DEPARTAMENTO DE SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN CON VÍCTIMAS DE AGRESIÓN SEXUAL PARA FACILIDADES DE SALUD

Centro de Ayuda a Víctimas de Violación
Secretaría Auxiliar de Salud Familiar, Servicios Integrados y Promoción de la Salud
Departamento de Salud

5ta Edición, febrero 2019

Mensaje del Secretario de Salud

La violencia es un problema de salud pública que afecta el bienestar de la persona, su familia, su sistema de apoyo y su comunidad. Cada año cientos de pacientes llegan a las facilidades de salud en busca de servicios médico forenses a causa de una agresión sexual. La Organización Mundial de la Salud reconoce la violencia sexual como un problema de salud pública prevenible para lo cual hay que concertar esfuerzos multidisciplinarios y multisectoriales. Es esencial que las víctimas de agresión sexual que asisten a las facilidades de salud reciban una evaluación completa y que se recopile la evaluación de salud forense correspondiente manteniendo la cadena de evidencia. La intervención incluye además del examen físico y forense, la coordinación de servicios de intervención en crisis y apoyo, así como el tratamiento preventivo de infecciones de transmisión sexual, evaluación de embarazo y discusión de alternativas de tratamiento. El personal debe tener además conocimiento de la legislación y estar disponible para ofrecer testimonio pericial de ser necesario (National Protocol for Sexual Assault Medical Forensic Examinations for Adults/Adolescents DOJ 2013, National Protocol for sexual assault Medical Forensic Examinations Pediatric, DOJ, 2016).

La Comisión Conjunta para la acreditación de facilidades de salud requiere que las facilidades de salud ambulatorias y de emergencia tengan políticas establecidas para identificar y evaluar posibles víctimas de agresión sexual y que el personal esté adiestrado en estas políticas. La Comisión Conjunta establece además que la facilidad tiene que identificar el personal a cargo de la recolección y preservación de la evidencia forense (Joint Commission, 2018)

Las secuelas de una agresión sexual son físicas y emocionales, legales y económicas, entre otras. Las personas somos seres sociales y los actos violentos impiden el desarrollo óptimo de las relaciones interpersonales saludables. El impacto de la agresión sexual afecta también a los sistemas de apoyo de las víctimas y, por ende, a la comunidad. Sólo el trabajo en equipo interdisciplinario e interagencial nos ayudará a lograr su erradicación. El Departamento de Salud del Gobierno de Puerto Rico, lleva a cabo su obligación ministerial de fomentar servicios atemperados a las necesidades de víctimas de agresión sexual sin importar su edad, sexo, creencia religiosa, ni clase social. Nuestros esfuerzos van dirigidos a desarrollar y proteger la salud integral de las personas en la comunidad y la de sus familiares. La Orden Administrativa 214 y los Reglamentos 99 y 117 de la Secretaria Auxiliar de Reglamentación y Acreditación de Facilidades de Salud (SARAFS) facultan al Centro de Ayuda a Víctimas de Violación a auditar el cumplimiento de las facilidades de salud con los Protocolos de Intervención con Víctimas de Violencia Doméstica y Agresión Sexual. El Protocolo de Intervención con Víctimas de Agresión Sexual orienta a profesionales de la salud, personal de administración y dirección médica sobre los estándares en la intervención con víctimas de violencia sexual. El documento abarca todas las dimensiones en que es impactada la víctima, el aspecto psicosocial, el forense y el legal, incluyendo los procedimientos a seguir, los formularios necesarios y legislación actualizada.

El Protocolo es una herramienta útil en el adiestramiento a profesionales y también en los procesos de intercesoría y auditoría por los derechos de las víctimas en las salas de emergencia y centros de salud. El Departamento de Salud del Gobierno de Puerto Rico establece que este Protocolo constituye la política pública para la intervención con las víctimas de agresiones sexuales en las salas de emergencia de los hospitales y facilidades de salud en Puerto Rico. El cumplimiento con el mismo garantizará que se responda a los derechos de las víctimas y se mantenga un servicio de óptima calidad acorde con las exigencias de los organismos de licenciamiento y de control en la calidad del servicio.

Dr. Rafael Rodríguez Mercado, MD, FAANS, FACS
Secretario
Departamento de Salud

28 - febrero - 2019
Fecha

Agradecimientos

Esta quinta edición del Protocolo de Intervención con Víctimas de Agresión Sexual en Facilidades de Salud, del Departamento de Salud de Puerto Rico, contó con la colaboración de profesionales de la salud, representantes de agencias gubernamentales, diversas organizaciones y representantes de comunidad y personal del Centro de Ayuda a Víctimas de Violación (CAVV) que trabajan con personas impactadas por la violencia sexual.

Esta revisión del Protocolo incorpora recomendaciones del Equipo Interagencial, coordinado por el CAVV, e integrado por: representantes de hospitales que atienden a víctimas y realizan la evaluación médico-forense, incluyendo al personal de los centros CAVV CIMVAS para la atención integral a menores víctimas de abuso sexual, agencias gubernamentales e instituciones que ofrecen distintos servicios de ayuda a esta población. Estos trabajos se realizaron durante las reuniones del Equipo Interagencial y reuniones del Equipo de Trabajo del CAVV. El documento conto además con el insumo de profesionales con peritaje en cada área de intervención.

Este nuevo Protocolo incluye: cambios en legislación que impactan a las víctimas de agresiones sexuales, recomendaciones provistas de los Protocolos Nacionales para Exámenes Médico Forenses en caso de Agresión Sexual de Personas Adultas y Adolescentes, de abril 2013 y Pediátrico, de abril 2016; así como instrucciones del Centro para el Control de Enfermedades (CDC), para manejar las consecuencias de las agresiones sexuales a la salud.

Agradecemos la participación del equipo de profesionales que colaboraron con la revisión de este documento y con los procesos de discusión y análisis realizados para la actualización de este protocolo que representa la política pública actual, y es la guía establecida para el manejo e intervención con víctimas de agresión sexual en facilidades de salud.

Dra. María Rebecca Ward Cid
Directora
Centro de Ayuda a Víctimas de Violación (CAVV)

Carmen Monge Martínez, MSW
Coordinadora Interagencial
Centro de Ayuda a Víctimas de Violación

Tabla de Contenido

	Página
Mensaje del Secretario de Salud	2
Agradecimientos	4
Tabla de Contenido	5
Capítulo I. INTRODUCCIÓN	10
A. Propósito del Protocolo de Intervención con Víctimas de Agresión Sexual en Facilidades de Salud	10
B. Base Legal	10
C. Centro de Ayuda a Víctimas de Violación del Departamento de Salud	13
Capítulo II. ASPECTOS GENERALES RELACIONADOS CON LAS AGRESIONES SEXUALES	15
A. Definición Violencia Sexual	15
B. Datos estadísticos sobre violencia sexual	17
C. Impacto de la violencia sexual en la salud y factores relacionados	18
D. Preocupaciones de víctimas de agresiones sexuales	21
E. Violencia Sexual en poblaciones específicas	22
1. Personas de Edad Avanzada	22
2. Personas con diversidad funcional	24
3. Población LGBTTQ	25
4. Inmigrantes sin documentos legales	27
5. Personas sin hogar	28
6. Hombres víctimas de agresión sexual	29
7. Residentes de zonas rurales/ aisladas	29
8. Personas trabajadoras del sexo	30
F. Trata Humana y Violencia Sexual	31
G. Violencia Sexual en escenarios educativos: Universidades / Escuelas	35
H. Violencia Sexual en situaciones de desastres	36
I. Agresión Sexual en el ámbito militar	38
J. Agresión Sexual en el sistema correccional	41
K. Personas que agreden sexualmente	41
L. Alternativas de pago para Evaluación Médico Forense	42
M. Compensación y Servicios a Víctimas y Testigos del Delito	43
N. Recursos / Información sobre violencia sexual	43

Capítulo III. INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL CON PERSONAS VICTIMAS DE AGRESIÓN SEXUAL 45
A. Introducción 45
B. Necesidades Biopsicosociales 46
C. Intervención en Crisis en Casos de Agresión Sexual 47
1. Características de un estado de crisis 47
2. Particularidades de la crisis por agresión sexual 47
3. Pasos en el manejo de la crisis 48
D. Abuso sexual en menores 50
1. Fases del Abuso sexual Infantil 50
2. Indicadores físicos y emocionales de abuso sexual en menores 51
3. Consideraciones del desarrollo y lingüística, por etapas 52
E. Violencia sexual en personas adultas 54
F. Objetivos de la intervención psicosocial 54

Capítulo IV. EVALUACIÓN DE SALUD Y FORENSE 56
A. Facilidad física 56
B. Profesionales responsables de la Evaluación Forense 58
C. Equipo Interdisciplinario Especializado - Roles y Responsabilidades 59
1. Personal área TRIAGE 59
2. Personal de admisiones 59
3. Personal de enfermería 59
4. Personal médico de Sala de Emergencia o Enfermera/o Forenses en Agresión Sexual (SANE) 60
5. Área de supervisión de enfermería de sala de emergencia 60
6. Trabajador/a Social 61
D. Enfermería forense en agresión sexual – SANE 61
E. Aspectos generales de la intervención forense 61
1. Información para víctimas de agresión sexual 61
2. Consentimiento escrito 62
3. Acompañamiento durante la evaluación 62
4. Atención a personas con necesidades específicas 62
5. Tiempo para la intervención 62
6. Equipo (KIT) de Recolección de Evidencia Forense 63
7. Formulario Forense 64
8. Información en expediente médico 65
9. Fotografías 66
10. Radiografías 67
F. Contenido de la Evaluación Médico - Forense 67
1. TRIAGE 68

2. Historial - de salud, social y forense 68
3. Documentación con Fotografías 70
4. Examen - físico y forense 71
5. Recolección de evidencia forense (KIT) 73
6. Toxicología - para evaluación sobre uso de drogas 81
7. Evaluación de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) 83
a. Pruebas de laboratorio para análisis en la facilidad de salud 84
b. Tratamiento para Prevención de ITS 86
1) Niñas/niños (prepuberales) 87
2) Hepatitis B 87
3) Virus de Papiloma Humano (VPH) 87
4) Atención y cuidado para víctimas de agresión sexual en riesgo de contraer VIH 87
5) Tratamiento Post Exposición con agentes antirretrovirales 88
8. Evaluación de Riesgo de Embarazo 91
9. Tratamiento Médico Curativo 94
G. Seguimiento médico en Casos de Agresión Sexual 94
H. Recolección de evidencia de persona sospechosa de la agresión sexual 96
I. Sistema de Monitoreo de Salud de Víctimas de Violencia Sexual atendidas en Salas de Emergencia 97

Capítulo V. EVALUACIÓN PEDIÁTRICA 98
A. Lugar para la evaluación médica a menores con sospecha de abuso sexual 99
B. Consentimiento / autorización para la atención médica y tratamiento 100
C. Respuesta inicial 102
D. Entrada al sistema de servicios de salud de menores con sospecha de abuso sexual 104
E. Documentación Escrita 109
F. Historial médico 112
G. Documentación con fotografías 118
H. Examen 123
I. Recolección de evidencia / Recopilación de pruebas 136
J. Abuso sexual facilitado mediante el uso de drogas y alcohol 149
K. Evaluación y cuidado de infecciones de transmisión sexual 154
L. Plan de alta y seguimiento 162

Capítulo VI. CENTROS DE SERVICIOS INTEGRADOS PARA MENORES VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL (CIMVAS) 168
A. Objetivos CIMVAS 168
B. Servicios de los CIMVAS 168

C. Personal en los CIMVAS 169
D. Distribución de CIMVAS por regiones 169
E. Procedimiento para referir a CIMVAS 170
F. Circunstancias para el examen médico-forense en CIMVAS o a través de Sala de Emergencia 172

Capítulo VII. ASPECTOS LEGALES Y PERITAJE 174
A. Delitos de Violencia Sexual 174
B. Proceso Legal 175
C. Órdenes de Protección para víctimas de agresión sexual, actos lascivos y acoso Sexual 176
D. Testimonio del/ de la Evaluador/a Forense 176

Capítulo VIII. PREVENCIÓN DE LA REVICTIMIZACIÓN 179

Capítulo IX. DERECHOS DE VÍCTIMAS / VICTIMAS DE AGRESIÓN SEXUAL 181

Capítulo X. PREVENCION DE LA VIOLENCIA SEXUAL 183
A. Fases de Prevención de la Violencia 183
B. Equipos de trabajo para responder y prevenir la violencia sexual 185
C. Actividades de Concienciación y Prevención de la Violencia Sexual 186
D. Prevención del Maltrato de menores (Abuso Sexual) 186

Capítulo XI. BIBLIOGRAFÍA 188

Apéndices 191
Apéndice #1 Diagrama para la atención a Víctimas de Agresión Sexual en facilidades de Salud 192
Apéndice #2 Flujograma de pacientes en la sala de emergencia 193
Apéndice #3 Pasos para la intervención social con víctimas de agresión sexual en Facilidades de salud 196
Apéndice #4 Algoritmo para la atención de salud y forense en casos de abuso sexual de menores 198
Apéndice #5 Drogas de diseño utilizadas para facilitar una agresión sexual 199
Apéndice #6 Síntomas de infecciones de transmisión sexual (ITS) 202
Apéndice #7 Diagrama para evaluación y tratamiento de posible exposición no Ocupacional al VIH 205
Apéndice #8 Servicios médicos para víctimas de agresión sexual a través del plan de salud del Gobierno de Puerto Rico 206

Apéndice #9 Servicios de Salud Mental - Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA) 215
Apéndice #10 Protocolo de Examen Médico-Forense a persona sospechosa de agresión sexual 223
Apéndice #11 Leyes y Reglamentos aplicables en casos de agresión sexual 225
Apéndice #12 Sinopsis de Leyes 226
Apéndice #13 Diagrama del Proceso Legal en Casos de Agresión Sexual 239
Apéndice #14 Manifestaciones de la Violencia Sexual 240
Apéndice #15 Enfermería Forense en Casos de Agresión Sexual (SANE) 242
Apéndice #16 Cernimiento para situaciones de Trata Humana 243
Apéndice #17 Diagrama para el Manejo de Agresión Sexual en Militares 244
Apéndice #18 Formularios 245
18-A Consentimiento para tratamiento de emergencia 246
18-B Consentimiento para administrar tratamiento de anticoncepción de emergencia 247
18-C Autorización para recolección y divulgación de evidencia e información (Paso 1) 248
18-D Información de la Agresión e Historial de la Víctima (Paso 2) del Kit de recolección de evidencia forense 249
18-E Informe Médico Hospitalario: Agresión Sexual (después de 7 días)... 250
18-F Instrucciones de alta después de examen forense por agresión sexual 255
18-G Solicitud de Compensación a Víctimas del Delito 256
18-H Formulario para la Investigación de Agente en Casos de Agresión Sexual 264

Apéndice #19 Directorio de servicios 267

Apéndice #20 Formulario de Querella Interagencial por Incumplimiento con el Protocolo de Intervención con Víctimas de Agresión Sexual en facilidades de salud 269
Apéndice #20 Hoja de Comentarios/Sugerencias 271

I. Introducción

A. PROPÓSITO DEL PROTOCOLO

El Departamento de Salud desarrolló el Protocolo de Intervención con Víctimas de Agresión Sexual en Facilidades de Salud, como guía para orientar a personal de salas de emergencia y facilidades de salud, entre otros, sobre los estándares y pasos a seguir en la intervención con las víctimas de agresiones sexuales. El mismo abarca diversas áreas que impactan a la víctima-victima tales como el aspecto psicosocial, el forense y el legal. Es una herramienta útil para guiar los procesos de intercesoría en las salas de emergencia de hospitales y centros de salud y para adiestrar a profesionales.

El Protocolo está dirigido a personal del área médica, de enfermería, trabajo social, psicología y áreas relacionadas con violencia sexual. Incluye información sobre los procedimientos a seguir, los formularios necesarios y legislación actualizada, entre otros. Además promueve la protección de los derechos de las víctimas y un servicio de óptima calidad, acorde con las exigencias de los organismos de licenciamiento y de control en la calidad del servicio federal y local.

El cumplimiento con este protocolo es mandatorio para las facilidades de salud. Este es uno de los protocolos que el personal que labora en salas de emergencia de hospitales y centros de salud de Puerto Rico está obligado a cumplir, según se establece en el Reglamento para el licenciamiento, operación y mantenimiento de los Hospitales de Puerto Rico (Reglamento 117-2004) y el Reglamento para la construcción, operación, mantenimiento y licenciamiento de Facilidades de Salud (Reglamento 99-1999). Los hospitales y facilidades de salud tomarán las medidas necesarias para responder a las instrucciones indicadas. Será responsabilidad de los hospitales y facilidades de salud, identificar y designar el personal para atender a las personas víctimas de agresión sexual que lleguen a su facilidad en busca de servicios médico-forenses.

La Secretaría Auxiliar de Reglamentación y Acreditación de Facilidades de Salud (SARAFS) y el Centro de Ayuda a Víctimas de Violación (CAVV) son los organismos del Departamento de Salud designados a garantizar el cumplimiento con este Protocolo y los aspectos de intervención establecidos en el mismo. El incumplimiento con este protocolo está sujeto a multas administrativas y/o penalidades, según se establece e los Reglamentos antes mencionados. El CAVV atenderá toda notificación de incumplimiento con este protocolo, investigará las alegaciones y notificará resultados a la SARAFS.

B. BASE LEGAL

La aplicación del Protocolo de Intervención con Víctimas de Agresión Sexual, está contemplada en el Capítulo XXI, Artículo 7, del Reglamento 117 de 2004, para el Licenciamiento, Operación y Mantenimiento de los Hospitales de Puerto Rico. El cumplimiento con dicho reglamento es obligación de todas las facilidades de salud

licenciadas por el Departamento de Salud. A continuación se mencionan varias leyes, reglamentos y órdenes administrativas, que constituyen la base legal de este protocolo.

1. **Ley 81 del 14 de marzo de 1912, según enmendada** - Ley Orgánica del Departamento de Salud.

2. **Ley 101 del 26 de junio de 1965, según enmendada** – Ley de Facilidades de Salud.

3. **Ley COBRA** (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act of 1985 / Public Law 99-272, April 7, 1986, 100 Stat. 82), **Artículo EMTALA** (Emergency Medical Treatment and Labor Act) – establece procedimientos de emergencia y de transferencia de pacientes.

4. **Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico** (Health Insurance Portability and Accountability Act, **HIPAA** por sus siglas en inglés) de 1996.

5. **Ley 146 del 7 de agosto de 2012, según enmendada**-Código Penal de Puerto Rico.

6. **Ley 246 del 16 de diciembre de 2011, según enmendada**- Ley para la Seguridad, Bienestar y Protección de Menores.

7. **Ley 54 del 15 de agosto de 1989, según enmendada**-Ley para la Prevención e Intervención con la Violencia Doméstica.

8. **Ley 158 del 24 de diciembre de 2013, según enmendada** - Ley Habilitadora de los Centros de Servicios Integrados para Menores Víctimas de Abuso Sexual (CIMVAS).

9. **Ley 148 del 15 de septiembre de 2015**- Ley para la Protección de Víctimas de Violencia Sexual (órdenes de protección).

10. **Ley Núm. 8 del 6 de febrero de 2015** - Ley de Asistencia a Inmigrantes Víctimas de Trata Humana.

11. **Ley Núm. 34 del 21 de enero de 2018** - para enmendar "Código Penal de Puerto Rico", y establecer la <u>no prescripción</u> para los delitos de incesto, agresión sexual, actos lascivos, trata humana, secuestro agravado, la utilización de un menor para pornografía infantil, el proxenetismo, rufianismo y comercio de personas agravado, cuando la víctima sea un menor de dieciocho (18) años de edad y el acusado haya sido mayor de dieciocho (18) años de edad al momento de la comisión del delito

12. **Ley 266 del 9 de septiembre de 2004, según enmendada** - Registro de Personas Convictas por Delitos Sexuales y Abuso Contra Menores.

13. **Ley 194 del 5 de agosto de 2000** - Carta de derechos y responsabilidades del paciente, según enmendada.

14. **Ley Núm. 72 de 7 de septiembre de 1993, según enmendada**, "Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico".

15. **Ley 408 del 2 de octubre de 2000, según enmendada**-Ley de Salud Mental de PR, según enmendada.

16. **Ley Núm. 17 del 22 de abril de 1988** - Ley para prohibir el hostigamiento sexual en el empleo.

17. **Ley Núm. 3 del 4 de enero de 1998** - Ley para prohibir el hostigamiento sexual en las instituciones de enseñanza.

18. **Ley 112 del 12 de septiembre de 2017**- Ley de Comité Interagencial para adiestrar personal del Departamento de Educación sobre abuso sexual.

19. **Ley 75 del 23 de julio de 2007**- Ley para ofrecer talleres educativos en todos los niveles del sistema para prevenir abuso sexual infantil.

20. **Orden Administrativa 214 del 15 de noviembre de 2006** – para el cumplimiento de los Protocolos de Agresión Sexual y Violencia Doméstica, entrega de registros mensuales de casos y proceso de auditoría de expedientes de AS y VD.

21. **Orden Administrativa 246 del 23 de diciembre de 2008**- instrucciones para Profilaxis Post Exposición Percutánea al VIH de niños/as y Protocolo Post Exposición al VIH no ocupacional para adultos.

22. **Orden Administrativa 342 del 7 de octubre de 2015**- para ordenar a las facilidades de salud atender con prioridad a menores bajo la custodia del Departamento de la Familia y establecer procedimientos para prevenir el maltrato de menores.

23. **Orden Administrativa #395, del 10 de septiembre de 2018**- Política pública del Secretario de Salud de Puerto Rico para la no discriminación contra pacientes por su identidad de género u orientación sexual real o percibida al solicitar servicios de salud.

24. **Orden Ejecutiva 2015-028 del 10 de agosto de 2015** – ordena a instituciones médico-hospitalarias cumplir no discriminar con paciente transexual o transgénero que acuda a recibir atención en una emergencia médica.

25. **R.C. del S # 2471 del 30 de mayo de 1976** – creación del Centro de Ayuda a Víctimas de Violación.

26. **Reglamento #99 del 7 de noviembre de 1999**- Reglamento General de operaciones de facilidades de salud.

27. **Reglamento#117 del 21 de diciembre de 2004**- Reglamento del Secretario de Salud para el Licenciamiento, Operación y Mantenimiento de los Hospitales en el Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

C. CENTRO DE AYUDA A VÍCTIMAS DE VIOLACIÓN

El Centro de Ayuda a Víctimas de Violación (CAVV) se crea para atender las necesidades de las víctimas de agresiones sexuales mediante la Resolución Conjunta # 2471, del 30 de mayo de 1976, la cual le otorga las siguientes encomiendas:

- Proveer servicios de prevención, tratamiento y rehabilitación a víctimas de violación en colaboración con la Comisión para el Mejoramiento de los Derechos de la Mujer (actual Oficina de la Procuradora de las Mujeres).
- Proveer servicios médicos y psicológicos inmediatos.
- Establecer campañas de seguridad y prevención de la violación que eduquen al público para modificar actitudes de la ciudadanía frente a las víctimas.
- Recopilar datos de utilidad para propuestas y reformas legales.

El Centro de Ayuda a Víctimas de Violación (mejor conocido por sus siglas CAVV) es un programa de la Secretaría Auxiliar de Salud Familiar, Servicios Integrados y Promoción de la salud del Departamento de Salud. Las funciones del Departamento de Salud son normativas (reguladoras) y operacionales (de acción). El CAVV tiene la **misión** de prestar servicios médicos y psicosociales de inmediato a víctimas de agresión sexual a través del Centro, Hospitales y Centros de Salud; Interceder para obtener los servicios de agencias de gobierno y organizaciones comunitarias que requieran las víctimas; Educar a la comunidad en general para evitar la re victimización y; promover la prevención de la violencia sexual.

El CAVV ofrece **servicios** a víctimas de agresiones sexuales, sus familiares y redes de apoyo que incluyen: orientación, intervención en crisis, terapia psicológica individual y grupal, intercesoría de servicios médicos, legales y sociales, coordinación de servicios de evaluación médico-forense, detección y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual y prevención de embarazo, coordinación de servicios a nivel interagencial y comunitario a tono con las necesidades de las víctimas, consejería de apoyo. Se atiende a toda persona de cualquier edad, orientación sexual, religión u origen nacional que solicite los servicios; ya sea referida a través de un Hospital, de alguna agencia, de la Línea de Emergencia en el CAVV o auto referida. El CAVV también distribuye el equipo para la recolección de evidencia de médico – forense en casos de agresión sexual ("rape kits") a los hospitales de la Isla, ofrece consultoría y adiestramientos a profesionales y educación a la comunidad y, coordina campañas de prevención y concienciación sobre la violencia sexual. También coordina equipos de prevención y respuesta interagenciales e interdisciplinarios (Interagencial CAVV – Isla y COPPAS).

Mediante la Ley 158 del 24 de diciembre de 2013, Ley Habilitadora de los Centros de Servicios Integrados para Menores Víctimas de Abuso Sexual (CIMVAS), se delegó al Departamento de Salud – CAVV, la responsabilidad de desarrollar dos (2) centros en las regiones de Mayagüez y Fajardo. Estos centros, funcionan de acuerdo a los estándares del modelo de "Child Advocacy Centers" y atienden situaciones de menores con alegaciones o sospecha de abuso sexual con servicios de: evaluación médico-forense, entrevista forense y servicios psicológicos de una manera interagencial e interdisciplinaria.

