son violados los derechos tales como; la integridad, la intimidad, la privacidad y, principalmente, se vulnera el derecho a no ser expuesto a ningún tipo de violencia, abuso, explotación o malos tratos a los menores.

Estos derechos, deben ser cumplidos y no violados, ya que se encuentran protegidos a nivel internacional por la Convención sobre los Derechos del Niño. Más que nada, se deben garantizar a nivel nacional y provincial, en diversas normas, entre las que se destaca la Ley Nacional N°26.061 de Protección Integral de Niños, Niñas y Adolescentes.

En esta línea, hay que tener presente que una de las vías de vulnerar estos derechos es cuando aparece el abuso sexual, ya que es una forma de violencia previsto en el Código Civil y Comercial de la Nación, tal como menciona su artículo N° 647 prohíbe específicamente cualquier tipo de malos tratos o hechos que lesionen o menoscaben física o psíquicamente a los NNyA por parte de quien tenga a su cargo la responsabilidad parental.

El abuso sexual, además, se debe considerar y estar informado que es un delito sancionado penalmente por el Código Penal de la Nación en su Título III “Delitos contra la integridad sexual” (artículos 118 a 133). Aquí;

“están previstos tres tipos de abuso sexual; en primer lugar, el abuso sexual simple, que sucede cuando un NNyA es sometido a contactos sexuales, manoseos o tocamientos en las zonas íntimas con fines sexuales. Este tipo de contacto sexual se produce en situaciones en las que, o bien el consentimiento no está dado porque el hecho fue realizado mediante violencia, amenaza o abuso de poder, o bien no puede ser dado porque se cometió contra un niño o una niña que tiene menos de 13 años. En el segundo escenario, el factor de la edad es muy importante, ya que el delito se configura sin necesidad de que el pequeño haya sido sometido en contra de su voluntad o haya existido abuso de poder. En este segundo tipo de abuso, es el abuso sexual gravemente ultrajante. Ocurre cuando la situación de abuso explicada

precedentemente resulta, por su duración o debido a las circunstancias de su realización (tiempo, modo, lugar, medio empleado, entre otros factores) especialmente humillante y denigrante para la víctima. Son ejemplos de estos casos los actos sexuales realizados en público o ante la propia familia. El tercer tipo es el abuso sexual agravado por el acceso carnal, que ocurre cuando existe penetración por cualquier vía: vaginal, anal o bucal aun cuando se introduzcan objetos u otras partes del cuerpo por alguna de las dos primeras vías”. (UNICEF, 2017; pp. 8-9).

Por consiguiente, se debe saber, lo expuesto por UNICEF (2017) cuando mencionan que existen circunstancias agravantes del delito, como el vínculo con el agresor: cuando quien comete el abuso es el padre, madre, padrastro, madrastra, abuelo, hermano, tutor, ministro de culto religioso, encargado de la educación o la guarda. A esto se suma otro agravante, el cual es por aprovechamiento de la situación de convivencia con los NNyA y el grave daño a la salud física o mental del NNyA como consecuencia del abuso.

“También está previsto como agravante que, el agresor tuviera conocimiento de que es portador de una enfermedad de transmisión sexual grave y hubiere existido peligro de contagio -un agresor portador de HIV que no utiliza preservativo. Además, están previstas las situaciones en las que el abuso es cometido por dos o más personas, o a partir del amedrentamiento con armas, o por agresores que pertenecen a las fuerzas policiales y de seguridad” (p. 9).

Finalmente, el artículo N°120 establece el abuso sexual por aprovechamiento de la inmadurez sexual. Este caso ocurre cuando el abusador, que es un adulto, somete a un adolescente de entre 13 a 16 años a contactos sexuales gravemente ultrajantes o con acceso carnal por aprovechamiento de su inmadurez sexual.

Con todo ello, se descubre como tomar al abuso sexual y las acciones legales que se pueden hacer, es decir que, existen leyes y artículos que vienen a amparar a las víctimas e instruir el camino de como proseguir. En otras palabras, los derechos están y existen, pero pareciera que se esconden dentro de mitos, tabúes, perspectivas sobre el abuso sexual en menores.

A la hora de hablar de mitos, UNICEF (2017) brinda diferentes de ellos, con el objetivo de lograr un verdadero cumplimiento de los derechos de las víctimas a partir de informar adecuadamente que es cierto y que no es, en estos casos, y como se puede contribuir a tener conocimientos seguros sobre la problemática.

Uno de estos mitos es; “los abusos sexuales contra los NNyA no son frecuentes”. Se debe desmitificarlos, ya que, por el contrario, son un problema común en la infancia y cada vez más agravantes. Aquí UNICEF para contradecir esto, retoma datos de la OMS tales como; 1 de cada 5 mujeres y 1 de cada 13 hombres adultos declararon haber sufrido abusos sexuales en la infancia.

Otro que se menciona es que; “los agresores sexuales siempre usan la fuerza física para someter sexualmente a los NNyA”. Aquí se aclara que, no siempre utilizan la fuerza física, por el contrario, suelen emplear como tácticas de persuasión y manipulación, juegos, engaños, amenazas y distintas formas de coerción para involucrar a los NNyA y mantener su silencio. Estas, son actitudes que confunden a los NNyA porque las perciben como señales de aceptación. Por ende, UNICEF (2017) menciona;

“los agresores tienden a adoptar tácticas que comienzan con una conducta inapropiada, que no necesariamente alcanza a configurar un delito, pero gradualmente escala a través del tiempo hasta transformarse en un delito serio. Además, los abusos sexuales pueden tener lugar durante períodos que duran semanas, meses y hasta años, antes de ser descubiertos” (p. 10).

Otro de los mitos que se nombra aquí; “los abusos sexuales ocurren contra NNyA de familias con menores recursos”. En este punto, hay que desmitificar, ya que ocurren sin distinciones en todos los estratos socioculturales. Además, según UNICEF (2017) existe un subregistro estadístico de los casos que afectan a los niveles socioculturales más acomodados, ya que suelen denunciarse aún menos que el resto.

Otra de las cuestiones que se suele mitificar es que; “los niños mienten, inventan, fantasean”. Por el contrario, UNICEF quiere informar que son los niños inducidos, fabuladores, programados. Por lo tanto, sus dichos no son creíbles. Estas afirmaciones indican prejuicios arraigados en nuestra sociedad que son empleados para descalificar e invalidar los dichos de los niños. Los niños tienen conocimientos básicos sobre la reproducción humana, pero desconocen las modalidades de la sexualidad adulta, que se caracteriza por su genitalidad explícita. Aquí es imperioso destacar que, un indicador clave a tener en cuenta; “los relatos de los NNyA abusados sexualmente incluyen un conocimiento de la genitalidad adulta desfasado y anómalo para la edad, que se suma a la presencia de un estado emocional negativo” (p. 12).

Por todos estos mitos, es decir, esta desinformación constante que se encuentran en los ámbitos no solo laborales, sino que, sociales, aparece aquí fundamental conocer el Derecho a ser

oído; brindado por la Convención sobre los Derechos del Niño, donde se describe en el artículo N°12, que los Estados Partes garantizarán al niño que;

“esté en condiciones de formarse un juicio propio el derecho de expresar su opinión libremente en todos los asuntos que afectan al niño, teniéndose debidamente en cuenta las opiniones del niño, en función de la edad y madurez del niño” (p.12).

Con tal fin, se dará en particular al niño oportunidad de ser escuchado, en todo procedimiento judicial o administrativo que afecte al niño, ya sea directamente o por medio de un representante o de un órgano apropiado, en consonancia con las normas de procedimiento de la ley nacional.

Como se evidencia hasta aquí, se debe tener cierta rigurosidad de qué información tenemos sobre una temática, en este caso los mitos que aparecen sobre el abuso cristalizan en el sentido común, poblando con diferentes frases como las mencionadas, como implícitas. Frente a ello, es tarea de todos desarticular dichas frases, ya que si estos continúan naturalizados generan prejuicios que avanzan aún más en la vulneración de derechos. Si estas diversas cuestiones, se siguen reproduciendo, se pueden encontrar en diferentes ámbitos laborales, como es el ámbito de salud, pues traerá aparejado estos tipos de discursos, los cuales no suman sino que desinforman e instalan perspectivas erróneas.

Ante esta realidad, y los graves daños que representan en la vida de los NNyA las consecuencias de haber sido víctimas de una situación de abuso sexual, resulta imprescindible orientar y ordenar la información empezando desde el Estado, ya que si se parte desde este órgano gubernamental, se podrá lograr el objeto de informar sobre los derechos que se deben de tener en cuenta, llegando así a todo el personal de salud, fortaleciendo estos a las herramientas de prevención, y abordaje de esta problemática.

En este punto, el Gobierno de la Provincia de Buenos Aires (2019) describe que, en el año 2000, la Ley N°12.569 de Protección contra la Violencia Familiar, define a la violencia familiar como; “toda acción, omisión, abuso, que afecte la vida, libertad, seguridad personal, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, de una persona en el ámbito del grupo familiar, aunque no configure delito” (art. 1), y establece su aplicación “cuando se ejerza violencia familiar sobre la persona con quien tenga o haya tenido relación de noviazgo o pareja o con quien estuvo vinculado por matrimonio o unión de hecho”, entendiendo por “grupo familiar”

al originado en el matrimonio o en las uniones de hecho, incluyendo a los ascendientes, descendientes, colaterales y/o consanguíneos y a convivientes o descendientes directos de algunos de ellos” (art. 2). Pero dato relevante de aquí es que, cuando las víctimas fueran menores de edad, incapaces, ancianos o personas con discapacidad (discapacitados en la terminología de la ley) que se encuentren imposibilitadas de accionar por sí mismas, la ley provincial dispone que sus representantes legales, los obligados por alimentos y/o el Ministerio Público, como así también quienes se desempeñan en organismos asistenciales, educativos, de salud y de justicia y en general, quienes desde el ámbito público o privado tomen conocimiento de situaciones de violencia familiar o tengan indicios de que puedan existir, están obligados a hacer la denuncia inmediatamente (art.4º).

Posteriormente, en el año 2001, se sancionó la Ley n° 12.807 de Prevención del Abuso Sexual contra Niños en el Territorio de la Provincia de Buenos Aires, que pone énfasis en la prevención, y para esto coloca como aspecto clave la obligación del Poder Ejecutivo provincial de capacitar al personal de las dependencias oficiales e instituciones privadas que realicen tareas vinculadas directamente con niños, para reconocer y detectar síntomas que indiquen que un niño haya sido o está siendo objeto de la comisión de un abuso sexual (art. 2), como así también de implementar campañas de difusión masivas que tengan por objeto la prevención del abuso sexual contra niños, el reconocimiento de niños que puedan estar siendo objeto de este tipo de abusos e informar sobre los lugares receptores de denuncias y servicios de apoyo jurídico, terapéutico o social (art. 4). Asimismo, establece la obligación para todo funcionario o empleado público que por cualquier medio tome conocimiento de la comisión de un abuso sexual hacia NNoA (incluyendo pornografía infantil y prostitución infantil), de denunciarlo inmediatamente ante la autoridad competente (art. 3).

En el correr del tiempo, puntualmente ya en el año 2005 la ley n° 13.298 de Promoción y Protección Integral de los Derechos de los Niños, en sintonía con la ley nacional, establece la obligación de brindar asistencia directa, cuidado y rehabilitación a NNyA que por cualquier circunstancia requieran protección especial, particularmente aquellos que sean víctimas de abuso, así como para evitar la aparición de estas situaciones (art. 31). Complementariamente, su reglamentación establece la obligación de denuncia cuando un NNoA es víctima de una acción o abuso a su integridad física o sexual, para que la autoridad interponga las acciones correspondientes contra el autor del delito (arts. 21.2 y 37).

En concordancia, la Provincia de Santa Fe Poder Ejecutivo (2016) en el año 2013 elaboro el primer protocolo de atención interinstitucional para el acceso a la justicia de niños, niñas y adolescentes víctimas o testigos de violencia, abuso sexual y otros delitos. Dicho protocolo se materializa en las prácticas, respeto, tratamiento que los Tratados Internacionales, la Constitución Nacional, la Constitución Provincial y demás normativas reconocen, recomiendan y prescriben como obligatorios.

En consecuencia, la preservación de los derechos de los NNoA comporta un compromiso ético y una obligación política e institucional, no solo del Estado, sino de todo Personal interviniente responsable de que el NNoA reciba una atención digna, que en parte mitigue el mal por el que han atravesado.

En este punto, se destaca uno de los principios generales a resaltar de dicho protocolo, el cual refiere a la capacitación de los profesionales y la revisión constante de las intervenciones y procedimientos de los mismos. Tal como se menciona, Provincia de Santa Fe (2016);

“es fundamental que todos los actores que intervengan en el abordaje de NNyA estén capacitados especialmente para su atención. Esto incluye, entre otros, a la policía, a los profesionales que realicen la asistencia inmediata, a médicos de hospital y a las entrevistadoras y peritos forenses”.

Por todo ello, resulta relevante tener en cuenta que, en estos años, surgen acciones para garantizar en diferentes partes del país más derechos frente a dicha problemática del abuso. Demostrando así, que todo el personal de salud debe tener conocimientos y ser capacitados para poder aplicarlos dentro del ámbito y denunciar así los casos de abuso sexual, para que se tome relevancia del asunto y principalmente dar justicia a las víctimas.

