

**IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO DE ATENCION A VICTIMAS DE
VIOLENCIA SEXUAL.UNIDAD AMIGABLE PARA ADOLESCENTES Y
JOVENES UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS SEDE SAN ANTONIO Y
BARCELONA.**

**LEIDY MICHELL POTOSÍ CHAMORRO
COD 13-0002826**

**UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA
VILLAVICENCIO (META) 2016**

**IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO DE ATENCION A VICTIMAS DE
VIOLENCIA SEXUAL. UNIDAD AMIGABLE PARA ADOLESCENTES Y
JOVENES. UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS, SEDE SAN ANTONIO Y
BARCELONA.**

LEIDY MICHELL POTOSI CHAMORRO

CODIGO: 13002826

**Dirigido a comité de investigaciones como opción para obtener el título de
enfermera**

Docente

CLAUDIA PINZON GUTIERREZ

Enfermera. Especialista Gerencia Servicios de Salud

Maestrante Salud Sexual y Reproductiva

**UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA
VILLAVICENCIO / 2016**

NOTA DE ACEPTACION

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	9
1. JUSTIFICACIÓN	10
2. OBJETIVOS MACRO PROYECTO PROYECCION SOCIAL	12
3.1. OBJETIVO GENERAL	12
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
3.2 OBJETIVOS	12
4. OBJETIVOS DEL PROYECTO EPPS	13
4.1 OBJETIVO GENERAL	13
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
5. DIAGNOSTICO SITUACIONAL	14
6. REVISIÓN LITERARIA	15
6.1 MARCO CONCEPTUAL	15
6.2 MARCO LEGAL	25
7. MARCO TEÓRICO	31
8. PLAN DE ACCIÓN	35
8.1. FASE PARA LA ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO	33
8.1.1 Fase de preparación	33
8.1.2 Fase de elaboración	34
8.1.3 Fase de revisión externa	34
9. IMPACTO LOGRADO EN TÉRMINO DE OBJETIVOS, METAS E INDICADORES.	35
10. LIMITACIONES	36
11. CONCLUSIONES	37
12. RECOMIENDACIONES	38

BIBLIOGRAFIA	39
ANEXOS	43

LISTA DE ANEXOS

Anexo A. Búsqueda, revisión y selección bibliográfica.

Anexo B. Resumen – artículos utilizados en la elaboración del proyecto.

Anexo C. Carta de aprobación del proyecto dirigido por el centro de proyección social de la universidad de los llanos.

Anexo D. protocolo de atención a víctimas de violencia sexual – adaptado (documento elaborado).

Anexo E. Cartas solicitud de revisión por par experto.

Anexo F. cartas de aprobación de protocolo por los expertos.

Anexo G. Diseño de boletín que se entregó en las socializaciones.

Anexo H. Socialización a estudiantes, docentes y administrativos las sedes Barcelona y san Antonio -listas de asistencia-fotos.

INTRODUCCIÓN

El proyecto Implementación Del Protocolo De Atención De Violencia Sexual, hace parte del macro proyecto de proyección social “Unidad Amigable para adolescentes y jóvenes de la Universidad de los Llanos”, el cual, según el artículo 6 del acuerdo 021/2002 se clasifica dentro del campo de proyección social como prácticas y proyectos comunitarios los cuales son la materialización del compromiso de la Universidad con la sociedad y buscan la articulación de los conocimientos a situaciones concretas, con el fin de lograr la validación de saberes, el desarrollo de las competencias profesionales, y la atención directa a las necesidades del medio”(1).

Este documento contiene el producto de revisiones de: información estadística nacional, productos de investigación, documentos conceptuales, legales y normativos, plan de acción para la elaboración del protocolo que se implementara en la Unidad Amigable para Adolescentes y Jóvenes de la Universidad de los Llanos sede San Antonio y Barcelona en la ciudad de Villavicencio.

Dicho protocolo es una herramienta básica, que describe el paso a paso necesario para la atención integral en casos de violencia sexual y su propósito es la estandarización de los procesos y procedimientos asistenciales pro del mejoramiento de la calidad y efectividad ha en la prestación del servicio en todos sus niveles (promoción, prevención, detección, atención, protección, tratamiento y seguimiento), teniendo en cuenta el ejercicio de derechos de las víctimas, la calidad humana y la normatividad vigente.

1. JUSTIFICACIÓN

La OMS, en su informe sobre violencia y salud, plantea que “la violencia sexual se registra en todos los países del mundo. Aunque en la mayoría de ellos el tema ha sido poco investigado, los datos disponibles indican que, casi una de cada cuatro mujeres puede ser víctima de violencia sexual por parte de su pareja, y hasta la tercera parte de las adolescentes informa que su primera experiencia sexual fue forzada. (2)

Para Colombia, según reportes del Instituto Nacional de Medicina Legal en el año 2014 La mujer sigue siendo la más victimizada, con el 85,09% de los casos. En general, se presenta mayor comportamiento del evento en niños, niñas y adolescentes (0 a 17 años), con un 85,08% del total de los registros; en el caso de las mujeres, el grupo quinquenal que reportó el mayor número de casos fue de los 10 a 14 años y en hombres de los 5 a 9 años (3).

En el mismo informe, se observó la vivienda como principal lugar en donde se presentaron los hechos, con el 76,01% del total de los casos registrados en el último año; sigue predominando como presunto agresor algún familiar, que obtuvo el 40,50% seguido de un conocido con el 24,72%. La actividad que ejercía la víctima en el momento del hecho fue actividades vitales o relacionadas con el cuidado personal lo que corrobora la incidencia de casos en el ámbito familiar (3). Además, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010, reporta que existen dos departamentos que se destacan por su alto porcentaje de mujeres violadas; estos son Guaviare y Meta con un 9 por ciento (4).

Por otro lado una de las realidades más evidentes en nuestro país, en la que al igual se presenta mayor riesgo, probabilidad y exposición al desarrollo de la violencia sexual es el conflicto armado colombiano, y en varias regiones del país este tipo de violencia se ha convertido en un instrumento de guerra; las condiciones de pobreza, el desplazamiento forzado rural e interurbano, las riñas entre bandas criminales, permiten que se originen escenarios donde mujeres, niños, niñas y adolescentes son objeto de abuso (5).

El fenómeno de la violencia sexual es una realidad que hace parte de la cotidianidad de la sociedad colombiana y está presente en la mayoría de los contextos. Sin importar las circunstancias estos actos buscan fundamentalmente someter el cuerpo y la voluntad de las personas ejerciendo distintos tipos de coacción en la víctima, que dan como resultado actos intimidantes, de sumisión que dejan secuelas en el estado físico y mental de ésta, así como en la vida personal, familiar y social. Al hablar de violencia sexual, se hace referencia a la violación o acceso carnal violento, al abuso y al acoso sexual incluidas también todas las conductas

mencionadas en el Título IV del Código Penal Colombiano: Delitos contra la libertad, integridad y formación sexual.

La violencia sexual se ha posicionado progresivamente como un tema de gran interés para el país por lo cual su abordaje ha avanzado en torno a la necesidad de brindar respuestas integrales a las personas que la sufren. El Ministerio de la Protección Social en el año 2000 desarrolló la Guía del Menor maltratado y la Guía de la Mujer Maltratada (Resolución 412 de 2000). Estas Guías que a la fecha se encuentran vigentes, indican las acciones que el sector salud debe realizar frente a la atención de problemáticas de violencia intrafamiliar, sexual y de pareja, y deben ser retomadas o adaptadas a través de Protocolos en cada una de las instituciones de salud del país para la atención de estos diferentes tipos de violencia (6).

Por lo anteriormente expuesto, la Universidad de los Llanos como institución educativa constituida en su gran mayoría por población adolescente y joven quienes estadísticamente tienen un mayor riesgo de sufrir de violencia sexual, busca a través de la implementación de la estrategia de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes (SSAAJ), lograr un mayor acceso de esta población a los servicios de salud logrando así el desarrollo integral, la mejora en su capacidad intelectual, académica y personal, a través de acciones de escucha activa, enseñanza de prácticas saludables en salud, detección, prevención e intervención de factores de riesgo que facilite la toma de decisiones libre, autónoma, responsable e informada frente a su propia sexualidad (7).

Para lograr que la atención integral de la población universitaria frente a diferentes temáticas de salud, se requiere la implementación de protocolos que ilustren de manera clara las diferentes actividades que se deben desarrollar en cuanto a la detección oportuna, promoción, prevención, atención integral, rutas de atención, procesos intersectoriales o de referenciación y acciones de protección y recuperación, que se conviertan en el norte de toda atención y en el lenguaje común de todos los profesionales nuevos y antiguos del servicio de salud de la UNILLANOS.

Por lo tanto, la elaboración de este protocolo es de vital importancia para tener un lineamiento general frente a la atención integral de víctimas de violencia sexual, evitar su revictimización, estandarizar las actividades frente a la detección de signos, síntomas y factores de riesgo, la promoción de la salud sexual y reproductiva, entre otras relacionadas, que redundarán en una atención oportuna y efectiva mostrando calidad humana y garantía de derechos.

2. OBJETIVOS DEL MACRO PROYECTO PROYECCION SOCIAL

2.1. GENERAL

Implementar la atención integral para adolescentes y jóvenes, con énfasis en salud sexual y reproductiva y la Prevención y Mitigación del uso de sustancias Psicoactivas en el marco del modelo de servicios de salud amigables, diseñado por el Ministerio de Salud y Protección Social, adoptando la modalidad de atención de Unidad Amigable, con enfoque de derechos, género, diversidad, interculturalidad, prevención de riesgo, igualdad de oportunidades, equidad e intergeneracionalidad, en la comunidad estudiantil de la Universidad de los Llanos, mediante la programación de actividades individuales y colectivas, la participación y veeduría social, con el fin de mejorar la salud de los adolescentes y jóvenes apoyando la construcción del proyecto de vida.

3.2. ESPECÍFICOS

- Implementar los servicios de Salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes bajo la modalidad de Unidad amigable, en la comunidad estudiantil de la Universidad de los Llanos, bajo los parámetros del modelo Nacional de Atención SSAAJ.

- Ejecutar bajo la modalidad de atención directa de Enfermería las actividades de; Maternidad Segura, planificación Familiar, Salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes, Cáncer de seno y cuello Uterino, Infecciones de Trasmisión Sexual y Violencia Domestica y Sexual.

- Diseñar un plan de acción operativo institucional que garantice la prevención y mitigación del uso de sustancias psicoactivas en los jóvenes y adolescentes que conforman la comunidad estudiantil de la Universidad de los Llanos.

3. OBJETIVOS DEL PROYECTO EPPS

3.1 GENERAL

Elaborar el protocolo de atención para violencia sexual de la unidad amigable para adolescentes y jóvenes de la universidad de los llanos sedes Barcelona y San Antonio.

4.2 ESPECÍFICOS

- Revisar referentes bibliográficos en bases de datos confiables relacionados con violencia sexual.
- Identificar las diferentes actividades, procedimientos y procesos a realizar para la atención integral de víctimas de violencia sexual en concordancia con el nivel de atención, los recursos existentes y la red de atención disponible.
- Plantear a través de una ruta de atención el paso a paso institucional para la atención integral de víctimas de violencia sexual.

4. DIAGNOSTICO SITACIONAL

La OMS, en su informe sobre violencia y salud, plantea que “la violencia sexual se registra en todos los países del mundo. Aunque en la mayoría de ellos el tema ha sido poco investigado, los datos disponibles indican que, casi una de cada cuatro mujeres puede ser víctima de violencia sexual por parte de su pareja, y hasta la tercera parte de las adolescentes informa que su primera experiencia sexual fue forzada.

La violencia sexual puede presentarse desde distintos ámbitos circunstanciales; violencia económica, sociopolítica, interpersonal y en el contexto intrafamiliar, usualmente perpetrada por la pareja como un factor de riesgo predominante para las mujeres; estos últimos casos son muy comunes en Colombia y en otros países como México y Estados Unidos; según estudios entre el 40% al 52% de las mujeres sufren abuso sexual por sus parejas luego de ser maltratadas física y emocionalmente. Así mismo, las agresiones y abusos sexuales a las mujeres por parte de su pareja se ven reflejadas en múltiples encuestas universales; Canadá reporta el 8,0%, Inglaterra, Gales y Escocia el 14,2%, Finlandia 5,9%, Suiza 11,6% y Estados Unidos 7,7% (1), lo que conlleva a concluir que la mayoría de estos casos se expresan en un escenario íntimo familiar y que muchos, por ende, permanecen en la impunidad.

Según lo indican las cifras en la última década, la población más vulnerable de ser víctima de abuso sexual son las mujeres y los niños, quienes presentan mayor riesgo y están más expuestos a ser víctimas de este tipo de violencia.

El Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud revela que los datos probatorios disponibles indican que la probabilidad de que los hombres denuncien una agresión sexual a las autoridades es aún menor que en el caso de las mujeres. Existen diversas razones por las cuales se denuncian menos episodios de violación masculina de los que realmente suceden. Entre ellas cabe mencionar la vergüenza, la culpa o el miedo a no ser creído o a ser denunciado por lo ocurrido. Los mitos y la existencia de prejuicios muy arraigados sobre la sexualidad masculina también son un obstáculo para que los hombres presenten una denuncia. Al analizar el comportamiento de este tipo de violencia frente a los factores de riesgo, se ha demostrado que la discapacidad es uno de los factores que aumentan el riesgo de ser víctima frente a cualquier tipo de delito, con mayor peligro al abuso sexual.

En los departamentos en dónde mayormente se presenta este tipo de agresión son: Bogotá, Meta, Valle, Tolima y Guaviare.

Al analizar el número de casos de violencia sexual registrados en todo el territorio nacional, se observó que las tasas más altas por 100.000 habitantes se presentaron

en los departamentos de Casanare 87,65 (307 casos), Meta 84,94 (801 casos), Quindío 73,65 (414), Amazonas 67,65 (51 casos) y Risaralda 57,57 (545 casos), comportamiento con una tendencia consecuente cada año. Para el caso de los municipios, sobresalen Cabillero, ubicado en el departamento del Meta, con una tasa por 100.000 habitantes de 276,31 (11 casos), Buriticá en Antioquia con 255,52 (17 casos), El Dorado en el Meta con 233,99 (8 casos) y San José de la Montaña en Antioquia con 211,74 (7 casos). **(8)**

5. REVISION DE LITERATURA

5.1 MARCO CONCEPTUAL

Protocolo. Conjunto de aplicaciones estandarizadas, desarrolladas mediante un proceso formal que incorpora la mejor evidencia científica de efectividad con asesoría experta.

Protocolo en salud. Conjunto de actividades a realizar, relacionadas con un determinado problema o una determinada actividad asistencial, que se aplican por igual a todos o a un grupo de pacientes. (9)

Servicio amigable. Son servicios en los que se brinda información, orientación y atención de calidad, para contribuir a mejorar la salud de los/las adolescentes y jóvenes en especial su salud sexual y reproductiva, promoviendo su desarrollo integral. (10)

Servicio de salud amigable. Son servicios en los cuales jóvenes encuentran oportunidades de salud, cualquiera sea la demanda, son agradables para los jóvenes y sus familias por el vínculo que se establece con el proveedor de salud y por la integralidad y calidad de sus intervenciones. (11)

Unidad de servicios amigables en salud. Son servicios en los cuales los jóvenes encuentran oportunidades de salud cualquiera sea su demanda, son agradables para ellos y sus familias por el vínculo que se establece con el proveedor de salud y por la integralidad y calidad de sus intervenciones.

Adolescencia. Etapa que transcurre entre los 11 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 12 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años. (12)

Sexualidad. Comprende la actividad sexual, las identidades de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. Está constituida mediante la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales.

La sexualidad se experimenta y expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas y relaciones.

Orientación sexual. Es una atracción emocional, romántica, sexual o afectiva por individuos de sexo/ género diferente, del mismo sexo/género o de más de un sexo/ género, así como de tener relaciones íntimas y sexuales con esas personas. (13)

El enfoque de derechos. Orienta a crear los mecanismos para que las personas en ejercicio de su ciudadanía comprendan sus derechos, los ejerzan y los exijan, con el propósito de superar la inequidad que impiden su realización humana.

Derechos sexuales. La IPPF declara que los derechos sexuales son derechos humanos relacionados con la sexualidad de las personas, los cuales son necesarios para el desarrollo y bienestar de todas las personas y sociedades en las que viven. Los derechos sexuales son derechos humanos reconocidos. Estos derechos son:

- El derecho de hombres y mujeres a ser reconocidos como seres sexuados.
- El derecho a fortalecer la autoestima y autonomía para adoptar decisiones sobre sexualidad.
- El derecho a explorar y a disfrutar de una vida sexual placentera, sin vergüenza, miedos, temores, prejuicios, inhibiciones, culpas, creencias infundadas y otros factores que impidan la libre expresión de los derechos sexuales y la plenitud del placer sexual.
- El derecho a vivir la sexualidad sin sometimiento a violencia, coacción, abuso, explotación o acoso.
- El derecho a escoger las y los compañeros sexuales.
- El derecho al pleno respeto por la integridad física del cuerpo y sus expresiones sexuales.
- El derecho a decidir si se quiere iniciar la vida sexual o no, o si se quiere ser sexualmente activo o activa o no.
- El derecho a tener relaciones sexuales consensuadas.
- El derecho a decidir libremente si se contrae matrimonio, se convive con la pareja o si se permanece solo o sola.
- El derecho a expresar libre y autónomamente la orientación sexual. 11. El derecho a protegerse del embarazo y de las infecciones y enfermedades de transmisión sexual.
- El derecho a tener acceso a servicios de salud sexual de calidad.

-El derecho a contar con información oportuna, veraz y completa sobre todos los aspectos relacionados con la sexualidad, por ejemplo, conocer cómo funciona el aparato reproductor femenino y masculino y cuáles son las infecciones que se pueden adquirir a través de las relaciones sexuales.

Principios generales de los derechos sexuales y reproductivos

-La sexualidad es una parte integral de la personalidad de cada ser humano. Por esta razón, debe crearse un medio ambiente favorable en el cual cada persona pueda disfrutar de sus derechos sexuales como parte del proceso de desarrollo

-Los derechos y protecciones garantizados para las personas menores de dieciocho años difieren de los de los adultos y deben tomar en cuenta las capacidades evolutivas del menor como individuo para ejercer sus derechos en su propio nombre.

-La no discriminación es subyacente a la protección y protección de todos los derechos humanos.

-La sexualidad y el placer derivado de ella es un aspecto central del ser humano, independientemente de si la persona elige reproducirse o no hacerlo.

-La garantía de los derechos sexuales para todas las personas incluye un compromiso con la libertad y la protección del daño.

-Los derechos sexuales pueden estar sujetos solamente a las limitaciones que determine la ley, con el propósito de asegurar el debido reconocimiento y respeto por los derechos y libertades de los demás y del bienestar general en una sociedad democrática.

-Las obligaciones de respetar, proteger y garantizar su ejercicio son aplicables a todos los derechos y libertades sexuales.

Los derechos de la víctima de violencia sexual

- Tiene derecho a que se recoja y preserve la evidencia médico legal, que puede ser usada en un proceso penal, (la historia clínica puede servir de prueba en un proceso penal, así como las muestras que se recuperen durante el examen.)

- Tiene derecho a diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual.

- Derecho a tratamiento de las lesiones que se deriven del hecho y a consejería por parte de personal calificado para ella y su familia.

- Derecho a ser tratado con respeto y privacidad en todas las actuaciones médicas y legales.

Libertad sexual. Capacidad de elección, control y la responsabilidad acerca de los asuntos que competen con la sexualidad y la vida reproductiva sin sufrir discriminaciones, coacción o violencia.

Salud sexual y reproductiva. Estado general de bienestar físico, mental y social, y no a la mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción”.

Salud sexual. Es la capacidad de aceptar y disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos en la que no es obligatoria la procreación, pues la sexualidad en sí misma, es una forma de comunicación, convivencia y/o amor entre las personas. Es una parte importante de la salud física y emocional.

Salud reproductiva. Es la capacidad de las personas para tener una vida sexual, segura y satisfactoria para reproducirse, así como la libertad para decidir cuándo, cómo y con qué frecuencia hacerlo.

Promoción de la salud sexual y reproductiva. El desarrollo de acciones que fortalezcan los factores protectores individuales, familiares, sociales y culturales que disminuyan el riesgo de estos eventos de violencia que los individuos y comunidades y que logren generar acciones de autoprotección y de protección a otros. (13)

Salud mental. Un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. (14)

Crisis: Una crisis es la reacción conductual, emocional, cognitiva y biológica de una persona ante un evento precipitante, que se constituye en un estado temporal de trastorno, desorganización y de necesidad de ayuda, caracterizado principalmente por la disrupción en la homeostasis psicológica del individuo y que aparece cuando una persona enfrenta un obstáculo a sus objetivos o expectativas vitales.

La intervención en crisis consiste en “un tratamiento intensivo que requiere la habilidad para la creación de un clima óptimo de comunicación que facilite: (a) la libertad de expresión por parte de la persona en crisis, (b) la aceptación de la persona y de su situación, (c) la expresión de la capacidad para escuchar de manera empática, (d) la búsqueda de soluciones realistas, y (e) la expresión natural de afecto y cercanía. Se trata de propiciar una situación de seguridad psicológica que permita la exploración de los eventos críticos en un contexto de realidad.

Primeros auxilios psicológicos: Proceso de intervención de primera instancia, inmediato y de corta duración dirigido a cualquier persona impactada por un incidente crítico o evento peligroso, que consiste en brindar ayuda para reestablecer

la estabilidad emocional y desarrollar estrategias de afrontamiento sanas y asertivas que posibiliten la búsqueda de soluciones a los problemas que se experimentan. Su duración es de una sesión de minutos a horas y su objetivo principal es el de proporcionar apoyo, facilitar la expresión de sentimientos y emociones, y escuchar y comprender a la persona afectada para reducir el riesgo o peligro, morbilidad y mortalidad ya que ante un suceso estresor la persona puede generar situaciones violentas con agresiones hacia otros o a sí mismo.

Incidente crítico: Acontecimiento estresante, interno o externo al mundo personal, que ocurre en el curso de la vida y que inicia una serie de reacciones ya sean predecibles o bien inesperados y accidentales.

Estado vulnerable: Tipo de reacción subjetiva ante el evento peligroso. La persona responde según sea su percepción del evento.

Estado de crisis activo: La persona se encuentra en estado de desorganización, invadida de tensión emocional, su proceso homeostático se desequilibró. La duración será de 1 a 4 horas; puede experimentar “visión en túnel”; exceso de actividad sin objetivo o inmovilización; alteraciones cognoscitivas, acompañado por preocupaciones o ideas distorsionadas por los eventos como la percepción de ser incapaz de superar los obstáculos problemas o eventos que experimenta. Posteriormente se llega a un periodo de reajuste gradual y resignificación, reforzando mecanismos de afrontamiento y adaptación.

Los objetivos de los primeros auxilios psicológicos y de la terapia de crisis están centrados en:

- Alivio en lo inmediato de los síntomas de reacción.
- Reducir el peligro de respuestas violentas y para potenciar la motivación del paciente a hallar un nuevo planteamiento para afrontar las circunstancias del suceso.
- Restauración de un nivel de funcionamiento CASIC mínimo: (Cognitivo, Afectivo y Somático, Interpersonal y Conductual).
- Comprensión de los eventos precipitantes relevantes que condujeron al desequilibrio.
- Identificación de los recursos de ayuda y rescate que se pueden utilizar: Personales, familia, profesionales, comunidad, etcétera.
- Iniciar nuevas formas de Percibir, Pensar y Sentir lo hasta ahora sucedido.
- Desarrollar habilidades de afrontamiento efectivo, autoestima, asertividad y solución de conflictos

Crisis circunstanciales son inesperadas, accidentales y dependen

Urgencia. es la aparición fortuita de un problema de etiología diversa y de gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto o de sus allegados (OMS). Podemos definirla también como toda aquella patología cuya evolución es lenta y no necesariamente mortal, pero que obligatoriamente su atención no debe retrasarse más de seis horas.