Para consultoría, dudas, preguntas o comentarios con relación a este protocolo y/o el manejo e intervención con víctimas de agresión sexual, puede comunicarse a la Línea de Ayuda 24/7 del CAVV **787-765-2285** o a las oficinas ubicadas en:

- San Juan: 787-765-2929 ext. 5940 / 756-0910,
- Arecibo: 765-2929 ext. 6355,
- Caguas: 787-765-2929 ext. 5598
- Fajardo: 787-765-2929 ext. 6390,
- Mayagüez: 787-765-2929 ext. 5761
- Ponce: 290-3636.

II. Aspectos generales relacionados con la Violencia Sexual

A. DEFINICIÓN DE VIOLENCIA SEXUAL

La violencia sexual es un problema de salud pública que afecta física, emocional y socialmente el bienestar integral de la persona, su sistema de apoyo y su comunidad, a corto y a largo plazo. Una persona agredida se puede afectar de diversas maneras, en su salud física, su estado emocional, su sentido de seguridad, entre otros. El impacto de la agresión afecta también a la red de apoyo de las víctimas y, por ende, a la comunidad en general.

La Organización Mundial de la Salud define la **violencia sexual** como:

> *"Todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseadas, las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo."* (OMS, 2011).

Puede existir violencia sexual entre miembros de una misma familia y personas de confianza, y entre conocidos y extraños. La violencia sexual puede tener lugar a lo largo de todo el ciclo vital, desde la infancia hasta la vejez, e incluye a mujeres y hombres, ambos como víctimas y agresores. Aunque afecta a ambos sexos, con más frecuencia es llevada a cabo por hombres contra niñas y mujeres (OMS, 2011).

La violencia sexual es un crimen. El artículo 130 de la Ley 146 de 2012, según enmendada, (Código Penal de Puerto Rico), define el delito de **Agresión Sexual** y establece lo siguiente:

> *"Toda persona que lleve a cabo, o que provoque que otra persona lleve a cabo, un acto urogenital o una penetración sexual vaginal o anal ya sea ésta genital, digital, o instrumental, en cualquiera de las circunstancias mencionadas, será sancionada con pena de reclusión por un término fijo de cincuenta (50) años."*

Entre las circunstancias mencionadas se incluyen: que la víctima al momento del hecho no ha cumplido dieciséis (16) años de edad, que por enfermedad o incapacidad mental, temporal o permanente, la víctima esté incapacitada para comprender la naturaleza del acto en el momento de su realización, que la víctima sea compelida al acto mediante el empleo de fuerza física, violencia, intimidación o amenaza de grave e inmediato daño corporal, entre otras. El Código Penal de Puerto Rico, 2012 también define los delitos de **incesto** (Artículo 131), **actos lascivos** (Artículo 133) y **acoso sexual** (Artículo 135). Los delitos de agresión sexual, incesto y actos lascivos prescriben a los 20 de años en el caso de personas adultas. En

el caso de menores de 18 años no prescriben. (Ver definición completa en el apéndice # 15-Sinopsis de Leyes).

Por otro lado, la Ley para la Prevención e Intervención con la Violencia Doméstica (Ley 54 del 15 de agosto de 1989), define el delito de **Agresión Sexual Conyugal**, en el artículo 3.5. explica que comete este delito toda persona que incurra en una relación sexual no consentida con su cónyuge o ex cónyuge, o con la persona con quien cohabite o haya cohabitado, o con quien sostuviere o haya sostenido una relación consensual, o la persona con quien haya procreado hijo o hija.

La violencia sexual también se puede observar en situaciones de trata humana, trata de personas y tráfico humano. En estos casos la población más afectada son menores de edad y mujeres. La literatura sobre el tema plantea que en todos los países se encuentran estos delitos, ya sea como sede de origen, de tránsito o de destino, o las tres simultáneamente. Investigaciones realizadas han evidenciado la existencia de trata organizada de personas en la región del Caribe y una estructura de explotación infantil, desde las instancias de pornografía infantil cibernética hasta situaciones extremas como la explotación sexual, en torno a los puntos de drogas, prostitución infantil y explotación laboral infantil. La prostitución podría estar encubriendo inclusive a menores de edad y mujeres explotadas como parte de ese tráfico humano. Otras expresiones de esa explotación, que puede incluir menores, son: la explotación en el servicio doméstico de inmigrantes extranjeras, donde las víctimas no se atrevían a hacer las denuncias y por ende se mantenían en una relación opresiva y servil por tiempos indefinidos, los casos de incesto entre parientes consanguíneos y entre hogares sustitutos y los casos de padres biológicos que abusan de sus hijos en trabajos sexuales, prostituyéndolos y maltratándolas física y mentalmente.

En Puerto Rico, el Artículo 160 del Código Penal de 2012, según enmendado por la Ley 246 de diciembre 2014, define el delito de **Trata Humana** de la siguiente manera:

> *Artículo 160- Trata humana*
>
> *Toda persona que mediante la captación, el transporte, el traslado, la acogida o recepción de personas y que recurriendo al uso de la fuerza, amenaza, coacción, secuestro, fraude, engaño, abuso de poder, u otras situaciones de vulnerabilidad, ofrezca o reciba la concesión o recepción de pagos o beneficios con el fin de obtener el consentimiento de una persona que tenga autoridad sobre otra para que ésta ejerza la mendicidad, cualquier clase de explotación sexual, pornografía, trabajo o servicio forzado, servidumbre por deudas, matrimonio servil, adopción irregular, esclavitud o sus prácticas análogas, la servidumbre o extracción de órganos, aun con el consentimiento de la víctima, será sancionada con pena de reclusión por un término fijo de quince (15) años. Cuando la persona que comete el acto fuere el padre o madre, encargado o tutor legal de la víctima menor de edad será sancionada con pena de reclusión por un término fijo de veinte (20) años."*

En la Ley 246-2011, según enmendada, conocida como "Ley para la Seguridad, Bienestar y Protección de Menores", se incluyó la "trata humana", en cualesquiera de sus modalidades, como una de los formas de maltrato de menores y de maltrato institucional. El Artículo #3 de la Ley 246-2011, define Trata Humana como:

> *"aquella conducta que incurra en la captación, el transporte, el traslado, la acogida o la recepción de personas, recurriendo a la amenaza o al uso de la fuerza u otras formas de coacción, al rapto, al fraude, al engaño, al abuso de poder o de una situación de vulnerabilidad o a la concesión o recepción de pagos o beneficios para obtener el consentimiento de una persona que tenga autoridad sobre otra, con fines de explotación. Esa explotación incluirá, como mínimo, la explotación de la prostitución ajena u otras formas de explotación sexual, los trabajos o servicios forzados, la esclavitud o las prácticas análogas a la esclavitud, la servidumbre o la extracción de órganos, según definida en el inciso (r) de este Artículo".*

La trata humana se manifiesta de forma dramática en el caso de inmigrantes sin documentos legales. Esta población tiende a ser víctima del tráfico humano debido a su estado vulnerable al no tener su estatus migratorio definido. La Ley Núm. 8 del 6 de febrero de 2015, Ley de Asistencia a Inmigrantes Víctimas de Trata Humana, fue aprobada con el propósito fundamental de ofrecer asistencia a inmigrantes sin documentos legales, víctimas de trata humana, en el proceso de solicitar y obtener la regulación de su estatus migratorio al amparo de la Visa T establecida por la ley federal 106-386, según enmendada, conocida como "Victims of Trafficking and Violence Protection Act of 2000".

B. DATOS ESTADÍSTICOS SOBRE VIOLENCIA SEXUAL

El Centro para el Control de Enfermedades de Atlanta (CDC, por sus siglas en inglés) estima que una de cada tres cinco mujeres es víctima de agresión sexual en algún momento en su vida y 2.4 % de los hombres (NISVS, 2015).[1]

En Puerto Rico se mantiene un sistema continuo de vigilancia epidemiológica telefónica adscrito a la Oficina de Epidemiología e Investigación del Departamento de Salud de Puerto Rico, en colaboración con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), llamado "Behavioral Risk Factor Surveillance System" (PR-BRFSS). Este sistema utiliza un cuestionario estandarizado para determinar la distribución de las conductas de riesgo y prácticas de salud entre personas adultas mayores de 18 años en Puerto Rico. A partir del 2005 la encuesta incluyó el módulo de violencia sexual.

En 2016 el PR-BRFSS identificó un estimado poblacional de 5,938 personas víctimas de agresión sexual en el periodo de un año en Puerto Rico. Además reportó que alrededor de 68,000 personas habían sido víctimas de agresión sexual en algún momento en sus vidas.

---

[1] Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control, Division of Violence Prevention

En el 2017 el estimado poblacional de estudiantes entre los niveles de noveno a duodécimo grado que han sido víctimas de agresión sexual es de 14,000, 5,000 de ellos durante una cita. YRBSS-PR, 2017).

En el 2017, la Policía de Puerto Rico informó un total de 919 querellas de violencia sexual (violación, sodomía, agresión sexual conyugal, actos lascivos e incesto). La mayor parte de las acusaciones fueron por actos lascivos seguidas de violación y violación técnica. A pesar de que esta es una cantidad alarmante, hay que tomar en cuenta el hecho de que la VS es uno de los crímenes menos reportados, esto debido a la naturaleza de los hechos, implicaciones y estigma que tienen estos eventos en las(os) victimas.

La tasa de VS en PR es de 32 víctimas por cada 100,000 habitantes, de personas que reportaron el delito a la Policía de PR (2017).

El Centro de Ayuda a Víctimas de Violación (CAVV) también mantiene un sistema de vigilancia pasiva de los casos de VS y doméstica atendidos en las salas de emergencia del país. Durante el año 2017, la distribución de los casos de violencia sexual, por tipología de delito, fue la siguiente: 34% por agresión sexual, 41% actos lascivos, 13% incesto y 12% otros. El 85% de las personas que recibieron servicios en las salas de emergencia tenían 17 años o menos y el rango de edad predominante eran menores entre las edades de 10 a 14 años. Además, el 86% de los casos evaluados fueron mujeres.

Los datos reflejan que la violencia sexual representa un problema de salud pública que impacta directamente a nuestra sociedad. Al menos 2 menores víctimas de VS reciben servicios de salud en una sala de emergencia en PR diariamente. La mayoría de los agresores son familiares o personas conocidas y la mayoría de las víctimas están entre las edades de 10 a 14 años de edad y son mujeres.

C. IMPACTO DE LA VIOLENCIA SEXUAL EN LA SALUD Y FACTORES RELACIONADOS

La violencia sexual impacta física, emocional y socialmente el bienestar integral de la persona, su sistema de apoyo y su comunidad, a corto y a largo plazo. Además del impacto en la víctima, la agresión afecta también a su red de apoyo y, por ende, a la comunidad en general. Se estima que la agresión sexual es el crimen más costoso para el Estado. Según estudios realizados en Estados Unidos (EE. UU.) el costo promedio de cada violación es de $151,423 sumando un costo anual de 127 billones de dólares, incluyendo costos directos e indirectos (DeLisi, M;Kosloski, M; Sween, M; Hachmeister, E; Moore, M; Drury, A. (2010).

Entre los efectos de la violencia, descritos ampliamente en la literatura, se señalan los siguientes:

- Infecciones de transmisión sexual
- Dolores crónicos de origen desconocido
- Dificultades interpersonales
- Suicidio o intento de suicidio
- Homicidio
- Abuso de sustancias controladas / drogas
- Alcoholismo

- Deserción escolar
- Pérdidas laborales
- Depresión, Ansiedad, Trastorno de Estrés Post-traumático
- Múltiples visitas a servicios de emergencia y servicios ambulatorios
- Internalización y validación de la violencia como parte de un estilo de vida
- Embarazos no deseados

Estudios relacionados con experiencias adversas en la niñez reflejan que estas pueden afectar a más del 60 % de las personas y contribuir significativamente a efectos negativos en su salud mental y física e incidir en condiciones crónicas y en las principales casas de muerte (Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, et al. 1998). Las experiencias infantiles adversas incluyen: abuso emocional, abuso físico, abuso sexual, negligencia emocional, negligencia física, presenciar maltrato violento a la madre, abuso de sustancias en el hogar, enfermedades mentales en el hogar, y encarcelamiento de un integrante del hogar. Lo que sucede en las diferentes etapas de la vida se ve influenciado por las experiencias y eventos previos y puede influir en la salud a lo largo de toda la vida. El desarrollo saludable del cerebro puede verse interrumpido o perjudicado por una respuesta prolongada y patológica al estrés, con consecuencias significativas y para toda la vida en el aprendizaje, la conducta, la salud y el funcionamiento de la persona durante su vida adulta. (Shonkoff J.P. & Garner A.S., 2014). Existen tres áreas del cerebro que se ven afectadas durante la experimentación de un evento traumático. Estas áreas son la amígdala, la corteza pre- frontal y el hipocampo. (Shin, Rauch y Pitman, 2009). Los conocimientos sobre el desarrollo saludable del cerebro y el efecto, positivo o negativo, que tiene el entorno de la niñez en ese proceso han avanzado enormemente en los últimos años. Diversos sistemas (social/ conductual, neuroendocrino e incluso genético) sufren los embates de las experiencias tempranas e interactúan entre sí durante el desarrollo. La capacidad de una persona para superar con éxito las experiencias negativas del trauma depende de numerosos factores relacionados con la compleja interacción entre estos sistemas. Sin embargo, las experiencias adversas y otros traumas durante la niñez no dictaminan el futuro de las personas necesariamente. Las personas sobreviven y hasta prosperan pese a los traumas vividos. Las experiencias adversas están en ocasiones neutralizadas por factores de protección. La experiencia conjunta de hechos adversos y factores de protección ofrece la posibilidad de promover la resiliencia.

Experiencias de agresión sexual y posibles psicopatologías

Si bien no se ha logrado establecer una relación directa entre agresión sexual y algún tipo particular de psicopatología, se han encontrado correlaciones positivas entre dicho antecedente y determinados cuadros de morbilidad psiquiátrica. Por ejemplo, se ha reportado que existiría una relación manifiesta entre agresión sexual en la infancia y el desarrollo de episodios depresivos en la vida adulta (Weiss, Longhurst & Mazure, 1999). También se ha encontrado que pacientes diagnosticados con trastorno bipolar y que

sufrieron agresiones sexuales en la infancia o adolescencia habían presentado un inicio precoz del trastorno, un curso más grave, mayor comorbilidad y una incidencia superior de intentos de suicidio. Post (2004) constató, en una muestra de pacientes bipolares, que el tiempo sin tratamiento era significativamente mayor entre quienes referían historia de traumatización sexual, en comparación con quienes no referían dicho antecedente. Este autor plantea que la agresión sexual es un factor pronóstico que debe ser activamente identificado de manera de intervenir más pronto, con el fin de evitar un curso adverso, esto es, mayor gravedad del cuadro, mayor número de intentos de suicidio, mayor comorbilidad y pérdida paulatina del apoyo social. Esto podría apoyar nuestras observaciones respecto a que la psicoterapia aparece como la indicación principal en pacientes con un trastorno del estado de ánimo y que presentan historia de trauma temprano (Becar, Guadalupe & Ibaceta, 2006). Una relación significativa se ha encontrado también con el desarrollo de trastornos de ansiedad, particularmente con el trastorno por estrés postraumático (TEPT). En una revisión Marty y Carvajal (2005) encuentran que el TEPT ocurre más frecuentemente en personas que han experimentado victimización sexual durante su infancia. Las agresiones sexuales en la infancia aumentarían el riesgo de desarrollar un TEPT, en la medida que la exposición temprana a situaciones traumáticas (estresantes) de ese tipo podrían implicar cambios a largo plazo y persistentes en la neurobiología involucrada en la respuesta al estrés, de manera que aquello significaría una vulnerabilidad para el desarrollo de TEPT. Por otra parte, se ha descrito una importante relación entre traumatizaciones sexuales tempranas y el desarrollo de trastorno de personalidad, especialmente "borderline". En este grupo de pacientes se encuentra una alta frecuencia de abuso sexual en su biografía, comparados con otros grupos de personas sin dicho trastorno (Jerez, 1997; Herman, 1989, en Vitriol, 2005). Se ha señalado también una fuerte relación con trastornos de la alimentación, particularmente bulimia (Behar, 2000); con las autoagresiones, consideradas como un síndrome específico (Nader & Boehme, 2003) y con los cuadros de somatización. En particular, en población femenina nacional, Florenzano et al. (2002) encontraron una relación significativa aunque inespecífica entre cuadros de somatización y antecedentes de trauma infantil, incluida la agresión sexual. Aun así, no es posible establecer que la agresión sexual sea un factor etiológico único y específico en el desarrollo de los cuadros mencionados. Tampoco se puede establecer que los efectos de la agresión sexual deriven en un síndrome único y homogéneo. La atención de las necesidades de salud física y mental de las víctimas de agresiones sexuales es de primordial importancia para apoyar su **proceso de recuperación** y prevenir el desarrollo de patologías secundarias de impacto negativo en el bienestar de la persona. Varios factores influyen en el impacto de la agresión sexual y la reacciones de la víctima / victima ante el evento de agresión. Estos son:

1. Tipo de agresión: físico, emocional, sexual.
2. Relación con el agresor: extraño, conocido, familiar, pareja.
3. Intensidad del riesgo en la agresión: miedo a perder la vida, agresiones múltiples.
4. Duración de la agresión: horas, días, años.

5. Patrón de la agresión: repentino, repetitivo.
6. Auto percepción de la víctima de la agresión: culpable, impotente,

Consecuencias / Reacciones Posteriores a un Evento de Agresión Sexual

dolores por laceraciones y/o golpes recibidos durante el ataque en áreas pélvicas y/o abdominales, sudor, debilidad, temblores, escalofríos, decaimiento, insomnio, pérdida de apetito, pesadillas, alteración en los patrones de alimentación y excreción, hipertensión, desconfianza, temor a salir, miedo al agresor y a hablar del evento, ansiedad, sentimientos de culpa y depresión.

D. PREOCUPACIONES DE VICTIMAS DE AGRESIONES SEXUALES

La persona que es agredida sexualmente, sea adulta o menor, presentará dudas, preguntas y preocupaciones debido a la situación que está confrontando. Al ofrecer servicios a esta población es importante apoyar y procurar identificar las mismas y ofrecer la información y servicios necesarios.

1. Preocupaciones principales de la víctima adulta:

a) Temor a que la persona agresora regrese.
b) Temor ante la reacción de la familia o redes de apoyo.
c) Infecciones de transmisión sexual: VIH, Herpes, Hepatitis y otras.
d) Evaluación forense.
e) Embarazo.
f) Dificultad de relacionarse con otras personas y confiar.
g) Necesidades de procesar y ventilar sus sentimientos de coraje, terror y/o vergüenza.
h) Radicación de querella en la Policía, proceso judicial.
i) Procesar la experiencia.
j) Si el agresor es un familiar o es su pareja puede presentar ambivalencia a presentar cargos, inseguridad sobre su capacidad de supervivencia, necesidad de albergue, seguridad física personal y de sus hijos e hijas.
k) Confidencialidad.
l) Cobertura que realizan los medios de comunicación a delitos de agresión sexual.
m) Conflicto de lealtades- pérdida de relación afectiva con el agresor o familiar.
n) Presión de pares.
o) Proceso legal judicial.
p) Sexualidad.
q) Sistema de apoyo significativo o familiar.
r) Sentimientos de aislamiento
s) Credibilidad.
t) Crisis familiar

2. **<u>Preocupaciones principales en menores víctimas de abuso sexual</u>**:

a) Remoción del hogar
b) Remoción de su ambiente (vecindario, escuela)
c) Culpabilidad
d) Miedo
e) Hablar del abuso
f) Encontrar personas en quien confiar
g) Evaluación forense
h) Testificar en corte
i) Pérdida de amistades y familiares
j) Sanar las heridas físicas y/o genitales
k) Credibilidad
l) Cumplimiento de amenazas por parte del agresor
m) Castigo

E. VIOLENCIA SEXUAL EN POBLACIONES ESPECIFICAS

Cualquier persona puede ser agredida sexualmente. El personal de las facilidades de salud, agencias gubernamentales y organizaciones, realizará las acciones necesarias para brindar **todos los servicios** y la atención requerida **a todas las** víctimas de agresión sexual. Según establecido en el Artículo II de la Constitución de Puerto Rico, la dignidad del ser humano es inviolable y no podrá establecerse discrimen alguno por motivo de raza, color, sexo, nacimiento, origen o condición social, ideas políticas o religiosas, orientación sexual e identidad de género.

Algunas personas viven circunstancias que les dificultan acceder a los servicios necesarios. Otras personas viven situaciones que les hacen vulnerables a la violencia sexual. En toda instancia, el manejo de situaciones de violencia sexual será sensible y culturalmente apropiado a la realidad y circunstancias particulares de cada persona, afectada. Poblaciones específicas como las personas de edad avanzada, personas con impedimentos, personas sin hogar, menores y adolescentes, personas que viven en zonas rurales o en condiciones de extrema pobreza, trabajadoras/es sexuales, personas de la comunidad LGBTT (lesbianas, homosexuales, bisexuales, transexuales y transgénero) entre otros, en muchas ocasiones no acuden a los centros de servicios de evaluación médica-forense y no buscan ayuda. Entre las razones están el desconocimiento de sus derechos, no saber dónde y cómo acceder los servicios necesarios, miedo o temor a denunciar la persona agresora, desconocimiento de que son víctimas de violencia sexual y malos tratos de profesionales.

A continuación se ofrecen recomendaciones para evaluar y realizar una intervención adecuada con víctimas de agresión sexual en poblaciones específicas.

1. **Personas de Edad Avanzada** (60 años o más)

La violencia sexual en la etapa tardía de la vida viene de personas que establecen relaciones especiales y de confianza con esta población. Frecuentemente estas personas son sus cuidadores, sus parejas, sus compañeros de residencia o miembros de su familia, incluso los

hijos adultos. La mayoría de las personas de edad avanzada identificadas como víctimas de violencia sexual son mujeres (Burgess, Ramsey-Klawsnik, & Gregorian, 2008). En términos psicosociales la pérdida de audición y/o visión le hacen más vulnerables a no percibir la entrada de un extraño y a experimentar mayor temor.

Las personas de edad avanzada pueden enfrentar varios obstáculos que dificultan la denuncia de actos de violencia sexual. Entre estos:

a) El estigma social relacionado con hablar de actividades sexuales o de la violencia sexual que suele ser mayor en etapas tardías de la vida.
b) Enfermedades incapacitantes que interfieren con la posibilidad de revelar o denunciar los hechos.
c) Temor de sufrir mayores daños por parte del perpetrador del hecho.
d) Renuencia a denunciar la situación porque la persona que le agrede sexualmente es un miembro de la familia o una persona a cargo de su cuido.
e) La interpretación errónea, por parte de otras personas, que puedan pensar que se trata de problemas de demencia o falta de memoria relacionadas con la edad.
f) La consideración de las lesiones y marcas físicas como marcas "normales" en el cuerpo de una persona de edad avanzada (Burgess & Clements, 2006).

Algunos signos de posible violencia sexual en esta población son:

- Lesiones genitales, marcas de mordeduras humanas, huellas de heridas o moretones en muslos, nalgas, mamas, rostro, cuello y otras zonas.
- Infecciones de transmisión sexual (ITS), VIH/SIDA.
- Temor, ansiedad, agitación, desconfianza o cambios importantes en el comportamiento.
- Dificultades en dormir, incontinencia, falta de apetito o dificultades en recordar cosas que antes podía recordar.
- Denuncia o revelación de actos de violencia sexual por parte de testigos presenciales.
- Observación por parte de terceros del comportamiento sospechoso del perpetrador de actos violentos (Ramsey-Klawsnik, 2010).

Cabe mencionar que estos signos también pueden deberse a otros problemas de salud. Si la persona de edad avanzada tiene una capacidad limitada, puede haber dificultad para obtener datos o detalles de la agresión sexual; por ello cual la recolección de evidencia forense será fundamental. Durante el examen pélvico se deben utilizar instrumentos apropiados a los cambios hormonales y fisiológicos que pueda presentar la persona; por ejemplo, utilizar un espéculo más delgado o limitarse al uso de los hisopos (swabs), para evitar re victimización. El personal evaluador no debe realizar el examen médico forense sin obtener el consentimiento de la persona afectada. Si la agresión sexual ocurre en una institución de cuido, se informará al Departamento de la Familia; que ofrece servicios de protección a personas de 60 años o más, para que realice la investigación sobre maltrato institucional. Cuando la persona es independiente, su principal preocupación puede ser la pérdida de independencia, si es reubicada en un hogar de cuido. La consejería con los

familiares debe focalizarse en aumentar la seguridad, sin menoscabar el sentido de independencia y sentido de autonomía de la víctima.

2. Personas con diversidad funcional

Las personas con diversidad funcional pueden ser victimizadas por cuidadores, familiares o amistades y por proveedores de servicios. La Ley ADA (American with Disabilities Act) de 1990 define la diversidad funcional como un impedimento físico o mental que limita sustancialmente a la persona en una o más de las actividades de la vida diaria tales como: trabajar, caminar, escuchar, ver o la limitación de valerse por sí misma. La Ley ADA es una ley federal de derechos civiles que **prohíbe** la discriminación de personas con diversidad funcional en base a sus limitaciones. Si una persona con diversidad funcional es víctima de una agresión sexual se le trasladará a la facilidad de salud de su región para llevar a cabo la evaluación de salud y forense que corresponde y todos los procesos de orientación, consultoría y coordinación de servicios. Si la agresión sexual ocurre en una institución de cuido, se informará al Departamento de la Familia, para que realice la investigación que corresponde sobre maltrato institucional.

a) **Personas con diversidad funcional física-** que afectan su movilidad, visión, audición, entre otros. En casos en que la víctima sea audio impedida, se requiere ofrecer una atención sensible a sus necesidades. Algunas recomendaciones son:

- Preguntar a la víctima si desea un intérprete.
- Escribir las palabras que la víctima parece no entender durante la entrevista.
- Contar con un teléfono que pueda enviar texto para que la persona pueda realizar llamadas.
- Manejar adecuadamente la frustración, mirar a la víctima directamente a los ojos y mostrar serenidad durante la entrevista.