Es decir que, desde el año 2000 al 2013 existieron determinadas leyes, normativas, entre otras, que avalan el cumplimiento de los protocolos de esta temática y que se realice la capacitación a todo personal interviniente, como así también, la realización de denuncias, pero resulta contradictorio con lo que debería suceder, ya que, tal como se ve desde el marco legal se debe denunciar como profesional si un menor es abusado, pero ocurre que aparece el problema de las escasas denuncias, no solo por parte de los profesionales, sino también familiares de los niños. Tales falencias, podrían ser producto de la desinformación del personal de la salud o de la falta de capacitación de los mismos. Tal como lo plantean Casas-Muñoz et. al (2023);

“Los profesionales de la salud en ejercicio a menudo tienen poco conocimiento sobre cómo reconocer y manejar situaciones de violencia sexual infantil (VSI). La falta de capacitación puede dar lugar a una interpretación errónea de los comportamientos de NNA o de los hallazgos del examen físico como indicativos de abuso, así como ignorar y minimizar hallazgos físicos importantes e, incluso, interpretar de manera errónea, que no existió VSI en NNA cuyo examen urogenital no revela hallazgos físicos”. (p.2).

Frente a lo expuesto se concuerda, ya que se considera que estos errores no solo perjudican al personal a incumplir con su labor, sino que pueden poner en riesgo la seguridad y el bienestar de NNA.

No debe olvidarse que, si los profesionales se informan se genera una respuesta de atención en salud adecuada, cambiando así la vida de un niño que ha sufrido un trauma, ayudando junto a su familia, a comenzar el proceso de recuperación y de cumplimiento de derechos.

Aquí, una determinada atención brindada por el personal de salud, es de suma importancia frente a la problemática porque brindaría respuestas y detección temprana. Es decir que, el propicio conocimiento de las señales de alerta e indicadores de abuso sexual, constituye una valiosa herramienta para poder hacer efectiva esta detección, razón por la cual la capacitación permanente de los equipos de las distintas áreas que trabajan en su cotidianeidad con NNyA, resulta imprescindible.

En ese sentido, la atención que deben brindar los profesionales de salud debe ser teniendo en cuenta, el protocolo de acción actual brindado a nivel nacional, denominado “Protocolo para la atención integral de personas víctimas de violaciones sexuales” elaborado por el Ministerio de Salud (2021). Este representa una de las herramientas informáticas fundamentales para todo personal de salud que tengan contacto habitual con NNyA, dotándolos de habilidades básicas para realizar una detección temprana.

Por consiguiente, se debe hacer hincapié, para qué sirve y qué función cumplen los protocolos en las instituciones de salud nacionales. Aquí es relevante retomar los autores Casas-Muñoz et. al (2023), ya que refieren que los protocolos sirven para optimizar la atención NNA, y debe abordar la prevención, el reconocimiento y el manejo clínico de la sospecha de violencia sexual infantil. Esto coincide con lo que menciona la OMS en su estudio;

“en estos documentos se deben definir las funciones y responsabilidades de los miembros del personal, resumir los posibles indicadores de abuso sexual infantil y describir las estrategias para identificar y abordar mejor las necesidades de salud y seguridad del paciente” (p. 2).

A su vez se debe aclarar que en la Provincia de Santa Fe tal como detalla el Poder Ejecutivo (2016);

“un protocolo, representa la importancia de tener una herramientas con criterios claros y unificados de actuación para el abordaje de nirros/as víctimas de violencias, evitando de esta manera, el maltrato institucional que se puede producir cuando se llevan a cabo intervenciones desarticuladas por parte de los diferentes operadores (Policía, Escuela, Centros de Salud, Poder Judicial, Centros de Asistencia Judicial, Subsecretaría de los Derechos de la Niñez, Adolescencia y Familia y otros) teniendo como objetivo la protección y bienestar del niño/a a lo largo de todo el proceso judicial, evitando su revictimización y procurando la obtención de pruebas válidas en post de la realización de justicia.”

Se entiende entonces, que un protocolo contiene un conjunto de procedimientos que permite la actuación homogénea de los profesionales, sirve como estrategia para unificar criterios y acordar de forma conjunta el abordaje de diferentes técnicas, terapias y/o problemas de la salud. Por todo ello, es sustancial que el mismo se encuentre basado en evidencias científicas recientes, por lo que deben estar actualizados, lo que implica que los profesionales de salud, se deben informar de los mismos de manera constante.

En esta investigación la autora coincide con el Gobierno de la Provincia de Buenos Aires (2019) que;

“el desafío que presenta un protocolo sobre abuso sexual en menores, es brindar pautas claras y estrategias de abordaje integral, interdisciplinario e interinstitucional que permitan no solo la detección en el ámbito de la salud, sino también erradicar el abuso sexual contra NNyA y reducir o eliminar a corto o largo plazo el daño que causa este tipo de delitos en la vida de las víctimas”.

En este punto, es relevante mencionar lo expuesto por Chejter (2021), ya que la misma describe el protocolo más actualizado sobre el abuso sexual infantil (ASI) en nuestro país;

“está diseñado para la atención de personas víctimas de violaciones ocurridas recientemente y hasta seis meses después del episodio. El mismo, contiene pautas específicas para los riesgos relacionados con la salud sexual y reproductiva de las mujeres y otras personas con capacidad de gestar. En cuanto a otros riesgos, como por ejemplo transmisión de virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o de otras infecciones de transmisión sexual (ITS) o el abordaje psicosocial, puede aplicarse a todas las personas” (p.10).

Además, en dicho protocolo se propone unificar los criterios de detección, abordaje y seguimiento de las acciones e intervenciones dispuestas ante una situación de abuso sexual hacia NNoA, impulsando un plan de formación y capacitación permanente de los integrantes de los equipos respectivos. La confluencia de todos los aspectos señalados permite un rápido acceso a los tratamientos necesarios, evitando el agravamiento de los daños (a través de la revictimización y/o de la sobre intervención), asegurando la realización de las denuncias penales, agilizando la adopción de medidas protectorias, contribuyendo a la obtención de una sanción jurídica penal para el agresor y a una pronta restitución de derechos para las víctimas.

Pero para lograr todo ello, se debe trabajar en la detección y abordaje de la problemática del abuso sexual hacia NNyA, teniendo en cuenta una serie de pasos, que serán descritos a continuación.

Primeramente, aparece la recepción, aquí una de las acciones fundamentales es la atención del menor que ha sufrido un abuso sexual. Puede suceder que sea un momento de mucha tensión, no solo del personal a cargo, sino que, para la víctima que ha sufrido un abuso sexual. Frente a ello, es fundamental tener conocimientos sobre cómo abordar el momento de la recepción del menor teniendo en cuenta las bases del protocolo, ya que este, recomienda utilizar la Historia Clínica (HC) diseñada como guía de la entrevista y de los pasos a seguir durante la atención al menor.

En relación, es de importancia que el personal interviniente pueda garantizar un ambiente de privacidad, porque de esta manera favorece no solo a la comunicación, sino que además a la escucha activa, confianza, asegurando la confidencialidad de los relatos. De esta manera, se debe evitar que la víctima tenga que repetir lo ocurrido, respetando así el derecho a la revictimización. Aquí es importante que se permita la presencia de un acompañante, como así también el género de quien lo atienda.

En este punto, es imperioso destacar lo expuesto por UNICEF (2017) cuando justifica la importancia de escuchar al niño; “cuando toma la palabra radica en que su descripción frecuentemente es la más importante, poderosa y, en muchas ocasiones, la única evidencia del abuso cometido en su contra” (pág.5) Por ese motivo, es imprescindible prestarles atención, privacidad y escucharlos sin juzgarlos. Como así también realizar un abordaje interdisciplinario, solicitar el consentimiento para la realización de las prácticas y procedimientos brindando información clara, completa y comprensible para el menor y su familia.

En cuanto al momento de la recepción la institución se debe tener en cuenta si la víctima es una persona con discapacidad. En este caso, se deberá considerar el tipo de discapacidad, las preferencias y decisiones de las víctimas y cómo desean manejarse con quienes las acompañan si es que necesitan apoyo, también tener en consideración la presencia de intérpretes para personas que no hablen el idioma o tengan dificultades para hacerlo.

Otro de los pasos que no se debe olvidar del protocolo según la autora Chejter (2021), es el abordaje psico-social durante la atención integral de personas víctimas de violaciones sexuales, ya que;

“para comprender ciertas particularidades de los daños que provocan las violaciones es ineludible tener en cuenta que el ASI se trata de un trauma ocasionado por una agresión intencional, de carácter sexual y de género. Las víctimas experimentan el dolor y el desamparo de una violencia interpersonal con voluntad de daño, durante la cual se han sentido a expensas de la discrecionalidad del agresor, llegando, en muchos casos, a temer por su integridad corporal e incluso su vida. Demostrando así que, el carácter sexual del ataque no por obvio es menos decisivo” (p. 14).

En este aspecto, cualquier personal de la salud, aun no siendo psicólogo, al momento de la atención del menor, puede brindar un abordaje psicológico. Ya que, se trata siempre de no revictimizar a la persona, no juzgar, tener una escucha activa y contenedora, dando espacio a la expresión del sufrimiento, ya que se está frente a una situación, tal como menciona la autora Chejter (2021), en la que el niño pasa por un trauma en la que teme por su integridad corporal e incluso su vida.

Es crucial que se pueda identificar y evaluar los puntos más urgentes durante la atención, ya que, se está frente a una problemática en la cual se debe adoptar todas las medidas necesarias

para asegurar la recuperación física y psíquica de la NNyA, aportando elementos para que la víctima comprenda que la violación no se relaciona con sus características, comportamientos o historia personal, fortaleciendo de esta manera su posición de sujeto, propiciando el fortalecimiento personal. Por ende, es fundamental evaluar los riesgos y asegurar contacto con la red de protección y apoyo.

Si se hace referencia a otro de los pasos dentro del protocolo, es el momento del examen físico y de laboratorios, ya que es importante la valoración cefalocaudal, examen genital y registro de lesiones, tales como erosiones, escoriaciones, contusiones, hematomas, heridas, quemaduras, fracturas, cicatrices. Tener en cuenta las reacciones físicas-somáticas (sudor, dolor precordial, tenesmo rectal/vesical, taquicardia, palpitaciones, náuseas, dolor difuso, rubor facial), como así también las reacciones emotivas (temor, indiferencia, crisis de angustia) y las reacciones conductuales (irritabilidad, pasividad, mutismo, insomnio).

Durante el examen físico y de laboratorios, es crucial que los profesionales a cargo contengan los conocimientos necesarios, ya que, el abordaje de los mismos es fundamental para determinadas instancias judiciales. Realizar este tipo de procedimientos de toma de muestras implica dos cuestiones; por un lado, en el examen físico, se cumplen con los recaudos procesales exigidos en cada jurisdicción ya que, pueden servir como pruebas en un eventual proceso judicial. Por otro lado, en los exámenes de laboratorio; se basa en la toma de Cultivo de cada sitio en que hubo penetración o intento para gonococo y clamidia.

Con relación a los exámenes de laboratorio, se debe tener en cuenta los análisis de sangre para detectar infecciones de transmisión sexual, ya que, se está frente a un caso de abuso sexual, en los cuales se puede presentar la presencia de enfermedades, tales como, sífilis, VIH, hepatitis B, hepatitis C, hepatorrea. También es relevante realizar la muestra para descartar embarazo.

En caso de que se detecten infecciones de transmisión sexual (ITS), tal como el VIH, el personal a cargo debe estar informado, de que él menor debe acceder a los tratamientos oportunos. Para el VIH, se administran los antirretrovirales, dentro de las 2 horas de ocurrido el hecho, no más de 72 horas por 28 días. Para las ITS como sífilis, gonorrea, clamidia, etc. El tratamiento será la Ceftriaxona, Azitromicina, Metronidazol y los alternativos Cefixima, Doxiciclina.

Todo ello es posible si en la atención integral de personas víctimas de violencia sexual (las prácticas y tratamientos que de ella surjan), la persona brinda su consentimiento informado, conforme la Ley N°26.529 de Derechos del Paciente. El consentimiento informado es, por lo

general, un proceso que se realiza de manera verbal. Sólo en casos específicos debe consignarse por escrito. Brindar información completa, adecuada, basada en evidencia científica y en formato accesible no solo es un derecho de las personas usuarias del sistema de salud, sino que, en muchos casos, favorece la adherencia a prácticas o tratamientos. Así, por ejemplo, para la realización del tratamiento antirretroviral no es obligatoria la firma de un consentimiento informado, pero sí es imprescindible que la persona acceda a la información sobre los efectos del tratamiento y sus efectos adversos.

Otros de los tratamientos fundamentales en los casos de abusos sexuales en menores son la Inmunizaciones; por un lado, Hepatitis B y tétanos, por otro lado, la Anticoncepción de emergencia. En esta última, brindar anticoncepción de emergencia forma parte de la atención inmediata de las mujeres y otras personas con capacidad de gestar que hayan sido víctimas de una violación. De esta se aclara que, hay dos tipos de anticonceptivos de emergencia: los métodos hormonales conocidos como anticoncepción hormonal de emergencia (AHE) y el dispositivo intrauterino de cobre (DIU-Cu). Ambos deben ser opciones, es decir que la persona pueda evaluar y elegir. Respecto del DIU-Cu como anticoncepción de emergencia (AE) es una opción para las personas que además deseen un método anticonceptivo de larga duración.

Es importante tener en cuenta el dialogo con la persona sobre el procedimiento de colocación para que evalúe si quiere y puede transitarlo, considerando su situación psico-emocional luego de la violación sexual. Dado que el uso de AE reduce, pero no elimina por completo la posibilidad de embarazo, el asesoramiento y seguimiento de las personas con capacidad de gestar que sufren una violación es clave, es decir que, la victima debe informarse sobre la importancia de la realización de un test de embarazo en caso de ausencia de menstruación en la fecha esperada y el derecho a la interrupción del mismo si se confirma el embarazo.