Al presentarse un caso de violencia sexual se va a tener en cuenta que siempre debe tratarse como una urgencia dado que es un acto que va a alterar; la integridad física, funcional, y /o psíquica comprometiendo la vida o funcionalidad de la persona víctima.

La consulta por violencia sexual será una oportunidad para enviar mensajes terapéuticos al paciente, que le permitan expresarse e incentivar la búsqueda o aceptación de la ayuda terapéutica en caso de ser requerida, este abordaje se realiza mediante preguntas directas que se incorporan en la historia clínica evitando el enjuiciamiento en un lugar privado y ambiente que genere confianza.

Vigilancia epidemiológica. Las instituciones públicas o privadas prestadoras de servicios de salud, que tienen la responsabilidad y adquieren el compromiso de informar los casos de delitos sexuales, según los requerimientos establecidos por el Sistema de Vigilancia en Salud Pública, deben tener en cuenta que la notificación de un caso será inmediata. Si la víctima se niega a esta notificación, y es mayor de edad, puede omitirse su nombre en la ficha, haciendo la aclaración respectiva y, de esta forma, enviar la notificación. Es muy importante conocer el número de casos y las circunstancias en que se presentan, respetando los derechos de las víctimas de violencia sexual.

Prevención desde los servicios de salud. Los servicios de salud deben promover acciones preventivas a través de todo contacto con la comunidad, ya sea individual o colectivo, fortaleciendo los hábitos protectores y las conductas adecuadas. Así mismo, el componente del Buen Trato debe estar inserto en todos los programas de promoción y prevención, a lo largo del proceso de atención de víctimas de violencia sexual, durante la consulta, la hospitalización y en la atención en urgencias. En este sentido, todo el personal del Sector Salud debe estar sensibilizado en torno a esta problemática y capacitado para la detección, manejo y adecuada canalización de casos.

Prevención primaria. Tiene por objeto reducir la aparición de nuevos casos de violencia sexual. Se centra en la enseñanza de cómo evitar la violencia sexual y qué medidas tomar ante determinadas situaciones. Se recomienda involucrar en los alcances de este nivel de prevención a los niños, niñas, adolescentes y personas adultas. El papel educativo de padres, madres, maestros y maestras es fundamental

y debe estar encaminado a fomentar valores asociados con el respeto por el cuerpo y por la sexualidad, la convivencia en democracia en los vínculos familiares, los Derechos de los Niños y Niñas y el autocuidado de la salud. La familia y la comunidad educativa cumplen un papel fundamental en la detección, reducción y eliminación de factores de riesgo y en el estímulo de factores protectores.

Prevención secundaria. Se refiere a la intervención oportuna en niñas, niños, personas adultas y familias, para superar el riesgo a ser víctimas de violencia sexual, antes de que ocurra el hecho; además, al manejo oportuno de los factores de riesgo y garantía de derechos para quienes ya han sido víctimas de violencia sexual.

Prevención terciaria. Tiene como objetivo evitar la repetición de la violencia sexual o la revictimización, ofrecer servicios de calidad para tratar adecuadamente a las víctimas y a sus familias, disminuyendo las secuelas psíquicas y físicas. Los agresores deben ser tenidos en cuenta para incorporarlos a procesos de resocialización y a tratamientos encaminados a evitar que se perpetúen los delitos sexuales.

Como respuestas protectoras en el tercer nivel de prevención se consideran: • Seguimiento de casos a corto, mediano y largo plazo • Denuncia e investigación de casos • Manejo multidisciplinario e intersectorial de víctimas, familias y agresores • Restablecimiento de derechos, protección y compensación a las víctimas y sus familias.

Violencia. 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.

Violencia sexual. Toda acción u omisión, voluntaria o involuntaria, protagonizada por un hombre o una mujer, contra otro hombre o mujer, que, causando daño físico o emocional, vulnera los derechos sexuales de la otra persona, le impide o limita la satisfacción de sus necesidades sexuales e inhibe el pleno desarrollo de su sexualidad.

Factor de riesgo: Cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.

Relacionados con violencia

-Personales: Desconocimiento de los Derechos Humanos, Sexuales y Reproductivos, baja autoestima, escaso desarrollo de habilidades sociales, privación afectiva, carencia de conocimientos sobre lo que es y no es apropiado en contacto físico.

-Familiares: Desconocimiento de los Derechos humanos ,sexuales y reproductivos, relaciones familiares fundadas en la violencia, historias de violencia sexual del padre o la madre, negación del acceso a información sobre la sexualidad, familias disfuncionales, Fallas en la comunicación intrafamiliar, en especial de padres-madres-hijos e hijas , deterioro de la afectividad, baja autoestima del padre o la madre, desacuerdos en el ejercicio de la autoridad, sobrevaloración de la figura masculina, consumo de sustancias psicoactivas, incluido el alcohol.

-Social: Pobreza y desplazamiento forzado, vivir en zonas de situación de conflicto armado, problemas de entorno físico, hacinamiento crítico, vecindarios con altos índices delincuenciales y poco seguros (solitarios, oscuros, falta de seguridad, etc.), trivialización de la violencia sexual en los medios de comunicación, fácil acceso a consumo de licor, pornografía infantil y sustancias psicoactivas.

-Factores protectores frente a la violencia sexual. La Promoción de la Salud mental y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, se fundamenta en la identificación de situaciones deseables para el beneficio de los seres humanos y el mejoramiento de la calidad de vida con las máximas posibilidades, para ello busca el fortalecimiento de factores protectores identificados en la esfera individual, familiar, social y cultural para protegerse y proteger a otros de situaciones de violencia. Entre ellos se encuentran:

-Individuales: conocimiento de los Derechos Humanos, Sexuales y Reproductivos, desarrollo de habilidades sociales: comunicación, asertividad, resolución de conflictos, reconocimiento y expresión de emociones y sentimientos, reconocimiento del cuerpo (público y privado), Positiva autoestima, auto concepto, autoimagen, autodeterminación.

-familiares: convivencia democrática en la familia: todos son escuchados, respetados y se tienen en cuenta para tomar decisiones en familia, Mujeres, niños y niñas como sujetos de derechos: respeto y trato digno. , buena comunicación con adultos significativos (efectiva y afectiva) , Información científica, clara y oportuna sobre sexualidad, salud sexual y reproductiva y violencia sexual, vínculo afectivo fortalecido, adecuado ejercicio de la autoridad, patrones de crianza coherentes con los Derechos Humanos: respeto y dignidad, valoración de la diversidad de género, Vinculación a la familia de otras redes de apoyo (institucionales, Institucionales

-Sociales y culturales: existencia de oferta de servicios sociales fundamentados en la equidad, la accesibilidad y la credibilidad, relaciones equitativas entre hombres y mujeres; entre adultos-as y niños, niñas y adolescentes en los medios de comunicación, representación política, y la sociedad, promoción de buen trato institucional, espacios de participación visible, democrática y accesible, educación sexual oportuna en el marco de la sexualidad en su dimensión integral y entendida como la no estimulación temprana de los niños y niñas a actividades sexuales,

apoyó social y existencia visible de redes comunitarias. Sociales. Valoración de la diversidad, buen trato y crianza positiva.

Adolescente: Citas con extraños a ciegas, rapto por Internet, descuidar sus bebidas en actividades sociales, consumo de sustancias psicoactivas, incluido el alcohol.

Violación o acceso carnal violento. La penetración del miembro viril por vía oral, vaginal o anal, así como la penetración vaginal o anal de cualquier otra parte del cuerpo humano u otro objeto con fines sexuales.

Abuso sexual. Todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios, insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos en hogar, y el lugar de trabajo (28).

Explotación sexual comercial. Se define como la utilización de una persona en actividades sexuales a cambio de remuneración o cualquier otra forma de retribución.

Turismo sexual. Es la utilización de un individuo en actividades sexuales por personas que viajan de su país o ciudad de origen a otro u otra. Se da en el contexto del turismo, por lo tanto, predomina en los lugares cuya economía depende de este sector.

Trata con fines sexuales. Se entiende por trata de personas, la “captación, el transporte, el traslado, la acogida o la recepción de personas, recurriendo a la amenaza o el uso de la fuerza u otras formas de coacción, al rapto, al fraude, al engaño, al abuso de poder o de una situación de vulnerabilidad o a la concesión o recepción de pagos o beneficios para obtener el consentimiento de una persona que tenga autoridad sobre otra con fines de explotación.

Homofobia. Es utilizado para describir una variada gama de fenómenos sociales relacionados con el prejuicio, la discriminación y la violencia contra las personas homosexuales ya sean hombres o mujeres, que se expresa en el lenguaje a través de descalificaciones, burlas o injurias, a través de actitudes de asco, incomodidad o franco rechazo, o a través de acciones de franca discriminación que pueden llevar a la exclusión, a la vulneración de derechos humanos tales como el derecho a la educación o al trabajo, a la violencia física o psicológica y en no raras ocasiones a crímenes de odio.

Consentimiento informado. La Corte Constitucional ha entendido que toda persona tiene autonomía para tomar decisiones relativas a su salud, y por lo tanto prevalece el consentimiento informado del paciente sobre las consideraciones del médico tratante o el interés de la sociedad y el Estado en preservar la salud de las

personas. Desde esta perspectiva, todo tratamiento, intervención o procedimiento médico debe hacerse con el consentimiento del paciente, salvo en casos excepcionales.

Barreras para la adecuada atención a víctimas de violencia sexual. Cuando una persona es víctima de violencia sexual necesita una atención oportuna, sin embargo, en muchas ocasiones se presentan barreras que debemos evitar pues pueden generar demoras en la atención y/o identificación de casos. A continuación, se mencionan algunas:

- Falta de integralidad en el manejo requerido, por su fragmentación en diferentes niveles de atención y en diferentes aseguradores.
- Al ingreso, en la portería, recepción o módulo de información, se indagan las razones o motivos de consulta. Igual sucede en las dependencias responsables de la facturación.
- Los auxiliares y demás personal de salud no tienen respeto por la confidencialidad e intimidad de la persona víctima y proceden a interrogarla.
- Asignación de citas tardías, con intervalos prolongados, generando el riesgo de que la persona desista de la atención o presente complicaciones físicas, emocionales y mentales.
- La atención se realiza en sitios que no garantizan la privacidad, en condiciones deplorables.
- Vulneración de la dignidad de la víctima solicitando la desnudez y el tener que dejar sus prendas como evidencia.
- Se obliga a la víctima a solicitar autorizaciones en diferentes momentos, con diferentes instituciones o personas y para diferentes servicios, y se le obliga con frecuencia a repetir el relato de los hechos.

Notificación: Todos los casos de sospecha o diagnóstico de violencia sexual deben ser registrados en el sistema de vigilancia en salud pública que debe operar en todas las instituciones de salud. Ministerio de Salud – Dirección General de Promoción y Prevención Guía de Atención de la Mujer Maltratada.

Denuncia: Ponga en conocimiento el delito a las autoridades competentes, si la víctima es menor de edad. Anime a la paciente a instaurar la denuncia cuando ella sea mayor de edad. Ha demostrado ser un efectivo medio para prevenir la reincidencia cuando se aplica de manera oportuna y completa.

Seguimiento. En general se recomienda realizar a todas las mujeres agredidas citas periódicas individuales por el profesional respectivo. Inicialmente hasta

pasar el período de crisis con una frecuencia determinada según el criterio profesional posteriormente revisiones al mes, a los tres meses, a los seis meses y al año. Para control de I.T.S. se debe citar a la paciente a las dos semanas, al mes y medio, a los tres meses y a los seis meses.

Registro. Se debe llevar un registro de todos los casos de maltrato, especificando “tipo”, para fundamentar las políticas y acciones de promoción, prevención y atención. (17)

5.2 MARCO LEGAL

5.2.1. Declaración Universal De Los Derechos Humanos De La ONU (1948)

Artículo 2. “Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en ésta declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión...”

Artículo 7. “Todos son iguales ante la ley y tienen sin distinción, derecho a igual protección de la ley...”. (16)

5.2.2. Constitución política de Colombia (1991)

Artículo 5º. El Estado reconoce, sin discriminación alguna, la primacía de los derechos inalienables de la persona y ampara a la familia como institución básica de la sociedad.

Artículo 13º. Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica. El Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas a favor de grupos discriminados o marginados. El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que, por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan.

Artículo 43º. La mujer y el hombre tienen iguales derechos y oportunidades. La mujer no podrá ser sometida a ninguna clase de discriminación. Durante el embarazo y después del parto gozará de especial asistencia y protección del Estado, y recibirá de éste subsidio alimentario si entonces estuviere desempleada o desamparada. (17)

5.2.3. Política Nacional De Sexualidad, Derechos Sexuales Y Derechos Reproductivos (PNSDSR) 2014 -2021

La PNSDSDR 2014-2021 se fundamenta en el enfoque de derechos, aplicados a lo sexual y a lo reproductivo y en el concepto ampliado de sexualidad, sumado al enfoque de género, diferencial y de ciclo de vida, para proponer las acciones de Estado que en esta materia se reconocen como promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, según se contempla en la Ley Estatutaria. También se demanda que los derechos sexuales y los derechos reproductivos se consideren de manera independiente, sin desconocer sus múltiples interrelaciones, tanto en la garantía como en el ejercicio y que sea posibilitada su realización en el modelo de los Determinantes Sociales de la Salud. (18)

5.2.4 Resolución 412 DE 2000 2000 (febrero 25). Establece las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida de obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública, a cargo de las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado. Igualmente se establecen los lineamientos para la programación, evaluación y seguimiento de las actividades establecidas en las normas técnicas que deben desarrollar estas entidades administradoras del Régimen Contributivo y Subsidiado, las cuales tienen la obligatoriedad de prestar todos los planes de beneficios a su población, incentivando las acciones de Promoción y Prevención.

- Sector salud. Guía de Menor Maltratado.
- Guía de Mujer Maltratada. (19)

5.2.5. Ley 599 De 2000. Código Penal

Título IV. Delitos contra la libertad, integridad y formación sexuales. Capítulo I:

(Art. 205). Acceso carnal violento. El que realice acceso carnal con otra persona mediante violencia, incurrirá en prisión de doce (12) a veinte (20) años. Acto sexual violento.

(Art. 206). Acto sexual violento. El que realice en otra persona acto sexual diverso al acceso carnal mediante violencia, incurrirá en prisión de ocho (8) a dieciséis (16) años. Acceso carnal o acto sexual en persona puesta en incapacidad de resistir.

(Art. 207). Acceso carnal o acto sexual en persona puesta en incapacidad de resistir. El que realice acceso carnal con persona a la cual haya puesto en incapacidad de resistir o en estado de inconsciencia, o en condiciones de inferioridad síquica que le impidan comprender la relación sexual o dar su

consentimiento, incurrirá en prisión de doce (12) a veinte (20) años. Si se ejecuta acto sexual diverso del acceso carnal, la pena será de ocho (8) a dieciséis (16) años.

Capítulo II. Actos Sexuales Abusivos

(Art. 208). Acceso carnal abusivo con menor de catorce años. El que acceda carnalmente a persona menor de catorce (14) años, incurrirá en prisión de doce (12) a veinte (20) años. Actos sexuales con menor de catorce años

(Art. 209). Actos sexuales con menor de catorce años. El que realizare actos sexuales diversos del acceso carnal con persona menor de catorce (14) años o en su presencia, o la induzca a prácticas sexuales, incurrirá en prisión de nueve (9) a trece (13) años. Acceso carnal o acto sexual abusivos con incapaz de resistir.

(Art. 210). Acceso carnal o acto sexual abusivo incapaz de resistir. El que acceda carnalmente a persona en estado de inconsciencia, o que padezca trastorno mental o que esté en incapacidad de resistir, incurrirá en prisión de doce (12) a veinte (20) años. Si no se realizare el acceso, sino actos sexuales diversos de él, la pena será de ocho (8) a dieciséis (16) años. Acoso sexual.

(Art 210 A). Acoso sexual. El que en beneficio suyo o de un tercero y valiéndose de su superioridad manifiesta o relaciones de autoridad o de poder, edad, sexo, posición laboral, social, familiar o económica, acose, persiga, hostigue o asedie física o verbalmente, con fines sexuales no consentidos, a otra persona, incurrirá en prisión de uno (1) a tres (3) años. Circunstancias de agravación punitiva.

Capítulo III. Disposiciones Comunes a Los Capítulos Anteriores

(Art 211). Circunstancias de agravación punitiva. Las penas para los delitos descritos en los artículos anteriores, se aumentarán de una tercera parte a la mitad, cuando: - La conducta se cometiere con el concurso de otra u otras personas. - El responsable tuviere cualquier carácter, posición o cargo que le dé particular autoridad sobre la víctima o la impulse a depositar en él su confianza. - Se produjere contaminación de enfermedad de transmisión sexual. - Se realizare sobre persona menor de catorce (14) años. - La conducta se realizare sobre pariente hasta cuarto grado de consanguinidad, cuarto de afinidad o primero civil, sobre cónyuge o compañera o compañero permanente, o contra cualquier persona que de manera permanente se hallare integrada a la unidad doméstica, o aprovechando la confianza depositada por la víctima en el autor o en alguno o algunos de los partícipes. Para los efectos previstos en este artículo, la afinidad será derivada de cualquier forma de matrimonio o de unión libre. - Se produjere embarazo. - Si se cometiere sobre personas en situación de vulnerabilidad en razón de su edad, etnia, discapacidad física, psíquica o sensorial, ocupación u oficio. - Si el hecho se

cometiere con la intención de generar control social, temor u obediencia en la comunidad. En la sentencia C-521 de 2009, la corte declara inexecutable el agravante de 14 años en los casos de acto sexual abusivo con menor de 14 años y acceso carnal abusivo con menor de 14 años, por el principio legal Non bis in Ídem, que se refiere a no acusar dos veces por el mismo delito a una persona • Proxenetismo Inducción a la prostitución.

(Art 212). Acceso carnal. Para los efectos de las conductas descritas en los capítulos anteriores, se entenderá por acceso carnal la penetración del miembro viril por vía anal, vaginal u oral, así como la penetración vaginal o anal de cualquier otra parte del cuerpo humano u otro objeto.

Capítulo IV De La Explotación Sexual

(Art 213). Inducción a la prostitución. El que con ánimo de lucrarse o para satisfacer los deseos de otro, induzca al comercio carnal o a la prostitución a otra persona, incurrirá en prisión de diez (10) a veintidós (22) años y multa de sesenta y seis (66) a setecientos cincuenta (750) salarios mínimos legales mensuales vigentes. Constreñimiento a la prostitución.

(Art 214). Constreñimiento a la prostitución. El que con ánimo de lucrarse o para satisfacer los deseos de otro, constriña a cualquier persona al comercio carnal o a la prostitución, incurrirá en prisión de nueve (9) a trece (13) años y multa de sesenta y seis (66) a setecientos cincuenta (750) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

(Art. 215). (188-A). Trata de personas. [Penas aumentadas por el artículo 14 de la Ley 890 de 2004] El que capte, traslade, acoja o reciba a una persona, dentro del territorio nacional o hacia el exterior, con fines de explotación, incurrirá en prisión de trece (13) a veintitrés (23) años y una multa de ochocientos (800) a mil quinientos (1.500) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

(Art. 216). Circunstancias de agravación punitiva. [Modificado por el artículo 10 de la ley 1236 de 2008] Las penas para los delitos descritos en los artículos anteriores, se aumentarán de una tercera parte a la mitad, cuando la conducta:

-Se realizare en persona menor de catorce (14) años.

-Se realizare con el fin de llevar la víctima al extranjero.

-[Modificado por el artículo 31 de la ley 1257 de 2008] Se realizare respecto de pariente hasta cuarto grado de consanguinidad, cuarto de afinidad o primero civil, sobre cónyuge o compañera o compañero permanente, o contra cualquier persona que de manera permanente se hallare integrada a la unidad doméstica, o aprovechando la confianza depositada por la víctima en el autor o en alguno o

algunos de los partícipes. Para los efectos previstos en este artículo, la afinidad será derivada de cualquier forma de matrimonio o de unión libre.

-[Modificado por el artículo 31 de la ley 1257 de 2008] Se cometiere sobre personas en situación de vulnerabilidad en razón de su edad, etnia, discapacidad física, psíquica o sensorial, ocupación u oficio.

(Art 217). Estímulo a la prostitución de menores. El que destine, arriende, mantenga, administre o financie casa o establecimiento para la práctica de actos sexuales en que participen menores de edad, incurrirá en prisión de diez (10) a catorce (14) años y multa de sesenta y seis (66) a setecientos cincuenta (750) salarios mínimos legales mensuales vigentes. La pena se aumentará de una tercera parte a la mitad cuando el responsable sea integrante de la familia de la víctima.
Pornografía con menores

(Art 218). Pornografía con personas menores de 18 años. El que fotografíe, filme, venda, compre, exhiba o de cualquier manera comercialice material pornográfico en el que participen menores de edad, incurrirá en prisión de diez (10) a catorce (14) años y multa de ciento treinta y tres (133) a mil quinientos (1.500) salarios mínimos legales mensuales vigentes. La pena se aumentará de una tercera parte a la mitad cuando el responsable sea integrante de la familia de la víctima. Para efectos de determinar los miembros o integrantes de la familia habrá de aplicarse lo dispuesto por el artículo 35 y siguientes del Código Civil relacionados con el parentesco y los diferentes grados de consanguinidad, afinidad y civil.
Omisión de denuncia.

(Art 219 B). Omisión de denuncia. El que, por razón de su oficio, cargo, o actividad, tuviere conocimiento de la utilización de menores para la realización de cualquiera de las conductas previstas en el presente capítulo y omitiere informar a las autoridades administrativas o judiciales competentes sobre tales hechos, teniendo el deber legal de hacerlo, incurrirá en multa de diez (10) a cincuenta (50) salarios mínimos legales mensuales vigentes. Si la conducta se realizare por servidor público, se impondrá, además, la pérdida del empleo. Delitos contra personas y bienes protegidos por el DIH Acceso carnal violento en persona protegida.