- Con personas ciegas se recomienda:
  - orientarle sobre el lugar y los procedimientos que llevarán a cabo.
  - explicarle qué se va a hacer y cómo, antes de tocarle.
  - ofrecerle su brazo para guiarle, al moverse de una habitación a otra.
  - informarle de los obstáculos en el camino, como sillas, camillas, etc.
  - informarle siempre cuando va a abandonar la habitación.

Personas con deficiencias en el Desarrollo –personas con una condición severa crónica atribuible a un deterioro mental o físico o una combinación de impedimentos mentales y físicos; que se manifiesta antes de que la persona alcanza la edad de 22 años y es probable que continúe indefinidamente; que resulta en limitaciones funcionales sustanciales en 3 o más de las siguientes áreas: cuidado personal, lenguaje, aprendizaje, movilidad, auto-dirección, vida independiente, autosuficiencia económica y que necesitan servicios especiales, ayudas individuales u otras formas de asistencia También incluye personas que, desde el nacimiento hasta la edad de 9, tienen un considerable retraso del desarrollo, una condición congénita o adquirida, sin tienen 3 o más de los criterios descritos anteriormente. (Ley Federal 106-402 de octubre 2000).

Según el DSM 5 los trastornos del Trastornos del neurodesarrollo es un grupo de trastornos que tienen su origen en el periodo de desarrollo. Se caracterizan por déficits en el desarrollo que producen limitaciones en áreas específicas o limitaciones globales.

Estos déficits producen dificultades/limitaciones en lo personal, social, académico o en el funcionamiento ocupacional. Entre los trastornos del neurodesarrollo se encuentran la discapacidad intelectual, el Trastorno del Espectro Autista, Déficit de atención con hiperactividad, trastornos motores, de la comunicación, alimentarios y específicos del aprendizaje. Con esta población es importante evaluar su capacidad cognitiva al realizar la entrevista para poder ofrecer un cuidado apropiado. Es necesario conocer si la persona puede consentir el tratamiento o si tiene una personal a cargo de su custodia legal. Si el tutor(a) legal no está presente se puede proceder a realizar el examen forense pero, como a toda víctima, se le debe permitir ofrecer su consentimiento libre e informado antes de realice el examen. También es importante orientarle los procedimientos y el porqué de la evaluación, utilizando un lenguaje concreto y palabras que la persona pueda comprender.

3. Población LGBTT (Lesbianas, Homosexuales, Bisexuales, Transexuales, Transgénero)

Las víctimas de violencia sexual en la población LGBTT experimentan los mismos sentimientos de temor, coraje, culpa, depresión y ansiedad que una persona heterosexual. Las agresiones sexuales a esta población vienen de personas conocidas, de parte de la pareja o ex - pareja o de personas desconocidas.

La recuperación de la victima de agresión sexual dependerá en gran medida del grado de discriminación que experimente en la comunidad, que incluye a los profesionales de la salud y del sistema judicial. Frecuentemente la divulgación es una de las principales preocupaciones en casos de agresión sexual en esta población. En el caso de lesbianas, se presentan preocupaciones particulares y sentimientos de aislamiento y vulnerabilidad más profundos, que el solo hecho de haber sido violadas. Las personas transexuales y transgénero que son sexualmente agredidas experimentan dificultades adicionales, como el acceso a los servicios de salud correspondientes por el discrimen de un sistema que responde al binario del género.

La Orden Administrativa #398, del 21 de diciembre de 2018 - Política pública del Secretario de Salud de Puerto Rico de no discriminación contra un paciente por su identidad de género, expresión de género u orientación sexual real o percibida al solicitar servicios de salud, prohíbe el discrimen en instituciones que prestan servicios de salud públicas y privadas y ordena la revisión de procedimientos de admisión y los establecidos para ofrecer servicios. También ordena se diseñen protocolos y formularios quejas/querellas por servicios no ofrecidos o servicios ineficientes. Se requiere a proveedores de servicios de salud adiestramiento, sobre sensibilidad y competencia cultural en el servicio a la población LGBTTQIA. Las querellas recibidas de discrimen por identidad de género u orientación sexual real o percibida y se informará a la Secretaría Auxiliar de Reglamentación y Acreditación de Facilidades de Salud (SARAFS).

Algunas recomendaciones para el manejo de la violencia sexual en esta población (Protocolo Nacional para Exámenes Médico Forenses de Agresión Sexual, 2013) son:

- Dirigirse a la víctima con el nombre que le indique; incluso al hablar con otras personas presentes. Si tiene dudas de cómo llamar a la persona o qué nombre usar, pregunte.
- Tratar como información médica protegida, sujeta a reglas de confidencialidad y privacidad, la orientación sexual o identidad de género de la persona atendida. Considerar la posibilidad de que acompañantes de la víctima/ victima desconozcan su identidad de género u orientación sexual.
- Los formularios de cernimiento, y otros documentos, en los que se pregunta sobre género o sexo incluirán espacio donde paciente pueda escribir la respuesta, o incluirán opciones como transgénero, transexual u otro para personas que no se identifican con las identidades presentadas.
- Asegurarse que los referidos que se realicen para servicios adicionales sea a organizaciones / profesionales que tengan conocimiento y adiestramiento sobre la población LGBTT.

Otras sugerencias para el manejo de victimas transgénero o transexuales son:

- No mostrar sorpresa, shock, consternación o preocupación cuando se le informe, o inadvertidamente descubra, que una persona es transgénero. La persona puede interpretar que usted está haciendo un juicio o evaluación de su cuerpo.
- Comprender que las personas transgénero y transexuales por lo general han sido objeto de curiosidad, los prejuicios y la violencia en la sociedad y por lo tanto, no se debe revictimizar a la persona.
- Tener en cuenta que las víctimas transgénero pueden estar reacias a reportar el crimen o dar su consentimiento para el examen, por miedo a exponerse a preguntas inadecuadas o de exponerse a abuso. Se debe fomentar un ambiente seguro e intervenir afirmativamente en referencia a su identidad de género.
- Explicar cuidadosamente el procedimiento que se va a llevar a cabo antes de cada paso, si la víctima consiente a realizar el examen. Respetar su derecho de rechazar cualquier parte del examen.
- Tener en cuenta que la persona transgénero puede presentar una mayor vergüenza o disociación de su cuerpo. Algunos utilizan nombres no estándares para partes del cuerpo y otros son incapaces de hablar de todas partes del cuerpo relacionadas con el sexo.
- Tomar en consideración que las vaginas que han sido expuestas a la testosterona, o que han sido creadas quirúrgicamente, son más frágiles que las vaginas de la mayoría de las mujeres no transexuales y pueden presentar mayor daño en una agresión sexual.
- Tomar en consideración que hay personas transexuales masculinas que tienen los ovarios y útero y pueden quedar embarazados incluso cuando ellos estaban usando testosterona o no habían estado menstruando.
- Documentar cualquier declaración anti - trans que la víctima informe fue realizada durante la agresión sexual. Estas declaraciones pueden ser elemento para considerar

procesamiento legal como crimen de odio. Considerar que mutilaciones genitales y cortes son con frecuencia parte de los crímenes de odio anti-trans.

- Escuchar las preocupaciones y lo que fue la experiencia para la víctima/ victima. Algunas víctimas transgénero pueden querer hablar acerca de cómo su identidad de género pudo haberles hecho vulnerables a la agresión sexual.
- Asegurarle que no fue su culpa, ya que fueron víctimas de agresión sexual.
- Referir a los servicios afirmativos para manejar las secuelas de la agresión sexual.

4. Inmigrantes sin documentos legales

Las personas inmigrantes son particularmente vulnerables a la violencia sexual y tienen gran temor de informar si han sido víctimas de agresión sexual. En su gran mayoría han sido víctimas en su país de origen, y un gran número han sido agredidas sexualmente antes, durante y después de la travesía hacia Puerto Rico. Las personas agresoras asumen que inmigrantes sin documentos, no van a querellarse a las autoridades por temor a la deportación. Las personas inmigrantes víctimas de violencia doméstica y de violencia sexual tienen derecho a recibir servicios médicos, orientación legal y apoyo psicosocial.

Existen recursos legales a través de la legislación federal de Violence Against Woman Act (VAWA) que permite a personas que estén casadas, que experimentan abuso de ciudadanos o residentes permanentes, puedan peticionar por sí mismas un estatus migratorio legal, tanto para ella como para sus hijos e hijas menores, ya sea que se encuentren el país receptor o su país de origen.

VISA U - La visa U fue creada por la ley "Victims of Trafficking and Violence Prevention Act", de octubre 2000. Este tipo de visa está disponible para personas que hayan sufrido abuso físico o mental sustancial como resultado de alguna actividad criminal, y que también poseen información y están disponibles para colaborar con la investigación del crimen del cual fueron víctimas, de manera que conduzca a la condena de los autores.

Los requisitos básicos para cualificar para una visa U son:

- que la persona inmigrante haya sufrido daño físico o mental sustancial por haber sido víctima de alguna actividad criminal.
- que la persona inmigrante posea información concerniente a tal crimen.
- que la persona inmigrante haya sido, sea, o posiblemente vaya a ser, de ayuda en la investigación y/o condena del crimen.
- Que la actividad criminal descrita viole las leyes de los Estados Unidos o haya ocurrido dentro de los Estados Unidos.

Cualifican para la Visa U las víctimas de agresión sexual, incesto, explotación sexual, violencia doméstica y tráfico de personas. También víctimas de otros delitos como secuestro, servidumbre involuntaria, tortura, asalto, toma de rehenes, chantaje, extorsión, mutilación genital de mujeres.

Para solicitar una Visa U, la persona solicitante deberá obtener una certificación de la agencia policial que llevó a cabo la investigación del delito o de la oficina de fiscal; si el caso

llegó a enjuiciamiento. Esta certificación se obtiene a través del formulario I-918B. El proceso en sí es complejo y requiere de un cuidadoso análisis y la preparación legal por profesionales con competencia y experiencia en la presentación de las solicitudes de Visa U. Si se es elegible para solicitar esta visa, puede incluir a su cónyuge e hijos menores de 21 años de edad. Si es menor de 21 años, puede incluir a padres, madres, cónyuges, hijos menores de 21 años y herman@s solter@s menores de 18 años. Si la Visa U es aprobada, recibe un permiso de trabajo por un período de 4 años y la oportunidad de solicitar la residencia permanente legal después de tres 3 años.

Visa T - La Ley federal 106-386, según enmendada, conocida como "Victims of Trafficking and Violence Protection Act of 2000" permite a través de la Visa T, ayudar a inmigrantes sin documentos legales que sean víctimas del tráfico o trata de personas. La Visa T ofrece estatus de no inmigrante temporal a las víctimas de trata humana con la condición de que ayuden a la autoridad policial y/o al ministerio público a investigar y a procesar los crímenes relacionados con el tráfico de personas.

Si la víctima es menor de 18 años, la ley no requiere la cooperación con la policía para obtener una Visa T. Estas visas permiten a las víctimas de tráfico humano permanecer en Estados Unidos (incluyendo a Puerto Rico) durante 4 años después de la fecha en que se aprueba la solicitud de la Visa T. Sin embargo, a veces, el período puede ser mayor de 4 años, si una autoridad policial certifica (oficialmente estipula) que es necesario que la víctima permanezca en el país durante más tiempo para investigar o procesar el crimen. Al otorgarse una Visa T al amparo de la ley federal, se concede un documento de autorización de empleo, y con éste, la persona puede trabajar legalmente durante su estancia en el territorio donde se encuentre.

Para obtener más información sobre este tema puede comunicarse a la División de Asistencia a Víctimas y Testigos del Departamento de Justicia, a la Oficina de la Procuradora de las Mujeres (OPM) o al Centro de la Mujer Dominicana. (Ver Directorio en Apéndice #22).

5. Personas sin hogar

Las personas sin hogar son personas con necesidades básicas no satisfechas, con derechos humanos frecuentemente violentados. A través del Conteo de Personas sin Hogar realizado en el año 2015, se identificaron 4,518 personas sin hogar en Puerto Rico, incluyendo personas albergadas (persona o familias que viven en un albergue supervisado, operado por una entidad pública o privada, designado para proporcionar vivienda temporera (incluyendo albergues de emergencia, vivienda transitoria, hoteles y moteles pagados por organizaciones benéficas o por programas del gobierno local, estatal o federal, para personas de bajos ingresos) y no albergadas (personas o familias con una residencia nocturna primaria que es un lugar público o no diseñado para o normalmente no utilizado por las personas como un lugar regular de alojamiento para dormir, entre ellos un auto, parque, edificio abandonado, estación de autobús, aeropuerto, o zona de acampar que constituyen un total de 3,783 familias. Durante este año, el Departamento de la Familia realizó un conteo en la que se encontró una población de 3,501 personas sin hogar (albergadas y no albergadas) y de estas 31% con deambulismo crónico. Asimismo, se desprende que el 76%

son hombres y el 24% son mujeres con un promedio de 40 años. Entre los municipios con más alta incidencia de deambulancia se encuentra: San Juan con 26.2%, Ponce con 6.3%, Arecibo con 6%, Caguas con 5.3% y Mayagüez con 4.7%. Por otro lado, el 45% de esta población no terminó la escuela superior y las razones para deambular se agrupan en: 30.6% por uso problemático de sustancias (6.4% por uso de alcohol), 23% por problemas familiares, 15% por problemas financieros o económicos, 5.6% por problemas de salud mental, 5.2% por desempleo y 3.3% por violencia de género, entre otras. (CB en español, 10 de abril de 2018).

Aunque la situación de las personas sin hogar parece afectar mayormente a hombres, aumenta cada vez más el número de mujeres que viven esta situación. A las personas sin hogar les cobija la misma carta de derechos humanos que al resto de la ciudadanía. No puede establecerse discrimen alguno a esta población. A esta población se le brindará un servicio agilizado con el fin de que no se retire de la sala de emergencias o del lugar donde esté solicitando ayuda.

El personal de trabajo social del hospital evaluará su situación y dará énfasis a atender las necesidades básicas que presentan. Coordinará servicios de seguimiento y en los casos que aplique, identificará la persona contacto para poder notificarle sobre de servicios y citas de seguimiento. (Ver recursos de ayuda para personas sin hogar, en el Apéndice #22- Directorio de Servicios).

6. Hombres víctimas de agresión sexual

Los hombres y niños también son agredidos sexualmente, aunque no en la misma proporción que las mujeres. Los hombres pueden ser violados en la adultez y abusados sexualmente cuando niños. La violación sexual masculina se observa también en escenarios de conflicto y guerras. Se estima que 2.6% de los hombres son agredidos sexualmente durante el transcurso de su vida. La mayoría de estas agresiones ocurren antes de los 18 años de edad (NISVS, 2015)

Al igual que sucede en el caso de la violencia sexual contra las mujeres, **el poder y la dominación** son motivos presentes en la violencia sexual perpetrada contra hombres. Los hombres sufren los mismos síntomas que las mujeres después de un abuso sexual.

Muchas de las víctimas masculinas de violencia sexual sufren una combinación de confusión, vergüenza, miedo, culpabilidad y sobre todo estigma. Es importante para un hombre recibir consejería por trauma sexual. El hombre necesita que se le oriente que la agresión sexual no tiene nada que ver con su apariencia u orientación sexual, sobre todo si son menores. Enfatizar que haber sido abusado en la niñez <u>no</u> significa que se convertirá en un agresor. También se debe discutir con ellos que, si su cuerpo reaccionó fisiológicamente durante la agresión, se debe a respuestas corporales y neurofisiológicas normales.

7. Residentes en Zonas Rurales/Aisladas

La población de zonas rurales confronta situaciones diversas como aislamiento, hacinamiento y pobreza, que les coloca en estado de vulnerabilidad a la violencia sexual.

Algunas carecen de los recursos básicos para su subsistencia, medios de transportación, vivienda apropiada, baja escolaridad y escasez de recursos económicos.

En Puerto Rico se identifican 10 municipios en los que más del 20% de sus habitantes viven en zona clasificada como rural. Estos son Lares, Ciales, Utuado, Maunabo, Patillas, Jayuya, Orocovis, Adjuntas, Vieques y Culebra. Para el Censo del 2010, el Negociado del Censo clasificó como urbanos todos los territorios densamente poblados dentro de: áreas urbanizadas (con 50,000 personas o más) y grupos urbanos (con más 2,500 personas pero menos de 50,000). Sin embargo para efectos de legislación federal como VAWA (Violence Against Women Act) todo Puerto Rico es considerado como zona rural).

Aunque se identifican situaciones de violencia sexual / abuso sexual en la zona rural, en muchos casos no se denuncia el abuso a las autoridades, no se obtiene la ayuda necesaria, ni los servicios de salud médico forenses a los que tienen derecho. Varios factores (personales, sociales, culturales) contribuyen a esta realidad: son espacios donde la gente se conoce, en algunas instancias la persona agresora es un familiar, la dinámica de violencia sexual se da muchas veces al interior del hogar, pueden ver la violencia sexual como algo cotidiano, hay múltiples víctimas de una misma persona agresora, esta puede ser quien provee los pocos recursos económicos existentes, desconocimiento sobre derechos y leyes. En algunos casos la comunidad en general sabe quiénes son agresores pero no existe una cultura de denunciar los delitos a la policía. Además como las personas agresoras son parte de la comunidad, el denunciarlas puede ser considerado por algunos como traición a la comunidad.

Cuando se recibe a una víctima de área rural tienen que realizarse todos los esfuerzos necesarios para ofrecer todos los servicios requeridos en el menor tiempo posible para que no tenga que realizar viajes y traslados innecesarios o inefectivos. Se brindará información y orientación y se coordinarán los servicios de ayuda y seguimiento desde la primera intervención con el fin de garantizar la disponibilidad y accesibilidad de los mismos. En ocasiones las victimas prefieren ser evaluadas lejos de su comunidad para mantener la confidencialidad de la situación de violencia de la cual fue objeto.

8. Personas trabajadoras del sexo

Las personas que se dedican al trabajo sexual (personas adultas que, sin coacción alguna, ofrecen servicio sexual para ganar dinero u otra forma de retribución), están en riesgo de violencia de muchas maneras. Muchas trabajan solas, en zonas no conocidas y sin protección. Carecen de redes de apoyo que las ayuden a evitar clientes o lugares peligrosos. A veces buscan la protección de bandas o viven al margen de la ley, lo cual las pone en peligro de explotación y maltrato. Sufren de marginación, discriminación, hostigamiento, agresiones físicas y violaciones.

En muchas ocasiones, esta población cuando sufre una agresión sexual no denuncia la situación a la policía, no buscan servicios médico-forenses, ni orientación, ni ayuda, a menos que el daño recibido requiera hospitalización. A veces no conocen sus derechos y que la agresión sexual es un delito tipificado en el Código Penal (2012). Esto disminuye la probabilidad de que denuncien la violencia; lo que a su vez limita su capacidad de prevenir futuros actos de violencia (International HIV/AIDS Alliance, 2008; OMS, 2005b). Al intervenir con personas trabajadoras del sexo que han sufrido una agresión sexual se recomienda lo siguiente:

- Tratarles con respeto, sensibilidad y compasión.
- Brindar orientación completa y comprensiva, sobre los servicios a los que tiene derecho.
- Proporcionar los servicios de salud que corresponden (incluyendo evaluación médico - forense completa)
- Ofrecer prueba del VIH, voluntaria.
- Referir a los servicios de asistencia legal disponibles.
- Brindar información sobre sus derechos.
- Brindar información de lugares seguros a los que puede recurrir para solicitar ayuda con la confidencialidad y la privacidad garantizadas.
- No denunciarlas a las autoridades.
- Capacitar al personal sobre las necesidades de esta población para que la asistencia que les brindan no sea estigmatizante.

Fuentes: OMS and Global Coalition on Women and AIDS, ONUSIDA, 2005b; ONUSIDA, 2009.

F. TRATA HUMANA Y VIOLENCIA SEXUAL

La trata humana está considerada como una forma de "esclavitud moderna" y es un delito frecuente en muchos países alrededor del mundo. El Protocolo para prevenir, reprimir y sancionar la trata de personas, especialmente mujeres y niños, conocido como Protocolo de Palermo, (diciembre /2000), define la trata como la "captación, transporte, traslado, acogida, o recepción de personas, recurriendo a amenaza, 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".

Existen diferentes modalidades de trata, entre estas:

- Explotación sexual - cuando la persona es obligada a la pornografía y a prostituirse en lugares públicos. En P. R. la explotación sexual comercial infantil se ha hecho visible en un reciente número de reportajes de prensa sobre la pornografía infantil. Desde el 2015, se ha visto un aumento de 17% en casos de pornografía.
- Matrimonios forzados - cuando un miembro de la familia es vendido y/u obligado a casarse para pagar una deuda o cuando le casan con personas extranjeras y viven en

esclavitud, violencia y aislamiento y la víctima no se atreve a denunciarlo, por temor. (Por ejemplo: por su status migratorio).

- Extracción de órganos – cuando la persona es raptada, forzada y/o esclavizada para quitarle partes de su cuerpo para ser vendidos. También entra en esta modalidad, mujeres que son embarazadas para luego quitarle su hijo/a, para ser vendido.
- Explotación laboral / Trabajos forzados - personas que no tienen las mejores condiciones de trabajo y/o vida y pueden vivir en lugares muy violentos e inhumanos.

Profesionales de la salud en la lucha contra la trata de personas.

El personal de salud pueden ser personas claves para la identificación de situaciones de trata, cuando la víctima de trata humana acude, o es llevada, a una facilidad de salud para recibir servicios médicos. Regularmente la víctima de trata no ofrece información sobre su situación. Por ello, es imprescindible que se conozca el tema y reciban adiestramiento en la identificación y manejo de víctimas de trata y que cada facilidad de salud tenga establecidos claramente, los pasos a seguir una vez es identificada una víctima de trata.

Algunas víctimas de trata, son personas que han sido transportadas de otros países por lo que se encuentran en un lugar desconocido, sin apoyo de familiares y/o amigos, para realizar los procesos legales necesarios al denunciar el delito. Las víctimas de trata pueden parecer temerosas, desconfiadas y ansiosas acerca de las personas que le rodean. Pueden tener problemas para identificar y hablar de sus problemas de salud. Algunas no hablan el idioma local. Se debe tener en cuenta que en los casos de trata más obvios la persona que las acompaña puede ofrecerse como interprete para así monitorear su comportamiento y que no divulgue la situación de explotación.

Se puede sospechar que esté siendo víctima de trata si muestra signos o síntomas de abuso físico (moretones, ojos morados, dientes rotos, fracturas, cicatrices, laceraciones, quemaduras, heridas, traumas, enfermedades o infecciones, manifestaciones físicas de desnutrición, falta de higiene y de cuidado personal, adicción a drogas o alcohol), que no recuerda su último examen médico, no tiene seguro médico y que informa que es trabajador/a de algún sector laboral comúnmente asociado a la trata como la agricultura, los centros de masaje o el turismo; ya que estas señales pueden sugerir que la persona ha trabajado en condiciones de explotación y/o ha sufrido abuso.

Indicadores Generales/ banderas rojas:

- No tiene documentación o tiene identificación falsa.
- No sabe en qué lugar se encuentra no puede recordar dirección
- Inconsistencias en relato.
- Alguien da la información responde preguntas por él o ella.
- Hipervigilancia, temor, ansiedad.

- Evita contacto visual
- no tiene control de su dinero

Indicadores de salud:

- signos de abuso físico (moretones, ojos morados, laceraciones quemaduras, heridas, fracturas, cicatrices)
- dentadura en mal estado
- enfermedades o infecciones,
- manifestaciones físicas de desnutrición,
- falta de higiene y de cuidado personal
- adicción a drogas o alcohol.
- no recuerda su último examen médico,
- no tiene seguro médico.
- condiciones de salud crónicas (respiratorias , visión, audición, espalda, piel) relacionada a condiciones en que se encuentra

Indicadores más relacionados a víctimas de tráfico sexual:

- Menor de 18 años, involucrada/o en prostitución
- Menor de 18 años con historial de arrestos previos por prostitución
- Menor de 18 años que muestra interés en relaciones con adultos maduros.
- Cantidad amplia de parejas sexuales.
- Uso de jerga relacionada con la prostitución
- Se observa estar en una relación controladora o dominante.
- Discrepancia entre edad reportada y comportamiento que exhibe.
- Infecciones de transmisión sexual frecuentes y que no han sido tratadas.
- Cicatrices que no tienen explicación
- Evidencia de trauma sexual.
- Embarazos, abortos
- Marcas / Tatuajes en áreas como cuello espalda baja con iniciales etc. que no puede explicar (pueden ser una identificación).
- Residuos de algodón en la vagina relacionado a coito durante el ciclo menstrual.
- Problemas en la nuca o quijada relacionados con sexo oral.
- Familia disfuncional (historial de abuso uso de sustancia, ausencia de cuidador, etc.
- Se resiste a recibir ayuda, muestra temor de dar información
- Viven en condiciones que promueven y agravan enfermedades contraídas: poca ventilación, humedad, frio o calor excesivo, poca alimentación, largas horas de trabajo, pocas horas de sueño, no hay uso de profilácticos condones, exposición a tóxicos, bacterias, virus contaminantes.
- No hay cuidado preventivo (vacunas, cuidado dental, exámenes médicos periódicos,
- No va a servicios de seguimiento.
- Tendencia: el traficante le acompaña, completa los documentos, paga en efectivo.