El seguimiento a las víctimas es otro de los pasos importantes a saber. Lo que implica que, hay que insistir a la víctima y su familia, en la importancia de mantener el vínculo con el sistema de salud para asegurar los controles posteriores y la atención de las prestaciones pendientes; que generalmente incluyen acceso a medicamentos, seguimiento por infectología y/o salud sexual y reproductiva, salud mental y servicio social. También, el personal debe entregar por escrito la información sobre los turnos con las/os distintos profesionales. En caso de derivaciones deben ser personalizadas, y en lo posible brindar el nombre de cada profesional y día y horario de atención. Otra responsabilidad por parte del personal es entregar anotadas en letra legible todas las

indicaciones médicas e informar sobre los efectos secundarios y especificar qué medicamentos tienen y la necesidad de consultar sobre posibilidad de cambios de medicación.

Y, por último, y no menos importante, es la cuestión de los derechos, los profesionales deben informar a la persona sobre su derecho a interrumpir el embarazo si se detecta que producto de la violación ha quedado embarazada, sumado a explicar que es su derecho acceder a la justicia, que este incluye la posibilidad de denunciar el hecho, para que la justicia investigue y sancione al agresor y la víctima reciba una reparación por el daño sufrido. Además, aparecen los derechos a la Prácticas en efecto de salud con trato digno, privacidad, confidencialidad, autonomía de voluntad, acceso a la información, contención y acompañamiento, siempre y cuando no re victimizando a la persona.

En esta línea, aparece otro derecho, que es la denuncia. Esto significa que a partir de los 18 años la decisión de instar la acción penal es de la víctima. En estos casos generalmente, no corresponde que las /os profesionales de salud denuncien. Pero, esto es diferente cuando se trata de niñas, niños o adolescentes (menores de 18 años) tal como ya se ha mencionado, ya que al ser delitos de instancia pública (art.72 del Código Penal), una vez realizada la comunicación correspondiente a los organismos de protección de derechos, la intervención tendiente a la protección del/la niño/a o adolescente, deberá contemplar también la denuncia penal por la situación de abuso para que se sancione al victimario, preferentemente en fiscalías u otros organismos especializados en la temática (Ministerio de Salud de la Argentina, 2021).

Se debe aclarar que, se debe realizar una previa evaluación para la realización de la denuncia, en todos los casos, dando prioridad a la protección del interés superior de la NNA involucrada/o y en especial la aplicación del principio de autonomía progresiva. Es decir que, se debe garantizar la evaluación significativa en todos los procesos de toma de decisiones que las/os involucren, reconociendo y respetando su derecho a ser oídas/os. Para ello, los equipos tomarán las medidas ya mencionadas en relación a la adaptación de los procesos, la información y las prácticas para ajustarse a su desarrollo madurativo y necesidades particulares, de forma que estén en condiciones de decidir y participar en todo momento.

Por consiguiente, frente a todos los pasos que el personal de salud debe de tener en cuenta a la hora de abordar un caso de abuso sexual en NNA, la autora detalla que estos se deben llevar a cabo desde el posicionamiento descrito por Hildegard Peplau. De la misma, se coincide en que debe ser fundamental el desarrollo las relaciones interpersonales, centradas en la relación

enfermero-paciente siendo este vínculo como un proceso interpersonal de interacciones terapéuticas entre un individuo que está enfermo o necesita servicios de salud y una enfermera especialmente educada para reconocer, responder a la necesidad de ayuda. Justamente, cuando se está frente a un NNA que ha sufrido un abuso, tener consideración del mismo, ayudando en su recuperación, acompañando en todo momento a superar el trauma, creando un vínculo de confianza y escucha activa será primordial para la reinserción del niño en la sociedad y su adecuada rehabilitación durante la atención (Marriner Tomey y Reile Alligood, 2011).

Recapitulando, lo expuesto hasta aquí se evidencia que existe un marco legal con acciones al respecto de cómo proceder como personal de salud en dicha problemática vigente. Pero una de las cuestiones relevantes que se considera en esta investigación, es indagar si el personal de salud se encuentra informado y actualizado con respecto al Protocolo para abuso sexual infantil, como se caracteriza el mismo, es decir como realmente es puesto en práctica.

Por consiguiente, se debe comprender que en caso que no exista información y actualización sobre el protocolo el riesgo es amplio. Por ello, resulta oportuno mencionar a los autores Casas-Muñoz et. al (2023) cuando detallan que “esto puede ser abrumador e intimidante si un profesional de la salud tiene poco conocimiento acerca de los recursos de la comunidad y requisitos legales” (p. 2).

Por lo que, se coincide que se debe llevar adelante la capacitación sobre el protocolo para la atención integral de personas víctimas de violaciones sexuales, es fundamental para todo el personal de salud que brinda atención directa al paciente, como así también muy útil para el personal de apoyo (administrativo y de vigilancia, entre otros). En este sentido, se concuerda con Casas-Muñoz et. al (2023) a la hora de ver qué es lo que se puede contribuir a futuro como estrategia; “El trabajo futuro debe centrarse en desarrollar y evaluar nuevas estrategias para aumentar la capacidad del sector de la salud para atender a los NNA que experimentan violencia sexual infantil y optimizar las formas de capacitar a los profesionales” (p.4).

Es por ello, que en este estudio se tomó la decisión de llevar a cabo como estrategia para la ampliación de conocimientos del personal una intervención educativa enfocada en el manejo del protocolo de atención integral de víctimas de violaciones sexuales desarrollado por la autora Chejter (2021) y de esta forma medir el impacto de la misma en el personal de salud.

En este sentido, es preciso definir una intervención educativa, tal como refiere Remedí (2004) la palabra intervenir es estar entre un antes y un después, ya que cuando se interviene, se

tocan lógicas instituidas y en toda institución, en toda práctica donde hay procesos que se llaman instituyentes, es decir, procesos que se están gestando, procesos que van a devenir a futuro en nuevas prácticas; y en esta tensión entre lo instituido y lo instituyente, se colocan centralmente las prácticas de intervención.

Asimismo, para el autor Lopez Alvarez (2019) “la intervención educativa es la acción intencional para la realización de acciones que conducen al logro del desarrollo integral del educando” (p.3).

Concretamente, ambos, Remedí (2004) y López Álvarez, (2019) coinciden sobre dicho concepto, ya que demuestran que intervenir es una acción intencional, y cuando se interviene para educar se está frente a un antes y un después del educando, es decir, que el fin de tal acción es educar, de incorporar conocimientos y aprendizajes. Lo que conlleva a pasar de lo instituido, lo ya normado, establecido, a tener una visión, una incorporación más amplia del conocimiento y aprendizaje, aquí se pasa a lo instituyente.

Con todo ello, la autora coincide, porque toma como conveniente intervenir de manera educativa al personal de salud; teniendo en cuenta los pasos a seguir para la atención que se encuentran establecidos en el protocolo de abuso sexual infantil, considerando el momento de recepción, examen físico, examen de laboratorio, tratamientos, derechos, abordaje psicológico y social y seguimiento, a toda víctima y/o familiar, para evaluar así, no solo si se encuentran informados sobre el protocolo actual, sino también para brindar una capacitación sobre abuso infantil y medir de esta manera el nivel de información.

Con todo lo expuesto hasta aquí, se concluye que la violencia sexual infantil es una fuente importante de trauma y puede afectar de manera significativa la salud física y mental de NNA que la viven. El manejo de estos NNA plantea un gran desafío para muchos profesionales de la salud.

Es por ello, que no solo las actualizaciones de protocolos para abordar esta problemática vigente son suficientes, sino que las capacitaciones permanentes o intervenciones educativas en las instituciones de salud son fundamentales, ya que una respuesta de atención adecuada puede cambiar la vida del NNA y ayudarlo junto a su familia a la recuperación del trauma, valiendo en todo momento sus derechos a una atención digna y con conocimientos.

Frente a esto último, es imperioso resaltar la teoría de enfermería de Kathryn Bernard, la cual se centró en el modelo de evaluación de la salud infantil, dentro de este resalta la importancia de la relación entre el niño y su cuidadora y el papel del enfermero como educador para mejorar

el vínculo y así ayudar a los niños y sus familias a tener éxito en su vida. También se destaca de su teoría la interacción recíproca, donde enfatiza la importancia de la comunicación bidireccional entre el niño y el adulto para un desarrollo saludable (Marriner Tomey y Reile Alligood, 2011).

Todas estas formas de intervenir, hacen tener a la autora un posicionamiento interdisciplinario de cómo abordar la problemática, sin olvidar que es un tema difícil pero del cual se debe seguir pensando, abordando, y transformando para que las infancias puedan tener sus derechos implementados de manera correcta. Ya que, para transformar las instituciones de salud, se debe brindar conocimientos sobre los derechos que tienen los niños y velar por un futuro mejor, para que la justicia aparezca y con ello termine con las violencias y por supuesto con los abusos.

## **Material y Métodos**

### **Tipo de Estudio**

Se realizará un estudio de abordaje cuantitativo, ya que el problema de investigación se planteará dentro de un marco conceptual formado por un conjunto de definiciones, proposiciones generales y específicas, resultados de investigaciones anteriores y de preguntas aún no resueltas que se expresan como hipótesis. Los fenómenos estudiados se describirán y explicarán de manera objetiva y sistemática. La realidad se abordará en forma fragmentada y el conocimiento que surge, por lo tanto, es generalizable, comparable, medible, replicable y por lo tanto universal. Utiliza la recolección de datos para probar hipótesis a través de mediciones numéricas y el análisis estadístico, así luego generar conclusiones (Hernandez Sampieri, 2014).

A su vez, será experimental, es decir, se establecerá la relación causal del objeto de estudio, para ello se manipulan intencionalmente la o las variables independientes.

Según el alcance de los resultados será cuasi experimental con pre-test y pos-test, ya que habrá manipulación intencional de la variable independiente, es decir se manipulada a través de una intervención educativa, para medir el nivel de información sobre el protocolo de atención integral en abuso sexual infantil a todo el personal de salud, no habrá selección aleatoria, ya que se contará con la presencia de un solo grupo intacto experimental, sin grupo control.

Según la ocurrencia de los hechos, se realizará un estudio Prospectivo; ya que se registrará la información según los hechos vayan ocurriendo. Y por último, es de corte longitudinal, debido a que las variables se medirán en dos momentos, al inicio y al final del proceso (Hernández Sampieri, 2014).

### **Sitio y Contexto de la investigación**

El sitio de la investigación corresponde a dos efectores públicos, ubicado en la localidad de Coronel Arnold y Fuentes, del mismo grado de complejidad, los mismos se encuentran en el departamento de San Lorenzo, pertenecen al Nodo de Rosario, dependen directamente del Hospital Público de la localidad de Casilda, el cual a su vez responde al Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe. El contexto de estos centros de salud en donde se llevará a cabo dicha investigación, son centros de atención primaria para la salud.

Luego de aplicar la guía de convalidación de sitio, correspondiente al primer control de validez interna, se realizó una serie de preguntas al director médico de ambos SAMCo, reconocido como la máxima autoridad.

## **Descripción del Sitio**

Acorde a los resultados obtenidos, las instituciones elegidas me otorgan la autorización pertinente para realizar la investigación y publicar los resultados de la misma. Ambas instituciones dependen de la provincia de Santa Fe, el tipo de complejidad que presentan es de primer nivel, otorgándole al público servicios de atención primaria, con derivación directa al Hospital San Carlos de la localidad de Casilda.

Dichas instituciones cuentan con el personal suficiente para la investigación y con la experiencia en la atención en abuso sexual infantil.

Los centros de atención primarias de la salud contienen alrededor de 14 disciplinas distintas; entre ellas se mencionó: Médico Clínico/Generalista (5 en la localidad de Fuentes y 4 en la localidad de Coronel Arnold) Pediatras (3 en la localidad de Fuentes, 2 en la localidad de Arnold), Psicólogos (2 en Fuentes, 1 en Arnold), Enfermeros (6 en Fuentes, 3 en Arnold), Trabajador Social (1 en ambas localidades), Dentistas (2 en ambas localidades), Nutricionistas, (2 en ambas localidades), Kinesiólogos (4 en Fuentes, 3 en Arnold), Fonoaudiología (2 en ambos centros), Ginecólogos, (2 en Fuentes, 1 en Arnold), Bioquímicos (2 en ambos centros), Administrativos (3 en Fuentes, 2 en Arnold), Personal de limpieza (2 en Fuentes, 1 en Coronel Arnold), Ambulancieros (3 en Fuentes, 2 en Arnold).

En cuanto a la edad promedio de todo el personal de ambos centros de atención primaria mencionaron que rondan entre los 28 a 50 años, con una antigüedad superior a los 4 años en el servicio.

Los horarios de atención que presenta el SAMCo de la localidad de Fuentes son de 24 horas diarias, cubriendo cada personal un total de 6 horas por turno. Este centro presenta una dotación total de 34 personales de salud. En cuanto al centro de salud de la localidad de Coronel Arnold dispone de un horario de atención de 12 hs diarias cubriendo de 7 am a 19 pm, en donde cada persona trabaja 6 horas por turno. El resto de las horas no cubierta la población se traslada a la localidad de Fuentes, que se encuentra a 11 km de la misma. Con respecto a la dotación total del personal de salud es de 24.

En la actualidad las instituciones refieren no estar realizando capacitaciones, ni educación permanente al personal sobre abuso sexual en menores. Como así tampoco cuentan con asistencia de consejerías de Salud Sexual y Reproductiva.

En cuanto al personal, particularmente no se encuentran realizando capacitaciones sobre ASI en la actualidad.