5.2.6. Ley 1146 de 2007. Establece normas para la prevención de la violencia sexual y atención integral de los niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente, así: "Atención Integral en Salud. En caso de abuso 54 Ley 1146 de 2007 sexual a niños, niñas y adolescentes, el Sistema General en Salud tanto público como privado, así como los hospitales y centros de salud de carácter público, están en la obligación de prestar atención médica de urgencia e integral en salud a través de profesionales y servicios especializados. La no definición del estado de aseguramiento de un niño, niña o adolescente víctima de abuso sexual

no será impedimento para su atención en salud, que en todo caso incluirá como mínimo lo siguiente:

- Los niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual, serán atendidos en las Instituciones Prestadoras de Salud tales como EPS, IPS, ARS previamente mencionadas, de manera inmediata y en cumplimiento del principio de prevalencia de sus derechos, clasificando y atendiendo estos casos como de urgencia médica; 2. Examen y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual adquiridas con ocasión del abuso; 3. Provisión de antirretrovirales en caso de violación y/o riesgo de VIH/Sida; 4. Durante la atención de la urgencia se realizará una evaluación física y psicológica del niño, niña o adolescente víctima del abuso, teniendo cuidado de preservar la integridad de las evidencias; 5. A que se recoja de manera oportuna y adecuada las evidencias, siguiendo las normas de la Cadena de Custodia; 6. Se dará aviso inmediato a la policía judicial y al ICBF; y, 7. Se practicarán de inmediato las pruebas forenses, patológicas y psicológicas necesarias para adelantar el proceso penal correspondiente.” (Art 9). (20)

5.2.7. Ley 1098 DE 2006. Código de infancia y adolescencia. Artículo 20. Derechos de Protección: Los niños, las niñas y los adolescentes serán protegidos contra: • La violación, la inducción, el estímulo y el constreñimiento a la prostitución; la explotación sexual, la pornografía y cualquier otra conducta que atente contra la libertad, integridad y formación sexuales de la persona menor de edad. • El secuestro, la venta, la trata de personas y el tráfico y cualquier otra forma contemporánea de esclavitud o de servidumbre. Las guerras y los conflictos armados internos. (21)

5.2.8. Ley 1329 De 2009. Por Medio De La Cual Se Modifica El Título IV De La Ley 599 De 2000 Y Se Dictan Otras Disposiciones Para Contrarrestar La Explotación Sexual Comercial De Niños, Niñas Y Adolescentes. Artículo 219. El que utilice o facilite el correo tradicional, las redes globales de información, telefonía o cualquier medio de comunicación para obtener, solicitar, ofrecer o facilitar contacto o actividad con fines sexuales con personas menores de 18 años de edad, incurrirá en pena de prisión de 10 a 14 años y multa de 67 a 750 salarios mínimos legales mensuales vigentes. Las penas señaladas en el inciso anterior se aumentarán hasta en la mitad cuando las conductas se realizaren con menores de catorce (14) años. (22)

5.2.9. Ley 1257 De 2008 (diciembre 04)"Por La Cual Se Dictan Normas De Sensibilización, Prevención Y Sanción De Formas De Violencia Y Discriminación Contra Las Mujeres, Se Reforman Los Códigos Penal, De Procedimiento Penal, La Ley 294 De 1996 Y Se Dictan Otras Disposiciones"

Ley que tiene por objeto la adopción de normas que permitan garantizar para todas las mujeres una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como en el privado,

el ejercicio de los derechos reconocidos en el ordenamiento jurídico interno e internacional, el acceso a los procedimientos administrativos y judiciales para su protección y atención, y la adopción de las políticas públicas necesarias para su realización. (23)

5.2.10. Ley 30 de 1992(Diciembre 28)."Por la cual se organiza el servicio público de la educación superior". El Congreso de Colombia, decreta: Capítulo III Del bienestar universitario Artículo 117. Las instituciones de educación superior deben adelantar programas de bienestar entendidos como el conjunto de actividades que se orientan al desarrollo físico, psicoactivo, espiritual y social de los estudiantes, docentes y personal administrativo.

5.2.11. Resolución 2003 de 2014.El área de promoción de la salud de la universidad de los llanos que hace parte de bienestar universitario es Clasificada como una entidad con objeto social diferente a la prestación de servicios de salud, que, por requerimientos propios de su actividad, brinda de manera exclusiva servicios de baja complejidad y consulta especializada, que no incluyen servicios de hospitalización ni quirúrgicos.

5.2.12. Acuerdo 025 DE 2002 .7 de octubre de 2002 “Por el cual se crea el Sistema de Bienestar Institucional de la Universidad de los Llanos”. Que la Ley 30 de 1992, artículo 117, establece que las Instituciones de Educación Superior deben adelantar programas de bienestar. Que la ley 100 de 1993 de seguridad social, la ley 181 de 1995 del deporte y la 375 de 1997 de la juventud, establecen como necesidad la existencia de políticas, planes y programas de bienestar al interior de las instituciones que procuren el desarrollo integral y la autorrealización de cada persona.

6. MARCO TEORICO

Estrategias de salud sexual y reproductiva en los adolescentes y jóvenes. El ministerio de salud y protección social a partir del año 2007 viene implementando a nivel nacional la adopción de la Estrategia De Servicios De Salud Amigables Para Adolescentes Y Jóvenes, con el fin de facilitar el acceso y la atención integral de la población joven, cumpliendo con el marco de los derechos de la salud, la salud sexual y la salud reproductiva.

Los Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes se plantean como “un modelo para adecuar las respuestas de los servicios de salud a las necesidades de adolescentes y jóvenes de Colombia”. Hacen referencia a la oferta de servicios de salud específicos para población adolescente y joven, y son presentados por el

Ministerio como estrategia central para la Prevención del Embarazo en Adolescentes, en cumplimiento de la Política Nacional de Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos y del Plan Decenal de Salud Pública, con el fin de reducir las barreras de acceso a servicios integrales de salud y salud sexual y reproductiva a este grupo poblacional.

La estrategia tiene un enfoque integral de equidad de género y ejercicio de derechos sexuales y reproductivos, y se enfoca en el fortalecimiento de la capacidad institucional y de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y la promoción de la participación activa de los y las jóvenes en el diseño de programas de salud y salud sexual, ajustados a sus características y necesidades.

El Modelo busca que las instituciones de salud se vuelvan “amigables” para los adolescentes y jóvenes, que se conviertan en espacios de información, orientación y atención de calidad, a través de estrategias novedosas y ajustadas a las realidades, vivencias y expectativas de esta población y por ello favorece la participación de los y las adolescentes y jóvenes y de la comunidad en la construcción de un servicio de salud a la medida de sus necesidades, a la vez que refuerza la capacidad técnica y humana de los prestadores de servicios.

Cuando adolescentes y jóvenes son reconocidos como sujetos de derechos, con capacidad para tomar decisiones, se sienten motivados y se convierten en valiosos aliados para los servicios de salud. Con su apoyo es posible planear mejor el servicio, ofrecerlo con estándares de calidad y evaluarlo de manera crítica y permanente. Además, contribuyen a la difusión de los servicios ofrecidos.

Entre 2007 y 2011 se han implementado 850 servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes de 10 a 29 años, en 695 municipios del país, con un 61% de cobertura, pasando de ser una estrategia focalizada en algunos municipios a ser un programa nacional con respaldo y reconocimiento internacional. (24)**Evaluación al paciente**

Para realizar una anamnesis completa teniendo en cuenta la integralidad del paciente se deberá tener en cuenta los siguientes aspectos: El paciente debe ser entrevistado solo, permitirle que se desahogue escuchando atentamente y sin acosar con preguntas, evitar emitir juicios de valor, brindar comprensión y calidez en el trato., tratar de no emitir conceptos sin un conocimiento adecuado. Posteriormente se debe elaborar una historia clínica y social clara, detallada, individual y familiar, se debe realizar una evaluación física completa, y confrontar los hallazgos con la información.

Atención en mujeres menores de 14 años

Si se presenta un caso de violencia sexual en caso de mujeres menores de edad debe ser la institución que reciba el caso quien remita a la menor a las instituciones

de protección y asegure que sea recibida y debidamente atendida .La intervención se va dirigir hacia brindar apoyo emocional para enfrentar la situación conflictiva, identificar la participación de maltratada y maltratante en el problema, crear mecanismos para superar las dificultades mediante estrategias como el diálogo, la concertación y la autovaloración.

Protocolo de atención en salud

Las Guías de Atención, Guías de Práctica Clínica y Protocolos de Atención son instrumentos para mejorar la calidad de la atención de las personas. Permite estandarizar los criterios para evaluarla, ya que con estos instrumentos se da mayor importancia a las intervenciones efectivas, basadas en pruebas científicas y se desalienta la utilización de otras intervenciones de efectividad dudosa.

La razón principal para la existencia de las Guías o Protocolos, es contar con términos de referencia o parámetros que permitan valorar la calidad de la atención que se ofrece. La práctica de atención a las personas es variable, tanto en la utilización de los recursos de salud como en los resultados obtenidos, atribuibles a las diferencias en la oferta de servicios y a la disparidad en la prestación de los mismos.

Las guías de atención y sus respectivos protocolos, permiten resolver este tipo de variabilidad, ya que definen la secuencia, duración y responsabilidad de cada equipo o proveedor, para la atención a las personas; esto optimiza las actividades del personal de los servicios, en el abordaje de los problemas situaciones de salud, con lo que se logra mejorar la utilización del tiempo, de los recursos y mejorar la calidad de la atención.

Objetivos de una guía de atención, guías de práctica clínica, protocolos.

- Homologar el proceso de atención a las personas, mejorando la eficiencia y la toma oportuna de decisiones basado en evidencia científica.
- Definir la responsabilidad de cada uno de los miembros del personal de salud, según nivel de atención.
- Fortalecer la toma de decisiones por parte de las y los usuarios, dándoles oportunidad para que participen en su proceso de atención.
- Promover el respeto a los derechos humanos de las y los usuarios en el proceso de atención.
- Fortalecer la equidad en el proceso de atención mediante la utilización de los recursos de manera eficaz y eficiente.

-Sistematizar y simplificar y el registro de información del proceso de atención que facilite la evaluación de la misma.

-Generar indicadores para la evaluación del proceso de atención con base en estándares objetivos.

-Fortalecer la práctica del personal de salud, como un respaldo, en la atención a las personas.

Consideraciones previas para realizar el protocolo

Es necesario tener en cuenta para la elaboración de cualquier documento de enfermería las siguientes fases:

Fase de preparación:

-Seleccionar el tema objeto de ser protocolizado

-Definir el tipo de documento (procedimiento, protocolo, plan de cuidados)
Establecer un grupo de trabajo

-Realizar cronograma y plan de trabajo

Fase de elaboración:

- Realizar búsqueda bibliográfica:

La revisión sistemática de literatura es definida como una técnica eficiente para la identificación y resumen de la evidencia de que las intervenciones son efectivas, así como de la generalización y consistencia de los hallazgos de esa evidencia. Se parte de la realización de un análisis de la literatura científica, a la cual se le da una calificación basada en la calidad metodológica intrínseca de los estudios. También se establece una estrategia de búsqueda y obtención de la literatura: palabras clave, bases de datos, años y otras fuentes.

- Lectura crítica y selección del material obtenido:

Características esperadas en el proceso de selección de material bibliográfico

- Sistematización de la búsqueda bibliográfica
- Pertinencia de las fuentes
- Amplitud de la búsqueda bibliográfica

Estas características se traducen en:

- Revisión de Guías provenientes de instancias, instituciones y organizaciones.

- Recolección selectiva de literatura en salud proveniente de bases de datos: es claro que para minimizar los sesgos y asegurar una adecuada cobertura de la información relevante, la estrategia de búsqueda comprende diferentes fuentes.
 - Síntesis de literatura o recomendación de aceptación de Guías base, que tiene como producto un documento preliminar de la Guía en cuestión. Se debe recalcar que la búsqueda y sistematización de la información es una etapa crucial que está ligada al grado de validez final del producto obtenido.
- c. Redacción del documento (25)

7. PLAN DE ACCIÓN

La puesta en marcha de las fases descritas a continuación permitirá la realización del protocolo de atención a víctimas de violencia sexual, adaptado a la institución, para el servicio de los jóvenes y adolescentes de la comunidad estudiantil de la universidad de los llanos.

7.1 FASES PARA ELABORACION DEL PROTOCOLO

7.1.1 Fase de preparación

<p>SELECCIÓN DEL TEMA PARA EL PROTOCOLO</p>	<p>Para dar cumplimiento al macroproyecto de proyección social propuesto por las docentes de la línea de profundización de salud sexual y reproductiva, sobre la implementación de la unidad de salud para adolescentes y jóvenes que conforman la comunidad estudiantil de la universidad de los llanos, y de acuerdo a la temática que esta línea requiere, el tema para protocolizar ha sido ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL.</p>	<p>Se empieza a trabajar en el protocolo de Atención integral a víctimas de Violencia sexual haciendo parte del macroproyecto implementación de la unidad de salud para adolescentes y jóvenes en la Universidad de los llanos.</p>
--	---	---

REALIZACION DEL CRONOGRAMA Y PLAN DE TRABAJO	Se llevaron a cabo las reuniones de trabajo donde se desarrollaron las actividades proyectadas en el plan de unidad del presente proyecto, las visitas, solicitudes y revisiones establecidas.	Se contó durante todo el desarrollo del trabajo con la asesoría de la enfermera Claudia pinzón, quien hizo revisiones de cada avance, solicitudes y dirigió otras actividades como socialización del protocolo a docentes, estudiantes y administrativos.
---	--	---

7.1.2 Fase de elaboración

		INDICADORES
REALIZACION DE BUSQUEDA BIBLIOGRAFICA	<p>Para la búsqueda de la información bibliográfica, se obtuvo de páginas web del ministerio de salud, normatividad y modelos en la realización de protocolos.</p> <p>Se visitó la I.P.S del popular de Villavicencio en busca de ruta de atención establecida para brindar el servicio a los usuarios. Se obtuvo tutoría por parte del Doctor Eduardo Vergara quien facilitó información en físico y audiovisual (servicios amigables en salud, ruta de atención a víctimas de violencia sexual). Anexo A</p>	El presente trabajo se realizó mediante una búsqueda consiente de información en fuentes académicas y científicas confiables actualizadas acorde a la normatividad vigente. Además, se realizó una visita al SAAJ donde se obtuvo asesoría y material informativo.
LECTURA CRITICA Y SELECCIÓN DEL MATERIAL OBTENIDO	Para la elaboración del protocolo de atención a víctimas de violencia sexual se utilizó el modelo de atención a víctimas de violencia sexual, resolución 459 de 2012, y el Modelo de servicios de salud amigables para adolescentes y	Anexo B

	<p>jóvenes establecido por el Ministerio de salud y de la protección social y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).</p> <p>De forma complementaria se utilizaron artículos internacionales previamente seleccionados que aportaron información. Resumen.</p>	
REDACCION DEL DOCUMENTO	<p>La realización del protocolo se llevó a cabo en el momento en que fue aprobado el anteproyecto, por el jurado de proyección social de la universidad de los llanos con los parámetros establecidos por la resolución No 021 de 2013, que establece las opciones de grado de la universidad de los llanos.</p>	Anexo D

7.1.3 Fase de revisión externa

		INDICADORES
REVISION DEL DOCUMENTO YA REALIZADO	<p>Una vez adaptado el protocolo se solicitó por medio escrito la revisión por parte del experto externo Medico Eduardo Vergara para conocer su concepto, sugerencias y aceptación del mismo. Como experto interno se contó con la revisión de la enfermera Adíela Gutiérrez.</p> <p>Una vez realizada la revisión de los protocolos por expertos se realizaron los ajustes</p>	Anexo E, F.

	sugeridos para presentar el documento final.	
<p>SOCIALIZACION DEL PROTOCOLO</p>	<p>Una vez corregido, supervisado y finalizado el protocolo de Atención integral a víctimas de violencia sexual, se sustentó por medio de una socialización ante los estudiantes de todos los programas de pregrado de la universidad de los llanos sede san Antonio (Urbana) y Barcelona (principal), docentes y entes administrativos, con el fin de dar a conocer el protocolo realizado y que se legalice utilice e implementen de forma legal con plena autoridad.</p> <p>Se hizo entrega de un boletín informativo acerca del protocolo.</p>	<p>Anexo H</p>

8. IMPACTO LOGRADO EN TÉRMINO DE OBJETIVOS, METAS E INDICADORES.

La estandarización de los procesos y procedimientos asistenciales plasmados en el documento protocolo de atención a víctimas de violencia sexual, generará la atención integral en casos de violencia sexual a la comunidad unillanista, evitando su revictimización, favoreciendo la detección oportuna de signos, síntomas y promoviendo acciones de prevención de factores de riesgo relacionados.

9. LIMITACIONES

- La disposición de tiempo por parte de la comunidad universitaria UNILLANOS, dado sus ocupaciones académicas y laborales, se convirtió en un obstáculo para el desarrollo de las socializaciones del protocolo de atención a víctimas de violencia sexual.
- La disponibilidad de tiempo del médico experto para la evaluación y aprobación del documento protocolo de atención a víctimas de violencia sexual.

10. CONCLUSIONES

El documento protocolo de atención a víctimas de violencia sexual, favorece el mejoramiento de la calidad y efectividad en la prestación del servicio que redundarán en una atención oportuna y efectiva mostrando calidad humana y garantía de derechos.

El contar con una ruta de atención integral, unas responsabilidades asignadas frente a la intervención de la violencia sexual agiliza los procesos, disminuyendo las consecuencias físicas y psicológicas de la víctima.

La adaptación e implementación de estos protocolos más que un requisito para el funcionamiento de la unidad amigable es una forma de hacer partícipes a los estudiantes Unillanistas en la creación de esa herramienta – guía para brindar y recibir el servicio sobre salud sexual y reproductiva.

11. RECOMENDACIONES

La universidad de los Llanos debe promover actividades académicas para brindar información a todos los estudiantes sobre salud sexual y reproductiva y sus derechos, así como fortalecer servicios de salud amigables que generen habilidades en la toma de decisiones libres autónomas, informadas y responsables sobre la vivencia de su sexualidad.

Motivar a la población universitaria a ser copartícipe de todo el proceso de implementación de la Unidad de Servicios Amigables, tomando en cuenta que es una estrategia que apoya la formación integral de los estudiantes unillanistas, establecido en el proyecto educativo institucional.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Consejo superior de la universidad de los llanos sistema de proyección social universidad de los llanos Acuerdo 021 de 2002. Villavicencio septiembre 9 de 2002. Consultado 23/02/16. Disponible en: http://documentacion.unillanos.edu.co/index.php/centro-de-Documentacion/doc_view/1187-acuerdo-021-de-2002.html.
- (2) Organización Panamericana de la Salud para la Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington D.C. 2002. Consultado 23/02/16. Disponible en : http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf
- (3) Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses Grupo Centro de Referencia. Forensis datos para la vida 2014.1 edición .Bogotá D.C. .Consultado 13/02/16 Disponible en: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/88730/1656998/Forensis+Interactivo+2014.24-JULpdf.pdf/9085ad79-d2a9-4c0d-a17b-f845ab96534b> .
- (4) Ministerio de Protección Social. Asociación Probienestar de la Familia Colombiana PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010. Febrero de 2011. Bogotá. Consultado el 04/03/16. Disponible en : <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/Base%20de%20datos%20ENDS%202010%20informe.pdf>
- (5) Secretaria Distrital De Salud de Bogotá. Protocolo para el abordaje integral de la violencia sexual desde el sector salud. Noviembre de 2008. Bogota D.C. .Consultado el 13/02/16 .Disponible en : <http://www.comunidad.org.bo/assets/archivos/herramienta/8a6536113070bf1e1f506fa1e2dba3f1.pdf>
- (6) Ministerio de la protección social. UNFPA. Modelo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual. Enero 26 de 2011. consultado el 2/03/16. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/MODELO%20DE%20ATENCI%C3%93N%20A%20V%C3%8DCTIMAS%20DE%20VIOLENCIA%20SEXUAL.pdf>
- (7) Ministerio de la protección social. UNFPA.: SERVICIOS AMIGABLES EN SALUD PARA ADOLESCENTES Y JOVENES. Diciembre 2007. Consultado 2/03/16. Disponible en: http://www.colombiaaprende.edu.co/html/docentes/1596/articles346052_recurso_14.pdf
- (8) Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses Grupo Centro de Referencia. Forensis datos para la vida 2014.1 edición .Bogotá D.C. .Consultado 13/02./16. Disponible en: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/88730/1656998/Forensis+Interactivo+2014.24-JULpdf.pdf/9085ad79-d2a9-4c0d-a17b-f845ab96534b>

- (9) Protocolos CHUA (En línea). Consultado 13/02/16 .Disponible en: http://www.chospab.es/enfermeria/protocolos/Protocolos_Definitivos/normas_para_PROTOCOLOS_CHUA.pdf
- (10) Profamilia. (En línea). República Dominicana. Definición de concepto de Servicios amigables y Unidad de servicios amigables en salud. Consultado 13/02/16. Disponible en: <http://www.profamilia.org.do/Default.aspx>
- (11) Ministerio de salud y protección social- UNFPA. (En línea). Colombia. servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes. 2008. Consultado el 03/03/16 .Disponible en : https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/servicios%20de%20salud%20amigables_ppt.pdf
- (12) Susana Pineda, Miriam A. Santiago. “El concepto de Adolescencia” citado: 03/03/16 /Nov/2015. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/prevemi/capitulo_i_el_concepto_de_adolescencia.pdf
- (13) Ministerio de la protección social. UNFPA. Modelo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual. Enero 26 de 2011.Consultado el 2/03/16. Disponible en : <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/MODELO%20DE%20ATENCI%C3%93N%20A%20V%C3%8DCTIMAS%20DE%20VIOLENCIA%20SEXUAL.pdf>
- (14) Organización mundial de la salud. salud mental un estado de bienestar. Diciembre 2013. Consultado el 5/03/16. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- (15) Grupocto. Manual CTO oposiciones de enfermería. Consultado el 5 /03/16 .disponible en: http://www.grupocto.es/tienda/pdf/EN_OPECAn_CapM.pdf
- (16) Organización de las naciones unidas. Declaración universal de los derechos humanos. 2009. Consultado el 5/03/16. <http://www.un.org/es/documents/udhr/>
- (17) Consejo superior de la judicatura. Constitución política 1991, actualizada hasta 2010. Bogotá D.C. consultado el 5/03/16 .Disponible en: <https://www.ramajudicial.gov.co/documents/10228/1547471/CONSTITUCION-Interiores.pdf/8b580886-d987-4668-a7a8-53f026f0f3a2>
- (18) Ministerio de Salud y protección de Social. Política nacional de sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos. Bogotá. septiembre de 2010.Cosultado el 6/03/16.Disponible en :<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/LIBRO%20POLITICA%20SEXUAL%20SEPT%202010.pdf>
- (19) Ministerio de salud .Resolución número 412 de 2000 Actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública .febrero 25 de 2000

- Consultado el 7/03/16. Disponible en :
<http://www.convergenciagnoa.org/images/Documentospdf/legislacion/Resolucion%20412.pdf>
- (20) Congreso de la República de Colombia. Ley 599 de 2000. Por la cual se expide el Código Penal. Julio 24 de 2000. Consultado el 7/03/16 Disponible en:
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=6388>
- (21) Congreso de la República de Colombia. Ley 1098 de 2006. Por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia. Bogotá D. C .Noviembre 8 de 2006. Consultado el 8/03/16 .Disponible en:
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=22106>
- (22) Congreso de la república de Colombia. Disposiciones para contrarrestar la explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes. Julio 17 de 2009. Consultado el 8/03/16 Disponible en :
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=36874>
- (23) Congreso de la República. Ley 1257 de 2008. Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los Códigos Penal, de Procedimiento Penal, la Ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones. Bogotá. Diciembre 4 de 2008. Consultado el 8/03/16 Disponible en:
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=34054>
- (24) Ministerio de la protección social. Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes. segunda edición ministerio de la protección social .Diciembre 2008 Bogotá D.C. Consultado el 8/03/16 .Disponible en :
<http://unfpa.org.co/wp-content/uploads/2013/09/modelosamigables2.pdf>
- (25) López A. Garita C. Clark I. Angulo J. Alvarado M.D.L.A. Muñoz P.Moya R. Álvarez R. García V. Obando. Dirección de desarrollo de servicios de salud, área de atención integral a las personas. metodología para la elaboración de guías de atención y protocolos. San José; Costa Rica. 2007. Consultado 8/03/16. Disponible en:
<http://www.binasss.sa.cr/libros/metodologia07.pdf>

ANEXOS

Anexo A. BÚSQUEDA, REVISIÓN Y SELECCIÓN BIBLIOGRÁFICA.