(Referencia: www. Polaris Project .org)

Algunas sugerencias para el personal en las facilidades de salud, cuando sospecha que está ante una víctima de trata humana, son:

- Identificar signos en las víctimas y que pueden significar que han estado o están en una situación de trata.
- Prestar atención al aspecto de seguridad de la persona, así como de los profesionales de la salud en el centro de salud.
- Realizar las preguntas enfocando en el aspecto médico, para evitar re victimización de paciente.
- Evaluar el nivel de alfabetización del paciente, o conocimiento del idioma, para asegurarse que la información compartida se entienda.
- Tener intérpretes disponibles, si existen barreras del idioma.
- Tomar en cuenta las reacciones individuales por las razones culturales, sociales y personales.
- Reconocer creencias religiosas.
- Explorar el entendimiento del paciente sobre su condición de salud y/o enfermedad.
- Escuchar, si la persona comparte de manera voluntaria otra información.
- Identificar factores causados por estrés social, como la situación legal y/o económica.
- Asegurarse que los deseos del paciente de tener un proveedor del mismo sexo sea respetado cuanto sea posible.
- Ofrecer los servicios en un ambiente adecuado que provea privacidad, confidencialidad y sea compasivo.

Referencia: Organización Internacional para la migraciones (2012). Cuidados para la salud y la trata de personas. Guías para proveedores de Salud. Documento disponible en web en: https://publications.iom.int/system/.../caringfortraffickedsp_19oct2012.p...

¿Qué hacer si identifica una posible situación de Trata Humana?

Luego de observar indicadores de posible situación de trata se recomienda como primera respuesta atender las necesidades médicas y dar tratamiento. Luego de evaluar y tratar las necesidades médicas, el personal de salud o de trabajo social puede explorar, con paciente a solas, lo siguiente:

- qué tipo de trabajo realiza, por cuantas horas, si le pagan por el trabajo que realiza.
- si le "debe" dinero a su empleador.
- si le mintieron acerca del tipo de trabajo que estaría haciendo.
- si puede cambiar de empleo si lo desea.
- si tiene control de su dinero y sus identificaciones (licencia de conducir, pasaporte).
- con cuanta frecuencia habla con familiares y amistades.
- si alguien monitorea sus conversaciones.
- cómo se alimenta, qué come, en qué horarios y lugar.

- dónde duerme, cuántas horas, cuáles son las condiciones del lugar donde duerme.
- si puede entrar y salir de la casa, domicilio o lugar en que vive, cuando quiera.
- si le han amenazado (o a familiares) por intentar irse a otro lugar.
- si ha recibido amenazas o ha sido abusado/a por su empleador.
- si ha recibido golpes, heridas, quemaduras en el lugar en que vive.
- si ha sido víctima de agresión sexual para pagar una deuda.
- si ha sido amenazada con la deportación o la cárcel si intenta salir de su situación
- si alguien le dijo lo que debía contestar durante el examen.

Si las respuestas a estas preguntas corroboran la sospecha de estar atendiendo a una persona víctima de trata humana y /o la persona revela su situación de trata, la intervención profesional debe ser la siguiente:

- Trate de recopilar la mayor cantidad de información posible.
- Asegúrese de no poner en mayor riesgo a la persona, ni a usted. Observe quien está cerca.
- Si sospecha que la persona está en riesgo de recibir daño inmediato, notifique a la Policía.
- Ofrézcale ayuda a la persona para denunciar la situación.
- Ofrézcale los números de teléfono de recursos de ayuda (a la persona a solas) y motívela a denunciar la situación.
- Reporte el incidente a los servicios disponibles.

Para orientación, consulta o reportar una situación, o sospecha, de trata humana puede comunicarse a:

- Policía de Puerto Rico, Delitos sexuales 787- 343-0000
- National Human Trafficking Resource Center Hotline: 1 (888) 373-7888.

G. VIOLENCIA SEXUAL EN ESCENARIOS EDUCATIVOS: UNIVERSIDADES/ESCUELAS

La población universitaria es altamente vulnerable a sufrir situaciones de violencia sexual. Datos estadísticos indican que "una de cada cinco mujeres sufrirá una agresión sexual, la mayoría durante su primer o segundo año. De acuerdo con el informe federal "Not Alone", (abril 2014), en el 75 a 80 por ciento de los casos de agresión sexual, la víctima conocerá a su agresor pero la mayoría no reportará el incidente.

Existe legislación Federal que obliga a las Instituciones de Educación Superior a establecer y mantener medidas para el manejo y prevención de situaciones de violencia sexual.

- **Título IX de las Enmiendas de Educación de 1972 (20 U.S.C. §§ 1681)** - Ley Federal de Derechos Civiles que protege el discrimen por razón de sexo/género en programas y actividades de enseñanza, que reciben ayuda económica federal. Obliga a las Instituciones Educativas (incluye escuelas) a tener un procedimiento establecido para manejar las querellas de discriminación sexual, hostigamiento, acecho, acoso sexual, violencia sexual y violencia doméstica. Aplica a toda la comunidad educativa.

- **Jeanne Clery Act – "Jeanne Clery Disclosure of Campus Security Policy and Campus Crime Statistics Act"** es una ley federal de 1990, que requiere a toda institución de educación superior (colegios y universidades), que participan en los programas federales de ayuda financiera para los estudiantes, mantener y divulgar información acerca de la delincuencia en y cerca de sus respectivas sedes. Como parte de la ley, las instituciones educativas deben publicar un informe anual sobre seguridad, mantener un registro público de delitos, revelar estadísticas de delitos, emitir alertas oportunas sobre delitos, implementar un plan de respuesta de emergencia y contar con procedimientos para manejar casos de personas desaparecidas.
- **Ley SAVE (Campus Sexual Violence Elimination Act)** - aprobada en marzo de 2013. Es parte de la Reautorización de la Ley sobre Violencia contra las Mujeres (VAWA). La Ley SAVE es una enmienda a la Ley Clery y estipula que todas las instituciones de educación superior deben educar a estudiantes, al cuerpo académico y al personal sobre la prevención de la violación, la violación cometida por conocidos, la violencia doméstica, la violencia en el noviazgo, la agresión sexual y el acecho. Esta legislación incrementó los estándares de la respuesta, los procedimientos disciplinarios y la educación en prevención por parte de las universidades.

Todas las instituciones de educación superior tienen la responsabilidad de mantener protocolos internos y una política efectiva, para la prevención e intervención de agresión sexual. El Departamento de Servicios Médicos del campus tiene la responsabilidad de recibir a la victima de agresión sexual y atender la situación como prioridad, siguiendo los criterios médicos y protocolos internos aplicables y proteger al máximo su privacidad, confidencialidad y derechos. Los protocolos de cada institución deben incluir los formularios necesarios para denunciar el delito. El personal médico tiene que evaluar y estabilizar a la víctima, siguiendo los protocolos médicos. También informará a la víctima la importancia de recibir atención médica para prevenir infecciones de transmisión sexual, embarazo y para preservar y recolectar la evidencia forense. Explicará a la víctima que esta no estará obligada a presentar una querella institucional o criminal, al consentir a la recolección de la evidencia. Con el consentimiento de la víctima, se coordinará el traslado al hospital recipiente para que se preserve la evidencia forense y se le provea el tratamiento adecuado en la sala de emergencias.

El incumplimiento con estas leyes conlleva sanciones a la Institución, (entre estas multas ascendentes a los $35,000 en casos de incumplir con el Jeanne Clery Act), y que se le retiren ayudas económicas federales.

H. VIOLENCIA SEXUAL EN SITUACIONES DE DESASTRE

Los desastres son eventos destructivos que pueden resultar en daño muertes, lesiones, enfermedades y daño a la propiedad y situaciones de manejo más allá del alcance de los recursos disponibles. Los desastres pueden ser naturales, como inundaciones, huracanes, terremotos, tornados, hambruna, epidemias y sequía. También pueden ser provocados por error humano o fallas tecnológicas como la fusión de un reactor nuclear, emisiones y explosiones tóxicas, derrames de sustancias químicas y la contaminación masiva de la tierra y el agua. Los desastres también pueden surgir de conflictos humanos como disputas tribales, invasiones militares y guerra.

El desastre puede ser una situación especialmente dolorosa para personas y comunidades que ya han sufrido un trauma o han sido víctimas repetidas veces. Entre estas personas que han sido víctimas de violencia sexual. Por otro lado, antes, durante y después de los desastres también pueden ocurrir nuevas situaciones de violencia sexual. La evidencia más reciente de la susceptibilidad de mujeres a la violencia interpersonal en situaciones de desastre proviene de las denuncias de violencia sexual durante el huracán Katrina, en el año 2005. El "National Sexual Violence Resource Center", junto con otras organizaciones, desarrolló una base de datos anónima de ataques sexuales informados por las víctimas durante y después del huracán Katrina. Esta base de datos confirmó que las víctimas de abuso sexual fueron principalmente mujeres y niñas (93.2%).

Para poder prevenir y brindar respuesta a la violencia sexual en casos de desastre, es necesario que las organizaciones y sistemas involucrados en brindar respuestas al abuso sexual puedan:

1) reanudar sus actividades tan rápida y eficientemente como sea posible después del desastre.
2) lograr al menos un nivel mínimo de funcionamiento en el período más corto posible después del desastre,
3) reestablecer canales de comunicación, disponibilidad de personal y métodos para controlar demoras, aplazamientos y cancelaciones.

Es necesario que el personal de facilidades de salud, agencias y organizaciones no gubernamentales cuente con un plan de manejo antes de que ocurra una situación de desastre. Por ello se recomienda:

- Participar en las comisiones y comités estatales y locales para casos de emergencia y desastre con el fin de garantizar que se encaren los problemas relativos a la prevención y respuesta a la violencia sexual y crear relaciones y planes con otras organizaciones y disciplinas.
- Establecer comités de planificación para casos de desastre dedicados a la evaluación y el control sistemático y a largo plazo de las fases de planificación e implementación.
- Coordinar con organizaciones locales de socorro, (por ejemplo la Cruz Roja, FEMA, etc.) para establecer vínculos, coordinar capacitación para reaccionar ante casos de desastre y emergencia, cómo responder a la violencia sexual en casos de desastre y desarrollo de los protocolos de prevención.
- Compartir los protocolos para casos de desastre de su organización con los bomberos, la policía, y otras organizaciones de socorro; incluir información de contacto en caso de emergencia.
- Elaborar material educativo para las víctimas de violencia sexual durante un desastre; incluyendo información de contacto de su organización y demás información relevante.
- Preparar e implementar instrucciones universales, así como mensajes y programas de prevención referentes a la violencia sexual durante desastres.
- Coordinar con socorristas y demás organizaciones y organismos de la comunidad para distribuir a víctimas del desastre y a víctimas identificadas de abuso sexual.

- Considerar la preparación de Memorandos de Entendimiento con socorristas y otras organizaciones, con el fin de crear procedimientos y relaciones formales para trabajar con las víctimas de abuso sexual durante emergencias.

Otras recomendaciones:

- Colaborar con diseminar información a personas refugiadas sobre cómo denunciar una situación de agresión sexual, a través de carteles, folletos, orientación obligatoria, y que los materiales estén disponibles en todos los idiomas y formatos necesarios,
- Garantizar privacidad y la confidencialidad a las víctimas.
- Facilitar que el personal de seguridad, de socorro, voluntarios y otros funcionarios estén informados de los procedimientos de respuesta ante un abuso sexual, a quién contactar, a qué lugar llevar a la víctima y a las personas que haya elegido para ayudarla, cómo lograr privacidad y confidencialidad, etc.
- Garantizar la creación de espacios privados para las personas que deseen denunciar un abuso sexual y buscar asistencia; ofrecer salas para entrevistas confidenciales que podrán utilizar las autoridades y el personal de asesoramiento.
- Coordinar para que haya disponible un examinador forense capacitado en casos de abuso sexual, que éste disponga de equipo médico adecuado para realizar cualquier procedimiento forense necesario, y que exista un espacio privado y seguro disponible en todo momento para realizar exámenes médicos.
- Trabajar con la Federal Emergency Management Agency (FEMA, Oficina federal para el control de emergencias) con el fin de establecer equipos de asistencia médica para desastres (DMAT) que se especialicen en responder ante situaciones relacionadas con la violencia sexual; por ejemplo, que sean capaces de llevar a cabo exámenes forenses especializados de abuso sexual o, como mínimo, garantizar que cada equipo cuente con al menos un miembro certificado para realizar exámenes forenses a una víctima de abuso sexual.
- Coordinar para que se disponga en todo momento de una persona capacitada en crisis por abuso sexual; garantizar que esta persona sea notificada de inmediato si se denuncia un caso de abuso sexual a cualquier persona que trabaje en el lugar.
- Conservar la documentación, incluso las acciones tomadas en nombre de las víctimas; garantizar que la documentación se guarde en un lugar seguro.
- Formar grupos de apoyo y crear espacios seguros para personas que puedan haber sido víctimas de abuso sexual o que necesiten ayuda para sentirse seguras.

I. AGRESIÓN SEXUAL EN EL ÁMBITO MILITAR

Cuando la situación de agresión sexual ocurre a personas asociadas al servicio militar de los Estados Unidos, las autoridades Federales podrían tener la responsabilidad de la investigación y el recogido del Kit de Evaluación Médico Forense. Estas evaluaciones forenses pueden estar cubiertas por Tricare bajo VAWA (Violence Against Woman Act). A estas víctimas se les ofrece la alternativa de Reporte Restringido que permite informar confidencialmente detalles de la agresión sexual a personas específicas, y recibir tratamiento médico y de consejería sin que se desencadene la investigación oficial y notificación al

comando. La opción de Reporte Restringido no estaría disponible si la víctima / victima informa a la policía u otros profesionales que no sean intercesores (VA), capellanía o Coordinadores de Repuesta de Agresión Sexual (SARC).

1. **Base legal:**

Los procedimientos y requerimientos para atender situaciones de agresión sexual en el ámbito militar están establecidas en el Título 32 del Código de Regulación Federal para la Defensa Nacional, bajo el Subtítulo A (Regulaciones para el Departamento de Defensa), Capítulo 1 (Departamento de Defensa), Subcapítulo D (Personal, Militares y Civiles), Parte 105 (Procedimientos del Programa de Prevención y Respuesta al Asalto Sexual), sección 105.12 recolección y preservación de la colección del examen de evidencia forense "Sexual Assault Forensic Examination" (SAFE) kit. Estas regulaciones aplican si la victima de agresión sexual pertenece a una de las siguientes categorías:

a) Personal de la Oficina del Secretario de Defensa de los EEUU.
b) Integrante de la Fuerzas Armadas de los EEUU.
c) Personal de la Oficina del "Chairman of the Joints Chief of Staff".
d) Personal de la Oficina del Inspector General (IG).
e) Personal del Departamento de Defensa de los EEUU.
f) Personal de las oficinas de campo del Departamento de Defensa de los EEUU.
g) Personal de cualquier otra entidad del Departamento de Defensa de los EEUU.
h) Integrante de la Guardia Nacional (GN) Terrestre o Aérea y los miembros de la Reserva que son agredidos sexualmente cuando realizan un servicio activo, como se define en la sección 101 (d) (3) de la Referencia (d), y el entrenamiento de servicio inactivo. Si informan una agresión sexual que ocurrió antes o mientras no realiza servicio activo o entrenamiento inactivo, los miembros de GN y Reserva serán elegibles para recibir acceso oportuno a los servicios de defensa de SAPR de un SARC y un SAPR VA, y las referencias no médicas apropiadas, si se solicita, de conformidad con la sección 584 (a) de la Ley de Autorización de Defensa Nacional (NDAA) (Referencia (m)), modificada por la Sección 1724 de la NDAA para el año fiscal 2014 (Referencia (o)). Los miembros de la Reserva y la GN pueden informar en cualquier momento, y no tienen que esperar para realizar un servicio activo o estar en entrenamiento inactivo para presentar su informe.
i) Dependientes de militares de 18 años de edad o mayores que son elegibles para recibir tratamiento en el sistema Servicio de Salud Militar o bajo TRICARE en instalaciones en los Estados Unidos continentales (CONUS) y fuera de los Estados Unidos continentales (OCONUS), y que fueron víctimas de agresión sexual perpetrado por alguien que no sea un cónyuge o pareja íntima.
j) Las siguientes personas no militares que son víctimas de agresión sexual solo son elegibles para servicios médicos de atención de emergencia limitados en una instalación de tratamiento militar (MTF), a menos que esa persona sea elegible como integrante del Servicio o TRICARE (http: //www.tricare .mil) beneficiario del sistema de salud militar para recibir tratamiento en una instalación de tratamiento militar (MTF) sin costo para ellos. Estos servicios médicos limitados se proporcionarán a:
    1. Personal civil del Departamento de Defensa y sus familiares dependientes de 18 años o más cuando estén estacionados o desempeñen funciones OCONUS y

sean elegibles para recibir tratamiento en el MTF en instalaciones militares u otras instalaciones OCONUS.

2. Personas con ciudadanía estadounidense. Personal del contratista del Departamento de Defensa cuando tiene autorización para acompañar a las Fuerzas Armadas en una operación de contingencia OCONUS y su personal con ciudanía de EE. UU. El personal del contratista del Departamento de Defensa sólo tiene la opción de Informes no restringidos. Se pueden proporcionar servicios médicos adicionales a contratistas con cubierta por esta instrucción de acuerdo con DoDI 3020.41 (Referencia) según corresponda.

Si la persona agredida sexualmente pertenece a una de las categorías indicadas y **el evento ocurrió en una facilidad federal o militar, y desea radicar una querella**, el personal del hospital solicitara su consentimiento para llamar al Coordinador de Repuesta de Agresión Sexual (SARC) al 787-406-4222 o al Cuartel de la Policía de Fort Buchanan, teléfonos: 787-707-4911 / 787-707-3337. La Policía Militar, Federal Bureau of Investigation (FBI) o Military Criminal Investigation Office (MCIO) recogerá el "Kit militar". El personal del Hospital le informará a la víctima de la disponibilidad de Intercesor, asignado por el Departamento de Defensa, para asistirle, si así lo desea. El personal del Hospital entregará el "Kit" al agente federal, militar o del orden público, correspondiente.

Si **el evento NO ocurre en facilidad federal o militar y desea radicar querella**, el personal del hospital solicitara autorización de la víctima para llamar al Coordinador de Repuesta de Agresión Sexual (SARC) al 787-406-4222. Si la víctima es mayor de edad, esta tiene el derecho de elegir si desea radicar una querella con la Policía de P.R. Cuando la víctima de agresión sexual no desea radicar querella, el "Kit militar" no reflejará información visible en la parte exterior del mismo, que identifique a la víctima/victima. Este kit será identificado por un código alfanumérico provisto por el Coordinador de Repuesta de Agresión Sexual o el intercesor. (Ver en apéndice #20- Flujograma de servicios en ámbito militar).

Si el hospital tiene disponible el "Kit" que provee el Departamento de Defensa (Department of Defense Sexual Assault Evidence Collection Kit) deberá utilizar el mismo, de lo contrario usará el kit que provee el Centro de Ayuda a Víctimas de Violación (CAVV), Departamento de Salud. Varios hospitales mantienen acuerdos colaborativos y tienen los "kits" facilitados por el Departamento de Defensa para casos de agresión de personal militar. Estos son: HIMA- San Pablo Bayamón, HIMA Caguas, HIMA Humacao, HIMA Fajardo, HIMA Cupey, Hospital Bella Vista en Mayagüez y Hospital Damas de Ponce. Dichos kits con su correspondiente numeración deben incluirse en el registro de rape kits utilizados por la facilidad de salud que se envían mensualmente al Departamento de Salud (CAVV) o que se entran en el registro digital coordinado por el CAVV.

Si el personal del hospital necesita aclarar u obtener más información respecto a este tema o desean asistencia, pueden comunicarse a la Línea de Asistencia a Víctimas de Agresión Sexual del Fuerte Buchanan al 787-406-4222. (Ver Apéndice # 20) o a la línea de ayuda del CAVV (787) 765-2285.

J. AGRESION SEXUAL EN EL SISTEMA CORRECIONAL

La población confinada es propensa a sufrir de violencia sexual y violación en las prisiones. Para atajar esta problemática se promulgaron estándares nacionales para la prevención de estos incidentes bajo la ley conocida como "Prision Rape Elimination Act" del 2003 (PREA; Public Law 108-79).

La Ley PREA, plantea varios requerimientos relacionados al manejo de situaciones de violencia sexual en los sistemas correccionales a saber; Notificar inmediatamente al ocurrir un incidente de violencia sexual en cualquiera de las instituciones correccionales; Proteger a la víctima, al separarla de alegado/a ofensor/a; Mantener confidencialidad en la divulgación de información privilegiada; Asegurar que la víctima de violencia sexual, tenga acceso al examen médico forenses, sin costo alguno; Establecer un protocolo escrito que maximice la recolección de evidencia física para los procedimientos administrativos y/o criminales; Proveer a todas las víctimas los servicios requeridos, según sea apropiado, estos incluyen servicios de seguimiento, planes de tratamiento y referidos a otras instituciones.

La responsabilidad de coordinar los servicios de salud médico forenses a personas confinadas que sean víctimas de agresión sexual recae en Correctional Health Services Corp. (CHSC) que desde el 2005 administra el Programa de Salud Correccional del Departamento de Corrección y Rehabilitación (DCR) de Puerto Rico. Personal del DCR-CHSC, coordinará el traslado de la víctima al hospital recipiente para que se proceda con el examen médico forense y se preserve evidencia forense y se le provea el tratamiento adecuado en la sala de emergencias.

K. PERSONAS QUE AGREDEN SEXUALMENTE

La agresión sexual es un acto de violencia. En un estudio clásico Nicolás Groth, psicólogo de Nueva Inglaterra que ha conducido varios estudios sobre agresores publicó un estudio con violadores convictos. Encontró que el **75%** de los violadores comenten actos violentos para satisfacer su necesidad de sentir que pueden ejercer control y poder sobre otra persona, entre **10-20%** responden a sus necesidades de coraje y agresión y el **resto** son violadores que derivan placer del sufrimiento de otros.

Los violadores o agresores motivados por necesidades de **poder y control** agreden para vivir sus fantasías sexuales. Tienden a usar un arma de fuego, cuchillo u objeto punzante para intimidar más que para provocar daño físico. Raras veces cortan, rompen la ropa de la víctima o dejan huellas físicas de agresión. Sus asaltos son premeditados y repetidos.

Los violadores que utilizan el sexo para expresar **coraje**, usualmente seleccionan a sus víctimas quienes usualmente son extrañas, de mediana edad o mayores. Sus ataques son más violentos y utilizan la fuerza para dominar.

Los violadores **sadistas** son los más peligrosos. Planifican sus ataques detenida y premeditadamente. Las víctimas de estos agresores son torturadas y agredidas brutalmente y sufren tal crueldad física y mental que muchas temen que no sobrevivirán la experiencia.

De acuerdo a datos de la Policía de Puerto Rico del año natural 2017, el 91% de los ofensores sexuales eran masculinos y el 9% féminas (N=1031). El 47% estaba entre las edades de 18 a 49 años (adultos). La mayoría de las personas agresoras eran familiares (39%) o conocidos (38%) de la víctima / victima. El Registro de Personas Convictas por Delitos Sexuales y Abuso Contra Menores de Puerto Rico, Ley 266- 2004, según enmendada, permite búsquedas en la base de datos por el nombre de un ofensor específico y obtener una lista de los ofensores inscritos dentro de una distancia especifica de una dirección. También se puede obtener una lista de los ofensores dentro de un código postal en Puerto Rico. Además, puede utilizar la aplicación de mapas para buscar en un sector o en cualquier lugar en toda la isla para determinar los lugares específicos de los ofensores registrados. La información de ofensores sexuales y maltratantes, se puede acceder a través de la página oficial de la Policía www.policia.pr.gov , bajo el encasillado de Registro de Ofensores Sexuales. Actualmente están registradas alrededor de 3,000 personas.

L. ALTERNATIVAS DE PAGO PARA EVALUACION MÉDICO FORENSE

La **legislación federal prohíbe que se cobre a una víctima de agresión sexual por la evaluación médico forense.** En junio de 2010 se enmendó la Ley 183 de 1998, Ley de Compensación a Víctimas del Delito, para establecer una política clara en torno al pago de los exámenes médico forenses que se efectúan a las víctimas de abuso sexual. Estas normas son necesarias para lograr que los fondos que recibe Puerto Rico por medio de "VAWA" y el "STOP Formula Grant" no se pierdan. "VAWA" y el "STOP Formula Grant" requiere que cada Estado que recibe fondos federales para combatir la violencia contra la mujer, asuma el costo del examen médico forense al que se someten las víctimas.

En Puerto Rico el costo del examen médico-forense puede ser cubierto por la Oficina de Compensación y Servicios a Víctimas y Testigos de Delito del Departamento de Justicia. No es necesario, como condición para el pago del examen médico forense al hospital, que la víctima de abuso sexual presente querella en contra del agresor ni se le exigirá cooperación posterior como condición para dicho pago. Se concede compensación en los casos de abuso sexual con meramente acceder a someterse al examen forense.