Finalmente, los centros de salud comunicaron no presentar protocolos establecidos dentro de la institución para la atención a menores víctimas de abuso sexual. Pero si disponen de los recursos necesarios para dicha atención y de un espacio amplio para aplicar la intervención educativa sobre el ASI requerida para llevar adelante el proyecto.

### **Contexto de estudio: criterios de elegibilidad**

Para la selección del sitio y contexto se tuvieron en cuenta los criterios de elegibilidad, entre ellos la accesibilidad de poder llevar a cabo el proyecto de investigación en el lugar y contexto seleccionado con la autorización de quien corresponda y que luego pueda ser publicado, como así también que dentro del contexto se encuentre la población con las características que se requiere para el estudio, es decir el personal de salud con experiencia en la atención integral en abuso sexual infantil, que el mismo tenga la accesibilidad y disponibilidad dentro de la institución, para poder aplicar el instrumento de recolección de dato dentro del contexto.

De todas formas, se evitará el personal de la institución que esté realizando capacitaciones sobre el protocolo de atención integral en Abuso Sexual Infantil, ya que no sería lo indicado para el estudio y evitaría de esta manera la amenaza de historicidad.

Se tendrá en cuenta también la factibilidad en cuanto al número de personal de salud que trabaje en ambos sectores seleccionados para el estudio, si será suficiente, teniendo en cuenta que tendrá que ser un mínimo de 50 personas, abordando las distintas disciplinas, para prevenir de esta manera la amenaza de mortalidad.

Además, se considerará el tiempo que lleve la aplicación del instrumento, los cuales no deben ser tiempos largos entre la aplicación de cada instrumento, para evitar la amenaza de maduración, es decir, se deberá planear cuidadosamente los tiempos en que se recolectarán los datos.

La disponibilidad del ambiente, si la institución cuenta con un espacio en donde se pueda aplicar los instrumentos, de igual manera para todos, pensando que será en tres momentos; 1) en primera instancia un múltiple-choice que medirá “el nivel de información que posee el personal de salud sobre el protocolo de atención integral en Abuso Sexual Infantil (ASI)”, 2) luego se aplicará una “intervención educativa”, sobre el manejo del protocolo en ASI, para luego 3) volver a medir a través del mismo múltiple-choice “el nivel de información que tiene el personal de salud

sobre el protocolo de atención integral en ASI”. Se pensará los momentos, horarios en el que se juntará la mayor cantidad de personal, para evitar la difusión del tratamiento. La selección será de forma equitativa, en un horario que no complique al personal, para poder aplicar el múltiple-choice y la “intervención educativa”.

### **Población y Muestra**

La población estará conformada por la totalidad de 58 personas que integran el equipo de salud de distintas disciplinas, que trabajan en ambos Centros de Atención Primaria de la localidad de Coronel Arnold y Fuentes. Ante ello, no se tomará muestra ya que la población a estudiar es factible de ser medida y abordada en su totalidad.

La unidad de análisis será cada personal de salud que se desempeñe en las distintas disciplinas mencionadas anteriormente.

Para la elección de estas unidades de análisis, se establecerán los siguientes criterios de inclusión y exclusión, que determinarán el segundo control de validez interna del estudio.

#### **Criterios de Inclusión:**

- Personal de salud que se encuentre trabajando actualmente dentro de los Centros de Atención Primaria del SAMCo de la localidad de Coronel Arnold y Fuentes.

#### **Criterios de Exclusión:**

- personal de salud que se encuentre realizando en la actualidad capacitación sobre el abuso sexual infantil.
- personal de salud que haya pasado por una experiencia de violencia durante su infancia.
- personal de salud con una antigüedad en el servicio menor a seis meses.

#### **Amenazas de Validez Interna:**

Las amenazas a tener en cuenta que se controlarán son: mortalidad, regresión, selección, compensación, presencia de variables enmascaradas.

Los controles para las siguientes amenazas serán: para la mortalidad se tomará un tamaño de la población constituida por 50 personas que integran el equipo de salud de distintas disciplinas, teniendo en cuenta que en esa totalidad pudiera ocurrir que algunos decidan abandonar el proyecto durante su realización.

Para la amenaza regresión, no se seleccionará participantes que tengan puntuaciones extremas y que no se mida su valor real. Es primordial especificar los criterios tanto para excluir como incluir sujetos al estudio. Por ello, teniendo en cuenta que se trata de un estudio sobre el abuso sexual en menores, será importante al momento de la selección tener en cuenta que ningún personal de salud durante el estudio se sienta afectado por haber sufrido en algún momento de su infancia una experiencia similar o igual al tema seleccionado para el proyecto.

Ahora bien, para la amenaza de selección donde los grupos no deben ser equivalentes, el control será que todos los participantes presenten experiencia en la atención en ASI.

En lo que respecta, la presencia de variables enmascaradas donde variables que influyen en la variable dependiente, el control será establecer minuciosamente los criterios de inclusión y exclusión de las unidades de análisis.

Además, en el caso de la compensación, donde los participantes del grupo perciban que no reciben nada, el control será proveer los resultados como beneficios a todos los participantes por igual.

En referencia a la validez externa de la investigación, los datos obtenidos serán generalizables sólo para la población en estudio. Ya que se encuentran limitaciones debido a que se realizará solo en los sitios seleccionados, no se realizará muestreo y el número de personal es reducido, introduciendo la posibilidad de sesgos en los resultados.

### **Técnicas e Instrumentos para la recolección de datos**

La técnica e instrumento de recolección de los datos, fue elegida en función de las variables en estudio, de la población que se abordará y el abordaje metodológico seleccionado.

Las variables se medirán aplicando una técnica de recolección de los datos para la población seleccionada, esta medición se realizará a través de un instrumento correspondiente, que permitirá registrar cuantitativamente los indicadores definidos en la operacionalización de las variables. Cada uno de ellos se convertirá en una pregunta con opciones de respuestas, que luego serán codificados, permitiendo el ordenamiento de datos y analizarlos. Esta codificación se realizará previamente a la recolección de los datos.

Para la variable “nivel de información sobre el protocolo de atención integral en abuso sexual infantil” se utilizará la técnica de encuesta, la cual permitirá la recolección de datos objetivos del personal de salud.

Utilizando como instrumento de medición un múltiple-choice impreso, de diseño propio. El mismo será auto administrado, su modalidad de entrega será de forma anónima, para ser evaluado “el nivel de información con respecto al protocolo de atención integral a víctima de violencia sexual infantil”, sin intención de dar juicios para con el encuestado. De esta manera se sentirá más seguro de contestar la encuesta, enriqueciéndola de experiencias en el servicio frente al caso.

El múltiple-choice presentará preguntas con diferentes opciones de respuestas (a,b,c,d,e) en la que se deberá marcar con un X lo que considere que corresponda.

Cabe destacar que el presente múltiple-choice esta formulado y se rige a la última actualización (2021) del protocolo para la atención integral de personas víctimas de violencia sexual, adaptado para el personal de salud que se desempeña en el SAMCo de la localidad de Coronel Arnold y Fuentes (Chejter 2021).

El múltiple-choice será el mismo, para evaluar el “nivel de información que posee el personal de salud” en ambas instancias pre-test y pos-test permitiendo medir siete dimensiones, las cuáles son (recepción, examen físico, exámenes de laboratorio, derechos, abordaje psicológico y social, tratamiento y seguimiento) del menor víctima de violencia sexual en el abordaje integral del personal de salud. Las preguntas fueron determinadas a través de los indicadores de las dimensiones para esta variable. Constará de 17 preguntas, con opciones de respuestas en la que se deberá marcar con un X lo que considere que corresponda, las opciones serán, (a,b,c,d,e).

El múltiple-choice constará de una introducción que especificará cómo el personal debe responder las preguntas; en el encabezado deberá completar la edad en años, como así también la antigüedad en la profesión y su dominio disciplinar.

Para la medición de la variable “impacto de una intervención educativa”, se realizará una “charla informativa” en conjunto con todo el personal de salud que se encuentre en cada turno, el espacio donde se aplicará el dispositivo será la sala de reuniones, autorizado por la institución. El tema estará focalizado en el manejo del protocolo de atención integral en abuso sexual infantil (actualización 2021), donde se tomará como referencia la Historia Clínica del anexo I del protocolo, diseñada como guía para la entrevista y los pasos a seguir en un caso de ASI. Para luego evaluar nuevamente “el nivel de información del personal de salud”, aplicando el mismo instrumento “el múltiple-choice” con las mismas preguntas, evaluando así el enriquecimiento de información posterior a la intervención educativa para el abordaje a toda víctima de abuso sexual

infantil. Garantizando de esta manera una atención integral, oportuna y de calidad a toda víctima de violencia sexual infantil y familiares.

Se debe mencionar que, todas las técnicas de recolección de datos poseen ventajas y desventajas;

Cuando se refiere a ventajas; si bien el múltiple-choice presentará un menor costo, menor tiempo en la recolección de los datos, mayor va ser la libertad en las respuestas al ser de forma anónima y mayor tiempo de reflexión para las respuestas por parte del encuestado.

A su vez presentará la desventaja de que no todas las consignas sean interpretadas como se espera, por lo que podría haber respuestas incompletas o que no presenten el desarrollo deseado.

En cuanto a la intervención educativa como ventaja podrán reflexionar sobre aquellas preguntas que no se pudo responder correctamente y enriquecerse de conocimientos en cuanto al manejo del protocolo en la atención integral a víctimas de violencia sexual (VS). Aquí puede presentar la desventaja de que se distraigan si el tiempo estimado se extiende y se desorienta de esta manera la atención.

El instrumento seleccionado permitirá medir el nivel de información que posee el personal de salud sobre el protocolo de atención integral en abuso sexual infantil.

Las debilidades a tener en cuenta, en cuanto a la encuesta como a la intervención educativa, se basa en que las consignas no sean claras y no representen al estudio, que no se entiendan las preguntas. Además, en la charla informativa, que el personal de salud no se encuentre interesado o no se expresó de manera correcta la información y se desoriente la atención del personal.

Debido a esto y como tercer control de validez interna se realizó una prueba piloto para los instrumentos. La cual es necesaria para descartar las amenazas que existen en la aplicación de los instrumentos de medición. La prueba no se realizó sobre las unidades de análisis que formarán parte del proyecto de investigación, sino que se efectuó en una población con similares características, de manera de evitar sensibilizar a la población objetivo y que se produjeran sesgos en los resultados.

A su vez se tuvieron en cuenta las condiciones en las que se recolectará el dato, la formulación, el ordenamiento y presentación de las preguntas, y si las opciones de respuestas asignadas son las adecuadas para medir la variable en estudio, la aparición de variables intervinientes. Por otra parte, se tuvo en cuenta si es correcto y factible una intervención educativa posterior a la aplicación del múltiple-choice.

Las amenazas posibles serán; inestabilidad del instrumento, administración de pruebas, instrumentación, condiciones ambientales. Los controles para estos factores serán; por un lado, para la inestabilidad del instrumento, que representa poca o nula confiabilidad del instrumento, el control será elaborar un instrumento estable y confiable. En cambio, para la Administración de pruebas, que la implicación de una prueba influya en las respuestas de los individuos, el control será tener pruebas confiables. En relación a la Instrumentación, que las pruebas o instrumentos aplicados a los distintos grupos que participan en el estudio no sean equivalentes, el control será aplicar el mismo instrumento a todos los participantes y en lo que se refiere a las condiciones ambientales, que el entorno no sea igual para todos los participantes, el control será lograr que la institución otorgue el mismo espacio para poder aplicar el instrumento, para generar igualdad.

### **Decisiones en función al análisis de resultados de la prueba piloto**

Se realizó una prueba piloto en el Centro de Salud de Atención Primaria Alberdi de la localidad de Casilda, con previa autorización del director, en la que participaron tres enfermeros, dos médicos clínicos, un trabajador social y una pediatra. La prueba piloto del instrumento se aplicó en los días que el personal asistía al centro.

Cabe destacar que este fue el lugar escogido ya que tanto el personal, como el servicio que se brinda cuenta con características similares a la población que se pretende estudiar. La misma se realizó el día 7/07/2023 a las 13 hs, con previo consentimiento informado del personal para aplicar el múltiple-choice.

Los datos fueron recogidos por el autor del proyecto. A través de esta prueba se intentó conocer si había alguna pregunta mal formulada, si alguna resultaba difícil de interpretar, si se encontraban ordenados los distintos ítems de los instrumentos de manera correcta, y si las instrucciones formuladas para su llenado fueron bien interpretadas, como así también si los tiempos y diferentes momentos en los que se aplicará el instrumento resulta suficiente.

Los momentos de la aplicación de los diferentes instrumentos fueron tres, destinando un día, recorriendo los diferentes turnos para aplicar el múltiple-choice.

Tres días después de la aplicación del primer instrumento, se aplicó la intervención educativa (Ver anexo I) con previo aviso y autorización. La misma se llevó a cabo a través de una charla informativa sobre el manejo del protocolo de atención integral en abuso sexual infantil (actualización 2021), donde se tomó como referencia la Historia Clínica en anexo I diseñada como guía para la entrevista y los pasos a seguir (recepción, examen físico, exámenes de laboratorio,

tratamientos, derechos, abordaje psicológico y social y seguimiento) en un caso de ASI. Se llevó a cabo en los diferentes turnos que se encontraba el personal.

Finalizada la charla, se acordó con los participantes volver a la semana para aplicar el último múltiple-choice de medición. El espacio que se utilizó para aplicar los instrumentos fue la sala de reuniones de la institución. Se destinó 45´ como tiempo para contestar ambos múltiple-choice, teniendo en cuenta que el mismo se utilizara en ambas instancias (pre-test y pos-test) y 60´ para la intervención educativa.