BASES DE DATOS FUENTES BIBLIOGRAFICAS NACIONALES	ENCONTRADAS	SELECCIONADAS	UTILIZADAS
Protocolo de atención a víctimas de violencia sexual	45	3	1
Artículos	29	15	2

BASES DE DATOS FUENTES BIBLIOGRAFICAS INTERNACIONALES	ENCONTRADAS	SELECCIONADAS	UTILIZADAS
Protocolo de atención a víctimas de violencia sexual	56	15	2
Artículos	17	1	1

Anexo B. RESUMEN – ARTICULOS UTILIZADOS EN LA ELABORACION DEL PROYECTO

Vallejo A. Córdoba. “Abuso sexual: tratamientos y atención”. En Latinoamérica se han realizado varios análisis respecto a la atención brindada a las personas víctimas de abuso sexual, en ellos se ha podido evidenciar que muchas veces la atención solo se brinda a unos pocos y son los propios servicios de salud quienes ponen barreras pues realizan preguntas innecesarias de forma inadecuada, desconocen los derechos de las víctimas, hace falta sensibilización en cuanto a este aspecto. Por ejemplo, en países como Chile, Brasil incluido Colombia se evidencia que hay muy pocas o son nulas instituciones que se encarguen de proteger los derechos y guiar a las personas para que se lleve a cabo una protección adecuada como en el caso de presentarse ITS, o embarazos no deseado. Otro asunto que cabe mencionar y es bastante preocupante es que aunque los derechos de la víctimas son conocidos por el personal de salud, algunos no han logrado despojarse de moralismos y creencias religiosas que van en contra del aborto y en varias ocasiones lanzan juicios de valor y discriminan los pacientes, como mal indicador se menciona que no hay seguimiento de los casos pues como es el caso de Brasil un 41 % no termino su esquema antirretroviral en tratamiento VIH SIDA de igual manera sucede con el seguimiento de otras ITS como sífilis. Este artículo nos aporta temas interesantes que nos pueden ayudar por ejemplo en el aspecto salud mental que muchas veces se ve como algo aislado y sin embargo la mayoría de pacientes después de ser abusados presentan problemas como ansiedad, depresión que deben ser tratadas con terapia psicológica y en algunos casos más graves con fármacos entonces es importante la sensibilización y un manejo interdisciplinar por parte de médicos enfermeros, psicólogos, en una búsqueda de que el tratamiento sea integral procurando que la víctima tenga las menores secuelas posibles reconociendo siempre los derechos.

Dallos M. Pinzón A. Barrera C. “Impacto de la violencia sexual en la salud mental de las víctimas en Bucaramanga Colombia”. Se presenta un estudio descriptivo donde se evalúa la presentación de trastornos mentales en víctimas de violencia sexual donde se corrobora lo que dice la literatura nacional e internacional que menciona el estrés postraumático como principal secuela dentro de otras múltiples patologías, algunos pacientes manifestaron sentir además sentimientos de odio, asco, culpa, desconfianza y se evidencia que las víctimas presentan un riesgo alto de consumir SPA como una opción “fácil” para alejarse de una realidad difícil de enfrentar, se presentan cambios en el régimen alimenticio con patologías como bulimia nerviosa, se menciona que abuso sexual con penetración y a repetición agrava el estado de salud del paciente. En el estudio de la muestra de

55 personas, 45 fueron mujeres y de todos un 87% son menores de edad, el 90% provenientes de zonas urbanas la mayoría de personas refiere a un único agresor en repetidas ocasiones siendo alguien cercano el que comete el abuso, en estos hogares se presentan factores de riesgo como violencia intrafamiliar, abuso de SPAS, alcohol y malas relaciones interpersonales entre miembros de la familia. De este estudio es importante como ya se había mencionado tener en cuenta el aspecto salud mental que debe ser tratado con oportuna y eficazmente para evitar que se vuelvan a presentar más casos pues pueden ser las víctimas en un futuro los posibles victimarios reflejando sentimientos de rencor hacia los demás y este en un factor de riesgo principal y podemos corroborar que en este como en otros estudios revisados, los patrones de comportamiento se repiten, la violencia sexual es un problema de salud pública donde enfermería debemos adquirir conocimiento y mayor sensibilidad para brindar un cuidado humanizado.(29)

Dos Reis M. Baena M. Higa R. “Atención de enfermería a mujeres que sufren violencia sexual”. Este es un estudio retrospectivo y descriptivo aplicado a mujeres víctimas de violencia sexual en el hospital de Unicam de Brasil, donde el objetivo fue evaluar si el servicio prestado por parte de enfermería era adecuado y aplica los protocolos establecidos sin dejar de lado el cuidado humanizado. En Brasil la violencia sexual es un problema de salud pública el cual hace necesaria intervención intersectorial para prevenir mitigar y tratar esta problemática que se presenta más en las mujeres que en hombres. En el estudio se recalca la importancia que tiene que las universidades incluyan en su pensum materias donde se pueda conocer mejor como abordar estos casos de manera asertiva pues por el momento apenas hay escuelas de formación médica que están incluyendo esta temática.

En cuanto al estudio que hizo analizando el tiempo de atención, la aplicación de diagnósticos de enfermería, la aplicación de protocolos y el instrumento los resultados fueron bastante positivos en cuanto a todos los ítems valorados. Las pacientes manifestaron en un cuestionario previamente avalado por expertos que la atención era humanizada que ellas volvían a continuar el tratamiento porque sentían que les estaba ayudando a mejorar su salud, se evidenció que el tiempo de atención estaba acorde y que aunque en la noche el tiempo era mayor teniendo en cuenta que el personal es menor en ese turno, se tuvo también resultados positivos en cuanto a la aplicación de protocolos y realización de diagnósticos de enfermería entre ellos ansiedad y riesgo de infección, se evidencia que las intervenciones que realiza enfermera son coherentes y oportunas acorde a cada paciente, siendo enfermería el primer contacto con la paciente sea hace vital en este tipo de atención el conocimiento. En el caso de este hospital se han realizado capacitaciones al personal de enfermería acerca de lo anteriormente mencionado buscando que como en muchos casos el acudir al centro de salud por parte de las pacientes no represente sufrir otro tipo de agresión ni sean respetados sus derechos.

Este estudio es de gran aporte al trabajo que se va a realizar pues nosotros como futuros profesionales vamos a tener la oportunidad de conocer cómo se debe brindar un cuidado adecuado a un paciente que esté pasando por esta situación que sin duda para muchos es de desconocimiento u otras veces no sabemos cómo abordar pues acarrea muchas consecuencias a nivel físico y mental, que debemos atender oportunamente aplicando los diagnósticos de enfermería con acciones reales y que puedan ayudar de manera positiva al estado de salud del paciente.

Anexo C. CARTA DE APROBACION DEL PROYECTO DIRIGIDO POR EL CENTRO DE PROYECCION SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS.



UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS
Facultad Ciencias de la Salud
Centro de Proyección Social

43520.-067

Villavicencio, 26 de mayo de 2016

MEMORANDO

PARA: LEIDY MICHEL POTOSI CHAMORRO
Estudiantes Programa de Enfermería.

DE: COMITÉ DEL CENTRO DE PROYECCIÓN SOCIAL

ASUNTO: REVISIÓN Y APROBACION DE PROYECTO EPPS.

Me permito informar que el comité del Centro de Proyección Social de la Facultad de Ciencias de la Salud en sesión Ordinaria N° 06 del día 26 de mayo de 2016, revisó el proyecto EPPS titulado "IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO DE ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL, UNIDAD AMIGABLE PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS SEDE SAN ANTONIO Y BARCELONA" bajo la dirección de la docente CLAUDIA MARÍA PINZÓN GUTIÉRREZ.

El comité de Proyección Social determina aprobar la ejecución del proyecto con ajustes teniendo en cuenta las normas de opciones de grado vigentes.

Cordialmente,

MARIA CRISTINA RAMIREZ DUARTE
Directora Centro de Proyección Social

Copia: Directora proyecto

Revisó: María Cristina Ramírez Duarte
Elaboró: Desde leal

Universidad de los Llanos- Sede San Antonio
Calle 37 No 41- 02 Barzal Alto, Villavicencio
Comandante 198616900 Ext. 104
Email: Proyecciones@unillanos.edu.co

Anexo D. PROTOCOLO DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL – ADAPTADO (DOCUMENTO ELABORADO)

PROTOCOLO DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL –ADAPTADO (DOCUMENTO ELABORADO)



PROTOCOLO

ATENCION INTEGRAL EN SALUD A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA
VILLAVICENCIO – META

2016

REALIZADO POR:

LEIDY MICHELL POTOSI CHAMORRO

Estudiante del programa de enfermería

Universidad de los llanos

Facultad ciencias de la salud

Estudiante participante de proyección social

CLAUDIA PINZON GUTIERREZ

Enfermera. Especialista Gerencia Servicios de Salud

Maestrante Salud Sexual y Reproductiva

1. INTRODUCCION

La violencia sexual en Colombia, es uno de los tipos más frecuentes de violencia. Ésta ocasiona efectos físicos, psicológicos y sociales en cada individuo, familia y comunidad que lo vivencia de maneras diferentes.

Por tal razón, la atención integral en salud a víctimas de violencia sexual requiere que el equipo de salud posea conocimientos, preparación, disposición y calidad humana, que dé respuesta a las necesidades especiales de quienes han vivido la violencia y lograr así reducir la revictimización producto de los procesos de atención e intervención, además permite un impacto positivo en la recuperación y calidad de vida posterior al evento de la víctima.

El protocolo propuesto en este documento permitirá a los profesionales y estudiantes que brinden atención en el SSAAJ de la Universidad de los Llanos, tener los elementos conceptuales, técnicos y normativos que respalden y unifiquen la atención de las violencias sexuales, los elementos para la prevención, detección, atención (física y en salud mental), activación de procesos intersectoriales, protección y recuperación, de los casos que se presenten.

ALCANCE

El Protocolo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual contiene los procesos y los procedimientos contemplados en la normatividad vigente y los actores del SGSSS. El protocolo ha sido adaptado para ser utilizado por profesionales de la salud.

POBLACIÓN

La población beneficiaria del presente Protocolo son los adolescentes y jóvenes víctimas de diferentes formas de violencia sexual que acudan al SAAJ de la Universidad de los Llanos.

GLOSARIO BÁSICO SOBRE VIOLENCIA SEXUAL

Violencia sexual. Toda acción u omisión, voluntaria o involuntaria, protagonizada por un hombre o una mujer, contra otro hombre o mujer, que, causando daño físico o emocional, vulnera los derechos sexuales de la otra persona, le impide o limita la satisfacción de sus necesidades sexuales e inhibe el pleno desarrollo de su sexualidad.

Violación o acceso carnal violento. La penetración del miembro viril por vía oral, vaginal o anal, así como la penetración vaginal o anal de cualquier otra parte del cuerpo humano u otro objeto con fines sexuales.

Abuso sexual. Todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios, insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos en hogar, y el lugar de trabajo.

Explotación sexual comercial. Se define como la utilización de una persona en actividades sexuales a cambio de remuneración o cualquier otra forma de retribución.

Turismo sexual. Es la utilización de un individuo en actividades sexuales por personas que viajan de su país o ciudad de origen a otro u otra. Se da en el contexto del turismo, por lo tanto, predomina en los lugares cuya economía depende de este sector.

Trata con fines sexuales. Se entiende por trata de personas, la “captación, el transporte, el traslado, la acogida o la recepción de personas, recurriendo a la amenaza o el uso de la fuerza u otras formas de coacción, al rapto, al fraude, al engaño, al abuso de poder o de una situación de vulnerabilidad o a la concesión o recepción de pagos o beneficios para obtener el consentimiento de una persona que tenga autoridad sobre otra con fines de explotación. (28)

Crisis: Una crisis es la reacción conductual, emocional, cognitiva y biológica de una persona ante un evento precipitante, que se constituye en un estado temporal de trastorno, desorganización y de necesidad de ayuda, caracterizado principalmente por la disrupción

en la homeostasis psicológica del individuo y que aparece cuando una persona enfrenta un obstáculo a sus objetivos o expectativas vitales.

La intervención en crisis. Consiste en “un tratamiento intensivo que requiere la habilidad para la creación de un clima óptimo de comunicación que facilite: (a) la libertad de expresión por parte de la persona en crisis, (b) la aceptación de la persona y de su situación, (c) la expresión de la capacidad para escuchar de manera empática, (d) la búsqueda de soluciones realistas, y (e) la expresión natural de afecto y cercanía. Se trata de propiciar una situación de seguridad psicológica que permita la exploración de los eventos críticos en un contexto de realidad.

Primeros auxilios psicológicos. Proceso de intervención de primera instancia, inmediato y de corta duración dirigido a cualquier persona impactada por un incidente crítico o evento peligroso, que consiste en brindar ayuda para restablecer la estabilidad emocional y desarrollar estrategias de afrontamiento sanas y asertivas que posibiliten la búsqueda de soluciones a los problemas que se experimentan. Su duración es de una sesión de minutos a horas y su objetivo principal es el de proporcionar apoyo, facilitar la expresión de sentimientos y emociones, y escuchar y comprender a la persona afectada para reducir el riesgo o peligro, morbilidad y mortalidad ya que ante un suceso estresor la persona puede generar situaciones violentas con agresiones hacia otros o a sí mismo.

Incidente crítico: Acontecimiento estresante, interno o externo al mundo personal, que ocurre en el curso de la vida y que inicia una serie de reacciones ya sean predecibles o bien inesperados y accidentales.

Estado vulnerable: Tipo de reacción subjetiva ante el evento peligroso. La persona responde según sea su percepción del evento.

Estado de crisis activo: La persona se encuentra en estado de desorganización, invadida de tensión emocional, su proceso homeostático se desequilibró. La duración será de 1 a 4 horas; puede experimentar “visión en túnel”; exceso de actividad sin objetivo o inmovilización; alteraciones cognoscitivas, acompañado por preocupaciones o ideas distorsionadas por los eventos como la percepción de ser incapaz de superar los obstáculos problemas o eventos que experimenta. Posteriormente se llega a un periodo de reajuste gradual y resignificación, reforzando mecanismos de afrontamiento y adaptación.

Los objetivos de los primeros auxilios psicológicos y de la terapia de crisis están centrados en:

- Alivio en lo inmediato de los síntomas de reacción.
- Reducir el peligro de respuestas violentas y para potenciar la motivación del paciente a hallar un nuevo planteamiento para afrontar las circunstancias del suceso.
- Restauración de un nivel de funcionamiento CASIC mínimo: (Cognitivo, Afectivo y Somático, Interpersonal y Conductual).
- Comprensión de los eventos precipitantes relevantes que condujeron al desequilibrio.

- Identificación de los recursos de ayuda y rescate que se pueden utilizar: Personales, familia, profesionales, comunidad, etcétera.
- Iniciar nuevas formas de Percibir, Pensar y Sentir lo hasta ahora sucedido.
- Desarrollar habilidades de afrontamiento efectivo, autoestima, asertividad y solución de conflictos

Urgencia. es la aparición fortuita de un problema de etiología diversa y de gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto o de sus allegados (OMS). Podemos definirla también como toda aquella patología cuya evolución es lenta y no necesariamente mortal, pero que obligatoriamente su atención no debe retrasarse más de seis horas.

Al presentarse un caso de violencia sexual se va a tener en cuenta que siempre debe tratarse como una urgencia dado que es un acto que va a alterar; la integridad física, funcional, y /o psíquica comprometiendo la vida o funcionalidad de la persona víctima.

La consulta por violencia sexual será una oportunidad para enviar mensajes terapéuticos al paciente, que le permitan expresarse e incentivar la búsqueda o aceptación de la ayuda terapéutica en caso de ser requerida, este abordaje se realiza mediante preguntas directas que se incorporan en la historia clínica evitando el enjuiciamiento en un lugar privado y ambiente que genere confianza.

DERECHOS DE LA VICTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL

Ley 360 de 1997:

- a) Ser tratadas con dignidad, privacidad y respeto durante cualquier entrevista o actuación con fines médicos, legales o de asistencia social.
- b) Ser informadas acerca de los procedimientos legales que se derivan del hecho punible) Ser informadas de los servicios disponibles para atender las necesidades que le haya generado el delito.
- d) Tener acceso a un servicio de orientación y consejería gratuito para ella y su familia atendido por personal calificado.
- e) Tener acceso gratuito a los siguientes servicios: 1. Examen y tratamiento para la prevención de infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/sida. 2. Examen y tratamiento para trauma físico y emocional. 3. Recopilación de evidencia médica legal. 4. Ser informado sobre la posibilidad de acceder a la indemnización de los perjuicios ocasionados con el delito.

Ley 1257 de 2008): establece los derechos a los que tiene la víctima de violencia basadas en el género, los cuales además son de obligatorio cumplimiento para los prestadores de servicios de salud. Estos son:

Recibir atención integral a través de servicios con cobertura suficiente, accesibles y de calidad.

Recibir orientación, asesoría jurídica y asistencia técnica legal con carácter gratuito, inmediato y especializado desde el momento en que el hecho constitutivo de violencia se ponga en conocimiento de la autoridad.

Recibir información clara, completa, veraz y oportuna en relación con sus derechos y con los mecanismos y procedimientos.

Dar su consentimiento informado para los exámenes médico-legales en los casos de violencia sexual y escoger el sexo del facultativo para la práctica de los mismos, dentro de las posibilidades ofrecidas por el servicio.

Recibir información clara, completa, veraz y oportuna en relación con la salud sexual y reproductiva. Ser tratada con reserva de identidad al recibir la asistencia médica, legal o asistencia social respecto de sus datos personales, los de sus descendientes o de los de cualquier otra persona que esté bajo su guarda o custodia.

Recibir asistencia médica, psicológica, psiquiátrica y forense especializada e integral en los términos y condiciones establecidos en el ordenamiento jurídico para ellas y sus hijos.

Acceder a los mecanismos de protección y atención para ellas y sus hijos.

La verdad, la justicia, la reparación y garantías de no repetición frente a los hechos constitutivos de violencia.

La estabilización de su situación conforme a los términos previstos en la ley.

A decidir voluntariamente si puede ser confrontada con el agresor en cualquiera de los espacios de atención y en los procedimientos administrativos, judiciales o de otro tipo. (15)

MARCO LEGAL

Declaración Universal De Los Derechos Humanos De La ONU (1948)

Artículo 2. “Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en ésta declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión...”

Artículo 7. “Todos son iguales ante la ley y tienen sin distinción, derecho a igual protección de la ley...”. (16)

Constitución política de Colombia (1991)

Artículo 5º. El Estado reconoce, sin discriminación alguna, la primacía de los derechos inalienables de la persona y ampara a la familia como institución básica de la sociedad.

Artículo 13º. Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica. El Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas a favor de grupos discriminados o marginados. El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que, por su

condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan.

Artículo 43°. La mujer y el hombre tienen iguales derechos y oportunidades. La mujer no podrá ser sometida a ninguna clase de discriminación. Durante el embarazo y después del parto gozará de especial asistencia y protección del Estado, y recibirá de éste subsidio alimentario si entonces estuviere desempleada o desamparada. (17)

Política Nacional De Sexualidad, Derechos Sexuales Y Derechos Reproductivos (PNSDSDR) 2014 -2021

La PNSDSDR 2014-2021 se fundamenta en el enfoque de derechos, aplicados a lo sexual y a lo reproductivo y en el concepto ampliado de sexualidad, sumado al enfoque de género, diferencial y de ciclo de vida, para proponer las acciones de Estado que en esta materia se reconocen como promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, según se contempla en la Ley Estatutaria. También se demanda que los derechos sexuales y los derechos reproductivos se consideren de manera independiente, sin desconocer sus múltiples interrelaciones, tanto en la garantía como en el ejercicio y que sea posibilitada su realización en el modelo de los Determinantes Sociales de la Salud. (18)

Resolución 412 DE 2000 2000 (febrero 25). Establece las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida de obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública, a cargo de las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado. Igualmente se establecen los lineamientos para la programación, evaluación y seguimiento de las actividades establecidas en las normas técnicas que deben desarrollar estas entidades administradoras del Régimen Contributivo y Subsidiado, las cuales tienen la obligatoriedad de prestar todos los planes de beneficios a su población, incentivando las acciones de Promoción y Prevención.

- **Sector salud. Guía de Menor Maltratado.**
- **Guía de Mujer Maltratada. (19)**

Resolución 459 de marzo 6 de 2012. Por la cual se adopta el protocolo y modelo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual. Protocolo de Atención Integral en salud para Víctimas de Violencia Sexual del Ministerio de Salud y Protección Social.

Ley 599 De 2000. Código Penal

Título IV. Delitos contra la libertad, integridad y formación sexuales. Capítulo I:

(Art. 205). Acceso carnal violento. El que realice acceso carnal con otra persona mediante violencia, incurrirá en prisión de doce (12) a veinte (20) años. Acto sexual violento.

(Art. 206). Acto sexual violento. El que realice en otra persona acto sexual diverso al acceso carnal mediante violencia, incurrirá en prisión de ocho (8) a dieciséis (16) años. Acceso carnal o acto sexual en persona puesta en incapacidad de resistir.

(Art. 207). Acceso carnal o acto sexual en persona puesta en incapacidad de resistir. El que realice acceso carnal con persona a la cual haya puesto en incapacidad de resistir o en estado de inconsciencia, o en condiciones de inferioridad síquica que le impidan comprender la relación sexual o dar su consentimiento, incurrirá en prisión de doce (12) a veinte (20) años. Si se ejecuta acto sexual diverso del acceso carnal, la pena será de ocho (8) a dieciséis (16) años.

Capítulo II. Actos Sexuales Abusivos

(Art. 208). Acceso carnal abusivo con menor de catorce años. El que acceda carnalmente a persona menor de catorce (14) años, incurrirá en prisión de doce (12) a veinte (20) años.
Actos sexuales con menor de catorce años

(Art. 209). Actos sexuales con menor de catorce años. El que realizare actos sexuales diversos del acceso carnal con persona menor de catorce (14) años o en su presencia, o la induzca a prácticas sexuales, incurrirá en prisión de nueve (9) a trece (13) años. Acceso carnal o acto sexual abusivos con incapaz de resistir.

(Art. 210). Acceso carnal o acto sexual abusivo incapaz de resistir. El que acceda carnalmente a persona en estado de inconsciencia, o que padezca trastorno mental o que esté en incapacidad de resistir, incurrirá en prisión de doce (12) a veinte (20) años. Si no se realizare el acceso, sino actos sexuales diversos de él, la pena será de ocho (8) a dieciséis (16) años. Acoso sexual.

(Art 210 A). Acoso sexual. El que en beneficio suyo o de un tercero y valiéndose de su superioridad manifiesta o relaciones de autoridad o de poder, edad, sexo, posición laboral, social, familiar o económica, acose, persiga, hostigue o asedie física o verbalmente, con fines sexuales no consentidos, a otra persona, incurrirá en prisión de uno (1) a tres (3) años. Circunstancias de agravación punitiva.

Capítulo III. Disposiciones Comunes a Los Capítulos Anteriores

(Art 211). Circunstancias de agravación punitiva. Las penas para los delitos descritos en los artículos anteriores, se aumentarán de una tercera parte a la mitad, cuando: - La conducta se cometiere con el concurso de otra u otras personas. - El responsable tuviere cualquier carácter, posición o cargo que le dé particular autoridad sobre la víctima o la impulse a depositar en él su confianza. - Se produjere contaminación de enfermedad de transmisión sexual. - Se realizare sobre persona menor de catorce (14) años. - La conducta se realizare sobre pariente hasta cuarto grado de consanguinidad, cuarto de afinidad o primero civil, sobre cónyuge o compañera o compañero permanente, o contra cualquier persona que de manera permanente se hallare integrada a la unidad doméstica, o aprovechando la confianza depositada por la víctima en el autor o en alguno o algunos de los partícipes. Para los efectos previstos en este artículo, la afinidad será derivada de cualquier forma de matrimonio o de unión libre. - Se produjere embarazo. - Si se cometiere sobre personas en situación de vulnerabilidad en razón de su edad, etnia, discapacidad física, psíquica o sensorial, ocupación u oficio. - Si el hecho se cometiere con la intención de generar control

social, temor u obediencia en la comunidad. En la sentencia C-521 de 2009, la corte declara inexecutable el agravante de 14 años en los casos de acto sexual abusivo con menor de 14 años y acceso carnal abusivo con menor de 14 años, por el principio legal Non bis in Ídem, que se refiere a no acusar dos veces por el mismo delito a una persona • Proxenetismo Inducción a la prostitución.