- **La Oficina de Compensación a Victimas compensa a las facilidades de salud por la evaluación médico forense siempre y cuando recoja la firma e información de la víctima en los formularios provistos junto con los rape kits a las salas de emergencia.**

El personal hospital está obligado a orientar a la víctima o sus familiares sobre su derecho a recibir beneficios de compensación por los servicios antes mencionados y proveerle la solicitud de beneficios para que la víctima o sus familiares la completen voluntariamente.

M. COMPENSACIÓN Y SERVICIOS A VÍCTIMAS Y TESTIGOS DEL DELITO

Las/os profesionales que atienden a la víctima de agresión sexual, en las facilidades de salud y otros ámbitos, tienen la responsabilidad de orientarle y proveerle información sobre los beneficios y servicios que puede obtener a través de la Oficina de Compensación y Servicios a las Víctimas y Testigos de Delitos (OCSVTD), del Departamento de Justicia.

La OCSVTD fue creada mediante el Plan de Reorganización Fiscal del Departamento de Justicia, (Núm. 5) del 27 de diciembre de 2011. Se enmendó la Ley 183-1998, al presente, Ley de Compensación y Servicios a las Víctimas y Testigos de Delito. La OCSVTD está compuesta de dos divisiones: La División de Asistencia a Víctimas y la División de Compensación a Víctimas del Delito.

La División de Asistencia a Víctimas coordina servicios y ayuda económica, psicológica y humanitaria para los familiares de víctimas y testigos y ofrece apoyo y orientación en los procesos judiciales y en las investigaciones criminales, con el propósito de garantizar un trato sensible y eficiente durante el proceso criminal y minimizar su impacto en las personas. (Para más información ver Apéndices # 15 (F) y # 21-G). Esta división interviene en casos de delitos graves como: asesinato, homicidio delitos sexuales, violencia doméstica, tráfico humano, maltrato de menores, acecho, robo, incendio, robo de identidad, secuestro, homicidio negligente, fraude, escalamiento y apropiación ilegal. Entre los servicios que ofrece la División de Asistencia a Víctimas están: intervención en crisis, orientación y consejería, orientación sobre el proceso legal, referidos a servicios psicoterapéuticos, acompañamiento al tribunal, coordinación de transportación a procesos judiciales, coordinación o referidos para servicios de seguridad tales como rondas preventivas, relocalización o albergues, referidos y coordinación de servicios con otras agencias, organizaciones no gubernamentales, municipios, albergues, patronos, etc.

La División de Compensación a Víctimas otorga asistencia económica a las víctimas por daños, enfermedad o muerte ocurrida a consecuencia del delito, o sus tentativas, equivalentes a los siguientes: asesinato, violencia doméstica, homicidio, maltrato de menores, homicidio negligente, agresión agravada, agresión sexual, actos lascivos, secuestro, robo agravado (cuando se inflige daño físico a la víctima), incendio agravado, apropiación ilegal (cuando la víctima posee 65 años o más) y secuestro de menores. Se puede conceder hasta un máximo de $6,000 en beneficios cuando se presenta una reclamación individual y hasta un máximo de $15,000 si se somete una reclamación familiar. Puede contactar la OCSVTD al teléfono: (787)721-2900. Website: www.justicia.pr.gov

N. RECURSOS / INFORMACION SOBRE VIOLENCIA SEXUAL

Existe una gran cantidad de recursos e información para conocer, educarse y comprender más sobre el tema de violencia sexual.

El **Centro de Ayuda a Víctimas de Violación, (CAVV) del Departamento de Salud**, www.salud.gov.pr, cuenta con publicaciones e investigaciones relacionadas al tema.

También puede encontrar información en el internet en los sitios oficiales de las organizaciones reconocidas que se especializan en el tema de violencia sexual. Varias de

estas ofrecen capacitación sobre diversos aspectos de la violencia sexual mediante publicaciones, simposios, conferencias nacionales, adiestramientos. Varios de los adiestramientos están accesibles a profesionales de la salud, de ayuda, el orden público y del ámbito legal a través de la web / "en línea". Entre estos se encuentran:

1) **Coordinadora Paz para la Mujer - Website:** http://www.pazparalamujer.org .
2) **Oficina del Procurador del Paciente.**
3) **American Professional Society on the Abuse of Children (APSAC)** - Website: http://www.apsac.org Email: apsac@apsac.org.
4) **Center for Disease Control and Prevention - U.S. Department of Health & Human Services, Website**: www.cdc.gov, Email: CDC-INFO, cdcinfo@cdc.gov.
5) **International Association of Forensic Nurses (IAFN)** - Website: http://www.forensicnurses.org
6) **National Children's Alliance (NCA)** - Website: http://www.nca-online.org
7) **National Sexual Violence Resource Center (NSVRC)** - Website: http://www.nsvrc.org - Email: resources@nsvrc.org
8) **U.S. Department of Justice, Office on Violence Against Women (OVW)** - Website: www.justice.gov/ovw
9) **U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs / Office for Victims of Crime (OVC)** - Website: http://www.ojp.usdoj.gov/ovc - www.ovc.gov
10) **U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs / Bureau of Justice Statistics** - Website: http://www.ojp.usdoj.gov/bjs
11) **Organización Mundial de la Salud (OMS)** - Website: http://www.who.int/es
12) **Organización Panamericana de la Salud (OPS)** - Website: http://www.paho.org

III. Intervención psicosocial con personas víctimas de agresión sexual

A. INTRODUCCIÓN/GUÍAS PRINCIPALES

Las agresiones sexuales desencadenan una serie de procesos, dirigidos al manejo de la situación en diversas áreas: salud, legal, personal, familiar y **psicosocial**. Estos procesos pueden sobrecargar emocional y físicamente a la víctima, más allá del impacto recibido por la agresión sexual. Las agencias, hospitales, clínicas, programas y profesionales a intervenir en estos procesos deben tomar esto en consideración, para evitar incurrir en la re victimización (Ver capítulo VIII).

La victima podría necesitar la intervención multidisciplinaria de profesionales de la salud y de profesionales del orden público para la intervención en crisis, examen forense, asistencia de la policía y asistencia legal. Estas opciones son un derecho de la víctima y deben responder a la decisión que realice en cada una de estas áreas. En el caso de menores se reportará el caso al Departamento de la Familia y Policía de Puerto Rico.

La *intervención psicosocial* se refiere a la atención dirigida a la **preservación del estado emocional** que se debe ofrecer a la víctima, luego de que se han atendido sus necesidades médicas inmediatas. El servicio de intervención psicosocial se inicia con el/la profesional de Sala de Emergencias que recibe y atiende a la víctima, siendo estos el personal de salud y de trabajado social.

La intervención psicosocial que brinda el Hospital o Clínica a la victima de agresión sexual tiene como propósito la evaluación del estado emocional, estabilización, tratamiento y prevención de re-victimización. El Hospital o Clínica contará con un área designada para ofrecer este servicio a la victima de agresión sexual. El área designada será un lugar seguro y confidencial para la entrevista y se designará personal capacitado para el manejo de casos de agresión sexual. En ocasiones los profesionales de Respuesta Rápida o Servicios de Emergencias Médicas proveen una evaluación inicial, estabilización y transporte al Hospital, si el/la victima ha recibido lesiones que requieren de tratamiento inmediato, siempre intentando preservar la evidencia (Arkansas Comission on Child Abuse, Rape and Domestic Violence [ACCARDV], 2014).

La evaluación del estado emocional e intervención psicosocial recibirá la misma prioridad con las que se atienden las necesidades físicas y los requerimientos médico legales de cada caso; teniendo en cuenta que el impacto psicológico que produce la agresión sexual como acontecimiento estresor, supera la respuesta física que pudiese presentar la víctima. La investigación científica ha encontrado que los/las víctimas de agresión sexual son más propensos a padecer de dificultades sociales, emocionales, cognitivas y conductuales que

otras personas. Estas dificultades podrían incluir, pero no se limitan a: sentimientos de culpa, miedos, disfunciones sexuales, dificultades en relaciones interpersonales, baja autoestima y trastornos de salud mental tales como: trastorno de estrés postraumático, trastornos de ansiedad, trastorno depresivo, trastornos disociativos, entre otros (Piper, 2008).

La orientación y consejería del personal de primera respuesta se considera parte esencial del proceso terapéutico. El objetivo de la intervención es ayudar a la víctima a retomar control de su vida. La primera intervención e **intervención en crisis** juega un papel vital en la prevención de las consecuencias perjudiciales de la agresión sexual y puede disminuir la probabilidad del desarrollo de trastorno de estrés postraumático relacionado a la agresión (ACCARDV, 2014).

Al seleccionar las estrategias de ayuda que se ofrecerán, se explorará la capacidad exhibida por la víctima para el manejo de situaciones del diario vivir, previo al incidente de agresión sexual. Además, se evaluará y tomará en consideración la etapa de desarrollo en la que se encuentra la víctima y se adaptarán las estrategias de ayuda para su beneficio y mayor bienestar emocional. El proceso de la intervención psicosocial puede durar desde semanas hasta meses. Esto dependerá de los recursos emocionales, físicos y la resiliencia exhibida por la víctima para la solución de conflictos emocionales, así como el apoyo que reciba de aquellas personas significativas en su vida.

B. NECESIDADES BIOPSICOSOCIALES

El rol del profesional de salud mental es proveer servicios de apoyo y servicios re-integrativos a las víctimas de agresión sexual. Estos servicios serán provistos inmediatamente se divulgue la agresión, en el Hospital, Clínica u otra facilidad de servicio directo que brinde la primera atención. Todos los casos de agresión sexual, sin excepción serán referidos a Trabajo Social del Hospital o Clínica. Este personal es responsable de evaluar las necesidades y coordinar los servicios que amerite la víctima.
En caso de que no se disponga de personal de Trabajo Social en el momento de la atención primaria de una víctima de agresión sexual, el personal de enfermería o medicina que atiende el caso deberá ofrecer esta ayuda. Pueden consultar a la Línea de Emergencia CAVV (787)765-2285 las 24 horas del día, 7 días a la semana. Esta ayuda se ofrecerá en privado y estará dirigida hacia la orientación de la víctima sobre los procedimientos y servicios disponibles. Se respetarán sus decisiones y ofrecerán las alternativas que le hagan sentir mejor y más segura. **Se recomienda que todas** las situaciones de agresión sexual atendidas en la facilidad de salud, sean referidas al CAVV, para el seguimiento del área psicológica e intercesoría de los servicios de agencias del gobierno y programas comunitarios.

En el caso de **víctima de abuso sexual a menores de 18 años**, el personal de Trabajo Social, de enfermería o médico también referirá la situación al Departamento de la Familia, Programa de Emergencias Sociales (PES), Teléfonos: (787) 749-1333 ó 1-800-981-8333. De acuerdo a la información obtenida en la evaluación social realizada, se determinará la peligrosidad de la situación para el/la menor y se decidirá si es necesario **asumir su custodia** hasta que el Departamento de la Familia acuda para asumir la protección de la/el menor. Se procederá del mismo modo si la intervención es en casos donde existe sospecha

de agresión sexual a menores. De sospecharse abuso intrafamiliar, las entrevistas a los/as menores se realizarán en privado (sin la presencia de familiares).

Áreas Principales de Servicios

Toda víctima de agresión sexual, requiere que el personal a cargo de la intervención trabaje con las siguientes áreas:

1. Coordinación de servicios de salud y forenses de emergencia y seguimiento.
2. Evaluación de peligrosidad.
3. Orientación y consejería a víctimas y grupo de apoyo.
4. Coordinación e intercesoría con agencias de ayuda (intercesoría).
5. En casos de menores, consultar con el Departamento de la Familia si debe o no retener al menor hasta que el Departamento de la Familia acuda para evaluar su protección.

C. INTERVENCION EN CRISIS EN CASOS DE AGRESION SEXUAL

La agresión sexual es una experiencia de crisis para la víctima. Por lo tanto, requiere ser manejada por personal capacitado para realizar una intervención en crisis.

1. Características de un estado de crisis

Una crisis es una experiencia que altera el equilibrio psíquico de una persona. Se define como la percepción o vivencia que experimenta un individuo ante un peligro, la misma le inhabilita a resolver la situación a la que se enfrenta mediante los mecanismos de solución de conflictos que habitualmente tiene a su alcance (James & Gilliland, 2013).

- La persona experimenta sentimientos de incapacidad e inefectividad en el manejo de un problema el cual percibe que no tiene solución.
- La persona atraviesa por cambios significativos en el comportamiento, al intentar manejar efectivamente todo lo que implica la situación de agresión.
- Generalmente, la persona puede experimentar una o más de las siguientes reacciones: "shock" emocional, incredulidad, culpa, humillación, tristeza, impotencia, repetición mental ("flashbacks"), episodios disociativos, coraje, ansiedad, incapacidad, vergüenza, temor y confusión entre otros.
- Pueden manifestarse los siguientes síntomas físicos: insomnio, pérdida de apetito, agitación, dolores de cabeza, abdominal y pélvica y tensión muscular entre otros.
- Es un estado agudo que puede durar desde semanas hasta meses.
- La situación se percibe como de peligro para su vida.
- El suceso que origina la crisis no tiene solución inmediata.
- Pueden resurgir problemas y conflictos, previos a la agresión.

2. Particularidades de la crisis por agresión sexual

La crisis por una situación de agresión sexual se diferencia de otros estados de crisis por los siguientes factores:

- Es precipitada por un asalto violento (o por la divulgación de la agresión en el caso de menores) donde se ha utilizado la fuerza o la coerción, impactando adversamente los componentes físico, emocional y social de la víctima.

- Si el/la victima decide tomar acción legal contra el/la agresor/a, se le requiere revivir, bajo circunstancias desagradables los detalles del/de los evento(s) traumático(s).
- A diferencia de otras crisis, en ésta, la vida privada de la víctima se somete a un escrutinio intenso y público. Por consecuencia, la integración y resolución de la crisis, requiere de más tiempo de lo que usualmente requieren otras situaciones traumáticas.
- No siempre la victima cuenta con la empatía y apoyo de la comunidad; en ocasiones la respuesta social es de hostilidad y duda.
- El miedo a que el/la agresor/a ataque otra vez perpetúa el sentido de alerta, temor y desconfianza.
- Si la agresión ocurrió en el hogar, la víctima puede tener la necesidad de cambiar de residencia.
- Posible ruptura de sus relaciones afectivas con sus padres, cónyuge, pareja, amistades, etc. Estas personas pueden reaccionar de forma tan alterada como la víctima y son víctimas secundarias de la agresión sexual.
- De haber historial de salud mental previo existe el riesgo de que se exacerbe la condición.

3. **Pasos en el manejo de la crisis**

Durante la fase aguda inicial una consejería que ofrezca dirección hacia actividades con propósitos específicos puede ayudarle a adaptarse, reducir ansiedades y, sobretodo, a restablecer los sentimientos de autocontrol. La participación de la víctima en establecer contacto con diferentes personas, tomar decisiones sobre un tratamiento y reasumir sus responsabilidades familiares puede ser importantes en el esfuerzo de auto reactivación. Los enfoques principales durante la intervención en esta fase lo son la estabilidad emocional, la clarificación y el seguimiento de la evaluación de salud y forense, y la orientación legal. Además, se deberá explorar con la victima si desea que se le notifique sobre el incidente a su red de apoyo.

Pasos Sugeridos para la Fase Aguda – evento/reacción reciente
➢ Garantizarle seguridad y apoyo estableciendo una relación de empatía. ➢ Explorar sentimientos y preocupación principal. ➢ Explorar el evento de agresión sexual. ➢ Clarificar el significado de la agresión para la victima ➢ Ofrecerle orientación sobre asuntos prácticos que confrontará en aspectos de salud, legal, de seguridad y emocional. ➢ Ofrecer apoyo y disponibilidad para el seguimiento.

a) **Fase de ajuste** - Este período se caracteriza por la disminución de la ansiedad inmediata. El/la victima intenta regresar a sus actividades "normales". Durante este período, que pudiera extenderse por días o semanas después de la agresión sexual, las defensas y recursos psicológicos de la persona deben reactivarse. Su interés en conversar sobre los aspectos de la agresión sexual pudiera desvanecer rápidamente. Muchas veces se reprimen, se niegan o se racionalizan emociones y sentimientos y

puede disminuir o desaparecer el coraje y la depresión. En esta fase, hay cinco técnicas de afrontamiento primarias (RAINN, 2012):

- Minimización - Finge que "todo está bien" o que "podría haber sido peor."
- Dramatización - No puede dejar de hablar de la agresión sexual, y es lo que domina su vida y su identidad.
- Represión - negación a hablar del evento de agresión sexual y actúa como si no hubiese sucedido.
- Explicación - analiza lo que sucedió, lo que hizo la víctima, lo que el agresor/a podría estar pensando o sintiendo.
- Huida - Trata de escapar del dolor (mudarse, cambiando de trabajo, cambiando su apariencia, cambiando relaciones significativas, etc.).

Las situaciones que pueden surgir en esta fase tienen que ver con las decisiones respecto a cambios de residencia, trabajo, escuela o patrones de vida, cómo enfrentar las personas en su trabajo, escuela y comunidad y cómo manejar las reacciones de las personas en relación a la agresión sexual. La intervención profesional en esta fase debe dirigirse hacia la orientación, discusión y evaluación de las opciones por parte de la víctima. Este proceso debe culminar con la toma de decisiones sobre los problemas prácticos que genera la agresión sexual. La victima debe ser es quien tome las decisiones y en un contexto de apoyo.

Síntomas y Conductas Durante la Fase de Ajuste

- Ansiedad
- Cambios severos de humor
- Sensación de impotencia
- Miedo persistente o fobia
- Depresión
- Coraje
- Dificultades en el patrón de sueño (pesadillas, insomnio, etc.)
- Dificultades en el patrón alimenticio (náuseas, vómitos, comer compulsivamente, falta de apetito)
- Negación
- Aislamiento (de amigos, familiares, actividades)
- Hipervigilancia
- Resistencia a salir del hogar y / o evitar ir a lugares que le recuerdan al agresor/a
- Disfunciones sexuales
- Dificultad para concentrarse
- *"Flashbacks"* / recuerdos intrusivos

b) Fase de integración y resolución - en la fase de integración de la victima de agresión sexual, en última instancia, dependerá de una variedad de factores, tales como su nivel de estabilidad y fortaleza personal, el grado de apoyo que reciba de su familia y de aquellas personas significativas en su vida. Además, le impactará en este

proceso la forma en que ha sido tratada con posterioridad a la agresión sexual y la efectividad con que hayan intervenido los profesionales de ayuda.

Durante este período post traumático, la victima puede sentir la necesidad de estar sola para intentar reconciliar sus sentimientos y pensamientos en torno a la agresión sexual. Es posible que en este momento se retire del proceso de ayuda. Durante todo el proceso de ayuda el/la profesional de ayuda debe hacer despliegue de tres destrezas básicas: empatía, respeto sin juicio y autenticidad. Estas destrezas garantizan unos parámetros mínimos de efectividad en la intervención. El proceso de ayuda culmina cuando se haya logrado atender las necesidades de la víctima relativas a la agresión sexual.

D. ABUSO SEXUAL DE MENORES

En el caso de abuso sexual de menores, las estadísticas del CAVV reflejan que la persona agresora mayormente reportada es un familiar o una persona muy cercana e íntima a la familia. Esta típicamente desarrolla una relación de confianza, apoyo y atención especial con la victima menor de edad. En ocasiones también se utiliza la intimidación y las amenazas para llevar a cabo el abuso sin ser denunciado. Por otro lado, la cercanía afectiva puede resultar en sentimientos ambivalentes hacia la persona agresora, tanto de miedo, odio o confusión por la atención recibida. El desenvolvimiento del abuso sexual a menores se da en forma progresiva y generalmente presenta un patrón predecible que puede dividirse en cinco fases (Shenk, C.E.; Noll, J.G.; Putnam, F.W. y Trickett, P.K., 2010)

1. Fases del abuso sexual infantil.

a) **Fase de envolvimiento** - utiliza la manipulación para hacer creer al menor que lo que le propone es divertido y aceptado. Ofrece recompensas y hace la actividad atractiva. En familias donde la violencia es común, si la niña o niño se rehúsa, la persona adulta utiliza la manipulación psicológica, la amenaza o la fuerza, para someterle.

b) **Fase de interacción sexual** - Generalmente se da en forma progresiva comenzando con acercamientos que pueden parecer inofensivos y coincidentes como exposiciones semi-desnudas o un toque "sin querer", hasta el acto de agresión sexual. La agresión sexual puede incluir la presentación de material pornográfico, exposición semi-desnuda o desnuda del cuerpo del/de la adulto/a, sexo oral, toques inadecuados, requerimientos sexuales inadecuados de acuerdo al nivel de desarrollo y penetración anal o vaginal del/de la menor. La/el menor puede dar señales de que algo le está ocurriendo (cambios en su comportamiento, pesadillas, inhabilidad para concentrarse en las tareas escolares, ansiedad u otros indicadores emocionales y físicos).

c) **Fase de secretividad** – La persona agresora necesita que la situación del abuso continúe para satisfacer sus necesidades (deseos de sentirse importante, conocedor, de ejercer el poder, dominio, de sentirse admirado, deseado) y persuade al menor para que guarde el secreto generalmente mediante el uso de amenazas o haciendo el secreto atractivo: ("este juego es entre tú y yo nada más, no se lo cuentes a nadie", "si

lo cuentas, nadie va a creerte", "si lo cuentas, voy a sufrir mucho", "mamá va a sufrir mucho"... "si lo cuentas me mato", etc.)

d) **Fase de descubrimiento-** En menores pre-puberales el descubrimiento por lo general es accidental, cuando ninguno de los participantes estaba preparado para revelarlo lo que ocasiona una crisis simultánea para los menores y su familia. Cuando el descubrimiento es voluntario de parte de la víctima se puede minimizar el sufrimiento preparándola para lo que va a tener que enfrentar: crisis en la familia, intervención de agencias, posible rechazo en el hogar. La divulgación voluntaria ocurre mayormente en la adolescencia.

e) **Fase de supresión** - En la búsqueda por salir de la crisis provocada por el descubrimiento del abuso, la reacción más común de la familia es la de negar o minimizar la situación del abuso llevando a cabo serios intentos de minar la credibilidad del menor. La negación de los cargos o retractación ocurre comúnmente debido a miedo, sentimientos de culpa e intentos de restablecer el equilibrio familiar.

2. Indicadores físicos y emocionales de abuso sexual de menores

Los indicadores físicos y emocionales de violencia deben evaluarse dentro del contexto total del historial de salud biopsicosocial de la persona. No son hechos que aisladamente definan una agresión.

a) **Indicadores Físicos:** condiciones sin explicación lógica, inapropiada para la edad o para el nivel de desarrollo, tales como:

- Infecciones frecuentes del tracto urinario
- Infecciones de recto y boca
- Infecciones de transmisión sexual
- Dolor, picor, inflamación genital, síntomas recurrentes
- Descarga de órganos sexuales, residuos de lubricante en la vagina o ano
- Dolor de estómago frecuente
- Dolores de garganta recurrentes
- Fatiga extrema
- Actividad sexual inadecuada para su nivel de desarrollo

b) **Indicadores Emocionales:**

- Estado de ánimo variable
- Conducta sexualizada, inapropiada para la edad
- Temor a estar a solas con una persona adulta en especifico
- Miedos consistentes y fuera de lo común
- Desapegos, aislamiento
- Indiferencia
- Conducta regresiva (no va de acuerdo con su edad cronológica)
- Desórdenes del sueño (pesadillas, alteraciones en los patrones de sueño, miedo a la oscuridad)
- Expresiones inapropiadas de amor y afecto
- Conductas desafiantes, rebeldes, agresivas
- Fugarse del hogar o la escuela
- Abuso de drogas y/o alcohol

Nota: Este listado no pretende abarcar el universo de indicadores, es una guía para identificar factores durante la entrevista con los menores. Puede haber menores víctimas que no presenten síntomas.

3. Consideraciones del desarrollo y lingüística, por etapas

Los profesionales a intervenir con menores víctimas de abuso sexual deberán conocer los conceptos básicos sobre el desarrollo y lingüística en menores. Aunque existen normas relativas al desarrollo por edad cronológica, se debe considerar que existen variaciones entre individuos y grupos de edad. Cada menor debe ser evaluado y visto como un individuo particular. La mejor forma de observar las capacidades de desarrollo y lingüística de un menor es prestando atención a la utilización y entendimiento del lenguaje del menor. A continuación se presenta un resumen básico del desarrollo y lingüística por edades cronológicas, según la APSAC (2014).

Términos por Grupos de Edad:

- Infantes (0-1 año)
- *Toddler* (1-2 años)
- Preescolar (3-5 años)
- Edad Elemental (5-11 años)
- Preadolescentes (11-13 años)
- Adolescentes (13-18 años)

Todler – 18 a 36 meses

- Vocabulario limitado: 500-3,000 palabras.
- Oraciones de tres o cuatro palabras.
- No hay entendimiento de pronombres (ej. él, ella).
- Conocimiento muy básico de preposiciones (ej. adentro, arriba, afuera).
- Puede contar, pero de memoria, no tienen entendimiento de los que representan los números.
- Muy egocéntricos y concretos en el pensamiento.
- Piensan que los adultos son omniscientes (que conocen y saben todo), afectando la necesidad de explicar todo en detalles.
- Observan todo desde su propia perspectiva.
- Asumen que todo el mundo observa, actúa, y sienten igual que ellos.
- Pueden tener dificultad explicando pensamientos o proveyendo detalles por sí solos.
- Incapaces de llegar a conclusiones basadas en lo que han sido testigos o han experimentado.
- Cuando se le entrevista de forma apropiada y específica, son capaces de relatar experiencias en detalles.