Los resultados fueron satisfactorios ya que se pudo demostrar que una intervención educativa al personal de salud sobre el protocolo de atención integral a víctimas de violencia sexual sirvió para evacuar dudas y poder completar de manera correcta aquellas preguntas que resultaron dificultosas.

Se pudo observar que los tiempos y momentos destinados para los instrumentos de medición son correctos para ambas partes, ya que se interpretaron las consignas correctamente. El personal de salud en la charla educativa sobre el manejo del protocolo de atención integral en abuso sexual infantil demostró estar muy interesado, prestando su atención hasta finalizar la intervención.

Esta prueba permitió conocer que no será necesario realizar modificaciones en los instrumentos y que el mismo presenta los requisitos de confiabilidad, precisión y validez.

### **Procedimiento de recolección de datos**

La recolección de los datos estará a cargo de la autora del proyecto de investigación y no será necesaria la ayuda de colaboradores. Se establece dicha recolección en 3 días, de los cuales en el primer día; se irá a los diferentes turnos (mañana-tarde) a aplicar el 1er multiple choice (pre-test) el cual será autoadministrado y durará 45 minutos aproximadamente. En la misma semana, con previo aviso, se irá por segunda vez para aplicar la intervención educativa la cual durará 60 minutos en los diferentes. Luego, a la semana se irá por tercera vez, para aplicar el mismo multiple choice (post-test) para medir el nivel de información, también para este se destinará unos 45 minutos aproximadamente.

### **Consideraciones Éticas**

Las consideraciones éticas, según Resolución 1480/2011 “Guía para la investigación en salud humana” que se tendrán en cuenta en el proyecto de investigación serán:

- **Justificación ética y validez científica:** se realizará la investigación mediante el sustento de conocimiento científico, es decir, se leerá artículos científicos, de revistas, tesis, sobre el tema a estudiar “nivel de información sobre el protocolo de atención integral del abuso sexual infantil que posee personal de salud”. Además, se respetará la decisión del personal de salud de ambos SAMCo, si quieren o no formar parte del proyecto, será de manera voluntaria, y contará con toda la información necesaria sobre la investigación.
- **Evaluación ética y científica:** se detallará de manera clara y exhaustiva en el protocolo del estudio los objetivos, diseño, tamaño y selección de la muestra, métodos de medición de las variables, análisis estadísticos, los aspectos éticos, etc. Para que, previamente a comenzar con el proyecto, el protocolo del estudio y la información destinada a los participantes se someterá a evaluación y aprobación del comité de ética en investigación (CEI) de la institución. Como así también se comunicará, periódicamente los hallazgos, cambios o acontecimientos relevantes que impliquen riesgos no previstos para los participantes de la investigación.

Se asegurará que los resultados conduzcan a una mejora en la aplicación del protocolo de atención integral en abuso sexual infantil, lo que conllevará a una mejor calidad de atención al menor víctima de violencia sexual.

- **Consentimiento informado:** se realizará un consentimiento informado, en el cual el personal de ambos SAMCo decidirá si quiere o no participar de la investigación. El mismo se dará en formato papel, en el cual tendrán que firmar si acepta o no ser parte de la investigación.
- **Beneficios y riesgos de la investigación:** en la investigación no habrá riesgos, ya que no se interviene de manera invasiva en los sujetos involucrados. Como beneficio será aumentar los conocimientos del personal de salud, sobre el protocolo de atención integral en abuso sexual infantil y la difusión de los resultados de la investigación y así el mejoramiento frente a la atención en la institución.
- **Selección de los participantes:** se seleccionarán los participantes en función a los objetivos y el diseño de la investigación y de la mayor probabilidad de minimizar los riesgos y de maximizar los beneficios a nivel individual. De esta manera, todo

el personal de salud tendrá acceso equitativo a la posibilidad de beneficiarse de la investigación.

- **Confidencialidad de la información:** se tomarán todas las precauciones para proteger la privacidad y la confidencialidad de la información de los participantes en el estudio, no se utilizarán los datos personales de ningún participante, será de forma anónima en ambos SAMCo.
- **Conflicto de interés:** se respetará la dignidad, los derechos, valores, intereses, el bienestar y la integridad física y mental de todo el personal de salud que decida participar de la investigación, por encima de cualquier interés financiero, científico, social o de otro tipo. El interés de proteger a los participantes y obtener un conocimiento válido prevalecerá siempre sobre cualquier otro interés.
- **Manejo de datos y resultados:** se registrará y se archivará de manera que se permitirá su adecuada interpretación y verificación. Estos datos sólo se utilizarán para dicha investigación.

### **Plan de Análisis**

Finalizada la recolección de los datos, a través del instrumento seleccionado para medir las variables en estudio, con previa codificación, se procederá al agrupamiento de los datos, que serán transferidos a una matriz.

Los datos serán agrupados según la variable seleccionada y sus respectivas dimensiones. Para llevar a cabo este proceso de tabulación, se aseguró un software estadístico Excel que permitirá la codificación computarizada de los datos.

Para la variable “nivel de información sobre el protocolo de atención integral en abuso sexual infantil” se utilizará una escala de medición ordinal, se codificarán las respuestas asignando un valor a cada una de ellas, quedando determinada de la siguiente manera. El instrumento utiliza una escala con opción de respuesta única (única opción correcta). Se realizará la siguiente codificación: la opción correcta se le asigna el valor 1, el resto valor 0.

La reconstrucción de la variable “nivel de información sobre el protocolo de atención integral en abuso sexual infantil” constituida por 19 indicadores se reconstruirá de la siguiente manera:

El Nivel de información sobre el protocolo de atención integral en abuso sexual infantil, será considerado alta, cuando el puntaje esté entre 13 y 19.

El Nivel de información sobre el protocolo de atención integral en abuso sexual infantil, será considerado medio, cuando el puntaje esté entre 8 y 12.

El Nivel de información sobre el protocolo de atención integral en abuso sexual infantil, será considerado bajo, cuando el puntaje esté entre 0 y 7.

Asimismo, se realizará una reconstrucción por cada dimensión que conforma la variable; por ello la dimensión denominada “Recepción” constituida por 6 indicadores podrá obtener un valor mínimo de 0 y máximo de 6. Ante ello, se establecerá la siguiente escala de reconstrucción:

El Nivel de información sobre el protocolo de atención integral en abuso sexual infantil, será considerado alta, cuando el puntaje esté entre 5 y 6.

El Nivel de información sobre el protocolo de atención integral en abuso sexual infantil, será considerado medio, cuando el puntaje esté entre 3 y 4.

El Nivel de información sobre el protocolo de atención integral en abuso sexual infantil, será considerado bajo, cuando el puntaje esté entre 0 y 2.

Para la dimensión denominada “Examen Físico” constituida por 3 indicadores podrá obtener un puntaje valor de 0 y máximo de 3. Ante ello, se establecerá la siguiente escala de reconstrucción:

El Nivel de información sobre el protocolo de atención integral en abuso sexual infantil, será considerado alta, cuando el puntaje sea 3.

El Nivel de información sobre el protocolo de atención integral en abuso sexual infantil, será considerado medio, cuando el puntaje esté entre 1 y 2.

El Nivel de información sobre el protocolo de atención integral en abuso sexual infantil, será considerado bajo, cuando el puntaje sea 0.

Para la dimensión denominada “Examen de Laboratorio” constituida por 1 indicador podrá obtener un valor mínimo de 0 y máximo de 1. Ante ello, se establecerá la siguiente reconstrucción:

El Nivel de información sobre el protocolo de atención integral en abuso sexual infantil, será considerado alta, cuando el puntaje sea 1.

El Nivel de información sobre el protocolo de atención integral en abuso sexual infantil, será considerado bajo, cuando el puntaje sea 0.

Para la dimensión denominada “Tratamiento” constituida por 3 indicadores podrá obtener un valor mínimo de 0 y máximo de 3. Ante ello, se establecerá la siguiente escala de reconstrucción:

El Nivel de información sobre el protocolo de atención integral en abuso sexual infantil, será considerado alta, cuando el puntaje sea 3.

El Nivel de información sobre el protocolo de atención integral en abuso sexual infantil, será considerado medio, cuando el puntaje esté entre 1 y 2.

El Nivel de información sobre el protocolo de atención integral en abuso sexual infantil, será considerado bajo, cuando el puntaje sea 0.

Para la dimensión denominada “Derechos” constituida por 2 indicadores podrá obtener un valor mínimo de 0 y máximo de 2. Ante ello, se establecerá la siguiente reconstrucción:

El Nivel de información sobre el protocolo de atención integral en abuso sexual infantil, será considerado alta, cuando el puntaje sea 2.

El Nivel de información sobre el protocolo de atención integral en abuso sexual infantil, será considerado medio, cuando el puntaje sea 1.

El Nivel de información sobre el protocolo de atención integral en abuso sexual infantil, será considerado bajo, cuando el puntaje sea 0.

Para la dimensión denominada “Abordaje Psicológico y Social” constituida por 3 indicadores podrá obtener un valor mínimo de 0 y máximo de 3. Ante ello, se establecerá la siguiente escala de reconstrucción:

El Nivel de información sobre el protocolo de atención integral en abuso sexual infantil, será considerado alta, cuando el puntaje sea 3.

El Nivel de información sobre el protocolo de atención integral en abuso sexual infantil, será considerado medio, cuando el puntaje esté entre 1 y 2.

El Nivel de información sobre el protocolo de atención integral en abuso sexual infantil, será considerado bajo, cuando el puntaje sea 0.

Para la dimensión denominada “Seguimiento” constituida por 1 indicador podrá obtener un valor mínimo de 0 y máximo de 1. Ante ello, se establecerá la siguiente reconstrucción:

El Nivel de información sobre el protocolo de atención integral en abuso sexual infantil, será considerado alta, cuando el puntaje sea 1.

El Nivel de información sobre el protocolo de atención integral en abuso sexual infantil, será considerado bajo, cuando el puntaje sea 0.

Para la variable dominio disciplinar, se utilizará una escala de medición nominal, ya que codificará asignando un símbolo numérico a todo el personal de salud para poder identificarlo al volcar todos los datos.

Para la variable edad y antigüedad en la profesión con escala de medición razón, será según refiera el encuestado para poder establecerla en las medidas de tendencia central, para luego se establecerá su medida estándar, y saber así si mi población es homogénea o heterogénea y se podrá plasmar el rango etario.

En cuanto al tipo de estadística se utilizará la estadística descriptiva e inferencial ya que no solo se describirá y sintetizan los datos, sino que también permitirá establecer la relación causal. Aplicando las pruebas estadísticas como las medidas de tendencia central moda, mediana, promedio, y distribución de frecuencia.

El tipo de análisis será univariado ya que implica una sola variable de estudio tal como se menciona en el objetivo específico; determinar el nivel de información sobre el protocolo de atención integral en abuso sexual infantil en relación a la recepción, examen físico, examen de laboratorio, tratamiento, derechos, abordaje psicológico y social y seguimiento que posee el personal de salud de la institución y también tal como se describe en el siguiente específico; evaluar en el personal de salud como impacta la intervención educativa sobre el protocolo de abuso sexual infantil en las dimensiones recepción, examen físico, examen de laboratorio, tratamiento, derechos, abordaje psicológico y social y seguimiento.

Además, será bivariado porque se trata de estudiar la relación entre pares de atributos medidos simultáneamente en el mismo múltiple-choice, donde el análisis es sobre dos variables con el fin de permitir relación entre ellas, en este caso se ve en los siguientes objetivos específicos;

- identificar si la antigüedad en la profesión se relaciona con el nivel de información que posee el personal de salud sobre el protocolo de atención integral en abuso sexual infantil;
- analizar si la intervención educativa modifica el nivel de información sobre el protocolo de atención integral en abuso sexual infantil.

Se debe mencionar que, es multivariado, ya que permitirá la descripción de la relación entre las variables:

- Caracterizar al personal de salud según edad, dominio disciplinar, y antigüedad en la profesión;

- Determinar si dominio disciplinar y la edad influyen en el nivel de información sobre el protocolo de atención integral en abuso sexual infantil”.

En lo que respecta a la presentación de los resultados obtenidos, se realizará a través de gráficos de barras adosadas para comparar las variables “nivel de información sobre el protocolo de atención integral en abuso sexual infantil” antes de la “intervención educativa” y posterior a la intervención (pre-test - pos-test). En cuanto a la edad, antigüedad en la profesión y dominio disciplinar, se utilizará gráfica simple.

### Cronograma de Actividades:

El diagrama de Gantt se utiliza como una representación gráfica que facilita la organización, supervisión y gestión temporal de las actividades dentro de un proyecto. Esta herramienta visual permite planificar, monitorear y tener control sobre las tareas a realizar, brindando una visión clara de su progreso en relación con el tiempo establecido.