(Art 212). Acceso carnal. Para los efectos de las conductas descritas en los capítulos anteriores, se entenderá por acceso carnal la penetración del miembro viril por vía anal, vaginal u oral, así como la penetración vaginal o anal de cualquier otra parte del cuerpo humano u otro objeto.

Capítulo IV De La Explotación Sexual

(Art 213). Inducción a la prostitución. El que con ánimo de lucrarse o para satisfacer los deseos de otro, induzca al comercio carnal o a la prostitución a otra persona, incurrirá en prisión de diez (10) a veintidós (22) años y multa de sesenta y seis (66) a setecientos cincuenta (750) salarios mínimos legales mensuales vigentes. Constreñimiento a la prostitución

(Art 214). Constreñimiento a la prostitución. El que con ánimo de lucrarse o para satisfacer los deseos de otro, constriña a cualquier persona al comercio carnal o a la prostitución, incurrirá en prisión de nueve (9) a trece (13) años y multa de sesenta y seis (66) a setecientos cincuenta (750) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

(Art. 215). (188-A). Trata de personas. [Penas aumentadas por el artículo 14 de la Ley 890 de 2004 El que capte, traslade, acoja o reciba a una persona, dentro del territorio nacional o hacia el exterior, con fines de explotación, incurrirá en prisión de trece (13) a veintitrés (23) años y una multa de ochocientos (800) a mil quinientos (1.500) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

(Art. 216). Circunstancias de agravación punitiva. [Modificado por el artículo 10 de la ley 1236 de 2008] Las penas para los delitos descritos en los artículos anteriores, se aumentarán de una tercera parte a la mitad, cuando la conducta:

1. Se realizare en persona menor de catorce (14) años.
2. Se realizare con el fin de llevar la víctima al extranjero.
3. [Modificado por el artículo 31 de la ley 1257 de 2008] Se realizare respecto de pariente hasta cuarto grado de consanguinidad, cuarto de afinidad o primero civil, sobre cónyuge o compañera o compañero permanente, o contra cualquier persona que de manera permanente se hallare integrada a la unidad doméstica, o aprovechando la confianza depositada por la víctima en el autor o en alguno o algunos de los partícipes. Para los efectos previstos en este artículo, la afinidad será derivada de cualquier forma de matrimonio o de unión libre.
4. Modificado por el artículo 31 de la ley 1257 de 2008] Se cometiere sobre personas en situación de vulnerabilidad en razón de su edad, etnia, discapacidad física, psíquica o sensorial, ocupación u oficio.

(Art 217). Estímulo a la prostitución de menores. El que destine, arriende, mantenga, administre o financie casa o establecimiento para la práctica de actos sexuales en que participen menores de edad, incurrirá en prisión de diez (10) a catorce (14) años y multa de sesenta y seis (66) a setecientos cincuenta (750) salarios mínimos legales mensuales vigentes. La pena se aumentará de una tercera parte a la mitad cuando el responsable sea integrante de la familia de la víctima. Pornografía con menores

(Art 218). Pornografía con personas menores de 18 años. El que fotografíe, filme, venda, compre, exhiba o de cualquier manera comercialice material pornográfico en el que participen menores de edad, incurrirá en prisión de diez (10) a catorce (14) años y multa de ciento treinta y tres (133) a mil quinientos (1.500) salarios mínimos legales mensuales vigentes. La pena se aumentará de una tercera parte a la mitad cuando el responsable sea integrante de la familia de la víctima. Para efectos de determinar los miembros o integrantes de la familia habrá de aplicarse lo dispuesto por el artículo 35 y siguientes del Código Civil relacionados con el parentesco y los diferentes grados de consanguinidad, afinidad y civil. Omisión de denuncia.

(Art 219 B). Omisión de denuncia. El que, por razón de su oficio, cargo, o actividad, tuviere conocimiento de la utilización de menores para la realización de cualquiera de las conductas previstas en el presente capítulo y omitiere informar a las autoridades administrativas o judiciales competentes sobre tales hechos, teniendo el deber legal de hacerlo, incurrirá en multa de diez (10) a cincuenta (50) salarios mínimos legales mensuales vigentes. Si la conducta se realizare por servidor público, se impondrá, además, la pérdida del empleo. Delitos contra personas y bienes protegidos por el DIH Acceso carnal violento en persona protegida.

Ley 1146 de 2007. Establece normas para la prevención de la violencia sexual y atención integral de los niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente, así: “Atención Integral en Salud. En caso de abuso 54 Ley 1146 de 2007 sexual a niños, niñas y adolescentes, el Sistema General en Salud tanto público como privado, así como los hospitales y centros de salud de carácter público, están en la obligación de prestar atención médica de urgencia e integral en salud a través de profesionales y servicios especializados. La no definición del estado de aseguramiento de un niño, niña o adolescente víctima de abuso sexual no será impedimento para su atención en salud, que en todo caso incluirá como mínimo lo siguiente:

1. Los niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual, serán atendidos en las Instituciones Prestadoras de Salud tales como EPS, IPS, ARS previamente mencionadas, de manera inmediata y en cumplimiento del principio de prevalencia de sus derechos, clasificando y atendiendo estos casos como de urgencia médica;
2. Examen y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual adquiridas con ocasión del abuso;
3. Provisión de antirretrovirales en caso de violación y/o riesgo de VIH/Sida;
4. Durante la atención de la urgencia se realizará una evaluación física y psicológica del niño, niña o adolescente víctima del abuso, teniendo cuidado de preservar la integridad de las evidencias;
5. A que se recoja de manera oportuna y adecuada las evidencias, siguiendo las normas de la Cadena de Custodia;
6. Se dará aviso inmediato a la policía judicial y al ICBF; y,
7. Se practicarán de inmediato las pruebas forenses, patológicas y psicológicas necesarias para adelantar el proceso penal correspondiente.” (Art 9). (20)

Ley 1098 DE 2006. Código de infancia y adolescencia. Artículo 20. Derechos de Protección: Los niños, las niñas y los adolescentes serán protegidos contra: • La violación, la inducción, el estímulo y el constreñimiento a la prostitución; la explotación sexual, la pornografía y cualquier otra conducta que atente contra la libertad, integridad y formación sexuales de la persona menor de edad. • El secuestro, la venta, la trata de personas y el tráfico y cualquier otra forma contemporánea de esclavitud o de servidumbre. Las guerras y los conflictos armados internos. (21)

Ley 1329 De 2009. Por Medio De La Cual Se Modifica El Título IV De La Ley 599 De 2000 Y Se Dictan Otras Disposiciones Para Contrarrestar La Explotación Sexual Comercial De Niños, Niñas Y Adolescentes. Artículo 219. El que utilice o facilite el correo tradicional, las redes globales de información, telefonía o cualquier medio de comunicación para obtener, solicitar, ofrecer o facilitar contacto o actividad con fines sexuales con personas menores de 18 años de edad, incurrirá en pena de prisión de 10 a 14 años y multa de 67 a 750 salarios mínimos legales mensuales vigentes. Las penas señaladas en el inciso anterior se aumentarán hasta en la mitad (1/2) cuando las conductas se realizaren con menores de catorce (14) años. (22)

Ley 1257 De 2008 "Por La Cual Se Dictan Normas De Sensibilización, Prevención Y Sanción De Formas De Violencia Y Discriminación Contra Las Mujeres, Se Reforman Los Códigos Penal, De Procedimiento Penal, La Ley 294 De 1996 Y Se Dictan Otras Disposiciones"

Ley que tiene por objeto la adopción de normas que permitan garantizar para todas las mujeres una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como en el privado, el ejercicio de los derechos reconocidos en el ordenamiento jurídico interno e internacional, el acceso a los procedimientos administrativos y judiciales para su protección y atención, y la adopción de las políticas públicas necesarias para su realización.

Resolución 1441 de mayo 6 de 2013. Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud, para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones, estable en el Manual de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud, en el numeral 2.3.2.4 para los servicios de urgencias en los estándares de Medicamentos, Dispositivos Médicos e Insumos y Procesos Prioritarios.

Ley 30 de 1992(Diciembre 28)"Por la cual se organiza el servicio público de la educación superior". El Congreso de Colombia, decreta: **Capítulo III** Del bienestar universitario. **Artículo 117.** Las instituciones de educación superior deben adelantar programas de bienestar entendidos como el conjunto de actividades que se orientan al desarrollo físico, psicoactivo, espiritual y social de los estudiantes, docentes y personal administrativo.

Resolución 2003 de 2014 El área de promoción de la salud de la universidad de los llanos que hace parte de bienestar universitario es Clasificada como una entidad con objeto social diferente a la prestación de servicios de salud, que, por requerimientos propios de su actividad, brinda de manera exclusiva servicios de baja complejidad y consulta especializada, que no incluyen servicios de hospitalización ni quirúrgicos.

ACUERDO 025 DE 2002 .7 de octubre de 2002 “Por el cual se crea el Sistema de Bienestar Institucional de la Universidad de los Llanos”.

Que la Ley 30 de 1992, artículo 117, establece que las Instituciones de Educación Superior deben adelantar programas de bienestar. Que la ley 100 de 1993 de seguridad social, la ley 181 de 1995 del deporte y la 375 de 1997 de la juventud, establecen como necesidad la existencia de políticas, planes y programas de bienestar al interior de las instituciones que procuren el desarrollo integral y la autorrealización de cada persona.

FACTORES PROTECTORES FRENTE A LA VIOLENCIA SEXUAL.

La Promoción de la Salud mental y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, se fundamenta en la identificación de situaciones deseables para el beneficio de los seres humanos y el mejoramiento de la calidad de vida con las máximas posibilidades, para ello busca el fortalecimiento de factores protectores identificados en la esfera individual, familiar, social y cultural para protegerse y proteger a otros de situaciones de violencia. Entre ellos se encuentran:

Individuales:

Conocimiento de los Derechos Humanos, Sexuales y Reproductivos

Desarrollo de habilidades sociales: comunicación, asertividad

Resolución de conflictos, reconocimiento y expresión de emociones y sentimientos

Reconocimiento del cuerpo (público y privado)

Positiva autoestima, auto concepto, autoimagen, autodeterminación

Familiares:

Convivencia democrática en la familia: todos son escuchados, respetados y se tienen en cuenta para tomar decisiones en familia

Mujeres, niños y niñas como sujetos de derechos: respeto y trato digno

Buena comunicación con adultos significativos (efectiva y afectiva)

Información científica, clara y oportuna sobre sexualidad, salud sexual y reproductiva y violencia sexual, vínculo afectivo fortalecido

Adecuado ejercicio de la autoridad, patrones de crianza coherentes con los Derechos Humanos: respeto y dignidad, valoración de la diversidad de género,

Vinculación a la familia de otras redes de apoyo

Sociales y culturales:

Existencia de oferta de servicios sociales fundamentados en la equidad, la accesibilidad y la credibilidad

Relaciones equitativas entre hombres y mujeres; entre adultos-as y niños, niñas y adolescentes en los medios de comunicación, representación política, y la sociedad, promoción de buen trato institucional, espacios de participación visible, democrática y accesible

Educación sexual oportuna en el marco de la sexualidad en su dimensión integral y entendida como la no estimulación temprana de los niños y niñas a actividades sexuales, apoyó social y existencia visible de redes comunitarias.

Valoración de la diversidad, buen trato y crianza positiva.

PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA SEXUAL

Prevención primaria.

Tiene por objeto reducir la aparición de nuevos casos de violencia sexual.

Se centra en la enseñanza de cómo evitar la violencia sexual y qué medidas tomar ante determinadas situaciones.

Se recomienda involucrar en los alcances de este nivel de prevención a los niños, niñas, adolescentes y personas adultas.

El papel educativo de padres, madres, maestros y maestras es fundamental y debe estar encaminado a fomentar valores asociados con el respeto por el cuerpo y por la sexualidad, la convivencia en democracia en los vínculos familiares, los Derechos de los Niños y Niñas y el autocuidado de la salud.

La familia y la comunidad educativa cumplen un papel fundamental en la detección, reducción y eliminación de factores de riesgo y en el estímulo de factores protectores.

Prevención secundaria. Se refiere a la intervención oportuna en niñas, niños, personas adultas y familias, para superar el riesgo a ser víctimas de violencia sexual, antes de que ocurra el hecho; además, al manejo oportuno de los factores de riesgo y garantía de derechos para quienes ya han sido víctimas de violencia sexual.

Prevención terciaria. Tiene como objetivo evitar la repetición de la violencia sexual o la revictimización.

Ofrecer servicios de calidad para tratar adecuadamente a las víctimas y a sus familias, disminuyendo las secuelas psíquicas y físicas.

Los agresores deben ser tenidos en cuenta para incorporarlos a procesos de resocialización y a tratamientos encaminados a evitar que se perpetúen los delitos sexuales.

Respuestas protectoras en el tercer nivel de prevención se consideran:

- Seguimiento de casos a corto, mediano y largo plazo
- Denuncia e investigación de casos
- Manejo multidisciplinario e intersectorial de víctimas, familias y agresores
- Restablecimiento de derechos, protección y compensación a las víctimas y sus familias.

Prevención desde los servicios de salud.

Los servicios de salud deben promover acciones preventivas a través de todo contacto con la comunidad, ya sea individual o colectivo, fortaleciendo los hábitos protectores y las conductas adecuadas.

El componente del Buen Trato debe estar inserto en todos los programas de promoción y prevención, a lo largo del proceso de atención de víctimas de violencia sexual, durante la consulta, la hospitalización y en la atención en urgencias. En este sentido, todo el personal del Sector Salud debe estar sensibilizado en torno a esta problemática y capacitado para la detección, manejo y adecuada canalización de casos.

Factores de riesgo

Factor de riesgo: Cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.

Relacionados con violencia sexual

Personales: Desconocimiento de los Derechos Humanos, Sexuales y Reproductivos, baja autoestima, escaso desarrollo de habilidades sociales, privación afectiva, carencia de conocimientos sobre lo que es y no es apropiado en contacto físico.

Familiares: Desconocimiento de los Derechos humanos ,sexuales y reproductivos, relaciones familiares fundadas en la violencia, historias de violencia sexual del padre o la madre, negación del acceso a información sobre la sexualidad, familias disfuncionales, Fallas en la comunicación intrafamiliar, en especial de padres-madres-hijos e hijas , deterioro de la afectividad, baja autoestima del padre o la madre, desacuerdos en el ejercicio de la autoridad, sobrevaloración de la figura masculina, consumo de sustancias psicoactivas, incluido el alcohol.

Social: Pobreza y desplazamiento forzado, vivir en zonas de situación de conflicto armado, problemas de entorno físico, hacinamiento crítico, vecindarios con altos índices delictivos y poco seguros (solitarios, oscuros, falta de seguridad, etc.), trivialización de la violencia sexual en los medios de comunicación, fácil acceso a consumo de licor, pornografía infantil y sustancias psicoactivas.

Adolescente: Citas con extraños a ciegas, rapto por Internet, descuidar sus bebidas en actividades sociales, consumo de sustancias psicoactivas, incluido el alcohol.

Detección de la violencia sexual en los servicios de salud

Cuando los prestadores de servicios de salud trabajan con personas, familias y comunidades con estas características de riesgo es necesario que incrementen su sensibilidad y desarrollen acciones que faciliten la identificación de factores y situaciones de riesgo, el desarrollo de acciones de promoción y prevención, y de otro lado la identificación de casos sospechosos. Esta identificación puede ocurrir en cualquier momento que la persona entre en contacto con cualquiera de los programas y servicios en salud.

Signos, Síntomas y Factores de Riesgo que deben alertar la sospecha y diagnóstico de situaciones de violencia sexual.

La identificación de estos factores debe generar en el sector salud, acciones de prevención en la población y seguimiento activo de los mismos para detectar posibles eventos de violencia sexual y el inicio de acciones de salud, protección y acceso a justicia.

Niños o niñas
a. Conductas sexuales que no son habituales para la edad y nivel de desarrollo.
b. Evidencias de otras formas de violencia contra las niñas y los niños.
c. Temor a estar con familiares o conocidos con quien se tenía una relación cercana
d. Signos y síntomas poco claros clínicamente referidos a la zona genital o anal
e. Quienes han estado expuestas al contacto con agresores reconocidos y/o no judicializados
f. Hermano/a de otro menor de edad violentado sexualmente
g. Quienes conviven personas que tienen dependencia o abuso de sustancias psicoactivas o alcohol.
h. Quienes por condiciones de hacinamiento deben compartir la cama con adultos o adolescentes
i. Conducta suicida. Síntomas depresivos, comportamentales, de ansiedad, o de alteración del sueño.
k. Dificultades en el aprendizaje o en el proceso de adaptación y rendimiento escolar.
l. Habitantes en zonas expuestas al conflicto armado interno nacional colombiano, o adolescentes expuestos a contacto con cualquier tipo de actor armado.
m. Lesiones en aparato genitourinario, hematomas en vulva, vagina, muslos etc, desgarres en órganos genitales, ruptura de vejiga, cuerpos extraños en el intestino o en la vagina.

Adolescentes

- a. Embarazos tempranos (menor de 14 años)
- b. Conducta suicida
- c. Comportamientos de riesgo relacionados con su vida sexual.
- d. Comportamiento bulímico
- e. Abuso o dependencia de sustancias psicoactivas
- f. Síntomas depresivos, comportamentales, de ansiedad, o de alteración del sueño.
- g. Aquellos aislados y con escasa red de soporte social
- h. bajo rendimiento escolar
- i. Habitantes en zonas expuestas al conflicto armado interno nacional colombiano, o adolescentes expuestos a contacto con cualquier tipo de actor armado.
- j. Síntomas de disfunciones sexuales sin causa orgánica (dispareunia, escaso o nulo deseo sexual, anorgasmia, etc)
- k. Expuestos a violencia en el contexto familiar en especial violencia de pareja
- l. Desconocimiento de los DSR
- m. Con poca red de apoyo social y familiar
- n. Lesiones en aparato genitourinario, hematomas en vulva, vagina, muslos etc, desgarres en órganos genitales, ruptura de vejiga, cuerpos extraños en el intestino o en la vagina.

Mujeres

- a. Síntomas depresivos, de ansiedad, de alteración del sueño, o de disfunciones sexuales.
- b. Evidencia de otras formas violencia basada en género contra las mujeres o sufridas durante la infancia.
- c. Dolor pélvico crónico sin causa aparente

- d. Aquellas con dependencia económica de su pareja
- e. Aquellas aisladas y con escasa red de soporte social
- f. Quienes ejercen la prostitución
- g. Quienes tienen problemas de abuso o dependencia de sustancias psicoactivas y alcohol.
- h. Usuarias de servicios de control prenatal, en especial si se detectan dificultades de adaptación al embarazo y de adherencia a los cuidados prenatales.
- i. Quienes refieren antecedentes de abortos, o consultan por atención del aborto incompleto.
- j. Síntomas de disfunciones sexuales sin causa orgánica (dispareunia, escaso o nulo deseo sexual, anorgasmia, etc)
- k. Lesiones en aparato genitourinario, hematomas en vulva, vagina, muslos etc, desgarres en órganos genitales, ruptura de vejiga, cuerpos extraños en el intestino o en la vagina.

Elementos Específicos para la Detección de la Violencia Sexual en NNA

Condiciones en las cuales se puede establecer con certeza la violencia sexual:

- Desgarros del himen entre las 4 y las 8 de su cuadrante en el examen físico.
- Documentación de semen en cualquier parte del cuerpo con o sin relato de violencia sexual.
- Diagnóstico de sífilis, gonorrea o VIH habiéndose descartado la transmisión perinatal.
- Cuando una persona vio la violencia sexual o existe un registro del acto Embarazo en menor de 14 años (cuando el compañero es mayor que ella entre 3-5 años o es mayor de 14 años).

Condiciones en las que es altamente probable la violencia sexual

- Se da un relato de agresión o violencia sexual.
- Se diagnóstica infección por chlamydia o tricomoniasis.
- Hay comportamientos muy sexualizados para su edad y nivel de desarrollo.
- Embarazo precoz (niña menor de 14 años).

- Sangrado vaginal traumático (importante hacer un diagnóstico diferencial con otros traumas).
- Cuerpos extraños en ano o vagina (descartando exploración por el menor).
- Sangrado en ano o vagina, descartando enfermedades orgánicas que las expliquen.
- Signos de trauma genital con sospecha de manipulación o penetración, que puede incluir: laceración aguda del himen, equimosis del himen, laceraciones perianales que se extienden desde el esfínter anal, ausencia de himen, himen cicatrizado, cicatriz de la fosa navicular o laceración, marcada e inmediata dilatación del ano (más de 2 cm) al poner en posición rodilla pecho (ese hallazgo es compatible con violencia sexual si no existe una historia significativa de constipación, la ampolla rectal está vacía de heces o no existe déficit neurológico que lo explique). Signos de infecciones de transmisión sexual: flujo genital (existe un flujo no relacionado con maltrato en las niñas pequeñas, pero si es purulento debe pensarse en enfermedad de transmisión sexual) o uretral.

Condiciones en las que hay posibilidad de violencia sexual

- Hay evidencias de otras formas maltrato infantil.
- Hay temor a estar con familiares o conocidos con quien se tenía una relación cercana.
- Signos y síntomas poco claros clínicamente referidos a la zona genital o anal.
- La encopresis habiéndose descartado constipación funcional es sugestiva.
- Infecciones urinarias a repetición sin una clara causa aparente.
- Quienes han estado expuestas al contacto con agresores reconocidos y no judicializados.
- Hermano/a de otro menor de edad violentado sexualmente • Quienes conviven con adultos que exhiben abuso o dependencia de sustancias psicoactivas.
- Quienes por condiciones de hacinamiento deben compartir la cama con adultos o adolescentes.
- Diagnóstico de condilomatosis en el área genito-anal.
- Equimosis en paladar (el equipo de salud debe tener en cuenta el contexto y las edades en que los niños tienden a introducirse objetos en cavidad oral).

Signos y síntomas de violencia sexual detectables en salud oral

También la violencia sexual tiene expresiones en la cavidad oral. Aunque es más frecuente que la cavidad bucal sea evaluada en los programas de salud oral, es recomendable que

el personal médico la incorpore en sus procesos de detección. En las VVS es frecuente encontrar lesiones en los orales y periorales, ocasionadas por:

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

Violencia sexual contra la mujer

En este grupo poblacional, dada la prevalencia de las diferentes formas de violencia física, psíquica, económica y sexual y considerando que las secuelas en salud sexual y en salud mental son lo suficientemente prevalentes se justifica la exploración de rutina sobre ésta posibilidad en todos los servicios de atención sanitaria, sin excepción. Un encuentro con el personal de salud puede ser la única oportunidad para detener el ciclo de violencia antes que ocurran lesiones más graves o reincidencia. En muchos casos de violencia sexual no se encuentran huellas físicas del hecho de violencia, esto no significa que no haya ocurrido. De otro lado, cuando la violencia sexual se acompaña de maltrato físico aparecen lesiones tanto en los órganos genitales como en otras partes del cuerpo, dentro de las que se encuentran:

- Lesiones en aparato genitourinario
- Hematomas en vulva, vagina, muslos etc.
- Enfermedades de transmisión sexual
- Desgarres en órganos genitales.
- Ruptura de vejiga.
- Cuerpos extraños en el intestino o en la vagina.
- Embarazo no deseado.

Con el fin de incrementar la detección y romper los ciclos de violencia sexual se recomiendan de rutina preguntas tales como:

¿Se ha sentido alguna vez dañada emocional o psicológicamente por parte de su pareja o alguna persona importante para usted?