Preescolares – 3 a 6 años

- Vocabulario de 13,000-21,000 palabras.
- Constantemente utilizan palabras las cuales no tienen completo entendimiento de lo que significan.

- Han aprendido a utilizar la mayoría de las preposiciones (ej. arriba/abajo, adentro/detrás, al lado).
- Han aprendido algunos pronombres posesivos básicos (ej. mío, tuyo, nuestro).
- Han comenzado a dominar adjetivos.
- Desarrollo limitado de pensamiento abstracto.
- Continúan siendo egocentristas y concretos.
- Aún no pueden observar situaciones desde la perspectiva de otros.
- Su razonamiento se basa en cosas específicas que pueden observar y que tienen importancia para ellos.
- En general, pueden expresar, quién, qué, dónde y en ocasiones cómo, pero no cuándo ni cuantas veces.
- Son capaces de proveer una cantidad de detalles sobre una situación, pero presentan dificultad con el orden temporal.

Edad Elemental 7 a 9 años

- Comienza el pensamiento lógico: comienzan a aplicar su conocimiento personal y experiencias para determinar si una situación particular tiene sentido o no.
- Los conceptos temporales mejoran.
- Dominan adverbios generales (ej. antes/después, de frente/ de espaldas).
- Pueden emular los patrones de habla de los adultos.
- Tienen habilidades cognitivas y lingüísticas básicas y suficientes para describir un evento de abuso.
- Se debe recordar: aún no está totalmente desarrollado cognitivamente, lingüísticamente ni emocionalmente.

Preadolescentes 10 a 12 años

- Comienza el pensamiento abstracto.
- Comienzan a observar el mundo exterior desde una perspectiva absoluta de lo que es correcto-incorrecto.
- Se desarrolla la habilidad interpretativa.
- Comprensión total de los pronombres.
- Son capaces de contestar preguntas sobre quién, qué, dónde y cuándo (se debe tener precaución con las preguntas de cuando en esta etapa).
- Aún pueden presentar dificultades con las preguntas de por qué.
- Tienen un conocimiento básico del sistema legal.
- Aún se encuentran en el desarrollo del pensamiento abstracto y no son capaces de hipotetizar razones o motivos.

Adolescentes 13+ años

- Desarrollo bastante parecido al de un adulto.
- La capacidad para describir y narrar eventos pasados continúa en desarrollo hasta finales de la adolescencia.
- Generalmente pueden hipotetizar y hacer inferencias basadas en conductas y situaciones.
- Comprensión total de la voz pasiva.
- Aún pueden confundirse con preguntas complejas, doble negativas o muy largas.
- Presentan una etapa de desarrollo emocional turbulenta.

- Se revierten a un tipo de egocentrismo ya que tienden a encontrarse ensimismados.
- Entienden los conceptos de culpa y vergüenza.

E. VIOLENCIA SEXUAL EN PERSONAS ADULTAS

La violencia sexual en personas adultas se manifiesta de diversas maneras que incluyen, pero no se limitan a:

- violación en la relación de pareja o en citas amorosas;
- violación por desconocidos o conocidos;
- violación sistemática, esclavitud sexual y otras formas de violencia particularmente comunes en situaciones de conflicto armado (por ejemplo fecundación forzada);
- insinuaciones sexuales no deseadas o acoso sexual (en la escuela o el lugar de trabajo);
- abuso sexual apersonas con diversidad funcional física o intelectual
- violencia sexual si la persona no está en condiciones de dar su consentimiento, por ejemplo cuando está bajo los efectos de alcohol u otras drogas o mentalmente incapacitada.

1. Indicadores de violencia sexual en población adulta

Existen muchas reacciones que las víctimas de violación y agresión sexual pueden experimentar. Para eventos traumáticos en general, es importante darse cuenta de que no existe un patrón "estándar" de reacción al estrés extremo provocado por experiencias traumáticas. Algunas personas responden inmediatamente, mientras que otras tienen reacciones retardadas que aparecen, con frecuencia, meses o, incluso, años después. Mientras que algunas experimentan efectos adversos por un período prolongado, otras se recuperan con bastante rapidez. Las reacciones pueden cambiar con el paso del tiempo.

Algunas personas que han sufrido un trauma se sienten con energías inicialmente para asumir el reto de enfrentar la situación, para luego sentirse desanimadas o deprimidas. El impacto del abuso sexual varía de persona a persona y puede ocurrir en varios niveles, física, emocional y mentalmente. Las víctimas de violencia sexual pueden experimentar algunas de las siguientes respuestas:

- Respuestas de miedo ante los recuerdos de la agresión
- Sensación de ansiedad dominante, preguntándose si es posible que alguna vez se vuelva a sentir seguro(a)
- Volver a experimentar la agresión una y otra vez a través de recuerdos del pasado
- Problemas para concentrarse y mantenerse centrado(a) en la tarea en cuestión
- Sentimientos de culpa
- Desarrollar un autoestima negativo, sentimiento de "suciedad" por dentro y por fuera
- Enojo, depresión, dificultades interpersonales,

F. OBJETIVOS DE LA INTERVENCION PSICOSOCIAL

Es importante destacar que independientemente de la edad de la victima de agresión sexual las medidas y acciones a nivel psicosocial deben adoptarse con la finalidad de proteger y evitar la revictimización. Se debe considerar que tanto la víctima como su red de apoyo van a tener que afrontar una situación dolorosa ante las circunstancias que se

deriven de la revelación de/ de los evento(s) de agresión sexual. Por lo tanto, la intervención psicosocial debe tener como objetivo prioritario garantizar su seguridad, lo que implica actuar tanto sobre la víctima y sus familiares. De este modo, en el caso de la intervención con menores particularmente, se emplea por regla general, potenciar la capacidad de la familia para apoyar al/a la menor (Corcoran y Pillai, 2008). En el caso de adultas promover empoderamiento y el proceso decisional personal. Las investigaciones sobre el empoderamiento y la resiliencia han orientado en gran medida la labor clínica e investigativa, al reconocimiento de estos fenómenos en los adultos y sobre todo en los niños como un aporte fundamental que reciban orientación sobre las intervenciones creando contextos que faciliten el empoderamiento y la resiliencia. Estos conceptos sirven no sólo como guías para establecer criterios de actuación preventiva con los menores y las personas adultas, en el sentido de apoyar sus recursos naturales para afrontar el daño, sino que además son criterios para que el personal de ayuda utilice sus propios recursos de empoderamiento y resiliencia al servicio de la reparación terapéutica de las víctimas. (Echeburúa, 2004). Referencia: Echeburúa, E. (2004). *Superar un trauma. El tratamiento de las víctimas de sucesos violentos.* Pirámide. Madrid.

El tratamiento psicológico ante un evento de violencia sexual, debe ser integrador con respecto a las personas tratadas (víctima y familiares) y las áreas abordadas (las cogniciones, las emociones y las conductas alteradas), sobretodo en el caso de menores. A su vez, el tratamiento puede llevarse a cabo, a veces, de forma inmediata al suceso traumático, pero, en otras circunstancias, se rompe el pacto de silencio y se solicita ayuda tiempo después del abuso por diversos motivos (conciencia del alcance de lo ocurrido, miedo, intento de protección de otros familiares, etcétera). Hay veces, incluso, en que la búsqueda de ayuda tiene lugar ya muchos años después del evento, cuando la víctima se percata de las dificultades emocionales existentes, por ejemplo: en el ámbito de la relación de pareja (Echeburúa, Corral, Zubizarreta y Sarasua, 1997; Taylor y Harvey, 2010) o de la crianza.

Los ámbitos de intervención con las víctimas y sus familiares no se pueden plantear como compartimentos específicos o universales ni en cuanto a su contenido ni a su duración. No todos los casos requieren abordar todas las áreas ni estas hay que secuenciarlas de la misma manera. Una intervención de estas características ha de ser lo suficientemente flexible y adaptable a la idiosincrasia de cada víctima, a las características y circunstancias de la situación, así como a las necesidades específicas detectadas (por ejemplo, convivencia actual del agresor con el menor, mayor o menor gravedad del abuso, protección más o menos eficaz por parte de la madre, etcétera) (Vázquez Mezquita, 1995).

IV. Evaluación de Salud y Forense

La Organización Mundial de la Salud destaca como un asunto de importancia capital, el proporcionar una respuesta integral a las necesidades de las víctimas de agresión sexual, mediante la prestación de servicios de salud y médico jurídicos (OMS, 2011). Como parte de la respuesta integral se facilitará el acceso a una serie de servicios de salud específicos, que serán prestados por personal capacitado, a saber:

- un examen forense,
- pruebas de laboratorio,
- tratamiento y profilaxis de enfermedades de transmisión sexual,
- profilaxis para la infección por el VIH, cuando corresponda,
- anticonceptivos de emergencia,
- apoyo psicológico y social,
- referido a servicios de salud mental (de ser necesario), entre otros.

Tome en consideración que la evaluación médico - forense puede ser una experiencia amenazante, traumatizante y tan impactante como la agresión. La evaluación médica es uno de los momentos en que más revictimización puede sufrir una víctima de agresión sexual; por ello que se ofrecerá un trato humano, compasivo y de respeto, prestando atención especial a las necesidades, antes, durante y después del proceso de evaluación. Cuando el personal es sensible y respetuoso de la condición y de las necesidades de la víctima, puede proveer un apoyo extraordinario a la salud física y emocional de la persona, contribuyendo al proceso de recuperación y a la prevención de condiciones de salud crónicas como resultado de la agresión.

A. FACILIDAD FÍSICA

Las facilidades de salud son responsables de garantizar la **privacidad, confidencialidad y seguridad** a las víctimas de violencia sexual que reciben sus servicios ya sea de salud, seguridad o apoyo psicosocial.

- **Privacidad** - provee el espacio para hablar sobre lo sucedido sin temor a que otros/as le escuchen o le observen y sin la interrupción de la atención de los profesionales.
- **Seguridad** - permite sentirse protegida/o y en control de lo que acontece. Es de gran importancia como parte del proceso de recuperación, por ser de lo primero que pierde la víctima. Los contactos físicos y la entrada y salida del personal, debe limitarse al mínimo y con autorización de la víctima.
- **Confidencialidad** – garantiza que la información estará accesible solamente a las personas autorizadas. Se mantendrá confidencialidad en todos los casos. La ausencia de confidencialidad puede afectar la salud de la persona, su seguridad y el proceso legal.

Cada hospital proveerá un lugar privado en la sala de emergencia donde la victima pueda esperar a ser evaluada. En este lugar:

- Se le recopilará el historial social, médico y forense.

- Se realizará la evaluación médico forense.
- Se tomarán las muestras de laboratorio establecidas en el Protocolo.
- Se le ofrecerá el tratamiento preventivo y curativo.
- Se tramitará la admisión, de ser necesario.

La víctima de agresión sexual debe ser admitida directamente a esta área en sala de emergencia tan pronto es conocida la naturaleza de su situación. Es vital la provisión del servicio sin dilación a los fines de que la víctima se sienta en la confianza y certeza de que será atendido/a y se ofrecerá el servicio en un tiempo razonable. El personal se abstendrá de toda acción, proceso o vocabulario estigmatizante y prejuiciado.

La **Junta Directiva de la Institución** (hospital, centro de salud) será el organismo encargado de determinar quiénes son las y los profesionales de su facilidad con la experiencia, conocimientos y destrezas necesarias para llevar a cabo las evaluaciones médico-forenses. **Es responsabilidad de cada facilidad de salud tener disponible en la sala de emergencia personal capacitado y adiestrado para intervenir con víctimas de agresiones sexuales, en todos los turnos.** Los Reglamentos para Hospitales incluyen especifican las responsabilidades para el manejo de pacientes víctimas de agresión, que incluyen las siguientes:

- proveer y mantener personal adiestrado en manejo e intervención de pacientes víctimas de agresión sexual o violencia doméstica.
- asegurar que el personal médico y de enfermería que ofrece servicios en la Sala de Emergencia esté debidamente tenga los adiestramientos y certificaciones en el manejo de pacientes víctimas de agresión sexual o violencia doméstica.
- tener disponible personal de trabajo social las 24 horas del día, para atender casos de agresión sexual y violencia doméstica. Se iniciará el proceso de entrevistas, intervenciones y referidos necesarios tan pronto le sea notificado. Este servicio puede ser ofrecido por personal regular o a través de servicios subcontratados para guardias u "on call".
- Reportar mensualmente al Departamento de Salud todos los casos de agresión sexual (y de violencia doméstica) atendidos.

Se indica además, que el incumplimiento con este artículo implica imposición de multas administrativas y la denegación o suspensión de la licencia para el funcionamiento y operación de la facilidad de salud.

El Reglamento de Hospitales, indica que cada facilidad es responsable de desarrollar e implantar un plan de educación en servicios necesarios que considere las necesidades del personal, competencias profesionales, cambios en modelos de prestación de servicios, entre otros. El Centro de Ayuda a Víctimas de Violación (CAVV) del Departamento de Salud, puede colaborar en la actualización de conocimientos sobre el protocolo de intervención pero no se hace responsable de ser el proveedor de adiestramientos. El CAVV, Departamento de Salud, exige que se cumpla con las disposiciones de este protocolo y velará que la intervención realizada no revictimice a las víctimas de agresión sexual. De requerir mayor orientación puede llamar al CAVV, a la línea de ayuda del CAVV: 787-**765-2285**.

B. PROFESIONALES RESPONSABLES DE LA EVALUACIÓN FORENSE

Los servicios de evaluación física y forense deben ofrecerse utilizando las estrategias necesarias para fortalecer el proceso de recuperación de la víctima de la agresión sexual y evitarán la revictimización.

El personal de salud que recibe a la victima de agresión sexual será responsable de:

- Escuchar con atención.
- Identificar las necesidades o preocupaciones principales de la víctima.
- Orientarle sobre los procedimientos que se realizarán.
- Ofrecerle apoyo.

El personal a cargo de la evaluación médico forense tiene que poseer conocimientos y destrezas en el área clínica y forense. **Puede ser un/a emergenciólogo/a, médico generalista, especialista o profesional de enfermería forense certificado-adiestrado en el modelo de enfermería forense en abuso sexual (Sexual Assault Nurse Examiner –SANE,** por las siglas en **inglés), u** otro personal delegado por la facilidad de salud. Este personal debe tener conocimiento de:

- Las dinámicas de violencia sexual, tanto en menores como personas adultas.
- Las leyes que aplican a estas situaciones de agresión sexual.
- Los recursos de ayuda existentes para la coordinación de los servicios requeridos.

El examen de personas **adultas** lo pueden realizar: emergenciólogos/as, médicos generalistas, médicos de familia, ginecólogos/as, cirujanos/as o urólogos/as, o profesionales de enfermería forense, según la necesidad. El examen de **menores** será realizada por: emergenciólogos/as, médicos de familia, médicos generalistas, pediatras o profesionales de enfermería forense, consultando a ginecólogos, cirujanos y urólogos, según la necesidad. Encontrará información específica sobre la Evaluación Pediátrica en el Capítulo #5 de este Protocolo.

Se recalca que **es responsabilidad de la facilidad de salud (hospital/centro de salud) tener identificado al personal que realizará las evaluaciones médico-forenses en los casos de agresión sexual, en todos los turnos**. La institución también es responsable de mantener personal adiestrado y/o facilitar el adiestramiento al personal que realiza o realizará las evaluaciones forenses en los casos de agresión sexual (médicos, enfermeras/os forenses).

El resultado de la evaluación forense se documenta en el formulario forense: **Información de la Agresión e Historial de la Víctima,** diseñado especialmente para los casos de violencia sexual. Quien realiza el examen será responsable de **cumplimentar el formulario** y todos los encasillados cuidadosamente. Se utilizará el formulario que se incluye en el Kit de Evaluación Forense en los casos de 72 horas o menos. Luego de las 72 horas, utilizará el formulario incluido en este protocolo (ver Apéndice # 21-E), independientemente de si se ha radicado o no una querella y si se realiza o no la toma de muestras de evidencia.

No se requerirá que la **persona adulta víctima de una agresión sexual** llegue acompañada de la policía, personal del Centro de Ayuda a Víctimas de Violación, de una orden del fiscal o que presente una querella, para ser atendida. (Ver Carta de Derechos de las Víctimas del Crimen, Ley #22, del 22 de abril de 1988).

Los/as profesionales (personal médico, de enfermería, trabajo social) que atienden a la victima de agresión sexual que llega a una facilidad de salud, tienen la responsabilidad de capacitarse acerca de los aspectos legales relacionados con las agresiones sexuales para ofrecerle orientación e información básica al respecto. (Para más detalles vea el Capítulo VII- Aspectos legales).

C. EQUIPO INTERDISCIPLINARIO ESPECIALIZADO - ROLES Y RESPONSABILIDADES

Cada hospital mantendrá un Equipo de Trabajo Especializado para casos de agresión sexual. Este equipo de trabajo estará encargado de velar por el **cumplimiento del Protocolo de Intervención con Victimas de Agresión Sexual** y de mantener al personal del hospital orientado sobre las normas y procedimientos de la institución en cuanto a la atención a estas/os pacientes. El Equipo será integrado por Director/a Médico del Hospital, Director/a de Sala de Emergencia, Supervisor/a de Enfermería de Sala de Emergencia, Trabajador/a Social, Director/a de Records Médicos, Epidemiología, Área de Seguridad y Enfermera/a SANE (si hay disponible).

Los profesionales del hospital que entran en contacto con las víctimas de agresión sexual deben cumplir con las responsabilidades indicadas a continuación:

1. **Personal área "TRIAGE" -** Este personal tiene la responsabilidad de:
   - atender a la víctima de agresión sexual, en la mayor brevedad posible.
   - facilitar el registro de la persona en admisiones.
   - establecer contacto con el personal evaluador o enfermera/o forense en abuso sexual (SANE) disponible.
   - recopilar el historial de salud
   - obtener consentimiento para la evaluación forense.
   - activar/informar la situación al personal de trabajo social de la institución.

Importante: una víctima de agresión sexual debe atenderse como una prioridad y tiene que ser ubicada, de inmediato, en el área privada, designada. Será atendida/o dentro de un periodo razonable, que no comprometa la recolección de evidencia médica y forense.

2. **Personal de Admisiones –** El personal de la oficina de admisiones irá al área designada en sala de emergencia a obtener la información mínima para abrir el expediente.

3. **Personal de Enfermería** – Este personal tiene la responsabilidad de:
   - Asistir en el proceso de la evaluación médico-forense.

- Obtener datos del historial de agresión, o información adicional necesaria, si no fue obtenida por el/la evaluador/a forense y documentará en la Notas de Enfermería.
- Puede llamar a la Línea de Ayuda del CAVV para orientación a la persona y/o familiares.
- En caso de menores, puede hacer el referido al Departamento de la Familia, si no hay trabajador/a social, disponible en el momento.

4. **Personal Médico-Forense de Sala de Emergencia o Enfermeria Forense en Agresión Sexual** (Sexual Assault Nurse Examiner –SANE) – Es responsable de:
   - Realizar la evaluación física completa y de recoger la evidencia forense (utilizando el "Kit", en los casos que aplique).
   - Entrevistar a la víctima y obtener la información necesaria para completar el historial de la agresión.
   - Orientar a la víctima sobre la recopilación de evidencia forense con el Kit de Evaluación Forense.
   - Mantener la cadena de evidencia en todo momento.
   - Ordenar las pruebas de laboratorio y los tratamientos preventivos de embarazo y de infecciones de transmisión sexual, que incluye la profilaxis con antiretrovirales para prevención de VIH, en los casos que aplique.
   - Ofrecer cita de seguimiento para reevaluación, de ser necesario.
   - Referir la situación al personal de trabajo social de la institución.
   - Coordinar que se realice entrega de resultados de laboratorios a la victima de agresión sexual.
   - En caso de menores, debe hacer el referido al Departamento de la Familia, si no hay Trabajador/a Social.
   - El personal a cargo de la evaluación puede llamar a la Línea de Ayuda del CAVV (787-765-2685) para consulta o para coordinar orientación adicional a la víctima y/o sus familiares.

5. **Area de Supervisión de enfermería de sala de emergencias**- será responsable de:
   - Supervisar que el proceso de TRIAGE, la evaluación médico forense y las consultas necesarias, se lleven a cabo conforme al Protocolo de Intervención del Departamento de Salud.
   - Tener disponible para el personal y las victimas de agresión sexual literatura sobre el tema de agresiones sexuales, facilitada por el CAVV, que incluye: Protocolo, Guías de Manejo, información de derechos y de servicios disponibles, opúsculos, etc.)
   - Mantener un inventario adecuado de kits de evaluación forense.
   - Verificar que los kits utilizados estén completos, firmados y sellados.
   - Dar seguimiento a la policía para el recogido de Kits de evaluación médico forense, con evidencia, según establecido el OG de la policía #600-622 de abril de 2016.
   - Puede mantener el registro de los casos de agresiones sexuales y de los "kits" utilizados en evaluaciones forenses y enviar mensualmente al CAVV.
   - Puede establecer contacto con la Línea de Ayuda del CAVV para orientación a la víctima y/o familiares.

- En caso de menores, puede hacer el referido al Departamento de la Familia, si no hay trabajador/a social u otro personal para referir.

6. **Trabajado Social** – tiene la responsabilidad de:
   - Intervenir en todo caso de agresión sexual que llegue a la institución
   - Ofrecer orientación, consejería de apoyo, realizar la intervención en crisis, que sea necesaria, con la víctima y/o sus familiares.
   - Evaluar las necesidades psicosociales de la víctima.
   - Coordinar y /o referir a los servicios de ayuda que requiera la víctima. En caso de menores, debe referir al Departamento de la Familia.
   - Orientar a la víctima y/o sus familiares sobre sus derechos y sobre los servicios existentes para víctimas de agresión sexual, entre ellos, los servicios del CAVV.
   - Tomar el historial social, el historial de agresión o información adicional necesaria en la hoja de consulta, si no fue obtenida por el médico y/o la evaluadora forense
   - Referir a la persona a las agencias de ayuda, incluyendo al CAVV, para seguimiento psicosocial y/o para orientación adicional que sea necesaria.
   - Documentar en el expediente la intervención realizada y referidos. Mantener evidencia en el expediente.
   - Coordinar que se realice entrega de resultados de laboratorios y otras pruebas, a la victima de agresión sexual.

D. ENFERMERIA FORENSE EN AGRESIÓN SEXUAL – SANE

El modelo de Enfermería Forense en Agresión Sexual – SANE (Sexual Assault Nurse Examiner) por sus siglas en inglés, está reconocido como un modelo efectivo para facilitar la evaluación médico forense y la recolección de evidencia forense en casos de agresión sexual. Se recomienda que cada institución médica contrate y tenga disponible personal adiestrado en el modelo SANE, para atender a víctimas de agresión sexual. El personal de enfermería adiestrado en SANE conoce las normas y procedimientos para recolectar, documentar y preserva la evidencia forense de casos de agresión sexual. El/la enfermero/a forense es un/a evaluador/a. Para evitar conflictos de roles, si un/a enfermero SANE realiza la evaluación, no debe realizar la función de intercesor/a. Aunque si puede ofrecer intervención en crisis (Ledray, 1996). Para obtener información adicional sobre el proceso de certificación de SANE puede acceder a la página electrónica: www.sane-sart.com y www.forensicnurses.org .

E. ASPECTOS GENERALES DE LA INTERVENCIÓN FORENSE

1. **Información para víctimas de agresión sexual:**
   a. **Nombres** de las y los profesionales que participarán en la intervención y explicación sobre su rol en la evaluación.
   b. **Servicios** que necesita, requiere y a los cuales tiene derecho.
   c. **Proceso** e implicación de consentimiento.
   d. **Procedimientos** a realizarse durante la evaluación forense y la importancia de los mismos.

2. **Consentimiento escrito:**
   a. Es de suma importancia el obtener de la víctima adulta o custodio en caso de menor, un consentimiento escrito para proceder con el examen forense, la recolección de especímenes, tratamiento preventivo de embarazo y de ITS, toma de fotografías y la autorización para divulgación de evidencia e información relacionada al evento de agresión sexual.
   b. El/la profesional que practique la evaluación debe obtener dicha autorización de la siguiente manera:
      - En presencia de un/a testigo
      - Antes de proceder con el examen
      - Asegurándose que la víctima entienda completamente los procedimientos que se van a llevar a cabo, utilizando un lenguaje fácil de comprender.
   c. Esta gestión, al igual que la presentación de una querella, no obliga a continuar con el procedimiento legal, ni impide el examen médico. (Ver Apéndice # 21- A).

3. **Acompañamiento durante la evaluación**:
   a. El/la profesional examinador debe ofrecer a la víctima de agresión sexual la **posibilidad de ser acompañada/o** por algún familiar, persona allegada, profesional o consejera del CAVV, si así ésta/e lo desea, durante todo el proceso de examen, siempre y cuando la persona no sea sospechosa de la agresión.
   b. Si el/la acompañante es sospechoso/a de ser el/la agresor/a deberá brindarse prioritariamente protección a la persona agredida. Esto es muy importante en los casos de menores y de violencia doméstica.
   c. Si la víctima no desea que ciertas personas la acompañen en el cuarto, su decisión debe de ser respetada.
   d. Los representantes de autoridades de justicia no deben de estar presentes durante la evaluación.