ACTIVIDADES	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Relevamiento bibliográfico							
Solicitud de listado de docentes por antigüedad y título de grado							
Selección de muestra para prueba piloto							
Realización de prueba piloto							
Recolección de datos							
Tabulación de los datos							
Análisis e interpretación de los datos							
Elaboración de la distribución y conclusión							
Redacción del informe final							
Difusión de los resultados							

## Referencias Bibliográficas:

Allgood, M., Tomey, A. Modelos y Teorías en enfermería. 7ma. Edición. Elsevier. Medilibros.com. Recuperado en:

[https://www.academia.edu/11289973/Modelos\\_y\\_teorias\\_en\\_enfermeria\\_7ed\\_medilibros](https://www.academia.edu/11289973/Modelos_y_teorias_en_enfermeria_7ed_medilibros)

Caballero Blanco, V. - Gómez Sandoval, P. - Narvárez Sánchez, C. (2019). Cumplimiento del Protocolo para la Atención Integral en Salud a Víctimas de Violencia Sexual, en un Servicio de Pediatría en Bogotá (Colombia). Recuperado de:

<https://revistamedicina.net/index.php/Medicina/article/view/1478/1850>

Casas-Muñoz A, et al. (2023). Abordaje de la violencia sexual infantil: un llamado a la acción para los profesionales de América Latina. *Revista Panamericana de Salud Pública*. Recuperado en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.54>

Castillo R, Mujica L. (2019). Factores de riesgo en el abuso sexual de pacientes pediátricos que ingresaron al Servicio Desconcentrado. Hospital Pediátrico. Dr. Agustín Zubillaga. Boletín Médico de Postgrado. Recuperado en:

<https://revistas.uclave.org/index.php/bmp/article/view/2581/1597>

Chejter, S. (2021). Protocolo para la atención integral de personas víctimas de violaciones sexuales. Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, recuperado de: [https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-08/Protocolo\\_VVS\\_2021.pdf](https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-08/Protocolo_VVS_2021.pdf)

Consejo internacional de enfermeras (2012). Código Deontológico del CIE para la Profesión de Enfermería. Recuperado en: [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2012\\_ICN\\_Codeofethicsfornurses\\_%20sp.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2012_ICN_Codeofethicsfornurses_%20sp.pdf)

De la Rosa Santana, J. (2021). Intervención educativa sobre abuso sexual infantil en trabajadores del Hospital Pediátrico “Hermanos Cordové” Universidad Médica Pinareña. Facultad de Ciencias Médicas de Pinar del Río Dr. Ernesto Ché Guevara de la Serna, Cuba. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=638270030002>

García Marco, F. J. (1998). El concepto de información: Una Aproximación transdisciplinar. *Revista general de información y documentación*, 8(1), 303-326. Recuperado en <https://revistas.ucm.es/index.php/RGID/article/view/RGID9898120303A/10856>

Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud - RIEpS (2013). “Guía de dispositivos de intervención en Educación para la Salud. Reflexiones en torno a la práctica”. Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos

Aires. Recuperado en <https://docplayer.es/18429361-Guia-de-dispositivos-de-intervencion-en-%20educacion-para-la-salud.html>

Fondo de las Naciones Unidas para la infancia, UNICEF, (2016). “Abuso sexual contra niños, niñas y adolescentes: Una guía para tomar acciones y proteger sus derechos”. Recuperado de: [https://www.unicef.org/argentina/sites/unicef.org.argentina/files/2018-04/proteccion-AbusoSexual\\_contra\\_NNyA-2016.pdf](https://www.unicef.org/argentina/sites/unicef.org.argentina/files/2018-04/proteccion-AbusoSexual_contra_NNyA-2016.pdf)

Fondo de las Naciones Unidas para la infancia, UNICEF, (2017). Comunicación, infancia y adolescencia: Guías para periodistas. Abuso Sexual. Recuperado de: <https://www.unicef.org/argentina/media/1521/file/Abuso%20sexual%20infantil.pdf>

García, O. y Torales, J. (2020). Maltrato infantil: opiniones del personal de salud de un hospital universitario. Revista Científica Kera Yvoty: Reflexiones Sobre La cuestión Social. Recuperada en: <https://revistascientificas.una.py/index.php/kerayvoty/article/view/2100/2007>

Gil Zilbervarga, M. y Pérez, A. (2019). Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social. Año 9. N°18. Abuso Sexual Infantil Sistematizando la experiencia de la Unidad Violencia Familiar, Hospital Elizalde. CABA. Recuperado en: [https://trabajosocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/13/2019/12/11\\_Perez-Gil.pdf](https://trabajosocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/13/2019/12/11_Perez-Gil.pdf)

Gutiérrez-López, C. (2021). Construcción y validación del instrumento. “Conocimientos para la detección del abuso sexual en la infancia”. Revista Ciencia y Cuidado. Recuperada en: <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/2558/2953>

Hernández Sampieri, R. Fernández-Collado, C. Batista-Lucio, M. (2014). Metodología de la investigación (6.ª ed., Cap. 2, págs. 7-13; Cap. 7, págs. 154-156). McGraw-Hill Interamericana Editores. México. Ministerio de Salud, (2011). Resolución 1480/2011. Guía para Investigaciones con Seres Humanos. Objetivos. Recuperado de: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-1480-2011-187206/texto>

Iriarte, L. (2014). La cuestión informativa de los medios de comunicación locales. Universidad de Palermo. Recuperado en: <https://dspace.palermo.edu/dspace/bitstream/handle/10226/1120/Iriarte%2c%20Luciano.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

López Álvarez, G. (2019). XV Congreso Nacional de Investigación Educativa. Filosofía, teoría y campo en la educación. Acapulco. Recuperado en: <https://www.comie.org.mx/congreso/memoriaelectronica/v15/doc/3401.pdf>

Ministerio de Desarrollo Social, (2016) Protocolo de Atención Interinstitucional para el Acceso a la Justicia de Niños, Niñas y Adolescentes Víctimas o Testigos de Violencia, Abuso Sexual y otros Delitos. Decreto N°2288. Provincia de Santa Fe. Poder Ejecutivo. Recuperado en: <https://www.santafe.gov.ar/normativa/getFile.php?id=1269924&item=146724&cod=50bc2022fb6c3a93fa84829a30a61e39>

Ministerio de Desarrollo Social, (2022). Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, (SENNAF). 102 la línea de los chicos y las chicas. Informe de llamadas a las líneas provinciales de atención especializada en derechos de niñas, niños y adolescentes. Recuperado en: [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/09/senaf\\_-\\_informe\\_linea\\_102\\_-\\_2022\\_web.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/09/senaf_-_informe_linea_102_-_2022_web.pdf)

Organización Mundial de la Salud, (2002). Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, DC. Recuperado en: <https://www.uv.mx/psicologia/files/2014/11/Violencia-y-Salud-Mental-OMS.pdf>

Organización Panamericana de la Salud, (2023). Cómo responder al maltrato infantil: manual clínico para profesionales de la salud. Recuperado de: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57102/9789275326824\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57102/9789275326824_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)


Pinto Cortez, C. et al. (2019). Intervención Especializada en Maltrato Infantil en Chile en Contexto de Crisis por Covid-19: Significados de los Profesionales Intervinientes. Chile. Recuperado en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-50652021000100205&script=sci\\_arttext&tlng=en](https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-50652021000100205&script=sci_arttext&tlng=en)

Remedi, E. (2004). Conferencia en el marco de la Reunión Nacional de Coordinadores de la Licenciatura en Intervención Educativa de la Universidad Pedagógica Nacional. México, D.F. Recuperado en: [https://elvs-tuc.infed.edu.ar/sitio/nuestra-escuela-formacionsituada/upload/Conferencia\\_Eduardo\\_Remedi\\_1\\_.pdf](https://elvs-tuc.infed.edu.ar/sitio/nuestra-escuela-formacionsituada/upload/Conferencia_Eduardo_Remedi_1_.pdf)

Zunana, C. et al. (2022). Consultas por sospecha de abuso sexual infantojuvenil en la sección de Ginecología de un hospital pediátrico: variaciones prepandemia e intrapandemia de COVID-19. Arch Argent Pediatr. Recuperado de: <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2022/v120n4a04.pdf>


## Anexos

### Anexo I: Aval institucional


 **FCM** Facultad de Ciencias Médicas · UNR 2022 - "Las Malvinas son argentinas"

-----Quien suscribe, Profesora, Mg. Rosana Nores, a cargo de la titularidad de la Asignatura Taller de Investigación de la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Rosario, certifica que EUGENIA CASON..... es estudiante de la carrera Licenciatura en Enfermería. Por lo que para cumplimentar los requerimientos académicos de la carrera la estudiante deberá en primer lugar entrevistar a un referente de la institución con el fin de obtener información que le permita tomar decisiones para la planificación de un Proyecto de investigación. Cabe aclarar que el nombre de la institución no será explicitado en el proyecto, solo se hará referencia a la dependencia y complejidad, de la misma. Desde ya agradecemos su valioso apoyo en el proceso de formación de nuevos Licenciados en Enfermería-----

A pedido del interesado, se expide la presente constancia en la ciudad de Rosario, Provincia de Santa Fe, a los 19 de Octubre de 2023.

  
MA. BELEN SARTORIO  
MÉDICA GENERALISTA  
Y DE FAMILIA  
MAT. 21721-R.E. 57/0363  
DIRECTORA S.A.M.Co.  
FUENTES

Santa Fe 3100  
Rosario s2000ktr Tel.  
341 4804558 Fax 341  
4804569  
www.fmedic.unr.edu.ar

  
ACOSTA/SIMÓN  
LIC. EN ENFERMERÍA  
MAT. 3802



-----Quien suscribe, Profesora, Mg. Rosana Nores, a cargo de la titularidad de la Asignatura Taller de Investigación de la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Rosario, certifica que Lasconi Eugenia..... es estudiante de la carrera Licenciatura en Enfermería. Por lo que para cumplimentar los requerimientos académicos de la carrera la estudiante deberá en primer lugar entrevistar a un referente de la institución con el fin de obtener información que le permita tomar decisiones para la planificación de un Proyecto de investigación. Cabe aclarar que el nombre de la institución no será explicitado en el proyecto, solo se hará referencia a la dependencia y complejidad, de la misma. Desde ya agradecemos su valioso apoyo en el proceso de formación de nuevos Licenciados en Enfermería-----  
A pedido del interesado, se expide la presente constancia en la ciudad de Rosario, Provincia de Santa Fe, a los 18 de agosto..... de 2023.

Santa Fe 3100  
Rosario s2000ktr Tel.  
341 4804558 Fax 341  
4804569  
www.fmedic.unr.edu.ar

  
ACOSTA SIMÓN  
LIC. EN ENFERMERIA  
MIRIAM

  
MIRIAN BELKIS FARGIONI  
DIRECTORA  
S.A.M.C.O. CORONEL ARNOLD

## **Anexo II: Operacionalización de las variables**

**Variable 1:** Nivel de información sobre el protocolo de atención integral en abuso sexual infantil.

Tipo: cualitativa/compleja

Función: dependiente

Nivel de medición: Ordinal

Definición conceptual: García Marco (1998) entiende que la información constituye precisamente la materia prima del conocimiento, siendo el prerrequisito de la acción eficaz. Así mismo, la autora Chejter (2021) refiere que estar informado no consiste solo en conocer los hechos, sino que abarca la experiencia del profesional en el tema y la actualización del manejo del protocolo de abuso sexual infantil. El Protocolo está dirigido a los integrantes del equipo de salud de distintas especialidades que tienen que actuar en caso de atención a personas víctimas de violaciones sexuales, considerando el momento de recepción, examen físico, examen de laboratorio, tratamientos, derechos, abordaje psicológico y social y seguimiento, a toda víctima y/o familiar.

Dimensión 1: Recepción

Indicadores:

- Garantizar un ambiente de privacidad
- Favorecer la comunicación, escucha activa, confianza
- Respetar su voluntad si no quiere compartir los hechos con otras personas
- Permitir la presencia de un acompañante
- Dar a elegir el género de quien brinde la atención
- Evitar que tenga que repetir el relato de lo ocurrido
- Realizar abordaje interdisciplinario.
- Solicitar consentimiento para la realización de prácticas y procedimientos
- Brindar información clara, completa y comprensible

Dimensión 2: Examen físico.

Indicadores:

- Estado general (Valoración cefalocaudal)

- Examen genital y registro de lesiones (erosiones, escoriaciones, contusiones, hematomas, heridas, quemaduras, fracturas, cicatrices)
- Reacciones físicas-somáticas (sudor, dolor precordial, tenesmo rectal/vesical, taquicardia, palpitaciones, náuseas, dolor difuso, rubor facial)
- Reacciones emotivas (temor, indiferencia, crisis de angustia)
- Reacción conductual (irritabilidad, pasividad, mutismo, insomnio)

#### Dimensión 3: Exámenes de laboratorio

- Toma de cultivo
- Análisis de sangre (sífilis, VIH, hepatitis B, hepatitis C, hepatorrea, test de embarazo)

#### Dimensión 4: Tratamientos

##### Indicadores:

- Antirretrovirales (dentro de las 2 horas no más de 72 horas por 28 días)
- Medicación para otras ITS de elección para sífilis, gonorrea, clamidia tricomoniasis y vaginosis bacteriana (Ceftriaxona, Azitromicina, Metronidazol) alternativos (Cefixima, Doxiciclina)
  - Inmunizaciones ( Hepatitis B, tétanos)
  - Anticoncepción de emergencia (AHE Y DIU-Cu)

#### Dimensión 5: Derechos

- Interrupción de la gestación (ILE-IVE)
- Prácticas en efector de salud
- Realizar denuncia
- Trato digno
- Privacidad
- Confidencialidad
- Autonomía de voluntad
- Acceso a la información
- Contención y acompañamiento
- No revictimizar a la persona

## Dimensión 6: Abordaje psicológico y social

### Indicadores:

- Identificar y atender los puntos más urgentes
- Evaluar los riesgos y asegurar contacto con la red de protección/apoyo
- Dar espacio a la expresión del sufrimiento
- Disipar inquietudes y temores
- Analizar dudas y/o dificultades
- Aportar elementos para que la persona comprenda que la violación no se relaciona con sus características, comportamientos o historia personal
- Fortalecer su posición de sujeto
- Escuchar y viabilizar su reclamo
- Propiciar el fortalecimiento personal
- Dar cabida a la expresión de sentimientos peligrosos o amenazas

## Dimensión 7: Seguimiento

### Indicadores:

- Vínculo con el sistema de salud para asegurar los controles posteriores
- Controles de lesiones
- Controles de Tratamientos
- Entregar anotadas con letra legible todas las indicaciones
- Informar sobre efectos secundarios de los tratamientos

**Variable 2:** Intervención educativa sobre el protocolo de atención integral en abuso sexual infantil.

Tipo: cualitativa/compleja

Función: independiente

Escala de medición: nominal

Definición conceptual: El Dr. Eduardo Remedí (2004) refiere que la palabra intervenir es estar entre un antes y un después. Cuando se interviene, se tocan lógicas instituidas y en toda institución, en toda práctica, hay procesos que se llaman instituyentes, es decir, procesos que se

están gestando, procesos que van a devenir a futuro en nuevas prácticas; y en esta tensión entre lo instituido y lo instituyente se colocan centralmente las prácticas de intervención. Se interviene de manera educativa al personal de salud teniendo en cuenta los pasos a seguir para la atención que se encuentran establecidos en el protocolo de abuso sexual infantil, considerando el momento de recepción, examen físico, examen de laboratorio, tratamientos, derechos, abordaje psicológico y social y seguimiento, a toda víctima y/o familiar.