¿Alguna vez su pareja o alguien importante para usted le han hecho daño físico?

¿En algún momento de su vida se ha sentido forzada a tener contacto o relaciones sexuales?

¿Cuándo usted era niña recuerda haber sido tocada de una manera inapropiada por alguien?

Atención Integral de la Violencia Sexual en el Sector Salud

La violencia sexual es un problema social y de salud que tiene implicaciones jurídicas y no al revés. Por eso, la atención integral a las víctimas de violencia sexual y su familia tiene como objetivo asegurar su atención, recuperación y protección integral, desde una perspectiva de la restitución de derechos. Por tanto, lo primero es la víctima, no es su relato, o su familia, o la evidencia, o el juicio o la policía. Ninguna necesidad diagnóstica, terapéutica o investigativa justifica una nueva victimización dentro de la asistencia sanitaria.

Consideraciones sobre los procesos de atención integral La atención en salud incluye los siguientes objetivos:

- a) Dar apoyo emocional.
- b) Tratar las condiciones generales de salud relacionadas con la violencia sexual (emergencias médicas/psicológicas– trauma, intoxicaciones, cuidado general de la salud, etc.), así como los cuidados médicos más específicos como anticoncepción de emergencia, profilaxis de ITS y VIH, hepatitis B, IVE, etc.
- c) Toma de evidencias forenses cuando aplique.
- d) Realizar las medidas de protección de las víctimas.
- e) Tratamiento y rehabilitación de su salud mental.
- f) Orientación a la familia.
- g) Realizar la denuncia/reporte de la violencia sexual.
- h) Activar las distintas redes de apoyo institucional, comunitario y familiar que permitan su atención integral.

Revictimización. El sector salud no debe ahorrar esfuerzos para garantizar que las víctimas de violencia sexual NO sean nuevamente vulneradas durante el proceso de atención. En este sentido, una persona sobreviviente de violencia sexual, puede pasar por **tres procesos de victimización:**

1. **Victimización primaria:** las consecuencias que sufre la persona sobreviviente como producto directo de la violencia sexual.
2. **Victimización secundaria o revictimización:** sufrimientos que a los y las sobrevivientes de violencia sexual, a los testigos y a la familia les infieren las instituciones encargadas de los procesos de atención integral: salud (médicos, pediatras, ginecólogos, enfermeros-as, psicólogos-as, trabajadores sociales, personal administrativo entre otros), justicia (policías,

jueces, peritos, criminólogos, funcionarios de instituciones penitenciarias, entre otros), y otros sectores implicados al no tener claros procesos y procedimientos para la restitución de derechos.

3. **Victimización terciaria:** producto de la estigmatización que la sociedad realiza sobre el o la sobreviviente de violencia sexual luego del evento.

La victimización secundaria es producida por las instituciones y sus funcionarios, mientras que la victimización terciaria se explica más por procesos sociales y culturales.

Atención clínica a las y los sobrevivientes de la violencia sexual Los casos de sospecha deberán ser canalizados para que el equipo de base de cada institución de salud los evalúe, y según su capacidad de resolución, de acuerdo con el caso, experiencia o pertinencia:

a) Descarte la sospecha.

b) La difiera y le haga seguimiento.

c) La ratifique e inicie el tratamiento integral, o Como la sospecha de violencia sexual también se constituye en una sospecha de delito, las acciones que se desarrollan en el sector salud en la atención de las víctimas de violencia sexual tienen un doble componente, el de atención integral en salud y el de acceso al sistema de justicia.

De allí, que a parte de la atención integral en salud que debe incluir todos los actos clínicos, quirúrgicos y en salud mental, también se iniciarán procesos como la toma de muestras forenses, el proceso de cadena de custodia, la utilización de técnicas de entrevista que permitan documentar parte de los hechos, sin influir en el relato del sobreviviente y la estricta documentación de los relatos (entre comillas) y los procesos de atención, a que haya lugar con cada persona.

PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Procesos y Procedimientos

Procesos	Procedimientos
Detección de casos	La detección de los casos de violencia sexual puede darse por la familia, la comunidad educativa, personal administrativo de la institución educativa.
Recibir y atender de forma INMEDIATA	Toda situación de violencia sexual es considerada una urgencia. Es importante especificar que el

	<p>proceso de atención inicia tras la detección realizada. De cualquier forma, se atenderá de forma inmediata activando acciones integrales de atención médica y mental.</p> <p>Se acudirá al área promoción de la salud (Bienestar institucional) donde el personal de salud recepcionara el caso, brindará primeros auxilios psicológicos, activará el sistema de ambulancia y remitirá el caso a la IPS correspondiente, se hara seguimiento del caso correspondiente.</p>
<p>Brindar primeros auxilios psicológicos</p>	<p>Su objetivo principal es el de proporcionar apoyo, facilitar la expresión de sentimientos y emociones, y escuchar y comprender a la persona afectada para reducir el riesgo o peligro, morbilidad y mortalidad ya que ante un suceso estresor la persona puede generar situaciones violentas con agresiones hacia otros o a sí mismo.</p>
<p>Evaluar si se encuentra en peligro inminente la vida del/ la paciente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si se encuentra que la vida del/la paciente está comprometida se dará inicio al procedimiento médico indicado para la atención y estabilización del paciente. (Traumas, intoxicaciones o cualquier situación que comprometa la vida de la víctima si no se inicia tratamiento inmediato). ▪ Una vez el paciente se encuentra estable ante esos riesgos vitales, se dará inicio al resto del protocolo de atención en violencia sexual.
<p>Evaluar estado emocional/mental actual del paciente</p>	<p>El médico general evaluará y manejará los riesgos de auto o heteroagresión presentes en la víctima, así como los de revictimización. De acuerdo con su nivel de entrenamiento, efectuará además una valoración general del estado emocional general del paciente o una valoración completa de su estado mental; y solicitará una interconsulta una consulta de urgencias con un profesional especializado en salud mental (médico psiquiatra o psicólogo clínico) para realizar una valoración e impresión diagnóstica especializada del estado mental, junto con una primera sesión de</p>

	<p>psicoterapia breve para manejo de la crisis, a TODA víctima de violencia sexual atendida por urgencia y que haya dado su consentimiento informado/ asentimiento informado más consentimiento de padres, para la atención integral de urgencias .</p>
<p>Explicar los derechos del sobreviviente y explicar en qué consiste el proceso de atención integral en el sector salud</p>	<p>Siempre que sea posible debe darse la opción de que la persona sobreviviente de violencia sexual elija el sexo del profesional de medicina que realizará la atención.</p>
<p>Hacer la asesoría para el proceso de consentimiento informado para los procedimientos clínicos de la atención integral de urgencias, los procedimientos médico legales y los exámenes de VIH/SIDA</p>	<p>Antes de iniciar procedimientos médicos, incluyendo la valoración médica de urgencias, debe efectuarse el proceso de asesoría y consentimiento informado, mediante explicaciones claras y completas al paciente, y a su acompañante si así se requiere dependiendo de la edad y condición.</p> <p>Recuerde explicar todo los procesos y procedimientos que se van a realizar paso a paso. Para que la víctima de violencia sexual no perciba el examen como una sorpresa. Si no tiene facilidad de hacerlo, escriba en la historia clínica consignando los ítems que están descritos en el consentimiento.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Explique el procedimiento en palabras claras. Pregunte a la víctima y/o representante legal si ha comprendido lo explicado, y si tiene alguna inquietud al respecto. 2. Explique qué, aunque no es obligatorio que la víctima y/o representante legal firmen el documento, éste sí es indispensable para efectuar los exámenes y procedimientos clínicos, así como para recoger las muestras que pueden ser necesarias en el proceso legal que va a iniciarse y que, si la víctima no quiere este proceso legal en ese momento, es posible que su opinión vaya a cambiar en el transcurso de unos días. Y si no se realiza el examen la oportunidad de hacerlo en el momento adecuado puede perderse.

	<p>3. No se requiere de firma de testigos, presentación de documentos o fotocopias.</p> <p>4. En los adultos y representantes legales es preferible que la firma esté acompañada de su huella digital.</p> <p>Tenga en cuenta las siguientes consideraciones:</p> <p>Niños, niñas y adolescentes: Se requiere que el consentimiento informado sea firmado por el representante legal (padre, madre, o quien tenga la custodia legalmente otorgada). En ausencia o negación de estos, debe firmar el defensor de familia, representante del ministerio público (procuraduría, personería, defensoría del pueblo), o comisarios de familia. Además, debe dejar constancia que el niño, niña y adolescente aceptara realizarse el examen a pesar que el representante legal haya firmado el documento. En los NNA siempre que sea posible debe solicitarse asentimiento informado, además del consentimiento informado del representante legal.</p> <p>Tenga en cuenta que para los casos de IVE en niñas y adolescentes puede requerirse de un consentimiento informado de mayor profundidad y especificidad. En estos casos, como en otras situaciones difíciles, se pueden aplicar algunos lineamientos específicos que la Corte Constitucional Colombiana ha establecido con relación al consentimiento informado, que incluyen:</p> <p>Consentimiento informado cualificado: e implica la existencia de un grupo de apoyo interdisciplinario que proporcione información, estrictamente depurada, sobre diferentes posibilidades de tratamiento, de tal manera que la persona pueda comprender sus riesgos y consecuencias y opte de la mejor manera por una de ellas, o que incluso tenga la posibilidad de renunciar a cualquier tipo de tratamiento”.</p> <p>Consentimiento informado persistente: la autorización debe ser de forma reiterada, y consiste en dar plazos que aseguren que la autorización, más que el resultado de un estado de ánimo momentáneo,</p>
--	--

	<p>sea la expresión de una opción meditada y sólida, y en esa medida, consciente”.</p> <p>Consentimiento informado asistido y persistente: Este es el tipo de consentimiento que una niña o adolescente menor de 14 años requiere para tomar su decisión de ejercer el derecho a la IVE en casos de embarazos producto de violencia sexual. Aquí el consentimiento implica una participación activa de personal de salud, padres del menor, y la expresa voluntad del menor.</p> <p>Personas con discapacidad: En los casos de discapacidad mental o cognitiva en los que la víctima de violencia sexual tiene un proceso de interdicción, el consentimiento informado debe ser firmado por el representante legal (padre, madre, o de quien tenga la custodia legalmente otorgada). En ausencia de estos firmará el defensor de familia, representante del Ministerio Público (Procuraduría, Personería, Defensoría del Pueblo), o los comisarios de familia.</p> <p>Cuando el/la sobreviviente es mayor de 18 años y no tiene ningún proceso de interdicción se realizará el mismo procedimiento que se usa con otros adultos.</p> <p>Para la prueba de VIH es obligatoria la firma del consentimiento informado de la asesoría que incluya la aceptación o no aceptación de la realización de la prueba. El objetivo de esta prueba es descartar que haya infección previa. Y en ningún caso se realizará para confirmar o descartar la infección por VIH a consecuencia del evento de violencia sexual (asalto sexual). Para hacer esta confirmación/descarte se deben realizar los seguimientos con pruebas de anticuerpos a los 3, 6 y 12 meses.</p>
Realización de la Anamnesis	En la Historia Clínica debe quedar claramente consignados, ante todo, los datos clínicos, mentales y físicos, que se requieren dentro de una valoración

	<p>clínica inicial a una VVS; así como los detalles que el- la sobreviviente pueda mencionar sobre el evento: tiempo, modo y lugar.</p> <p>El profesional de Salud puede realizar la anamnesis, es preferible que esté capacitado en el tema, de igual forma la información que obtenga apoye el proceso investigativo. Lo mismo que algunos detalles que pueden llegar a ser relevantes para la investigación del delito de VS, y que puede más adelante constituir el modus operandi que aporta valiosa información para investigación de casos similares.</p> <p>Es importante que se preserve el lenguaje y la descripción de detalles que pueda plantear la víctima en su relato. Para hacerlo escriba entre comillas, de manera textual y preservando su lenguaje, lo referido por ésta. Esta consideración es aún más importante en los casos de niños, niñas y adolescentes, pues estos detalles son fundamentales para apoyar la credibilidad del relato.</p> <p>Se debe utilizar un método en el cual se evite dar lugar a la implantación de recuerdos en la memoria del paciente ya que esto fácilmente puede causar confusión más adelante cuando los casos estén en investigación o en juicio, esto ocurre generalmente cuando el adulto trata de llenar el vacío de información que el niño, niña o adolescente, no aporta, por ejemplo, eso ocurrió el día domingo, y el niño no conoce el día en el cual nos encontramos. Además, con la anamnesis se pueden determinar:</p> <ul style="list-style-type: none">• Necesidades de intervención inmediata en riesgos de auto y heteroagresión, que exigen antes que nada un adecuado tratamiento.• Contenidos estándar de una evaluación de estado físico y mental/emocional de una víctima de VS.• ¿En el caso de (NNA) Niños Niñas y Adolescentes NA, con quién vive, con quién duerme, edades de las personas que componen el núcleo familiar, qué otras personas viven allí,
--	---

	<p>relación con ellas, familiograma, ocupación de los padres, y elementos que sean importantes y relevantes del entorno familiar en qué colegio estudia?, en qué curso?, profesores, rendimiento, amistades, juegos; actividades extraescolares: qué hace después del colegio, quién más lo cuida y que otras personas están en la casa. Televisión: qué programas ve, qué le gusta, etc., y otros aspectos relevantes del entorno escolar. Cuenta dedos con una o dos manos, colores, vestido, autocuidado, orientación en tiempo, partes del cuerpo, lee, escribe, suma, resta, etc. Elementos que ayudan a determinar las competencias en los menores de manera tal que cuando se enfrente a lo ocurrido es posible saber hasta dónde es capaz de explicar, por ejemplo, saber los días de la semana, si fue hoy mañana etc.</p> <ul style="list-style-type: none">• Si se encuentra bajo el influjo de alguna sustancia, en este caso además de las tomas de fluidos para la búsqueda de tóxicos, es muy importante consignar en la historia clínica los hallazgos físicos neurológicos (somnolencia, disartria etc.), determinar si requiere atención inmediata para desintoxicar, sin embargo no olvide antes de iniciar tratamiento tomar las muestras para documentar los tóxicos, la mayoría se eliminan por vía renal de manera tal que la muestra de orina es fundamental para estudios posteriores. Sin embargo, no olvide colocar todo el examen neurológico, recuerde que algunas sustancias como la escopolamina se elimina de manera rápida del organismo sin dejar huella en laboratorios, pero los signos clínicos son evidentes y si se describen adecuadamente son de gran ayuda en el proceso penal Sentencia.• Circunstancias del hecho, debe ser espontáneo el relato, donde se podrá obtener circunstancias de tiempo, modo y lugar, así como posibles autores y su relación con ellos.• En NNA, aspectos de neurodesarrollo y competencias, se revisará de acuerdo al nivel de desarrollo del menor, teniendo en cuenta la edad y
--	---

	<p>qué puede decir o si se trata de paciente con disminución psíquica, lo que es capaz de responder un paciente es muy distinto dependiendo de su edad.</p> <p>Necesidad de anteponer la intervención psicoterapéutica de urgencias por parte de un especialista en salud mental (médico psiquiatra o psicólogo clínico) a la realización del examen físico, esto es de vital importancia ya que, si el paciente se encuentra extremadamente ansioso o depresivo, es preferible aplazar el examen físico y estabilizar a la/el paciente mediante el procedimiento específico requerido.</p> <ul style="list-style-type: none">• Antecedentes sexuales y reproductivos, en éste punto debe establecerse lo que es pertinente consignar. Hay información que no es relevante para el delito y pertenece a la vida íntima de la persona. Por ejemplo, es pertinente preguntar si tuvo partos vaginales, ya que los hallazgos físicos cambian, o si su última relación voluntaria fue en cercana a los hechos, ya que se podría encontrar fluidos no relacionados con la agresión. Por el contrario, no se debe consignar el número de compañeros sexuales, ni edad de inicio de relaciones sexuales.• Si realizó algún procedimiento previo a la consulta como lavado, ingestión de medicamentos, cambio de ropas, etc.• Debe determinarse antecedentes de abuso sexual aunque no guarden relación con los hechos presentes Si el /la sobreviviente se observa cansada o alterada es conveniente aplazar un poco el procedimiento con el fin de no “atacarlo/a” nuevamente, debe pensarse primero en las necesidades de la sobreviviente que en las nuestras Con los niños, niñas y adolescentes, se debe iniciar con preguntas no relacionados con los hechos lo cual puede durar entre 20 a 30 minutos, por ejemplo que programas de televisión le gustan, de cual equipo es hincha, luego de un tiempo en el cual se observe que
--	---

	<p>el menor no está tenso y tiene una adecuada comunicación, se le pregunta ¿sabes por qué estás aquí?, el menor generalmente realizara el relato de manera espontánea.</p> <p>Medicina Legal como objetivos de la anamnesis establece:</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Obtener información sobre las condiciones y circunstancias que rodearon los hechos motivo de la investigación, mediante la aplicación del método científico y la técnica de entrevista, dentro de un ámbito de respeto por la dignidad humana”. • Conocer los antecedentes personales, sociales y familiares, así como los antecedentes tóxicos y forenses de importancia para orientar la investigación del hecho, el examen médico-legal y la atención de las necesidades de salud, protección y justicia de la víctima. • Explorar el estado emocional y mental de la víctima para determinar los criterios científicos y forenses que le permitan a la autoridad establecer si ésta previamente se encontraba en estado de indefensión o padecía un trastorno mental; si fue puesta en incapacidad de resistir o en condiciones de inferioridad psíquica que le impidieran comprender la relación sexual; y/o, si como producto de la experiencia traumática ha presentado, o puede presentar, alteraciones psicológicas que ameriten atención especializada por parte de los servicios de salud. • Crear un clima de confianza y empatía que contribuya a disminuir la incertidumbre y ansiedad de la víctima, especialmente en lo relacionado con el subsiguiente examen médico-legal.”
<p>Iniciar el proceso de atención médica y médico-legal</p>	<p>Este proceso es integral, se separa únicamente como forma de comprensión, ya que no podemos desligarlas.</p>

	<p>Es importante establecer que la toma de muestras forenses desde el sector salud está recomendada para los casos de asalto sexual en los que el tiempo transcurrido desde el evento y el examen no sea mayor de 72 horas y donde no se tenga garantía de que el INML puede atenderlo en ese lapso de tiempo. Cuando este tiempo es mayor a 72 horas se recomienda que las pruebas sean tomadas por el INML del municipio o región.</p>
<p>Realizar examen físico y mental completo, incluido un detallado examen genital y búsqueda clínica de presunción y certeza de embarazo e ITS</p>	<p>No en todos los casos es necesario realizar examen físico, debe prestarse atención al relato realizado en la anamnesis y de allí determinar la pertinencia del examen físico, en la mayoría de los casos es importante contar inicialmente con la valoración del equipo psicosocial, donde se cuente con éste recurso.</p> <p>El examen genital es parte del examen corporal completo y No un procedimiento único aparte descontextualizado.</p> <p>Realizar el examen debe ser de forma metódica y sistemática, para así no perder ninguna evidencia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ropas: Inspeccionarlas en búsqueda de evidencia útil para la investigación, si encuentra algo debe embalarlas siguiendo el protocolo de cadena de custodia, garantizando su adecuado manejo, recolección, embalaje, documentación y preservación de la misma. Si es aportada por la paciente las prendas que traía en el momento del hecho, estas deben ser examinadas y sometidas al proceso de cadena de custodia. 2. Examen corporal completo, identificando huellas de mordedura, ataduras, lesiones etc., se debe informar durante todo el tiempo el procedimiento que se está realizando para evitar sorpresas por el paciente, que puede alterar su colaboración o estado anímico.

	<p>Recuerde se trata de un examen físico completo que incluye además el examen del área genital, no olvide el examen de la cavidad oral.</p> <p>Es recomendable garantizar un bata de examen y cuando se esté cambiando garantizarle la privacidad apropiada.</p> <p>Es importante registrar la presencia y la ausencia de signos físicos, que sean relevantes en el proceso investigativo.</p> <p>En cara revisar las lesiones que se pudieran causar por la agresión como las equimosis, en el cuello documentar la presencia de sigilaciones (chupones), en las cuales además se toma muestra para búsqueda de saliva, así como en los senos.</p> <p>Debe buscarse al máximo la presencia de evidencia traza en las diferentes partes corporales.</p> <p>Examen del área genital y anal, determinando fisuras, desgarros, flujos, sangrado, etc., como ya se mencionó de manera sistemática se debe revisar y consignar el estado de La vulva, los labios mayores tanto por su cara externa como interna, la horquilla vulvar, los labios menores, el área vestibular, el clítoris, el meato urinario, el himen y la fosa navicular, en los hombres revisar el escroto y el pene, visualizando minuciosamente el prepucio, el frenillo, el surco balano-prepucial, el glande y el meato urinario.</p> <p>El no encontrar signos físicos no significa que el hecho no haya ocurrido y esto debe ser claramente consignado en la historia clínica, es común no encontrar signos físicos.</p> <p>Se tomará la decisión de NO realizar el examen físico incluido el examen genital, con base en los siguientes criterios:</p> <p>*Si el evento narrado se basa en tocamientos expresamente.</p>
--	--

	<p>*Tiempo del evento de violencia sexual en el cual ya no sea factible encontrar evidencia física.</p> <p>*Cuando se encuentra en embarazo, en este caso se limitará a documentar la edad gestacional y su correlación con el tiempo de los hechos *En estos casos es imprescindible el relato y las entrevistas</p> <p>En cuanto al examen mental, el médico general deberá registrar tanto su impresión general sobre el estado emocional de la víctima (ansioso, aprehensivo, colaborador, agitado, etc.), como una valoración estándar de estado mental, incluyendo la evaluación y registro en la historia clínica de los signos clínicos correspondientes a los siguientes aspectos del paciente: porte, actitud, conciencia, orientación, atención, pensamiento, sensopercepción, afecto, sueño, memoria, inteligencia, lenguaje, conducta motora, conducta alimentaria, conducta sexual, juicio de realidad, prospección e introspección, tanto en personas adultas que sean sus pacientes, como en niñas, niños y adolescentes. No obstante, si no cuenta con el entrenamiento o la pericia suficiente para realizar un examen mental completo, debe registrar su impresión general sobre el estado emocional de la víctima, su valoración sobre la presencia o ausencia de riesgos de auto o heteroagresión (así como el manejo médico general indicado para los mismos), y señalar que el examen mental completo queda diferido para que sea realizado por el profesional especializado en salud mental, en el contexto de la primera sesión de intervención psicoterapéutica breve para la crisis en el contexto de urgencias, para la cual se solicitará de inmediato interconsulta o consulta de urgencias.</p>
Toma de muestras forenses	Fotografías: lesiones, evidencias y hallazgos durante el examen médico legal (previo consentimiento informado), ropas, fluidos, frotis).
Establecer el diagnóstico médico	Recuerde que no debe utilizar la terminología legal, por ejemplos “acceso carnal, violación, etc.”, para

	<p>evitar confusión respecto a la tipificación, puede consignar los diagnósticos descritos en el CIE-10</p> <p>(T74) Síndromes del maltrato</p> <p>(T74.0) Negligencia o abandono</p> <p>(T74.1) Abuso físico</p> <p>(T74.2) Abuso sexual</p> <p>(T74.3) Abuso psicológico</p> <p>(T74.8) Otros síndromes del maltrato</p> <p>(T74.9) Síndrome del maltrato, no especificado</p> <p>(Y05) Agresión sexual con fuerza corporal</p> <p>(Y05.0) Agresión sexual con fuerza corporal, en vivienda</p> <p>(Y05.1) Agresión sexual con fuerza corporal, en institución residencial</p> <p>(Y05.2) Agresión sexual con fuerza corporal, en escuelas, otras instituciones y áreas administrativas públicas</p> <p>(Y05.3) Agresión sexual con fuerza corporal, en áreas de deporte y atletismo</p> <p>(Y05.4) Agresión sexual con fuerza corporal, en calles y carreteras</p> <p>(Y05.5) Agresión sexual con fuerza corporal, en comercio y área de servicios</p> <p>(Y05.6) Agresión sexual con fuerza corporal, en área industrial y de la construcción</p> <p>(Y05.7) Agresión sexual con fuerza corporal, en granja (Y05.8) Agresión sexual con fuerza corporal, en otro lugar especificado</p> <p>(Y05.9) Agresión sexual con fuerza corporal, en lugar no especificado</p>
--	---