4. **Atención a personas con necesidades específicas**:
   a. El/la profesional que atiende la situación debe estar alerta de necesidades específicas (ej. discapacidad física o intelectual) que tenga la victima de agresión sexual y ajustar los procedimientos de atención a las capacidades físicas, mentales y emocionales de la víctima.
   b. El hospital debe cumplir con los derechos de las víctimas, a servicios de salud y de evaluación forense, realizando acomodos razonables en casos de personas con necesidades especiales, según lo dispone la Ley ADA.
   c. Debe usarse el juicio clínico forense, discutir la situación con los/as profesionales involucrados e incluso consultar al Centro de Ayuda a Víctimas de Violación.

5. **Tiempo para la Intervención:**
   a) Si la persona llega al hospital en un **periodo de una semana (siete días)** de haber ocurrido la agresión sexual:
      - Estos casos se atenderán como **emergencia**.
      - Se utilizará este Protocolo como guía para la evaluación médico – forense.

- El "kit" de evaluación forense sólo será utilizado dentro de las **72 horas** (3 días) después de la agresión sexual. El formulario forense (Información de la Agresión e Historial de la Víctima) se utilizará hasta los **7 días** después de la agresión.

b) Si una persona **menor de edad** (menor de 21 años) víctima de agresión sexual llega a la sala de emergencia luego de los primeros 7 días después de la agresión:
   - Serán atendidos como **emergencia** sin importar cuánto tiempo haya transcurrido desde los hechos de agresión sexual.
   - Las necesidades de los/las menores que se atenderán incluyen salud física y emocional, protección, seguridad, albergue, entre otros. (Refiérase al Capítulo V: Evaluación Pediátrica, para los detalles acerca de la atención a menores.)

c) Si una persona **adulta** víctima de agresión sexual solicita atención luego de los primeros 7 días después de la agresión:
d) Se le realizará un examen físico completo y se le ordenarán las pruebas de laboratorio establecidas por el Protocolo de Agresión Sexual, independientemente de cuándo se solicite el servicio con respecto a la fecha del evento.
e) Serán referidas al servicio ambulatorio con su médico primario y orientadas a recoger los resultados de los laboratorios realizados.

6. **Equipo (KIT) de Recolección de Evidencia Forense** (comúnmente conocido como "rape kit" o SAFE Kit):
   a. El **Kit** se utiliza para facilitar la recolección de evidencia y el manejo de las muestras de laboratorio que **constituyen evidencia**, para el procesamiento criminal.
   b. El Kit incluye formularios que facilitan el recogido de información e historial de la agresión.
   c. Es necesario obtener el **consentimiento de la víctima** para recopilar evidencia con el Kit y enviarla evidencia al Instituto de Ciencias Forenses (ICF).
   d. Las víctimas de agresión sexual tienen derecho a decidir si radican, o no radican, una querella a la Policía. En casos donde la víctima no ha hecho querella, es importante informar a la víctima, que se puede recolectar evidencia forense con el "kit" y enviarla al Negociado de Ciencias Forenses (ICF) y que esta acción no le obliga a iniciar el proceso legal. Es importante explicarle que el traslado de la evidencia al ICF permite una mejor preservación de la misma.
   e. El Centro de Ayuda a Víctimas de Violación (CAVV) provee el "kit" de evaluación forense que se utiliza para recoger la evidencia para el proceso legal, a las facilidades de salud, sin costo alguno. Los centros CAVV de San Juan, Arecibo, Caguas, Fajardo, Mayagüez y Ponce facilitan los "kits" a los hospitales de su región. El personal de la Sala de Emergencia puede requisar los kits a la oficina correspondiente del CAVV, mediante comunicación escrita.
   f. Es responsabilidad de cada facilidad de salud mantener un inventario de "kits" adecuado, para ser utilizados cuando reciban situaciones de agresiones sexuales.
   g. El hospital mantendrá un registro de kits recibidos y utilizados. También mantendrá información y evidencia acerca de la entrega del kits a la policía o de su envío al Negociado de Ciencias Forenses.

h. En casos donde se ha radicado querella el personal del hospital llamará a la Policía para que el /la agente de Delitos Sexuales asignado/a al caso recoja el Kit en el periodo de 48 horas establecido en la Orden General de la Policía de Puerto Rico #600-622 del 21 de abril de 2016, y lo transporte al Negociado de Ciencias Forenses.
i. El personal del hospital entregará la evidencia (kit médico forense) al/a la agente quien completará la sección del kit "Para uso de agentes de la ley y orden", y firmará como parte de la cadena de evidencia. El/la agente será responsable de entregar el Kit al Negociado de Ciencias Forenses para al análisis correspondiente.
j. Si la víctima no ha radicado una querella, el Kit puede ser enviado al Instituto de Ciencias Forenses (ICF) por correo, en el sobre pre dirigido, que suministra el CAVV a los hospitales, pero antes debe obtener el consentimiento de la persona. La Institución (hospital) puede designar y autorizar personal para trasladar el "kit" sin querella al Negociado de Ciencias Forenses. Dicha persona formará parte de la Cadena de Evidencia, por lo cual también tiene que identificarse y seguir el procedimiento antes mencionado.
k. Si por una razón justificada la facilidad de salud/hospital se queda desprovista de Kits de Evaluación Forense, realizará la gestión de obtenerlos comunicándose a la Oficina CAVV de su región. Si necesita un kit, fuera del horario laborable de las Oficinas CAVV (lunes a viernes de 8:00 am – 4:30 pm), llamará a la Línea de Ayuda de CAVV (24/7) (787-765-2285) para informarlo y coordinará el recogido de un kit en un hospital cercano. Documentará la gestión en sus registros de kits recibidos y utilizados.

7. **Formulario forense:**
   a. En las situaciones atendidas **dentro del periodo de emergencia** (7 días):
      - El/la evaluador/a completará el formulario "Información de la Agresión e Historial de la Víctima", (Apéndice 18-D).
      - El original, se ubica en el expediente del hospital, una copia (rosada) es para la Policía (en los casos en que la víctima ha realizado una querella) y otra copia (amarilla) se entrega, con la evidencia recopilada, al Instituto de Ciencias Forenses (ICF). Nota: si alguno de las copias no es legible debe fotocopiar el original y adjuntarlo a la copia correspondiente.
   b. En los casos **después** del periodo de emergencia de la agresión sexual (7 días):
      - Se completará el formulario "Informe Médico de Agresión Sexual" (Apéndice 18-E).
   c. El\la médico examinador debe tomar el historial en las mismas palabras de la víctima y documentar en detalle toda la información en el expediente.
      - Por ejemplo: qué, quién, cómo, cuándo y dónde ocurrió la violencia sexual.
      - Evitar hacer preguntas de índole "por qué" para prevenir la revictimización.
      - Debe hacer uso de los diagramas anatómicos que se incluyen en los kits para evidenciar los hallazgos físicos.
   d. Se recomienda que se coordine el llenar el formulario forense junto con la entrevista investigativa para evitar lo más posible que la víctima tenga que repetir los eventos sucedidos.
      - En todo momento se debe considerar las necesidades del paciente.

Debe obtener el consentimiento de la víctima para completar el formulario y realizar la evaluación forense. Recuerde: El momento en que una víctima busca ayuda es el momento en el que está lista para recibirla.

8. **Información en expediente médico:**
   a. La víctima y/o custodio/a tiene derecho a recibir información sobre los hallazgos relacionados a su estado de salud, incluyendo los resultados de pruebas de laboratorio, independientemente de su decisión de proseguir o no con el procesamiento legal.
   b. Los resultados de las pruebas de laboratorio permanecerán en el expediente. Estos pueden ser útiles en el proceso legal.
   c. La divulgación de información correspondiente a la intervención realizada con una víctima de agresión sexual tiene que responder a los requerimientos de la Ley HIPAA: Ley de Portabilidad y Responsabilidades de Seguros de Salud, con relación al manejo de la información médica.
   d. Antes de divulgar información es necesario: obtener autorización de paciente, conocer quién solicita la información y el propósito. El personal de sala de emergencia utilizará su juicio clínico en la divulgación de información. Sólo se proveerá una descripción de los hallazgos, sin determinaciones sobre si ocurrió o no ocurrió el delito, ya que esto corresponde al Tribunal.
   e. Debe asegurarse que la información compartida no ponga en riesgo a la víctima o afecte el proceso legal.
   f. Es necesario dejar debidamente documentado en el expediente el tipo de información que se divulga, a quién se le provea y las fecha de tal acción.

Nota: Si tiene dudas puede consultar sobre este aspecto a la Línea de Ayuda del CAVV, 787-765-2285.

RECUERDE: LAS AGRESIONES SEXUALES SON DELITOS

- **Un examen médico/forense no confirma ni descarta un delito sexual.**
- **La violación, al igual que otros tipos de agresiones sexuales, no es un diagnóstico.**
- **El /la profesional evaluador/a, sólo documentará sus hallazgos y/o si sus hallazgos son o no congruentes con el historial de agresión sexual que presenta la víctima.**
- **Toda información es confidencial y debe limitarse al expediente.**
- **El personal evaluador (médico o enfermera/o forense) no debe reflejar sus ideas, opiniones o conclusiones, a terceras personas.**

9. Fotografías:

Es importante considerar la necesidad de tomar fotografías a víctimas de agresiones sexuales. La documentación de heridas o evidencias visibles en el cuerpo de paciente con fotografías, puede complementar el historial médico forense y la documentación de los hallazgos físicos u otro tipo de evidencia. Es importante considerar la comodidad y privacidad del paciente, disminuir la incomodidad de ser fotografiado/a y respetar su necesidad de pudor y privacidad. Considerar proporcionar colaboración de una persona de apoyo del/ de la paciente, que esté presente mientras se toman las fotos. Fotografías de las manos y las uñas pueden mostrar rastros de sangre, piel o cabello, daño a uñas o uñas faltantes. Las fotografías pueden mostrar mordedoras y marcas de restricción, alrededor de las muñecas, tobillos o cuello y podrían ser comparados posteriormente con el objeto que las produjo. Las fotografías también pueden mostrar evidencia presentes en el cuerpo o la ropa; tales como tierra, grava o vegetación.

El personal examinador será el responsable de tomar las fotografías forenses durante el examen debido a la naturaleza altamente personal de la fotografía involucrada y porque los/as pacientes pueden sentirse más cómodos con este personal. Cualquier fotografía tomada por personal no médico, será de áreas que no incluyan la región del tronco o genitales. (Ej. Cabeza, extremidades).

<u>Para la toma de fotos:</u>

a. Es necesaria la autorización del/de la paciente.
b. Debe utilizar el equipo fotográfico que puede documentar claramente el nivel de la lesión. Para determinar el tipo de equipo que utilizará para obtener fotografías aceptables en los tribunales, puede consultar con las agencias de justicia criminal.
c. Utilizar una iluminación adecuada (natural, iluminación o "flash"). Si usa flash e iluminación en la sala de examen puede cambiar el color de las pruebas; un filtro puede ayudar a ajustar la iluminación para que la fotografía tenga un color certero. Puede incluir como referencia una barra de color en la fotografía, para asegurar la reproducción exacta del color.
d. Tomar fotografías sin distorsión con buena perspectiva (siempre que sea posible, usar un lente de longitud focal normal y mantener el plano de la película o sensor digital, paralelo al plano del objeto a ser documentado.
e. Mantener la cámara estable, enfocar con cuidado, usar profundidad de campo y buscar el marco de la escena.
f. Utilizar una escala forense o una regla para referencia de tamaño en las fotografías.
g. Incluir una barra de color en la fotografía para garantizar el color exacto.
h. Utilizar el tiempo de exposición y la apertura de los lentes para controlar la exposición; ya que las cámaras automáticas y el flash pueden dar una errónea.

i. En algunos casos, una fotografía de cuerpo completo puede ser apropiada para mostrar el alcance de la lesión o estado de la ropa. Para estas fotos es importante garantizar privacidad. Si son tomadas exclusivamente con el propósito de identificación el/la paciente estará vestida/o.
j. Considerar tomar fotografías de seguimiento para documentar lesiones emergentes o en evolución, sanación o resolución de lesiones y aclarar hallazgos y comparar con variantes normales en la anatomía y hallazgos inespecíficos, como enrojecimiento o hinchazón, que pueden confundirse con lesiones agudas. Debe mantenerse un procedimiento que el personal examinador, investigadores/as y pacientes, puedan seguir para asegurar que esta evidencia se documenta.
k. El personal examinador debe estar familiarizado con el funcionamiento del equipo fotográfico y educarse en la toma de fotografía forense en casos de agresión sexual.

Las fotografías no serán usadas para interpretar hallazgos imperceptibles que no se encuentran en la documentación del examen, ni para diagnosticar heridas no vistas por los examinadores. Debe considerar la toma fotografías iniciales y de seguimiento, según el caso. (Ver instrucciones para tomar fotos en la página #69, sección F. 3)

10. Radiografías

En las situaciones en que sea necesario, se procederá a realizar pruebas de Rayos X, de las áreas del cuerpo que puedan haberse visto afectadas como consecuencia de la agresión sexual. Particularmente se recomienda en situaciones donde la persona muestra golpes, laceraciones, dolores en áreas específicas que puedan ser signo de heridas internas.\

F. CONTENIDO DE LA EVALUACIÓN MÉDICO FORENSE

La atención de salud y forense a una víctima de agresión sexual incluye:

- TRIAGE
- Historial de salud, social y forense
- Fotografías
- Examen físico y forense
- Toma de muestras para pruebas de laboratorio
- Recolección de evidencia forense (Rape Kit)
- Tratamiento médico curativo
- Tratamiento preventivo de: embarazo, infecciones de transmisión sexual (incluyendo VIH)
- Atención a las necesidades psicosociales
- Consultas y referidos necesarios
- Coordinación para el seguimiento: de salud, social, emocional y legal

1. **TRIAGE**
   a. El personal clínico de la sala de emergencia es responsable de realizar el TRIAGE a la víctima de agresión sexual incluyendo la toma de signos vitales.
   b. Si los signos vitales están alterados o la víctima manifiesta un estado alterado de conciencia, dolor peritoneal o sangrado, se alertará al personal médico o de enfermera sobre la condición.
      - Si la víctima está estable, se documentará en el expediente, se obtendrá evidencia y tomarán fotografías, si es posible, antes del tratamiento.
   c. **Las necesidades médicas agudas tienen mayor prioridad que la necesidad de recopilar evidencia.** En circunstancias en que la victima de agresión sexual esté seriamente herida, el personal examinador debe estar preparado para:
      - trabajar con otros proveedores de salud, que estén estabilizando y tratando al paciente.
      - realizar el examen/evaluación forense en áreas como, unidad de cuidado intensivo, áreas de recuperación o sala de operaciones.

2. **Historial (de Salud, Social y Forense)**

El historial puede ser recopilado por personal de enfermería y/o personal de TRIAGE, aunque también puede ser documentado por personal médico a cargo de la evaluación, enfermera/o forense, o trabajador/a social. Esta/e profesional debe establecer una relación de apoyo y empatía con la víctima, velar por su bienestar y sus derechos, mientras recibe los servicios en el hospital. Se entrevistará a la víctima antes de que pase a la evaluación forense.

Previo a tomar el historial, debe asegurarse de que la víctima:

- Esté lo suficientemente estable, física y emocionalmente, para brindar la información necesaria.
- Tenga sus necesidades cubiertas (ej. tratamiento para heridas graves, traducción o interpretación, cuido de niños durante el proceso de evaluación, etc.).

Nota: El expediente médico - forense de la visita de la víctima agredida sexualmente debe mantenerse separado del expediente médico para limitar la divulgación de información no relacionada al caso y para preservar la confidencialidad.

En el Historial se documentará lo siguiente:

a. **<u>Historial de salud (pasada y presente):</u>** Identificar condiciones de salud previas y actuales así como:
   - Traumas físicos
   - Alergias
   - Operaciones
   - Condiciones de salud que deben tenerse en cuenta en el manejo de la/el victima al momento de la evaluación y tratamiento (diabetes, hipertensión, infecciones, condiciones emocionales, etc.).
b. **<u>Historial social:</u>** documentación de aspectos sociales relacionados con la víctima.
   1) Información de figuras de apoyo (padre, madre, pareja, amistades).

2) Preguntar si desea que se contacte a una persona de apoyo. si la/el victima viene sola/o.
3) Explorar si requiere de albergue o consejería, si es persona sin hogar.
4) Explorar si es víctima de violencia doméstica. Es importante recordar que la pareja de la víctima, incluso un familiar, puede ser una figura agresora y estar cerca de la víctima al momento de la evaluación.
5) **Documentar** de forma **descriptiva,** no valorativa (sin juzgar) si la víctima presenta alguno de los siguientes síntomas
   - Aturdimiento
   - Confusión
   - Desorientación
   - Estrés, ansiedad, hipervigilancia, re experimentación del evento
   - Reacción eufórica, histérica o calmada, miedo
   - Si hace uso de drogas o alcohol.
6) <u>En casos de sospecha o abuso sexual a menores:</u>
   - Se debe explorar si existe uso de drogas o alcohol en el hogar, y/o violencia doméstica.
   - Identificar figuras de apoyo dentro y fuera de la familia.
   - Identificar si el/la menor ha expresado lo que ocurre a alguna persona (en la escuela, iglesia, comunidad u otros).

c. **<u>Historial Forense</u>:** El historial forense incluye información de la agresión y de la actividad de victima después de la agresión.
1) Qué pasó - El/ la evaluador/a debe documentar si:
   - persona que agredió usó fuerza física y de qué tipo.
   - se utilizó algún tipo de arma (blanca o de fuego) y si hubo agresión con el arma.
   - hubo uso de alcohol o drogas.
   - hubo algún tipo de coerción o amenaza.
   - hubo penetración o uso de objetos.
   - hubo manipulación de la genitalia de la víctima.
   - hubo penetración genital, anal u oral por partes del cuerpo de agresor/a o agresores/as.
2) Cuándo- incluye fecha y hora de la agresión sexual.
3) Dónde- (lugar, ubicación). Información del lugar en donde ocurrió el delito y alrededores. Ejemplo: interior, exterior, carro, cuarto, etc. Debe documentar Municipio, sector y si disponible, la dirección.
4) Quién – persona(s) sospechosa(s) de la agresión sexual. Obtener información sobre la persona sospechosa del ataque sexual.
5) Cómo - Explorar si la víctima fue empujada, arrastrada o mordida. De ser así, puede presentar marcas que se observen en el momento o posteriormente.
6) Si después de la agresión sexual la víctima se bañó, evacuó, orinó, si se duchó vaginalmente, comió o bebió.
7) Si llevó a cabo alguna actividad sexual consensual posteriormente a los hechos.
8) Incluir una descripción de hallazgos físicos encontrados en el momento de la evaluación:

- Molestias físicas, dolor, sangramiento, contusiones, golpes, laceraciones, inflamación, irritación, hematomas, secreciones (identificando el color) o cualquier otra queja que pudiera ser resultado del uso de la fuerza contra la víctima.
- Hallazgos que contribuyan a determinar el seguimiento que se requiera para la atención adecuada y recopilación de información necesaria para el proceso legal.

Nota: Algunas señales físicas tardan días en observarse.

9) En casos donde se sospecha abuso sexual hacia un/a menor, se debe:
   - Explorar directamente si éste/a menor ha sido agredida/o sexualmente.
   - Proveer apoyo y sostén.
   - Si la/el menor responde en la afirmativa que fue abusado sexualmente se debe especificar dónde, cómo, qué, cuándo y quién, y si lo había comunicado a alguien previamente.
   - El "qué ocurrió" debe ser aclarado y, de ser posible, explicado por el/la menor.
   - Se debe evitar preguntas de índole "por qué" y las interpretaciones de lo que el menor informa.
   - Documentar en el historial las expresiones verbales o gestos no verbales de la/el menor.
   - Identificar al alegado ofensor por su nombre, ya que los menores pueden llamar por parentesco a diferentes personas que cumplen un mismo rol.

3. Documentación con fotografías

a. Instrucciones y recomendaciones para la toma de fotografías:

- Explicar a paciente el propósito de la fotografía forense, como parte de la evidencia, el grado en que se tomarán fotografías y los procedimientos que serán utilizados, posibles usos de fotografías durante la investigación y enjuiciamiento y la posibilidad de necesitar fotografías adicionales después del examen.
- Tomar las fotografías **antes** de recopilar la evidencia forense.
- Mantener debidamente cubiertas otras áreas del cuerpo que no esté fotografiando, para respetar la necesidad de modestia y privacidad de la víctima. Fotos muy gráficas pueden ser consideradas inadmisibles en los tribunales y afectar la credibilidad del caso.
- No alterar o mover la evidencia antes de ser fotografiada.
- Mantener la cámara estable para un enfoque claro sin distorsión.
- Tomar dos (2) fotos de cada zona, uno con y otra sin escala forense o regla.
- Fotografiar al menos dos (2) tomas, en tres (3) orientaciones: mediano alcance, de cada lesión separada, incluyendo cortes, moretones, inflamación, laceraciones y abrasiones, de un lado para el otro y luego superior al inferior.
- Tomar fotos "regionales", para mostrar lesiones en el contexto y la orientación de una región del cuerpo. Estas fotografías deben incluir señales anatómicas fácilmente identificables.
- Tomar fotos de lesiones particulares en primer plano, usando la escala o regla
- Al fotografiar una herida, mostrar su relación con otra parte del cuerpo. Tomar al menos tres (3) fotografías que involucran el área de la herida.

- Tomar tres (3) fotos por cada herida o lesión, mostrando el contexto y orientación anatómica del mismo.
- Trate de captar sutilezas en textura y color. Documentar lesiones en patrón causadas por un objeto.
- No utilice flash alrededor de un ojo lesionado, ya que puede causar daño a la retina.
- Las fotografías deben de ser repetidas a medida que se encuentran evidencia nueva o diferente en el cuerpo de la víctima después de haberse realizado el examen.

b. Identificación de las fotografías:
- Incluir, al principio y al final de la secuencia de fotos (o rollo de película), una hoja de papel con el nombre de paciente, fecha de examen y nombre/iniciales el examinador, o usar la etiqueta de paciente.
- En algunas jurisdicciones se fotografía el rostro de paciente para propósitos de identificación.
- Algunas cámaras ofrecen la opción de fecha y hora de la foto y también permiten incluir información como el número de caso. Esto evita que la cara o el nombre de un paciente esté en la película.
- Las imágenes digitales puede integrar automáticamente la fecha y una variedad de otros datos técnicos en cada imagen. Esta información puede accederse cuando la imagen se descarga en el ordenador

c. Almacenamiento, transferencia y retención de fotografías –
- Todas las fotografías deben etiquetarse/ identificarse claramente y mantener la cadena de custodia.
- Es necesario mantener normas y procedimientos, para el desarrollo, duplicación, transferencia, copias adicionales y almacenamiento de fotografías.
- Las fotografías tomadas por personal examinador son parte del expediente médico de paciente y no deben ser automáticamente entregados a la policía. El personal investigador se guiará con los dibujos anatómicos para determinar que fotografías se solicitarán mediante "subpoena".
- **No se incluyen las fotografías en el kit** de colección de evidencia que se envía al Instituto de Ciencias Forenses.

4. Examen físico y forense

Se realizará examen físico y forense a toda persona que llegue a una facilidad de salud, con una alegación o queja de agresión sexual. El examen forense incluye la recolección de evidencia forense (con el Kit), el tratamiento preventivo de infecciones de transmisión sexual, incluyendo VIH, la prevención de embarazo, la atención de las lesiones físicas encontradas y la intervención en crisis.

A continuación se desglosa el procedimiento.

a. **Examen físico:** será completo, de todo el cuerpo. Un examen cuidadoso y detallado, con énfasis en:

- Cabeza
- Orofaringe
- Superficie corporal
- Región perineal, genitales y ano.

1) Se obtendrán y documentarán signos vitales, apariencia física, comportamiento general, estado mental y estado de la ropa al momento de llegar a la facilidad de salud.
2) El personal examinador buscará posibles áreas afectadas, basado en el historial, aunque la persona no se queje.
3) Examinador estará atento e identificará áreas enrojecidas, abrasiones, rasguños contusiones, cortaduras, inflamación, laceraciones, fracturas, mordeduras, quemaduras y otras formas de trauma físico.
4) El personal examinador evaluará/palpará las áreas dolorosas; ya que posteriormente pueden evidenciarse signos de trauma y esto sirve para corroborar el historial.
5) Se documentarán los hallazgos físicos y áreas con dolor o induración en el diagrama anatómico, esto incluye: lesiones observables o palpables del tejido, cambios fisiológicos y materiales extraños, tales como césped, arena, manchas, secreciones secas o húmedas o fluorescencia positiva.
6) Documentará fecha y hora de examen.

b. **Examen forense:** el personal examinador estará alerta de cualquier evidencia en el cuerpo de la víctima que pueda ser pertinente. Recopilará y documentará la mayor cantidad de evidencia posible, solicitando consentimiento a la víctima en cada paso y explicándole la importancia de cada procedimiento.
   1) Se utilizará el Kit de Evaluación Forense, si la víctima victima llega dentro de las primeras 72 horas después de la agresión sexual. Si llega posteriormente, se realizará examen forense sin el Kit.
   2) Se examinarán cuidadosamente los órganos genitales externos, zona perineal y anal. Examinar lesiones, materiales extraños y otros en las áreas del: abdomen, muslos, perineo, labios mayores, labios menores, clítoris y alrededores, meato uretral / tejido pre uretral, himen, "fossa navicularis" y "posterior fourchette". En pacientes masculinos, examinar la zona externa y perineal por lesiones, materiales extraños y otros resultados, incluyendo abdomen, glúteos, muslos, prepucio, meato uretral, eje, escroto, periné, glande y testículos. Debe documentar si el paciente está circuncidado.
   3) Documente descripciones detalladas de los resultados.
   4) Se recogerán muestras existentes de semen, secreciones, material extraño de las nalgas, caderas, periné, abdomen u otras, usando hisopos (swabs) estériles. El kit de recolección de evidencia forense incluye hisopos. De necesitar más puede utilizar hisopos adicionales, disponibles en el área de examen.
   5) En ocasiones el **área del ano** de la víctima estará sensitiva y edematosa y será difícil el examen. En estos casos la/el evaluador/a puede obtener un aspirado del

contenido anal, irrigando el ano con 10 ml. de solución salina y aspirando después de cinco o diez segundos.