#### Dimensión 1: Recepción

##### Indicadores:

- Garantizar un ambiente de privacidad
- Favorecer la comunicación, escucha activa, confianza
- Respetar su voluntad si no quiere compartir los hechos con otras personas
- Permitir la presencia de un acompañante
- Dar a elegir el género de quienes lo/a atienden
- Evitar que tenga que repetir el relato de lo ocurrido
- Realizar abordaje interdisciplinario
- Solicitar consentimiento para la realización de prácticas y procedimientos
- Brindar información clara, completa y comprensible

#### Dimensión 2: Examen Físico

##### Indicadores:

- Estado general (Valoración cefalocaudal)
- Examen genital y registro de lesiones (erosiones, escoriaciones, contusiones, hematomas, heridas, quemaduras, fracturas, cicatrices)
- Reacciones físicas-somáticas (sudor, dolor precordial, tenesmo rectal/vesical, taquicardia, palpitaciones, náuseas, dolor difuso, rubor facial)
- Reacciones emotivas (temor, indiferencia, crisis de angustia)
- Reacción conductual (irritabilidad, pasividad, mutismo, insomnio)

#### Dimensión 3: Exámenes de Laboratorio

- Toma de cultivo

- Análisis de sangre (sífilis, VIH, hepatitis B, hepatitis C, heparrea, test de embarazo)

#### Dimensión 4: Tratamientos

##### Indicadores:

- Antirretrovirales (dentro de las 2 horas no más de 72 horas por 28 días)
- Medicación para otras ITS de elección para sífilis, gonorrea, clamidia tricomoniasis y vaginosis bacteriana (Ceftriaxona, Azitromicina, Metronidazol) alternativos (Cefixima, Doxiciclina)
- Inmunizaciones (Hepatitis B, tétanos)
- Anticoncepción de emergencia (AHE Y DIU-Cu)

#### Dimensión 5: Derechos

- Interrupción de la gestación (ILE-IVE)
- Prácticas en efector de salud
- Realizar denuncia
- Trato digno
- Privacidad
- Confidencialidad
- Autonomía de voluntad
- Acceso a la información
- Contención y acompañamiento
- No revictimizar a la persona

#### Dimensión 6: Abordaje Psicológico y Social

##### Indicadores:

- Identificar y atender los puntos más urgentes
- Evaluar los riesgos y asegurar contacto con la red de protección/apoyo
- Dar espacio a la expresión del sufrimiento
- Disipar inquietudes y temores
- Analizar dudas y/o dificultades

- Aportar elementos para que la persona comprenda que la violación no se relaciona con sus características, comportamientos o historia personal
- Fortalecer su posición de sujeto
- Escuchar y viabilizar su reclamo
- Propiciar el fortalecimiento personal
- Dar cabida a la expresión de sentimientos peligrosos o amenazas

#### Dimensión 7: Seguimiento

##### Indicadores:

- Vínculo con el sistema de salud para asegurar los controles posteriores
- Controles de lesiones
- Controles de Tratamientos
- Entregar anotadas con letra legible todas las indicaciones
- Informar sobre efectos secundarios de los tratamientos

#### **Variable 3:** Dominio disciplinar

Tipo: Cualitativa/Simple.

Función: Independiente.

Escala de medición: nominal.

Definición conceptual: Campo del saber en el que se conocen muy bien los contenidos y que comparten los miembros de un cuerpo en una profesión, según refiere el encuestado.

##### Indicadores:

- Médico clínico/generalista
- Pediatra
- Psicólogo
- Enfermero
- Trabajador social
- Dentista
- Nutricionista
- Kinesiólogo
- Fonoaudiología

- Ginecólogo
- Bioquímico
- Administrativo

**Variable 4:** Antigüedad en la profesión

Tipo: Cuantitativa/Continua

Función: Independiente

Escala de medición: de razón.

Definición conceptual: Tiempo transcurrido en meses o años desde que una persona se egresó de su formación profesional, según refiere el encuestado.

**Variable 5:** Edad

Tipo: Cuantitativa/Continua

Función: Independiente

Escala de medición: de razón

Definición conceptual: Lapso de tiempo transcurrido en años desde el nacimiento hasta el momento de referencia, según refiere el encuestado.

**Instrumento de recolección de datos**

**Múltiple Choice**

El presente múltiple-choice tendrá la finalidad medir el “nivel de información sobre el protocolo de atención integral en abuso sexual infantil, según dominio disciplinar, antigüedad en la profesión, y edad del personal de salud”, con la finalidad de garantizar un abordaje integral, oportuno y de calidad a las víctimas y familiares.

Para comenzar a responder las preguntas, deberá completar en el encabezado su edad en años, antigüedad transcurrida en meses o años desde que se egresó de su formación profesional y dominio disciplinar.

El múltiple-choice presenta diferentes opciones de respuestas (a,b,c,d,e) en la que se deberá marcar con un X lo que considere que corresponda.

Cabe destacar que el presente múltiple-choice está formulado y se rige a la última actualización (2021) del protocolo para la atención integral de personas víctimas de violencia sexual, adaptado para el personal de salud que se desempeña en el SAMCo de la localidad de Coronel Arnold y Fuentes (Chejter, 2021).

EDAD EN AÑOS DEL ENCUESTADO:
ANTIGÜEDAD EN LA PROFESIÓN:
DOMINIO DISCIPLINAR:

1. En el momento de la recepción del menor víctima de violencia sexual, usted:
  - a) garantiza un ambiente de privacidad, favorece la comunicación, escucha activa, confianza y brinda información clara, completa y comprensible.
  - b) La atención es rápida para sacar a la víctima de la situación incómoda que está atravesando.
  - c) Favorece la comunicación, pero no da la confianza para no involucrarse demasiado en el tema.
  - d) Antes de llevar a cabo la práctica prioriza la denuncia.
  - e) b y c son correctas.
  
2. En el momento del relato de los hechos del menor víctima de violencia Sexual, usted:
  - a) Evita que tenga que repetir el relato de lo ocurrido y respetar su voluntad si no quiere compartir los hechos con otras personas.
  - b) Hace repetir lo ocurrido hasta entender lo sucedido.
  - c) Para llevar adelante cualquier tratamiento y derivación es preciso esclarecer los hechos.
  - d) Todo el personal de salud que atienda a la víctima debe presenciar el relato de lo ocurrido.
  - e) b y d son correctas.

3. En el momento de la atención del menor víctima de violencia sexual, usted:

- a) Permitir la presencia de un acompañante.
- b) No permite la presencia de acompañantes para que la víctima pueda relatar lo sucedido.
- c) Permite la presencia sólo de un acompañante profesional de la salud para que la víctima se sienta más segura.
- d) No permite la presencia de acompañante familiar
- e) c y d son correctas.

4. En la atención inicial de la menor víctima de violencia sexual, usted:

- a) Da a elegir el género de quienes lo/a atiendan.
- b) No da elegir el género de quienes lo/a atiendan ya que es indistinta la atención.
- c) Da elegir el género de quienes lo/a atiendan siempre que haya una denuncia de lo sucedido previamente.
- d) Da elegir el género de quienes lo/a atienden siempre y cuando cuente con personal de salud suficiente.
- e) d y c son correctas.

5. Al momento de garantizar al menor víctima de violencia sexual la mejor atención, usted:

- a) Prefiere realizar la atención de manera individual, para estar en todos los detalles.
- b) Realiza abordaje interdisciplinario.
- c) Debe atenderlo solo el pediatra de cabecera.
- d) La atención la debe brindar solo el médico que lo recibió con el enfermero.
- e) La atención la debe brindar el médico clínico, pediatra y enfermero.

6. En el momento de llevar a cabo cualquier tipo de procedimientos al/la menor víctima de violencia sexual, usted debe:

- a) Solicitar consentimiento para la realización de prácticas y procedimientos.
- b) Realiza los procedimientos y prácticas a la víctima sin consentimiento ya que el protocolo y la ley lo avala.

- c) Decide no realizar ningún tipo de procedimientos sin denuncia previa.
- d) No hace falta ningún tipo de consentimiento del/la menor y la familia para llevar adelante procedimientos en estos casos.
- e) b y d son correctas.

7. En el momento del examen físico del menor víctima de violencia sexual, usted:

- a) Realiza una valoración del estado general (Valoración cefalocaudal)
- b) Me enfocó específicamente en el relato del hecho del menor.
- c) Valora solo donde hubo lesión.
- d) El relato del hecho me va indicar que es lo que debo valorar al momento del examen físico.
- e) b y d son correctas.

8. En el momento de la valoración al menor víctima de violencia sexual, usted:

- a) Realiza examen genital y el registro de lesiones (erosiones, escoriaciones, contusiones, hematomas, heridas, quemaduras, fracturas, cicatrices).
- b) Solo realizo registro de lesiones si las hay.
- c) Solo realizo examen genital para constatar si hubo penetración.
- d) Realizó examen genital solo si en la entrevista el o la menor relató penetración.
- e) No se realiza el examen genital y el registro de lesiones para no exponer a la víctima.

9. En la atención al o la menor que sufrió una violación sexual, usted:

- a) Tiene en cuenta las reacciones físicas-somáticas (sudor, dolor precordial, tenesmo rectal/vesical, taquicardia, palpitations, náuseas, dolor difuso, rubor facial), reacciones emotivas (temor, indiferencia, crisis de angustia) y reacción conductual (irritabilidad, pasividad, mutismo, insomnio)
- b) Tengo en cuenta sólo las reacciones físicas- somáticas ya que me indican que hubo realmente una violación.
- c) Tengo en cuenta sólo las reacciones emotivas, ya que me indican que el/la menor pasó por una situación no deseada.

- d) Tengo en cuenta sólo las reacciones físicas- somáticas y emotivas.
- e) Tengo en cuenta sólo las reacciones emotivas y conductual.

10. Al momento de realizar los exámenes de Laboratorio del menor que se constató que ha sufrido una violación sexual con penetración; que toma de muestras usted cree que son necesarias:

- a) Hisopados para busca de semen (genital, anal, oral), análisis de sangre para descartar; sífilis, VIH, hepatitis B, hepatitis C, hepatorrea, test de embarazo.
- b) Análisis de sangre solo de control.
- c) Análisis de sangre para descartar Sífilis-HIV-HPV
- d) Análisis de sangre para descartar un embarazo.
- e) c y d son correctas.

11. Al momento del tratamiento del menor que ha sufrido una violación sexual con penetración e ingresa a la institución antes de las 24 hs de ocurrido el hecho con alto riesgo de enfermedades de transmisión sexual como el VIH; ¿qué tratamiento cree usted oportuno?

- a) Antirretrovirales tales como; tricomoniasis y vaginosis bacteriana (Ceftriaxona, Azitromicina, Metronidazol) alternativos (Cefixima,
- b) Solo Cefalexiana.
- c) Antibióticos.
- d) Antirretrovirales y antibacteriales.
- e) b y d son correctas.

12. ¿Qué tipo de inmunización cree usted que resulta de importancia para el o la menor que ha sufrido una violación sexual?

- a) Hepatitis B, Hepatitis A, Triple Viral y tétanos.
- b) Tétanos.
- c) Hepatitis C.
- d) Hepatitis B, Hepatitis A.
- e) b y d son correctas.

13. ¿Qué anticoncepción de emergencia dentro de las 72 hs ocurrido el hecho cree usted que son de elección en un caso de abuso sexual?

- a) AHE
- b) DIU-Cu
- c) Parche anticonceptivo
- d) Mesigyna inyectable
- e) a y b son correctas.

14. En el Abordaje Psicológico y Social del menor víctima de violencia sexual usted:

- a) Identificar y atiende los puntos más urgentes,
- b) Dar espacio a la expresión del sufrimiento, Disipar inquietudes y temores, analizar dudas y/o dificultades.
- c) Escucha al menor, lo analizo y derivó a quien corresponda.
- d) Trato de no involucrarme solo hago mi trabajo
- e) a y b son correctas.

15. En relación a los derechos que el personal de salud debe de tener en cuenta en su atención diaria, tales como las prácticas en el efector de salud, confidencialidad, trato digno, privacidad, como así también la contención y acompañamiento del sujeto de atención. En el abordaje del menor víctima de abuso sexual, que derechos cree usted que tienen que ser considerados:

- a) Interrupción de la gestación (ILE-IVE), la no revictimización de la persona.
- b) Al ser un menor de edad no puede acceder a toda la información.
- c) Autonomía de voluntad, acceso a toda la información.
- d) Al ser un menor no tiene decisión sobre los procedimientos a realizar.
- e) a y c son correctas.