	Así como lo diagnósticos específicos de la esfera mental, cuando sean realizados.
Realizar el proceso de cadena de custodia: búsqueda y toma de evidencias físicas, rotulación, embalaje, almacenamiento, llenado de registros	Debe seguirse el procedimiento establecido por el sector justicia para garantizar la autenticidad de las evidencias encontradas, recuerde que es responsabilidad de toda persona y en especial de los servicios de Salud.
Explicar al paciente el resultado de los exámenes, y procedimientos de seguimiento que se requieren.	Se debe indicar la pertinencia de los exámenes realizados dentro del proceso judicial y de tratamiento médico, además del seguimiento a las 2 semanas, 6 semanas, 12 semanas, 24 semanas, y 9 meses después de la agresión.
Se toman pruebas diagnósticas para descartar infecciones de transmisión sexual en todos los casos de violencia sexual	<p>Recuerde que la tricomoniasis, la vaginosis bacteriana, la gonorrea y la infección por Chlamydia son las ITS más frecuentemente diagnosticadas posterior a un asalto sexual.</p> <p>Las pruebas diagnósticas de ITS para la mayoría de los pacientes incluyen: serología para sífilis (VDRL), toma endocervical para gram y cultivo en Agar Chocolate o Thayer Martín para detectar gonococo, así como para realizar prueba rápida de Chlamydia o Elisa en esa misma muestra endocervical; frotis en fresco para búsqueda de Trichomonas Vaginalis o la presencia de hallazgos sugestivos de vaginosis bacteriana; prueba de tamizaje para VIH y muestra de sangre para la búsqueda de anticuerpos y antígenos del virus de la hepatitis B.</p> <p>Búsqueda de Espermatozoides en muestras. Recuerde que en NNA (menores de 14) y entre los 14-18 para detectar ESCNNA: diagnóstico de gonorrea, sífilis o VIH, habiéndose descartado su transmisión perinatal, es indicativo de abuso sexual.</p>

	Igualmente, la presencia de Chlamydia o Trichomonas son altamente sospechosas del mismo
En asalto sexual y antes de que hayan pasado 72 horas desde el momento del evento:	Inicie manejo sindromático profiláctico para ITS y VIH y anticoncepción de emergencia cuando esté indicada Recuerde de realizar el consentimiento informado previo a la prescripción de la profilaxis y/o la contracepción de emergencia según lo descrito previamente.
Profilaxis sindromática para ITS	Se usan los esquemas recomendados por la OMS (2005) que hace cubrimiento de las ITS más frecuentes. Está indicado en casos de asalto sexual. Se puede usar es abuso con síntomas o signos clínicos compatibles con infección. Hay que tomar previamente pruebas diagnósticas.
Profilaxis para VIH	Siga el protocolo. Nunca inicie si han pasado 72 horas posteriores al asalto sexual. Haga consentimiento informado previo a la prescripción de la profilaxis para HIV.
Profilaxis para hepatitis B	<p>Cuando la víctima nunca ha sido vacunada para la hepatitis B:</p> <p>La primera dosis de la vacuna debe ser administrada en la evaluación inicial.</p> <p>La segunda dosis debe ser aplicar entre 1 a 2 meses después de la primera dosis</p> <p>La tercera dosis entre los 4 a los 6 meses después de la primera.</p> <p>Si tiene dudas de la vacunación o no tiene acceso a la medición de anticuerpos contra hepatitis B</p>

	<p>considere el inicio de la vacunación y aplicar una dosis de gammaglobulina hiperinmune.</p> <p>Cuando no se ha completado su esquema de vacunación: se completan las dosis faltantes.</p> <p>Tiene completo su esquema de vacunación: deben ser evaluados los niveles de anticuerpos contra antígeno de superficie, para determinar respuesta protectora y definir nuevo esquema de vacunación, si lo ameritase.</p>
<p>Anticoncepción de emergencia (AE) – Profilaxis para embarazo</p>	<p>Administre Levonorgestrel en la dosis de 1500 microgramos (dos tabletas juntas).</p> <p>La anticoncepción de emergencia con levonorgestrel se puede administrar dentro de las primeras 72 horas transcurridas luego de la ocurrencia de los hechos; pero es muy importante administrarla lo más pronto posible, pues está demostrado que, por cada hora perdida entre el momento de los hechos y su administración, se pierde su efectividad en forma considerable.</p> <p>La AE además de usarse en casos de asalto sexual también se aplica en los casos de abuso en mujeres con relaciones sexuales penetrativas, con contacto del semen con la vulva o con otro riesgo de que se produzca un embarazo.</p> <p>Haga seguimiento al mes para verificar que la paciente no haya quedado en embarazo por motivo de la VS, y si es así, hay que dar la asesoría en IVE y si la paciente así lo decide garantizar la IVE.</p>
<p>Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) producto de la violencia sexual</p>	<p>Según la sentencia C-355 de la Corte Constitucional Colombiana la IVE es un derecho de las víctimas. Siga los lineamientos del apartado específico que se presenta más adelante. No importa si el profesional</p>

	<p>de salud es objetor de conciencia, la sobreviviente de la violencia sexual tiene el derecho a la IVE, si ésta es su decisión.</p> <p>“Recuerde que debe preservarse el feto y restos ovulares para futuros estudios genéticos, que se requerirá en el proceso judicial”.</p>
<p>Dar manejo integral a otras patologías alternas.</p>	<p>A consecuencia de la agresión en el/la paciente puede encontrarse otras lesiones que requieren atención, como heridas, intoxicación exógena, etc.</p>
<p>Solicitar una interconsulta de urgencia / consulta de urgencia con médico psiquiatra o psicólogo clínico que brinde al paciente una intervención psicoterapéutica inicial.</p>	<p>A toda persona víctima de violencia sexual que consulte a un servicio médico de urgencias, u otro servicio de primer contacto con el sector salud, se le debe asegurar la realización de una primera sesión de psicoterapia breve a cargo de un profesional clínico experto en salud mental, como parte integrante de su atención médica de urgencias; lo anterior, sin detrimento de los primeros auxilios emocionales que reciba dentro del mismo contacto inicial a cargo del personal sanitario no experto en salud mental que le atienda, ni de las remisiones para continuar con dicha psicoterapia breve, ni de todas aquellas intervenciones terapéuticas que además requiera por parte de un equipo interdisciplinario en manejo psicosocial o atención en salud mental.</p>
<p>Remitir hacia otros profesionales de salud para el abordaje integral</p>	<p>De la misma forma en que se tiene especial atención en lo biológico no debe olvidarse la importancia de recibir atención en salud mental y manejo psicosocial del evento. Es en este momento donde el médico tratante debe garantizar la remisión directa a todos aquellos especialistas o personal de apoyo terapéutico o social que requiera el paciente.</p> <p>En cuanto al profesional especializado en salud mental que realizó la primera sesión de psicoterapia breve para intervención de crisis en el contexto de</p>

	urgencias, es en éste momento que debe remitir para continuar psicoterapia breve por médico psiquiatra y/ o psicólogo clínico, efectuar una remisión para continua atención por equipo interdisciplinario de salud mental según requerimientos del paciente, y características del contexto de ayuda.
Brindar orientación en derechos y procedimientos a seguir dentro del sector salud y fuera del mismo. (Protección, justicia, educación)	<p>Derechos de las sobrevivientes de violencia sexual Como se mencionó al comienzo debe tenerse en cuenta restablecer los derechos, en la ley 360 de 1997 sobre Delitos Sexuales (Modificada por la Ley 599 de julio 24 de 2.000) se consignan los derechos de las víctimas en contemplados en el Artículo 15, entre los que se cuentan:</p> <p>Ser tratada con dignidad, privacidad y respeto durante cualquier entrevista o actuación con fines médicos, legales o de asistencia social.</p> <p>Ser informada acerca de los procedimientos legales que se derivan del hecho punible.</p> <p>Ser informada de los servicios disponibles para atender las necesidades que le haya generado el delito.</p> <p>Tener acceso a un servicio de orientación y consejería gratuito para ella y su familia atendido por personal calificado.</p>
Llenar la ficha de seguimiento personal y de vigilancia epidemiológica	De acuerdo con los protocolos establecidos desde vigilancia en salud pública de cada departamento, registrar en RIPS el diagnóstico de acuerdo a códigos RIPS y CIE 10.
Hacer el proceso de denuncia formal o no formal por el designado en el equipo de atención	Aplica para los casos que son detectados como sospecha de violencia sexual en la institución de salud, y todo aquel caso que llegando a la institución de salud no ha tenido denuncia previa. LA

	responsabilidad de la denuncia es Institucional y será el representante legal, Gerente o profesional designado quien a nombre de la entidad de reporte del presunto delito sexual a las autoridades municipales.
Entrega de materiales probatorios a policía judicial.	Debe establecerse a través de la red interinstitucional como se hará la entrega de éstas evidencias a la policía judicial o quien ejerza estas funciones, en todo caso debe garantizarse la autenticidad de la evidencia.
Proceso de seguimiento	Se hará seguimiento tanto de la adherencia al tratamiento médico establecido de acuerdo al caso, como a la atención psicosocial y ajuste de la persona sobreviviente y la familia a la superación del evento.

Se presentan a continuación los elementos más importantes al respecto que deben realizarse para la atención a las víctimas de la violencia sexual.

Entrevista a víctimas de violencia sexual

Recomendaciones

- Realice la atención en un sitio que disponga de todas las condiciones y recursos necesarios. El lugar debe asegurar la seguridad, privacidad, pudor y confidencialidad del paciente.
- Disminuya dentro del espacio de atención la mayor cantidad de elementos simbólicos de poder.
- Si se dispone de medios y no se pone en riesgo la seguridad de la víctima, idealmente la entrevista debe ser grabada, previa autorización de la víctima, y de su familia en casos de menores de 18 años.
- Sea respetuoso y sensible.
- Eduque sobre los Derechos de las víctimas.
- Haga asesoría para el consentimiento informado sobre todos los procedimientos, intervenciones y terapias a realizarse.
- Documente todo lo relacionado con el acto médico en la historia clínica.
- Haga un adecuado cierre.

Si por la condición del paciente o para efectuar alguna consulta, interconsulta, procedimiento o tratamiento que haga parte de la atención integral en urgencias para la víctima de violencia sexual se hace necesario el desplazamiento a otro nivel de complejidad o a otra institución, se debe garantizar el transporte a la o víctima de violencia sexual y su acompañante.

COMPONENTES MÍNIMOS QUE DEBE CONTENER UNA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD MENTAL PARA VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Los componentes mínimos que debe incluir son:

- **Primeros Auxilios Psicológicos por Médico General de Urgencias.** Como fase inicial no especializada de la intervención en crisis requerida. Es también muy importante que los demás profesionales y técnicos implicados en la atención médica de urgencias estén entrenados en primeros auxilios psicológicos para víctimas de violencia sexual y los apliquen a su campo disciplinar específico.
- **Evaluación Inicial en Salud Mental y manejo de posibles riesgos inminentes para la salud y la vida de la paciente.** Por Médico General de Urgencias debidamente entrenado o, en su defecto, por Médico Psiquiatra que actúe dentro del contexto de la atención inicial de urgencias a través de interconsulta médica especializada de urgencias elaborada por el médico general.
- **Intervención en crisis propiamente dicha.** a cargo de especialista en salud mental (Médico Psiquiatra o Psicólogo Clínico), a través de formato de psicoterapia breve, con realización de primera sesión dentro del contexto de la atención de urgencias, y planeación o no de sesiones siguientes acorde con las condiciones y posibilidades de la víctima, y las características del contexto terapéutico.
- **Intervención terapéutica por equipo interdisciplinario de salud mental.** una vez concluida la intervención en crisis por profesional especialista en salud mental (Médico Psiquiatra o Psicólogo Clínico), quien deberá efectuar la derivación correspondiente.

LA DENUNCIA POR EL EQUIPO DE SALUD

De acuerdo con el código penal vigente (Ley 599 /2000), es importante tener claro que informar los presuntos casos de delito sexual no es una opción, sino una obligación para la Institución Prestadora de Servicios de Salud y/o el profesional de la salud que realiza la atención. Una vez se ha puesto en conocimiento a la entidad del sector justicia, corresponde

únicamente a éste sector determinar si los hechos puestos bajo su conocimiento clasifican o no en un tipo penal.

LA DENUNCIA EN LOS CASOS DE DELITO SEXUAL

El código penal tipifica la omisión de denuncia **“art. 67 “Toda persona debe denunciar a la autoridad los delitos de cuya comisión tenga conocimiento y que deban investigarse de oficio. El servidor público que conozca de la comisión de un delito que deba investigarse de oficio, iniciará sin tardanza la investigación si tuviere competencia para ello; en caso contrario, pondrá inmediatamente el hecho en conocimiento ante la autoridad competente”** De la misma manera el código penal, establece las sanciones y las penas a quien no realice la denuncia cuando son víctimas los menores en los delitos sexuales, tanto en el artículo 219: **“Omisión de denuncia. El que, por razón de su oficio, cargo, o actividad, tuviere conocimiento de la utilización de menores para la realización de cualquiera de las conductas previstas en el presente capítulo y omitiere informar a las autoridades administrativas o judiciales competentes sobre tales hechos, teniendo el deber legal de hacerlo, incurrirá en multa de diez (10) a cincuenta (50) salarios mínimos legales mensuales vigentes. Si la conducta se realizare por servidor público, se impondrá, además, la pérdida del empleo.”**

Éste artículo es específico si las víctimas de los delitos sexuales son menores, sin embargo, el código penal también tipifica el delito de Abuso de autoridad por omisión de denuncia en su artículo 417: **“El servidor público que teniendo conocimiento de la comisión de una conducta punible cuya averiguación deba adelantarse de oficio, no dé cuenta a la autoridad, incurrirá en multa y pérdida del empleo o cargo público. La pena será de dos (2) a cuatro (4) años de prisión si la conducta punible que se omitiere denunciar sea de las contempladas en el delito de omisión de denuncia de particular”** Queda claro que del mismo modo que se informa de manera inmediata a la autoridad cuando llega un herido por arma de fuego o un lesionado en accidente de tránsito, debe informarse en los casos de violencia sexual.

Para informar a la autoridad el presunto delito debe establecerse en la institución cual será el proceso interno a partir del cual se dará aviso a las autoridades del municipio o ciudad, y previamente deberá establecerse con dichas autoridades la manera en que se realizará la denuncia. Esta puede hacerse a través de fuente formal no formal, dependiendo del caso y las situaciones de seguridad personal del equipo de salud. En tal sentido, el sector justicia cuenta con las salas de denuncia, salas de atención al usuario, centros de servicios judiciales, unidades de reacción inmediata, en sitios donde no se encuentra con policía Judicial, el policía del municipio tiene dichas funciones.

Cuando el responsable legal en menores de edad no quiere informar o es el agresor, prevalecen los derechos del niño y es imperativo informar a la autoridad competente así como al ICBF. La superintendencia Nacional de Salud, determinó la escala de sanciones

por el incumplimiento a lo establecido en el artículo 9 de la ley 1146 de 2007 224, “**Multa de 1 a 1200 salarios mínimos legales mensuales vigentes a la fecha de la comisión del hecho, a las EPS, IPS, EPS-S, que se abstengan de dar aviso inmediato a la policía judicial y al ICBF.**” El personal del equipo de salud tiene una responsabilidad primordial, en la atención a las víctimas y/o sobrevivientes de violencia sexual, no solamente por ser un problema de Salud Pública, sino por las implicaciones Sociales y Jurídicas de las cuales no puede apartarse como integrante de la sociedad

KIT PARA LA ATENCIÓN DE LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA Y ABUSO SEXUAL Se contará con los siguientes Kit:

CONTENIDO KIT VIOLENCIA SEXUAL ADULTO

MEDICAMENTO	CANTIDAD
Lamivudina + Zidovudina 150 mgr/ 300 mgr	60 Tabletas
Lopinavir/Ritonavir 200 mgr/ 50 mgr	120 Tabletas
Vacuna Hepatitis B + Gamaglobulina (Refrigerada).	1
Ceftriaxona 1 gr	1 ampolla
Azitromicina	500 mgr
Metronidazol 500 mgr	4 tabletas
Jeringa 5 cc	2
Levonorgestrel 0.75 mgr	2 tabletas

CONTENIDO KIT VIH

MEDICAMENTO	CANTIDAD
Lamivudina tableta 150mg	2 tabletas
Zidovudina ampolla 200 mg	2 ampollas
Lamivudina solución oral	1

Zodovudina solución oral	1
Nevirapina solución oral 50 mg/ml	1frasco
Dextrosa 5%	1

CONTENIDO KIT TOMA DE MUESTRAS

ELEMENTO
Sobre de manila
Pinza de punta fina sin garra
Escobillones esteriles
Cinta de enmascarar
Tubos tipo vacutainer tapa lila (con EDTA)
Agujas hipodérmicas para toma de sangre adaptables al sistema de vacío
Camisa para toma de muestras de sangre adaptable al sistema de vacío
Frascos de parcial de orina
Marcador de punta fina
Gasas estériles
Agua destilada estéril
Tijeras medianas
Tubo de ensayo estéril

EL USO ADECUADO DEL KIT SE RESUME EN 4 PASOS:

1. Asesoría previa a las pruebas.
2. Realización de pruebas de laboratorio urgentes para decidir la prescripción médica de medicamentos profilácticos.
3. Inicio de la profilaxis post exposición.
4. Seguimiento clínico y paraclínico. **RESPONSABLE:** El enfermero será responsable de garantizar la conservación y custodia de las muestras obtenidas en el proceso de atención del paciente "víctima de violencia o abuso sexual". Las pruebas serán entregadas a la policía judicial.

LAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS A SOLICITAR EN VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL SON:

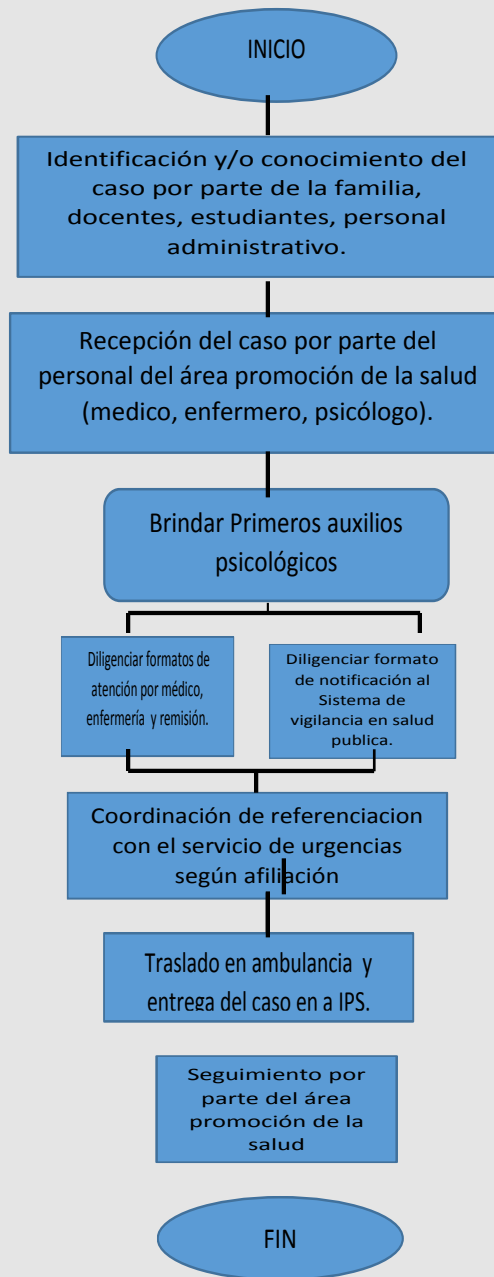
- Toma de Serología para sífilis (VDRL)
- Toma endocervical para Gram y Cultivo en Agar Chocolate o Thayer Martin orientada a la detección del gonococo.
- Frotis en fresco tanto para búsqueda de trichomona vaginalis, como para descartar la presencia de vaginosis bacteriana.
- Prueba de tamizaje para VIH • Muestra de Sangre en busca de antígenos contra hepatitis B
- Adicionalmente se efectúa una búsqueda de espermatozoides en diversas muestras tomadas.

La toma de exámenes paraclínicos a excepción de la prueba de VIH, no es pre-requisito para el inicio de las profilaxis contra ITS-VIH/SIDA en las primeras 72 horas.

La prueba de embarazo no debe retrasar la oportunidad de la prescripción de la anticoncepción de emergencia en las víctimas de violencia sexual.

Se debe tener en cuenta para los niños, niñas menores de 14 años y los niños, niñas y adolescentes entre 14 y 18 años víctimas de explotación sexual comercial, los diagnósticos de gonorrea, sífilis o VIH, habiéndose descartado transmisión perinatal, los cuales son indicativos de violencia sexual.

RUTA DE ATENCION



CIBERGRAFIA

- (1) Secretaria Distrital De Salud de Bogotá. Protocolo para el abordaje integral de la violencia sexual desde el sector salud. Noviembre de 2008. Bogota D.C. Consultado el 13/02/16. Disponible en [:http://www.comunidad.org.bo/assets/archivos/herramienta/8a6536113070bf1e1f506fa1e2dba3f1.pdf](http://www.comunidad.org.bo/assets/archivos/herramienta/8a6536113070bf1e1f506fa1e2dba3f1.pdf)
- (2) Ministerio de la protección social. UNFPA. Modelo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual. Enero 26 de 2011. Consultado el 2/03/16. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/MODELO%20DE%20ATENCIÓN%20A%20VÍCTIMAS%20DE%20VIOLENCIA%20SEXUAL.pdf>
- (3) ESE hospital san Rafael de Tunja protocolo atención víctimas de violencia sexual. 2014. Tunja. Consultado el 02/06/16. Disponible en: [:http://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co/nuevo_sitio/attachments/article/529/PT-01_PROTOCOLO_VIOLENCIA_SEXUAL.pdf](http://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co/nuevo_sitio/attachments/article/529/PT-01_PROTOCOLO_VIOLENCIA_SEXUAL.pdf)
- (4) UIS Santander. Guía de atención al paciente en crisis emocional y primeros auxilios psicológicos -2014 consultado el 27 /11 /2016. disponible en: https://www.uis.edu.co/intranet/calidad/documentos/bienestar_estudiantil/quias/GBE.80.pdf
- (5) M. Rabelo. Primeros auxilios psicológicos e intervención en crisis desde el Trabajo Social. Consultado el 27 /11 /2016. disponible en: <file:///C:/Users/User-Acer/Downloads/Dialnet-PrimerosAuxiliosPsicologicosEIntervencionEnCrisis-3655753.pdf>
- (6) El Congreso de Colombia LEY 30 DE 1992(Diciembre 28)"Por la cual se organiza el servicio público de la educación superior". 1992. Consultado el 27 /11 /2016. disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=253>
- (7) El consejo superior universitario. ACUERDO 025 DE 2002"Por el cual se crea el Sistema de Bienestar Institucional de la Universidad de los Llanos". 7 de octubre de 2002. Consultado el 27 /11 /2016. disponible en: http://documentacion.unillanos.edu.co/index.php/centro-de-documentacion/doc_view/1182-acuerdo-025-de-2002.html

Anexo E. Cartas solicitud de revisión por par experto.

Villavicencio – Meta 09 de Noviembre de 2016

Señor
Eduardo Vergara
Médico Cirujano IPS popular
ASUNTO: Solicitud par Experto
Cordial saludo,

La universidad de los Llanos en cabeza de la facultad de Ciencias de la Salud viene montando la estrategia ZOU, dentro de la cual surge la necesidad de ofertar servicios en salud sexual y reproductiva que fortalezcan la promoción de la salud y prevención de la enfermedad en la comunidad estudiantil, los cuales se están trabajando por medio de una "Unidad amigable en Salud para adolescentes y jóvenes Unillanistas". Como estudiante del programa de Enfermería soy conocedora de su gran experiencia y conocimiento en el manejo en la temática de Atención integral a víctimas de violencia sexual, no solo a nivel local sino departamental; razón por la cual me dirijo a usted con el fin de solicitar de la manera más respetuosa, su colaboración, brindándome una opinión como experto en el tema frente al protocolo que he adaptado en coordinación de la Enfermera Claudia Pinzón dentro del proyecto "IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO DE ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL". UNIDAD AMIGABLE PARA ADOLESCENTES Y JOVENES. UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS SEDES BARCELONA Y SAN ANTONIO" para la Universidad de los Llanos.

Sin otro asunto particular agradecemos la atención prestada y contribución frente a mi proyecto de opción de grado.

Cordialmente,

LEIDY POTOSI CR.
LEIDY MICHELL POTOSI CHAMORRO
Estudiante participante en proyección
Social .Programa de Enfermería
FCS .Unillanos

10/11/16
Eduardo
E. 734146

Anexo E. Cartas de aprobación por par experto.

Villavicencio, 25 de Noviembre 2016

Estudiante
LEIDY MICHELL POTOSI CHAMORRO
Programa de Enfermería, Participante en Proyección Social
Universidad de los Llanos.

Asunto: Concepto

Respetuoso saludo,

Revisado el documento final de El Proyecto "IMPLEMENTACIÓN DE 'PROTOCOLO DE ATENCION INTEGRAL DE VISCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL, UNIDAD AMIGABLE PARA ADOLESCENTES Y JOVENES DE LA UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS, SEDES SANA ANTONIO Y BARCELONA" me permito informar Concepto Favorable del mismo, dado su pertinencia, aporte a la formación integral y calidad de vida de los estudiantes de la Universidad de los Llanos en la diferentes áreas de conocimiento, quienes son y serán actores proactivos en nuestra sociedad.

Atentamente,



Adielia Gutiérrez Gracia
Enfermera, Esp. Administración en Salud.
Par


Villavicencio –Meta 1 de Diciembre de 2016

Señorita
LEIDY MICHELL POTOSI
Estudiante participante en proyección social
Programa de enfermería
Universidad de los Llanos – San Antonio

Por medio de la presente en respuesta a la solicitud para brindar mi opinion como para experto frente al proyecto “IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO DE ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL. UNIDAD AMIGABLE PARA JÓVENES Y ADOLESCENTES UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS SEDE BARCELONA Y SEDE SAN ANTONIO”, me dirijo a ustedes con el fin de expresar que luego de revisar detalladamente dicho protocolo y realizar las correcciones respectivas, este se encuentra en mi opinion completo y listo para ser socializado .


Sin otro asunto particular agradezco y aprecio el gesto de contar conmigo ofreciendo una contribución frente a este proyecto.

Cordialmente,



EDUARDO VERGARA
Medico IPS Popular SAAJ

Anexo H. Socialización a estudiantes, docentes y administrativos en las sedes Barcelona y san Antonio -listas de asistencia-fotos.

	UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS		CÓDIGO: FO-GDO-10
	PROCESO DE GESTIÓN DOCUMENTAL		VERSION: 05 PAGINA: 1 de 1
	FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA		FECHA: 16/09/2013
		VIGENCIA: 2013	

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: **SOCIALIZACIÓN DE PROYECTOS**
 TEMA: **VIOLENCIA SEXUAL - PUNIFICACION FAMILIAR**
 FACILITADOR: **MICHELLE PERAZI - DIANA ALVAREZ**
 FECHAS: **25/09/2013**
 HORARIO: **10:00 AM - 12:30 PM**
 LUGAR: **UNIVERSIDAD DE SAN ANTONIO**

No.	NOMBRE	OFICINA / ENTIDAD	CARGO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
1.	Lina Valencia Sánchez	Estudiante	Enfermería	1121942099	lina.v.s.-13@cofmail.com	<i>[Firma]</i>
2.	Ariana Argote	Estudiante	Enfermería	1121954719	ariara.argote@unillanos.edu.co	<i>[Firma]</i>
3.	Nataly Bargas	Estudiante	Enfermería	1121957102	nat55i.bargas@unillanos.edu.co	<i>[Firma]</i>
4.	Carla Maicris Cadino	Estudiante	Enfermería	123565770	Carla.cadino@unillanos.edu.co	<i>[Firma]</i>
5.	Jessica Navarro Fonseca	Estudiante	Enfermería	1.721.919.234	jesica.navarra@unillanos.edu.co	<i>[Firma]</i>
6.	Angie Marcela Ardila	Estudiante	Enfermería	1234788505	angie.ardila@unillanos.edu.co	<i>[Firma]</i>
7.	Natalia Archera Lopez	Estudiante	Enfermería	1121951729	nataliaarchera@unillanos.edu.co	<i>[Firma]</i>
8.	Stanyra Alvarez Chir	Estudiante	Enfermería	1121951211	stanyra.alvarez26@gmail.com	<i>[Firma]</i>
9.	Honia José Hios	Estudiante	Enfermería	673300611	Honia.jos@unillanos.edu.co	<i>[Firma]</i>
10.	Quina Ramirez	Estudiante	Enfermería	122774596	quina.ramirez17@otmail.com	<i>[Firma]</i>
11.	Jan Garzon	Estudiante	Enfermería	1121958879	jan.garzon@unillanos.edu.co	<i>[Firma]</i>
12.	Natalia Valdespelt	Estudiante	Enfermería	1121951024	natalia.v.valdespelt@unillanos.edu.co	<i>[Firma]</i>
13.	Yerena Muñoz Gomez	Estudiante	Enfermería	1121.909312	yerena.muñoz@unillanos.edu.co	<i>[Firma]</i>
14.	Guilina Mariana Alfonso Lopez	Estudiante	Enfermería	1008880020	guilina.alfonso@unillanos.edu.co	<i>[Firma]</i>
15.	Luis Felipe Ruiz Vohania	Estudiante	Enfermería	1121949766	luis.felipe.ruiz@unillanos.edu.co	<i>[Firma]</i>
16.	Diana Gargallo Espino	Estudiante	Enfermería	1121951158	diana.gargallo@unillanos.edu.co	<i>[Firma]</i>
17.	Daniela Gutierrez Cajigas	Estudiante	Enfermería	1013656097	daniela.gutierrez@unillanos.edu.co	<i>[Firma]</i>
18.	Claudia Sanchez Ruiz	Estudiante	Enfermería	1015287380	claudia.sanchezruiz@unillanos.edu.co	<i>[Firma]</i>
19.	Andrea Dzuliano	Estudiante	Enfermería	1020819151	andrea.dzuliano@unillanos.edu.co	<i>[Firma]</i>
20.	Laura V. Peña Pava	Estudiante	Enfermería	1121952839	laura.pena.pava@unillanos.edu.co	<i>[Firma]</i>

NOTA 1: Este formulario debe ser diligenciado con lapicero.




UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS
 PROCESO DE GESTIÓN DOCUMENTAL
 FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA

CÓDIGO: FO-GDO-10
 VERSIÓN: 05 PAGINA: 1 de 1
 FECHA: 16/09/2013
 VIGENCIA: 2013

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Socialización de Protegidos
 TEMA: Violencia Sexual - Planificación Familiar
 FACILITADOR: MICKEL PEREZ - DIANA ALVAREZ
 FECHAS: 30/09/2013
 HORARIO: 7:00 - 6:00 PM
 LUGAR: UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS





No.	NOMBRE	OFICINA / ENTIDAD	CARGO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
1.	Luisa Gonzalez	Enfermería	Estudiante	1121910411	luisaggonza@unillanos.edu.co	<i>[Firma]</i>
2.	Kelly Johnson	Enfermería	Estudiante	1121937917	Kelly.johnson@unillanos.edu.co	<i>[Firma]</i>
3.	Jenny Ortega	Enfermería	Estudiante	1077742197	jenny.ortega@unillanos.edu.co	<i>[Firma]</i>
4.	Andrés Sánchez	Enfermería	Estudiante	1661236978	andres22@unillanos.edu.co	<i>[Firma]</i>
5.	Lizeth Salazar	Enfermería	Estudiante	110609401	lizeth.salazar@unillanos.edu.co	<i>[Firma]</i>
6.	Diana Marcela Cabrera	Enfermería	Estudiante	1.121.929.062	dianamarcela@unillanos.edu.co	<i>[Firma]</i>
7.	Lizeth Lorena G.	Enfermería	Estudiante	1.121.914.800	lizeth.g@unillanos.edu.co	<i>[Firma]</i>
8.	Joséica Herrera	Administración	Estudiante	112135107	josica.herrera@unillanos.edu.co	<i>[Firma]</i>
9.	Angie Mancera	Administración	Estudiante	1121927515	angie.mancera@unillanos.edu.co	<i>[Firma]</i>
10.	Laura Camila Osorno	Enfermería	Estudiante	9908309072	lauracamilaosorno@unillanos.edu.co	<i>[Firma]</i>
11.	Michel Romero	Enfermería	Estudiante	100855971	mrofficial@hotmail.com	<i>[Firma]</i>
12.	Hugo Alberto Pérez R	Enfermería	Estudiante	1121948566	hugo.perez@unillanos.edu.co	<i>[Firma]</i>
13.	Simón Martínez	Enfermería	Estudiante	1.120.58095	simonm@unillanos.edu.co	<i>[Firma]</i>
14.	Devon Hernández	Enfermería	Estudiante	1006690120	devonh@unillanos.edu.co	<i>[Firma]</i>
15.	Bryan Andrés Jiménez	Enfermería	Estudiante	1122649591	bryanjimenez@unillanos.edu.co	<i>[Firma]</i>
16.	Andrés Leonardo Salinas	Enfermería	Estudiante	9815251673	andresleonardo@unillanos.edu.co	<i>[Firma]</i>
17.	Victor Daniel Chilito	Enfermería	Estudiante	99047602007	victor.chilito@unillanos.edu.co	<i>[Firma]</i>
18.	Johan Sebastian Arevalo	Enfermería	Estudiante	99080520548	jbastian_@unillanos.edu.co	<i>[Firma]</i>
19.	Angeliand Zuluyga Cervo	Enfermería	Estudiante	1121413548	angie.zuluyga@unillanos.edu.co	<i>[Firma]</i>
20.	Dario Rangel	Enfermería	Estudiante	1121917252	dario.rangel@unillanos.edu.co	<i>[Firma]</i>

NOTA 1: Este formulario debe ser diligenciado con lapicero.


 UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS
 PROCESO DE GESTIÓN DOCUMENTAL
 FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA

CÓDIGO: FO-GDO-10
 VERSIÓN: 05 PAGINA: 1 de 1
 FECHA: 16/09/2013
 VIGENCIA: 2013

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Socialización de Protocolos
 TEMA: Violencia Sexual - Planificación Familiar
 FACILITADOR: Dora Carolina Alvarez Galindo - Midel Petro?
 FECHAS:
 HORARIO:
 LUGAR: Sede San Antonio 4

No.	NOMBRE	OFICINA / ENTIDAD	CARGO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
1.	Mayra Alfonso Peres	Unillanos	Estudiante	1721941100	mayraalfonso@unillanos.edu.co	
2.	Diana Isabel Logo	Unillanos	Estudiante	1121943846	diana.isabel@unillanos.edu.co	
3.	Jessica Livenis	Unillanos	Estudiante	1284798331	jessica.livenis@unillanos.edu.co	
4.	Yenny Lorena Romas	Unillanos	Estudiante	1121937371	yenny.romas@unillanos.edu.co	
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						
13.						
14.						
15.						
16.						
17.						
18.						
19.						
20.						

NOTA 1: Este formulario debe ser diligenciado con lapicero.

UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS

CODIGO: FO-GDO-10
 VERSIÓN: 05 | PAGINA: 1 de 1
 FECHA: 16/09/2013
 VIGENCIA: 2013

PROCESO DE GESTIÓN DOCUMENTAL
 FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: SUJERCIÓN DE PROTECCIÓN
 TEMA: VIOLENCIA SEXUAL - FAMILIARIZACIÓN FAMILIAR
 FACILITADOR: ALICIA PERAZZI - PAOLA ALVAREZ
 FECHAS: 30/2011/2016
 HORARIO: 7:00 - 6:00 PM
 LUGAR: UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS

No.	NOMBRE	OFICINA / ENTIDAD	CARGO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
1.	Aura Maria Torres	Enfermería	Estudiante	1121911795	aura.torres@unillanos.edu.co	<i>Aura Torres</i>
2.	Andree Lilliana Vargas	Enfermería	130-2839	1040617201	lilliana.vargas@unillanos.edu.co	<i>Andree Vargas</i>
3.	Jennifer Aventura	Economía	estudiante	103157055	Jennifer.a22@gmail.com	<i>Jennifer Aventura</i>
4.	Andree Ramirez	Economía	Estudiante	1121913829	andree.ramirez.10@gmail.com	<i>Andree Ramirez</i>
5.	Marganta Ullia	Economía	Estudiante	1121932453	MUSDS.FO@gmail.com	<i>Marganta Ullia</i>
6.	Ana Patricia Parado	Economía	Estudiante	112193828	anapatricia.p@unillanos.edu.co	<i>Ana Patricia Parado</i>
7.	Daniela Román Muñoz	Medicina	Estudiante	100383907	andredaniela@gmail.com	<i>Daniela Román</i>
8.	Dayana Lopez	Medicina	Estudiante	9812305587	dayana.lopez23@gmail.com	<i>Dayana Lopez</i>
9.	Cristina Muñoz	Medicina	Estudiante	1121918655	cristina.munoz@unillanos.edu.co	<i>Cristina Muñoz</i>
10.	Juliana Castro	Medicina	Estudiante	1006858276	juliana.castro@unillanos.edu.co	<i>Juliana Castro</i>
11.	Lina María Castro Perilla	Economía	Estudiante	1121931629	linacastrop@unillanos.edu.co	<i>Lina María Castro</i>
12.	Jency Sevilla	Economía	Estudiante	1121902237	jency.sevilla@unillanos.edu.co	<i>Jency Sevilla</i>
13.	Juliana Perilla Olaya	Economía	Estudiante	1118201333	juliana.perilla06@hotmail.com	<i>Juliana Perilla</i>
14.	Mafeca Silva Ojeda	Economía	Estudiante	1120517314	mafecasilva1594@gmail.com	<i>Mafeca Silva</i>
15.	Carlos Alfonso Gomez V.	Economía	Estudiante	1121912500	carlosalfonso.gomez@unillanos.edu.co	<i>Carlos Alfonso Gomez</i>
16.	Juliana Jimenez	Economía	Estudiante	1111940093	jul-9601@hotmail.com	<i>Juliana Jimenez</i>
17.	Carlos Matallana Diaz	Economía	Estudiante	1121934889	carlos.matallana@unillanos.edu.co	<i>Carlos Matallana</i>
18.	Katherine Moreno	Economía	Estudiante	1121929717	katherine@gmail.com	<i>Katherine Moreno</i>
19.	Mithalla Rojas	Economía	Estudiante	1121956070	mithalla.rosas@hotmail.com	<i>Mithalla Rojas</i>
20.	Lina Paola Caro	Economía	Estudiante	1120504345	linapao@unillanos.edu.co	<i>Lina Paola Caro</i>

NOTA 1: Este formulario debe ser diligenciado con lapicero.



UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS
 PROCESO DE GESTIÓN DOCUMENTAL
 FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA

CÓDIGO: FO-GDO-10
 VERSION: 05 PÁGINA: 1 de 1
 FECHA: 16/09/2013
 VIGENCIA: 2013

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Socialización de Protocolo

TEMA: Violencia Sexual - Participación Familiar

FACILITADOR: Diana Carolina Alvarez - Michel Patozi

FECHAS: 10 de Septiembre 2016

HORARIO: 7 AM - 8 AM

LUGAR: Unillanos - Sede San Antonio

No.	NOMBRE	OFICINA / ENTIDAD	CARGO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
1.	Marta González Espartero	Unillanos	Estudiante	1171918156	loisa.gonzalez@unillanos.edu.co	Luisa G
2.	Vanessa Rodríguez	Unillanos	Estudiante	1121917154	v33.dscm@unillanos.edu.co	Vanessa R
3.	Geovana Gisell Sánchez Italo	Unillanos	Estudiante	1121917013	geovana.sanchez.mad@unillanos.edu.co	Geovana S
4.	Nayibe A. Ortiz Velásquez	Unillanos	Estudiante	1121932524	deylev.o.ortiz@unillanos.edu.co	Nayibe A
5.	Belsy A. Avelar	Unillanos	Estudiante	1121309977	belsy.a.avelar@unillanos.edu.co	Belsy A
6.	Margarita Parraque Robayo	Unillanos	Estudiante	1121944449	margarita.parraque@unillanos.edu.co	Margarita P
7.	Angie Tatiana Acosta Castro	Unillanos	Estudiante	1121930843	angie.acosta@unillanos.edu.co	Angie Acosta
8.	Maria Lorena Alcaro	Unillanos	Estudiante	11219441875	maria.alcaro@unillanos.edu.co	Maria Lorena A
9.	Nathaly J. Gueda García	Unillanos	Estudiante	1121907070	ingri.o.jeda@unillanos.edu.co	Nathaly J
10.	Olga Jimena Payera Pastora	Unillanos	Estudiante	1125774410	olga.jimena.payera@unillanos.edu.co	Olga Jimena P
11.	Ledy Rossana Avelar Gilvana	Unillanos	Estudiante	1120026819	ledy.avelar@unillanos.edu.co	Ledy R
12.	Manuela Escamela Huacma	Unillanos	Estudiante	1121872444	manuela.ecamela@unillanos.edu.co	Manuela E
13.	Jeisson Rodríguez Carles	Unillanos	Estudiante	17221932161	jeissonr@unillanos.edu.co	Jeisson R
14.	Karen Dayanna Casallas James	Unillanos	Estudiante	1121947164	karen.casallas@unillanos.edu.co	Karen Casallas
15.	Thudy Andrea Sánchez C.	Unillanos	Estudiante	1121940705	thudy.sanchez@unillanos.edu.co	Thudy A
16.	Cristian Strosilano Murzón	Unillanos	Estudiante	1121942602	cristian.murzón@unillanos.edu.co	Cristian M
17.	Yanny Carolina Peldán	Unillanos	Estudiante	401891343	yanny.carolina.peldan@unillanos.edu.co	Yanny C
18.	Wiz Del Sol Castro	Unillanos	Estudiante	1121930200	wiz.del.sol@unillanos.edu.co	Wiz D
19.	Paola Andrea Corto Alvar	Unillanos	Estudiante	1121936552	paola.andrea.corto@unillanos.edu.co	Paola A
20.	Thon Welber Gamblinos	Unillanos	Estudiante	1121935447	thon.welber.gamblinos@unillanos.edu.co	Thon W

NOTA 1: Este formulario debe ser diligenciado con lapicero.

Administrativo



UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS
 PROCESO DE GESTIÓN DOCUMENTAL
 FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA

CÓDIGO: FO-GDO-10
 VERSIÓN: 05 | PÁGINA: 1 de 1
 FECHA: 16/09/2013
 VIGENCIA: 2013

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Actualización Protocolo
 TEMA: VIOLENCIA SEXUAL - FAMILIAR
 FACILITADOR: DIANA ALVARO - MICHEL PEREZ
 FECHAS: 30 Nov 2016
 HORARIO: 7:00 PM - 6:00 PM
 LUGAR: UNILLANOS SEPE SOC ASISTENC - PRESELANA

No.	NOMBRE	OFICINA / ENTIDAD	CARGO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
1.	Jenny Aya González	BIU	Coordinadora	40.27.551	Jay@6mail.com	
2.	Lorena Sanz Lopez	BIU	Aux. Enfirm.	40396.013	llorenz@unillanos.edu.co	
3.	Irene Paola Quiroz	BIU	Enfirm.	257647314	llorenz@unillanos.edu.co	
4.	Maritza Otero Jimenez	BIU	Psicóloga	40.3655133	maritza@unillanos.edu.co	
5.	Elba Wore Ostos	BIU	Secret	40369712	wore@unillanos.edu.co	
6.	Deida Leal P	Protección			nostos@unillanos.edu.co	
7.	John Heron	psicología	Aux	86054622	johnheron@unillanos.edu.co	
8.	Melisy Amalia Torres	SEC ASES	SEC ASES	40376671	melisy@unillanos.edu.co	
9.	Carmina Herón Torres	Dirección	Prof. Apoy	12856658	carmina@unillanos.edu.co	
10.	Laura Teresa González	Bienestar	Secretaria	21240720	laura@unillanos.edu.co	
11.	Juan Carlos Ruiz Tijo	BIU	Secret	3277079	juan@unillanos.edu.co	
12.	Dayra Alexandra Rodríguez	S.S.T	Prof. de Ho	1121843962	alex@unillanos.edu.co	
13.	Maryury Roberto Martínez	Bienestar	Enfermera	40144378	maryury@unillanos.edu.co	
14.						
15.						
16.						
17.						
18.						
19.						
20.						

NOTA 1: Este formulario debe ser diligenciado con lapicero.

Docentes

	UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS	CÓDIGO: FO-GDO-10
	PROCESO DE GESTIÓN DOCUMENTAL	VERSIÓN: 05
	FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA	FECHA: 16/09/2013
		PAGINA: 1 de 1
		VIGENCIA: 2013

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: **Socialización Protocolo**

TEMA: **Planificación Familiar y Violencia Sexual**

FACILITADOR: **Michelle Potosí y Diana Alvarez**

FECHAS: **30 - noviembre 17 al 16**

HORARIO: **4:00 PM - 6:00 PM**

LUGAR: **UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS**

Nº.	NOMBRE	OFICINA / ENTIDAD	CARGO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
1.	Esperanza Gomez C	FCS	Docente	21238172	eromezco@unillanos.edu.co	<i>[Firma]</i>
2.	Dorely Hainza A	FCS	Docente	21182324	dmorozam@unillanos.edu.co	<i>[Firma]</i>
3.	Mery Luz Valderrama	FCS	Docente	46673774	mvalderrame@unillanos.edu.co	<i>[Firma]</i>
4.	Omar Rey Alvarez	F.C.E	Profesor	86044754	oreyana@unillanos.edu.co	<i>[Firma]</i>
5.	Fray Rodrigo	F.C.E	Profesor	86052477	frayr@unillanos.edu.co	<i>[Firma]</i>
6.	Claudio Mata Tupa G	F.C.S	Docente	40322874	cmata@unillanos.edu.co	<i>[Firma]</i>
7.	AREOLINA MONTAÑO L	FCS	Docente	52666949	smontano@unillanos.edu.co	<i>[Firma]</i>
8.	Clara Leiva Galin L	FCS	Docente	21235196	clgalin@unillanos.edu.co	<i>[Firma]</i>
9.						
10.						
11.						
12.						
13.						
14.						
15.						
16.						
17.						
18.						
19.						
20.						

NOTA 1: Este formulario debe ser diligenciado con lapicero.

Fotografías



Tomada el 30 de noviembre de 2016



Tomada el 1 de noviembre de 2016



Tomada el 1 de noviembre de 2016



Tomada el 29 de noviembre de 2016



Tomada el 29 de noviembre de 2016