16. En un caso tan grave como lo es el abuso sexual infantil, si la familia no quiere llevar a cabo la denuncia, ¿quién cree usted que debería ejecutarla?

- a) Solo corresponde que la familia lo haga.
- b) El menor cuando cumple su mayoría de edad es quien debe hacerlo.
- c) Cualquier personal de salud que constate el abuso puede hacerlo.

- d) La institución de salud puede realizar la denuncia.
- e) c y d son correctas

17. En el abordaje psicológico y social del menor víctima de violencia sexual. Usted:

- a) Evalúa los riesgos y asegura contacto con la red de protección/apoyo
- b) Evalúa que él o la menor corre peligro dentro del ámbito familiar y no se involucra.
- c) No da lugar a la expresión de sentimientos.
- d) Escucha, viabiliza su reclamo y da cabida a la expresión de sentimientos peligrosos o amenazas.
- e) a y d son correctas

18. Si durante la atención el o la menor víctima de violencia sexual le expresa sentimientos de culpabilidad del hecho, usted:

- a) Aportaría elementos para que la persona comprenda que la violación no se relaciona con sus características, comportamientos o historia personal.
- b) Fortalece su posición de sujeto y propicia el fortalecimiento personal.
- c) Trata de desviar el tema para que él o la menor no se sienta de esa manera, no dando el lugar a la expresión del sentimiento.
- d) La expresión de sentimientos malos no ayuda al tratamiento del menor.
- e) a y b son correctas.

19. En el seguimiento del menor víctima de violencia sexual todo personal de salud debe tratar que el menor y la familia mantenga el vínculo con el sistema de salud; de esta manera asegurar los controles posteriores tales como; controles de lesiones, controles de tratamientos e informar sobre efectos secundarios. Con respecto al seguimiento usted considera que:

- a) Durante el seguimiento es importante entregar anotadas con letra legible todas las indicaciones.
- b) El seguimiento corresponde que la familia lo haga.
- c) No se realiza seguimiento si no hay tratamientos.
- d) El seguimiento lo debe seguir el centro de salud.
- e) a y d son correctas

### **Intervención educativa:**

Posterior al múltiple choice, se aplicará una intervención educativa, para medir el impacto de la misma sobre el nivel de información que posee el personal de salud que se desempeña en el SAMCo de la localidad de Coronel Arnold y Fuentes, acerca del protocolo de atención integral en ASI, en la instancia pos-test del proyecto, durante el segundo bimestre del año 2024.

La intervención se realizará mediante la aplicación de un dispositivo de intervención en educación para la salud. El mismo tiene la finalidad de provocar cambios en los procesos de salud, enfermedad, atención, tendiente a la mejora de la calidad de vida de individuos o grupos (RIEpS, 2008).

Se coincide con el autor Fernández (1996) “el dispositivo constituye un arreglo organizativo para la intervención en la realidad, en tanto combina de una manera estratégica diversos elementos con la intencionalidad de favorecer transformaciones a partir de una situación identificada como problemática” (p. 12)

De esta manera, el dispositivo que se utilizará para la intervención será mediante una charla informativa, la misma “se trata de una actividad dirigida a un conjunto de personas que no necesariamente se constituyen en un grupo, sino que pueden encontrarse momentáneamente compartiendo un ámbito en común” (RIEpS, 2008, p. 22).

En este espacio se brindará información sobre la temática desde una mirada integral.

El **objetivo de la intervención** será:

- Socializar información útil y pertinente sobre el manejo del protocolo de atención integral en abuso sexual infantil a todo el personal de salud que participe del proyecto de investigación y se encuentre trabajando en el SAMCo de la localidad de Coronel Arnold y Fuentes.

Donde se tomará como referencia la Historia Clínica en anexo I del protocolo (actualización 2021); diseñada como guía para la entrevista y los pasos a seguir en un caso de Abuso Sexual Infantil:

Los cuales son: la recepción, examen físico, exámenes de laboratorio, derechos, abordaje psicológico y social, tratamiento y seguimiento del Abuso Sexual Infantil (Chejter, 2021). Para luego poder medir el nivel de información sobre el protocolo de atención integral en abuso sexual infantil, según dominio disciplinar, antigüedad en la profesión y edad del personal de salud que se desempeña en un SAMCo de la localidad de Coronel Arnold y Fuentes.

**Lugar:** El espacio para aplicar el dispositivo será la sala de reuniones autorizado por las instituciones de la localidad de Coronel Arnold y Fuentes.

**Personas/ Roles:** La charla estará coordinada por el investigador, ya que no son grupos muy numerosos y no se requiere de colaboración.

Los participantes serán cada personal de salud que integre las distintas disciplinas y que se encuentre trabajando actualmente en ambos SAMCo de la localidad de Coronel Arnold y Fuentes.

La **metodología de la intervención** será combinar momentos expositivos y participativos, predominando uno u otro en función del manejo del protocolo de atención integral en abuso sexual infantil (actualización 2021), donde se tomará como referencia la Historia Clínica en anexo I del protocolo; diseñada como guía para la entrevista y los pasos a seguir en un caso de Abuso Sexual Infantil.

Entre los pasos a seguir en un caso de abuso sexual infantil, se encuentra:

“La recepción de la menor víctima de violencia sexual”. Los pasos a charlar serán:

- Garantizar un ambiente de privacidad
- Favorecer la comunicación, escucha activa, confianza
- Respetar su voluntad si no quiere compartir los hechos con otras personas
- Permitir la presencia de un acompañante
- Dar a elegir el género de quienes lo/a atienden
- Evitar que tenga que repetir el relato de lo ocurrido

- Realizar abordaje interdisciplinario
- Solicitar consentimiento para la realización de prácticas y procedimientos
- Brindar información clara, completa y comprensible

“Examen físico de la menor víctima de violencia sexual”. Los pasos a charlar serán:

- Estado general (Valoración cefalocaudal)
- ¿Examen genital y registro de lesiones (erosiones, escoriaciones, contusiones, hematomas, heridas, quemaduras, fracturas, cicatrices)
- Reacciones físicas-somáticas (sudor, dolor precordial, tenesmo rectal/vesical, taquicardia, palpitaciones, náuseas, dolor difuso, rubor facial)
- Reacciones emotivas (temor, indiferencia, crisis de angustia)
- Reacción conductual (irritabilidad, pasividad, mutismo, insomnio)

Los tipos de “exámenes de laboratorio” que debe realizarse a la menor víctima de violencia sexual. Los pasos a charlar serán:

- Toma de cultivo
- Análisis de sangre (sífilis, VIH, hepatitis B, hepatitis C, hepatorrea, test de embarazo)

Los tipos de “Tratamientos” que se debe llevar a cabo en la menor víctima de violencia sexual. Los pasos a charlar serán:

- Antirretrovirales (dentro de las 2 horas no más de 72 horas por 28 días)
- Medicación para otras ITS de elección para sífilis, gonorrea, clamidia tricomoniasis y vaginosis bacteriana (Ceftriaxona, Azitromicina, Metronidazol) alternativos (Cefixima, Doxiciclina)
- Inmunizaciones (Hepatitis B, tétanos)

- Anticoncepción de emergencia (AHE Y DIU-Cu)

“Los derechos” que debe tener en cuenta el personal de salud con la menor víctima de violencia sexual. Los pasos a charlar serán:

- Interrupción de la gestación (ILE-IVE)
- Prácticas en efector de salud
- Realizar denuncia
- Trato digno
- Privacidad
- Confidencialidad
- Autonomía de voluntad
- Acceso a la información
- Contención y acompañamiento
- No revictimizar a la persona

“El abordaje Psicológico y Social” que debe tener en cuenta el personal de salud para con la menor víctima de violencia sexual. Los pasos a charlar serán:

- Identificar y atender los puntos más urgentes
- Evaluar los riesgos y asegurar contacto con la red de protección/apoyo
- Dar espacio a la expresión del sufrimiento
- Disipar inquietudes y temores
- Analizar dudas y/o dificultades

- Aportar elementos para que la persona comprenda que la violación no se relaciona con sus características, comportamientos o historia personal
- Fortalecer su posición de sujeto
- Escuchar y viabilizar su reclamo
- Propiciar el fortalecimiento personal
- Dar cabida a la expresión de sentimientos peligrosos o amenazas

Por último, el momento del “seguimiento” que debe realizarse a la menor víctima de violencia sexual. Los pasos a charlar serán:

- Vínculo con el sistema de salud para asegurar los controles posteriores
- Controles de lesiones
- Controles de Tratamientos
- Entregar anotadas con letra legible todas las indicaciones
- Informar sobre efectos secundarios de los tratamientos

Requiere de una planificación previa y de la organización de los contenidos a trabajar durante el desarrollo de la charla.

La exposición de la información será clara y precisa, a fin de habilitar la participación.

Se favorecerá la problematización de la temática, así como el intercambio (dudas, comentarios) y la socialización de experiencias y estrategias individuales y grupales.

Al finalizar la charla, se realizará una síntesis de las ideas principales trabajadas y se brindará información sobre recursos disponibles vinculados con la temática (página web donde se puede bajar el protocolo, teléfonos de organizaciones y/o instituciones).

Los **recursos** que se utilizarán durante el desarrollo de charla informativa serán:

- Afiches y fibrones en donde se caracterizará cada uno de los pasos a seguir en el protocolo de atención integral del ASI (recepción, examen físico, exámenes de laboratorio, tratamiento, derechos, abordaje psicológico y social, seguimiento).
- Se dejarán folletos sobre la temática como material de apoyo para todo el personal de salud.

El **tiempo** de la intervención educativa puede variar, pero se calcula una duración de 60 minutos como tiempo máximo para no desorientar la atención de los participantes.

Luego de la intervención se evaluará nuevamente el nivel de información sobre el protocolo de atención integral en ASI que posee el personal de salud, aplicando el mismo instrumento “múltiple choice” con las mismas preguntas que contestarán inicialmente. Permitiendo de esta manera medir el nivel de información post a la intervención educativa del personal de salud.

De esta manera se podrá visualizar los resultados del pre test y pos test del trabajo de investigación.

**Consentimiento informado:**

Lugar y Fecha: .....

Este formulario va dirigido a todo personal de salud que se encuentre trabajando actualmente en el SAMCO de la localidad de Coronel Arnold y Fuentes y desee participar del proyecto de investigación.

Mi nombre es Lasconi Eugenia, enfermera del SAMCo de Coronel Arnold y soy alumna de la Escuela de Enfermería en la Universidad Nacional de Rosario, en la cual me encuentro cursando la materia llamada taller de investigación, que consta de un proyecto de investigación.

Le voy a proporcionar información e invitarlo a participar de esta investigación. Antes de decidirse, puede hablar con alguien que se sienta cómodo sobre la investigación, si hay alguna palabra que no entienda, por favor consulte, estoy aquí para explicarle.

El objetivo del proyecto investigativo es Analizar la relación entre el nivel de información sobre el protocolo de atención integral en abuso sexual infantil y el impacto de una intervención educativa según dominio disciplinar, antigüedad en la profesión y edad del personal de salud que

se desempeña en un SAMCo de la localidad de Coronel Arnold y Fuentes durante el segundo bimestre del año 2024.

Se lo invita a usted a participar de este estudio que requerirá de su participación en tres momentos distintos. En el primer momento, deberá responder un múltiple-choice el cual tiene preguntas con diferentes opciones de respuestas, con opciones (a,b,c,d,e) en donde deberá marcar con una X en el espacio que usted cree que corresponda. Le tomará tan solo 35 minutos responderlo, será de forma anónima y auto administrado. Cabe destacar que el presente múltiple-choice está formulado y se rige a la última actualización (2021) del protocolo para la atención integral de personas víctimas de violencia sexual, adaptado para todo el personal de salud.

En el segundo momento, con previo aviso, junto con sus compañeros, se lo invitará a participar de una charla educativa sobre el manejo del protocolo de atención integral en abuso sexual infantil, a través de una intervención educativa. Se destinará para el encuentro 60 minutos, donde usted podrá preguntar sobre las dudas que tenga con respecto al primer múltiple-choice. Por último, en el tercer momento, se le brindará nuevamente un múltiple-choice con las mismas preguntas que tuvo en la primera instancia, con el fin poder Analizar la relación entre el nivel de información sobre el protocolo de atención integral en abuso sexual infantil y el impacto de una intervención educativa en el personal de salud.

“Declaro que recibí una explicación detallada y escrita de las actividades que se realizarán, y de lo que se espera de mí. Mi participación en el estudio es completamente voluntaria, y no soy obligado a tomar parte, por lo que firmo el presente documento dando mi consentimiento.

Acepto participar y puedo retirarme del estudio en cualquier momento que lo desee, sin necesidad de justificación alguna. La información que se obtenga sobre mi persona será confidencial. En los registros del estudio no apareceré con mis datos personales, y los datos que aporte a este estudio serán publicados exclusivamente en el marco de la investigación. Mi colaboración en este estudio no implicará ningún tipo de costo monetario de mi parte, ni percibiré por ello retribución económica alguna. Una vez concluida las actividades a las que se hizo mención, renuncio a cualquier tipo de reclamo siempre y cuando se mantengan las condiciones más arriba explicitadas” (Ministerio de Salud, 2011).

#### AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA REALIZAR LA INVESTIGACIÓN.

Personal de salud .....certifico que he leído el Procedimiento para llevar a cabo la investigación

Titulada: .....

A cargo de Él/La

Investigador/a me ha explicado el propósito de su investigación y ha contestado mis preguntas relacionadas a la misma.

Firma del participante: \_\_\_\_\_