6) Utilice un **colposcopio** u otro instrumento que ayuden a magnificar (aumentar la visibilidad del área) al realizar la evaluación. El uso de un colposcopio durante el examen genital externo mejora la visualización microscópica de traumas.
7) La presencia de sangre en el recto, sea oscura o roja, siempre es una indicación para **proctoscopía**, la cual debe realizarse lo antes posible para determinar posibles lesiones o trauma.

Nota importante: Para información específica de la evaluación médica y forense en casos de <u>menores de edad</u>, refiérase al Capítulo V. Evaluación Pediátrica.

5. Recolección de evidencia forense (KIT)

Para facilitar la recolección y preservación de evidencia biológica de víctimas de agresión sexual, el personal examinador utilizará el **Equipo de Recolección de Evidencia Médico Forense en casos de Agresión Sexual** (comúnmente conocido como "Rape Kit" o "SAFE Kit", en inglés). El Kit:

a) permite recoger, del cuerpo de la víctima, evidencia forense con ácido desoxirribonucleico (ADN), necesaria para identificar a agresores/as sexuales.
b) Recolectar material desconocido, residuos, ropa, ropa interior, material en las uñas, saliva, sangre, secreciones en la vagina, ano, o boca.
c) Recoger muestras de sangre de la víctima, para descartar su ADN de otro ADN encontrado en su cuerpo.
d) Incluye una <u>Hoja de Instrucciones</u>, cuatro (4) formularios y materiales necesarios para recoger la evidencia correspondiente (hisopos, laminillas, sobres, bolsa de papel, etc.).

Debido a que los/as ofensores/as sexuales pueden ser ofensores/as recurrentes se creó el Sistema de Índice Combinado de ADN (conocido como CODIS, por sus siglas en inglés). Este sistema es manejado por el Negociado Federal de Investigaciones (FBI, por sus siglas en inglés). El sistema crea una base de datos de ADN para identificar violadores en serie, identificar ofensores que han cometido múltiples asaltos y exonerar a sospechosos/as inocentes. El ADN de la persona agresora puede obtenerse de:

- muestras de sangre.
- raspado de uñas.
- semen en los orificios identificados por la víctima.
- muestras de semen dejados en la piel o la ropa de la víctima.

Las muestras de ADN usualmente se encuentran en volúmenes pequeños, por ello es importante evitar su contaminación utilizando guantes sin polvo y cambiándolos cada vez que se vaya a examinar un área diferente en el cuerpo.

Nota: El ADN de la víctima no es sometido al sistema de índice combinado de ADN.

Para garantizar la confiabilidad de las muestras que se recopilan con el Kit se requiere mantener, lo que se conoce como **cadena de evidencia**, que documente nombre y la firma de toda persona que haya entrado en contacto con la evidencia.

La recolección de muestras para evidencia forense se realiza en el periodo de las primeras 72 horas, después de la agresión sexual.

Es necesario obtener consentimiento de la víctima de agresión sexual para realizar cada paso.

INSTRUCCIONES PARA USO DEL KIT DE EVALUACIÓN MÉDICO - FORENSE

Paso 1: Autorización para recolección de evidencia y divulgación de información.

___Completar todos los encasillados correspondientes y las firmas de testigos en el área designada. Asegurar que la información documentada se ve claramente en todas las hojas del formulario (hoja amarilla y hoja rosada.)

Paso 2: Historial médico de la víctima e Información de la agresión.

___Completar todos los encasillados correspondientes y las firmas de evaluador(a). (Asegurar que la información documentada se ve claramente en todas las hojas del formulario (hoja amarilla y hoja rosada.)

Paso 3: Recolección de ropa, ropa interior y otros materiales o piezas de vestimenta

___Desdoblar una sábana limpia y ubicarla en el piso.

___Remover el papel doblado de la caja de transporte.

___Ubicar el papel sobre la sábana. Permitir que la víctima se ubique y se desvista encima de este papel y le entregue las piezas de ropa.

___Cubrir a la víctima apropiadamente.

___Recolectar el tampón o toalla sanitaria, si la víctima está menstruando. Permita que se seque antes de colocarlo en una bolsa de papel aparte.

___Ubicar las piezas de ropa en las bolsas de papel identificadas "ropa interior", "ropa". (Ubicar una pieza en cada bolsa para evitar la transferencia de evidencia.

___Recoger y doblar el papel donde se desvistió la víctima y ubicarlo en bolsa identificada.

___Inicie, selle cada bolsa y complete toda la información solicitada.

Instrucciones generales Paso núm. 3: Permitir que la **ropa se seque**, si está mojada, antes de ubicarla en su embalaje (bolsas de papel). Si la víctima se cambió de ropa, recolectar todas las piezas de evidencia que estuvieran en contacto directo con el área genital. Informar al oficial de ley y orden si la víctima se ha cambiado de ropa después de la agresión sexual con el propósito de ocupar la ropa utilizada durante la agresión sexual. **No cortar** la ropa, pero si es necesario no lo haga pasando por las manchas y/o los huecos encontrados en ella. **No sacudir** la ropa, para no perder evidencia. Si necesita bolsas adicionales, utilice **bolsas de**

papel. Nota: Si la ropa muestra algún daño o deterioro, deberá preguntarle a la víctima si esas áreas afectadas de la ropa son relacionadas al ataque sexual o si estaban presentes antes del evento. Nota: Provea a la víctima una bata desechable para completar los próximos procedimientos.

Paso 4: Recolección de material particulado (vegetación, cabello, etc).

___Remover la hoja de papel del sobre y ubicar en una superficie plana.

___Recolectar cualquier material presente en el cuerpo de la víctima (tierra, cabello, hojas, fibras, etc.) y ubicarlas en el centro del papel. Doblar el papel para retener las partículas.

___Devolver los papeles doblados y los hisopos utilizados al sobre de material particulado.

___Inicie, selle el sobre y complete toda la información solicitada.

Paso 5: Recolección de sangre seca

___Recolectar muestras de sangre seca utilizando un hisopo humedecido en solución salina o con agua destilada, seguido por un hisopo seco.

___Deje secar los hisopos utilizados.

___Ubicar los hisopos en cada una de las cajas e identificar debidamente.

Paso 6: Recolección de saliva (que se encuentre en el cuerpo de la víctima).

___Recolectar muestras de saliva utilizando un hisopo humedecido en solución salina o con agua destilada, seguido por un hisopo seco.

___Deje secar los hisopos utilizados.

___Ubicar los hisopos en cada una de las cajas e identificar debidamente.

Paso 7: Recolección de semen (que se encuentre en el cuerpo de la víctima).

___Recolectar muestras de semen utilizando los hisopos humedecidos en solución salina o con agua destilada.

___Deje secar los hisopos utilizados.

___Ubicar los hisopos en cada una de las cajas e identificar debidamente.

Paso 8: Raspado de uñas

___Utilizando un papel blanco, como superficie, ubicar la mano de la víctima y hacer un raspado en cada una de las uñas de la mano derecha.

___Repetir el procedimiento con cada una de las uñas de la mano izquierda.

___Ubicar la evidencia en cada uno de los sobres debidamente identificados: raspado de uñas mano izquierda, raspado de uñas mano derecha.

___Inicie, selle los sobres y complete toda la información solicitada.

Paso 9: Uñas cortadas (si se sospecha tenga material de persona que agrede)

___Utilizando el cortaúñas que se provee, y con un papel blanco como superficie, ubicar la mano de la víctima y cortar las uñas de la mano derecha.

___Repetir el procedimiento con cada una de las uñas de la mano izquierda.

___Ubicar la evidencia en cada uno de los sobres debidamente identificados: "Uñas cortadas mano izquierda", "Uñas cortadas mano derecha".

___Colocar el cortaúñas utilizado dentro de uno de los sobres de evidencia.

___Inicie, selle los sobres y complete toda la información solicitada.

Paso 10: Vello púbico peinado.

___Remueva el papel toalla y la peinilla que provee el sobre identificado: "Vello púbico peinado".

___Coloque el papel toalla bajo la sentadera de la víctima.

___Utilizando la peinilla provista, peine el área del vello púbico con movimientos hacia abajo para permitir que cualquier material particulado o pelo suelto caiga sobre el papel toalla.

___Remueva el papel toalla debajo de la víctima.
___Coloque la peinilla en el centro del papel toalla y dóblelo, reteniendo así la peinilla y cualquier evidencia recuperada.
___Coloque el papel toalla en el sobre identificado vello púbico peinado. Identifique el lugar de donde obtuvo la evidencia.
___Inicie, selle el sobre y complete toda la información solicitada.

Paso 11: Hisopo vaginal / cervical

Nota: Tome la muestra si hubo, o se sospecha, penetración y agresión vaginal.
Si la víctima es varón, vea Instrucciones Finales, página #79– letra j.
___Cuidadosamente frote el área vaginal utilizando dos hisopos a la vez.
___Deje secar al aire los hisopos utilizados.
___Coloque los hisopos en la caja provista, identificándolo "vaginal"
___Inicie, selle el sobre y complete toda la información solicitada.

Paso 12: Extendido (frotis) vaginal

Nota: Tome la muestra si hubo, o se sospecha, penetración y agresión vaginal.
Si la víctima es varón, vea Instrucciones Finales, página #79– letra j.
___Cuidadosamente frote el área vaginal utilizando dos hisopos a la vez.
___Prepare un extendido con la laminilla provista.
___Deje que los hisopos y las laminillas se sequen al aire.
___Coloque los hisopos en la caja provista, identificándolo "vaginal" y coloque el extendido en la porta laminillas.
___Inicie, selle el sobre y complete toda la información solicitada.

Paso 13: Hisopo rectal

Nota: Tome la muestra sólo si hubo, o se sospecha, penetración o agresión rectal. No humedezca el hisopo antes de tomar la muestra.
___Cuidadosamente frote el canal rectal utilizando los dos hisopos a la vez.
___Permita que los dos hisopos se sequen al aire.
___Coloque los hisopos en la caja correspondiente.
___Identifique "rectal" en la caja de hisopos.
___Guarde en el sobre Paso #13 identificado "Hisopo rectal".
___Inicie, selle el sobre y complete toda la información solicitada.

Paso 14: Extendido (frotis) rectal

Nota: Tome la muestra sólo si hubo, o se sospecha, penetración o agresión rectal. No tiña o fije químicamente el extendido.
___No humedezca el hisopo antes de tomar la muestra.
___Cuidadosamente frote el canal rectal utilizando los dos hisopos a la vez.
___Prepare un extendido de los dos hisopos.
___Permita que los dos hisopos y los dos extendidos se sequen al aire.
___Coloque el extendido en la porta laminillas y los hisopos en la caja correspondiente.
___Identifique "rectal" en la caja de hisopos.
___Guarde en el sobre Paso #14 identificado "Extendido rectal".
___Inicie, selle el sobre y complete toda la información solicitada.

Paso 15: Hisopo área perianal

Nota: Tome la muestra si hubo, o se sospecha, contacto en área perianal. Puede utilizar una fuente de luz alterna.

___Si detecta una secreción seca, humedezca un hisopo tome la muestra frotando el área perianal y repita con un hisopo seco. Permita que el hisopo húmedo seque al aire.
___Si detecta secreción húmeda no humedezca los hisopos, antes de tomar la muestra.
___Coloque los hisopos en la caja correspondiente.
___Identifique "perianal" en la caja de hisopos.
___Guarde en el sobre Paso #15 identificado "Hisopo área perianal".
___Inicie, selle el sobre y complete toda la información solicitada.

<u>Paso 16:</u> Extendido (frotis) área perianal

Nota: Tome la muestra si hubo, o se sospecha, contacto en área perianal. Puede utilizar una fuente de luz alterna.

___Si detecta una secreción seca, humedezca los hisopos y tome la muestra frotando área perianal.
___Si detecta secreción húmeda no humedezca los hisopos, antes de tomar la muestra.
___Prepare un extendido con los hisopos. Deje que los hisopos y el extendido se sequen al aire.
___Coloque el extendido en la porta laminillas y los hisopos en la caja identificada hisopo.
___Identifique "perianal" en la caja de hisopos y porta laminillas.
___Guarde en el sobre Paso #16 identificado "Extendido área perianal".
___Inicie, selle el sobre y complete toda la información solicitada.

<u>Paso 17:</u> Hisopo oral

Nota: Tome la muestra sólo si hubo, o se sospecha, contacto oral-genital. No humedezca el hisopo antes de tomar la muestra.

___Cuidadosamente frote el área entre la mejilla interior y el borde la encía, y debajo de la lengua utilizando los dos hisopos simultáneamente.
___Deje que los dos hisopos se sequen al aire.
___Coloque el hisopo en la caja e Identifique "oral".
___Coloque los hisopos en el sobre identificado, Paso #17 identificado "Hisopo oral".
___Inicie, selle el sobre y complete toda la información solicitada.

<u>Paso 18:</u> Extendido (frotis) oral

Nota: Tome la muestra sólo si hubo, o se sospecha, contacto oral-genital. No tiña o fije químicamente el extendido. No humedezca el hisopo antes de tomar la muestra.

___Cuidadosamente frote el área entre la mejilla interior y el borde la encía, y debajo de la lengua utilizando los dos hisopos simultáneamente.
___Prepare un extendido de los dos hisopos.
___Deje que los dos hisopos y el extendido se sequen al aire.
___Coloque el extendido en la porta laminillas y el hisopo en la caja identificada hisopo.
___Identifique "oral" en la caja del hisopo.
___Coloque los hisopos y el extendido en el sobre identificado, Paso #18: Extendido oral.
___Inicie, selle el sobre y complete toda la información solicitada.

<u>Paso 19:</u> Muestra de sangre conocida control para tipificación y análisis de ADN

Nota: Para minimizar la incomodidad de paciente puede recogerse esta muestra de sangre al mismo tiempo que se recoge la muestra para propósitos de toxicología (paso #20) o propósitos médicos (laboratorios).

___Prepare la tarjeta de preservación de muestra, FTA.
___Extraiga sangre de la víctima.
___Deposite una gota de sangre de la víctima en cada círculo de la tarjeta FTA.

____Identificar la tarjeta FTA, con nombre de la víctima y número de Kit.
____Inicie, selle el sobre y complete toda la información solicitada.

Paso 20: Muestra para toxicología

Nota: Realizar sólo si hubo o se sospecha uso de drogas para facilitar la agresión sexual

____Extraiga sangre de la víctima, con los tubos grises (de fluoruro de sodio) que se incluyen en el paso # 20.
____Obtenga una muestra de orina de la víctima, de al menos 10 mililitros, en el envase para orina que se incluye en el Kit.
____Cierre el envase de orina asegurándose que queda completamente sellado.
____Identifique debidamente los tubos con muestra de sangre y ubique en la caja incluida en el Paso #20 del kit.
____Identifique el envase con la muestra de orina y ubique en la caja incluida en el Paso #20 del kit.
____Inicie, selle la caja y complete toda la información solicitada.

Instrucciones generales Paso 20: Realice las pruebas de toxicología si hay evidencia de que la víctima pudo haber sido sedada para facilitar la violación. Obtenga muestra de **sangre** dentro de las **primeras 24 horas,** de la posible administración de la droga y muestra de **orina** en la mayor brevedad posible y **hasta 96 horas** (4 días) después de la posible administración de la droga. Las muestras para toxicología (orina y sangre) recolectadas cuando se sospecha el uso de drogas para facilitar la violación, serán procesadas a través del Instituto de Ciencias Forenses (ICF). Deje estas **muestras fuera de la caja del "Kit"**, ya que serán procesadas separadamente. **Las muestras deben permanecer refrigeradas** (no congeladas) todo el tiempo, hasta llegar al laboratorio que las procesará. Las muestras deben ser entregadas al ICF en el menor tiempo posible. En los casos que tienen querella se informará de inmediato a la policía para que acudan al hospital con la nevera portátil para preservar las muestras de orina y sangre que procesará por el ICF. En los casos donde no hay querella personal designado de la facilidad de salud, transportará las muestras de sangre y orina, junto con el Kit al ICF.

Paso 21: Dibujos anatómicos.

____Complete toda la información solicitada, en la hoja "Diagrama Anatómico".
____Detalle sus hallazgos en el dibujo anatómico apropiado.
____Firme y ponga la fecha en el formulario.

(Asegurar que la información se ve claramente en todas las hojas del formulario: blanca, amarilla y rosada.)

Paso 22: Evidencia recopilada.

____Complete toda la información solicitada, en la hoja "Evidencia Forense recopilada" -Paso #22.
____Marque con una (X) toda la evidencia que recopiló durante el examen médico forense.
____Firme y ponga la fecha en el formulario.

Instrucciones Finales:

a) Asegúrese que toda la información requerida en los formularios, sobres y etiquetas) está completa y legible.
b) Separe las hojas de los formularios Paso #1, #2 y #21. Asegúrese que estas copias están legibles, sino fotocopie el original.
c) Retenga las hojas blancas para el record del hospital.

d) Coloque las copias amarillas dentro de la caja del "kit" y ubique las hojas rosadas en el sobre de la parte posterior de la caja identificado "Para la Policía".
e) Pegue los sellos de integridad a los lados de la caja.
f) Pegue el sello de "material tóxico" en la parte superior.
g) Complete toda la información requerida en la caja.
h) Ubique el "Kit" en área segura y bajo llave, hasta que sea recogido por personal de la División de Delitos Sexuales de Policía (casos con querella).
i) En casos sin querella se envía el Kit al Instituto de Ciencias Forenses, por correo.
j) En el caso de víctima varón, deberá sustituir las instrucciones del paso #11 (Hisopo vaginal) y #12 (Extendido Vaginal) de la siguiente manera:
   - Documente si la víctima está circuncidada.
   - Recopile muestras del área del genital masculino (pág. 73)
   - Ligeramente humedezca hisopos con agua destilada y cuidadosamente frótelos en el área de la superficie externa del pene, incluyendo el glande.
   - Frote todas las áreas externas del pene y escroto en donde se sospecha que hubo contacto.
   - Evite frotar el orificio de la uretra.
   - Cuidadosamente prepare un extendido con los hisopos utilizados. No tiña o fije químicamente el extendido.
   - Deje que los hisopos sequen al aire.
   - Coloque los hisopos en la caja provista, identificándolo "peniano" y coloque los extendidos en la porta laminilla.
   - Guarde en el sobre Paso #11.
   - Inicie, selle el sobre y complete toda la información solicitada.
   - No deje la Hoja de Instrucciones dentro del Kit.

IMPORTANTE, CON EL USO DEL KIT:

1) **Rotular** debidamente la evidencia recopilada, con la siguiente información:
   - Nombre de la víctima.
   - Nombre del/de evaluador forense, asistente.
   - Fecha y hora en que se recogió la evidencia.
2) Todo material extraño debe estar **descrito** (color, tamaño y lugar donde se obtuvo).
3) **Documentar** la razón por la cual no toma alguna muestra en el espacio provisto en el sobre. (Incluir el sobre dentro del kit aunque esté vacío). Si la persona que examina y recoge la evidencia no recoge alguna de las muestras indicadas tiene que documentar la razón justificada para ello.
4) **Evitar** que la víctima ingiera alimentos o bebidas **30 minutos** previo al examen y recolección de evidencia forense.
5) La **ropa** que la víctima vestía cuando ocurrió la agresión, debe ser **recolectada como evidencia,** especialmente si la misma está rota, tiene manchas de sangre, de semen y/o material extraño.
   - La ropa mojada o húmeda debe secarse al aire antes de empacarla.
   - La ropa debe guardarse en bolsas de papel (no bolsas plásticas) e identificarse debidamente antes de entregarlas a la Policía.

- De ser necesario, puede utilizar papel camilla para proteger la ropa.
- Recuerde rotular debidamente.

6) Hacer raspado de manchas secas de semen, para fosfatasa ácida.
   - Deben tomarse con hisopos (swabs) humedecidos en agua destilada, esperar que sequen y guardar, en tubos sellados con la debida identificación y referencia al área de donde se tomó.
   - Esta muestra servirá para identificar semen, espermatozoides con motilidad, fosfatasa ácida (enzima que se encuentra en niveles altos en el semen), antígenos de grupo sanguíneo y, en algunas ocasiones, preciptinas contra espermatocitos y otros.
7) **Fluido seminal** – Dado que muchos agresores son sexualmente disfuncionales y que otros utilizan condones al momento de la agresión, el no encontrar fluido seminal o espermatozoides no descarta que haya ocurrido una agresión sexual. Otras razones pueden ser que el agresor se haya hecho una vasectomía o que haya transcurrido demasiado tiempo desde la agresión al momento de la evaluación.
8) El personal evaluador a cargo debe **examinar**, de inmediato, bajo el microscopio el material obtenido de la vagina para determinar la presencia de espermatozoides mótiles.
   - Debe preparar una muestra tomando una gota del fondo y haciendo un "wet mount" o "wet prep" del mismo.
   - Todos los hallazgos deben aparecer documentados en el expediente.
9) En la toma de muestras del ano, el/la evaluador/a forense debe irrigar el área a evaluar con 5 cc de salina y aspirar su contenido.
   - En el caso de vagina, debe utilizarse agua como lubricante del espéculo.
10) Si los tubos para recolectar las muestras de sangre para Toxicología (Paso #20) tienen la fecha de expiración vencida, se sustituirán por tubos similares disponibles en la facilidad de salud.
11) Debe utilizarse el juicio clínico forense para determinar qué evidencia recopilar según la situación, documentando la razón cuando se determina no tomar una prueba en específico. Si por alguna razón no se recolecta la evidencia de alguno de los paso del Kit debe documentar razón justificada para ello, en el expediente médico.
12) Es importante recordar que la evaluación forense no se limita a la toma de estas muestras ni al "Kit".
    - La documentación de historial y la descripción de hallazgos físicos son importantes para describir lo ocurrido.
    - **La ausencia de hallazgos físicos no significa que no haya ocurrido la agresión.**
13) **Cadena de Evidencia**: Mantener la cadena de evidencia es una parte importante del proceso de evaluación de la víctima. Es necesario documentar:
    - Nombre completo de la víctima.
    - Fecha y hora de la recolección de evidencia.
    - Nombre completo y firma de la persona que recogió la evidencia.
    - Descripción de la evidencia.
    - <u>Nombre y firma de toda persona que entre en posesión de la evidencia.</u>

14) La institución hospitalaria identificará un **lugar** en el área de examen de sala de emergencia **donde se guarde, bajo llave**, la evidencia recogida hasta ser entregada al agente de la División de Delitos Sexuales de la Policía.
   - Se designará a una persona que se responsabilice de la custodia de la evidencia (ejemplo: supervisora general).
15) En todo caso de agresión sexual siempre debe explorar si la víctima ha radicado una **querella** a la Policía.
   - En los casos donde la víctima no ha presentado querella a la policía y se recoge ropa que no cabe en el kit esta puede enviarse al ICF en un sobre pre-dirigido adicional. Es importante que esa evidencia esté completamente identificada, con la misma información del kit, antes de ser colocada en el sobre pre dirigido y ser enviada por correo.

Nota: Para aclarar dudas sobre el manejo de la evidencia y kit de evaluación forense puede comunicarse a la Línea de Ayuda del Centro de Ayuda a Víctimas de Violación, 24 horas - 7 días a la semana Tel: 787-765-2285.

RESUMEN DEL MANEJO DEL KIT

1. **Cuando se ha radicado una querella:**
   - Personal del hospital llamará a la Policía (área Policíaca correspondiente) para que recoja la evidencia recolectada.
   - Personal del hospital entregará kit y cualquier evidencia adicional recolectada a agente de Delitos Sexuales, a cargo de la investigación del caso.
   - Agente completará sección del kit "Para uso agentes de ley y orden", y firmará como parte de la cadena de evidencia.
   - Agente es responsable de entregar Kit y cualquier otra evidencia adicional, al Instituto de Ciencias Forenses, para el análisis correspondiente.
   - Agente retendrá las copias de los formularios 1, 2, y 21, ubicados en el sobre en la parte posterior externa del Kit.

2. Si víctima **no ha radicado una querella:**
   - Se orientará a víctima sobre el derecho a radicar una querella.
   - El Kit se enviará al ICF por correo, en el sobre pre dirigido, que suministra el CAVV a los hospitales. Antes debe obtener el consentimiento de la persona.
   - La Institución (hospital) puede designar y autorizar personal para trasladar el "Kit" sin querella, al ICF. Dicha persona formará parte de la Cadena de Evidencia, por lo cual también tiene que identificarse y seguir el procedimiento antes mencionado.

6. Toxicología- Para Evaluación Sobre Uso De Drogas

Algunas agresiones sexuales son facilitadas mediante la administración de drogas/alcohol a la víctima (Ver Apéndice #5 - Drogas utilizadas). En la mayoría de los casos, se añade droga a una bebida que ingiere la víctima. Los efectos se manifiestan rápidamente. Esto hace que la víctima que consume la droga se incapacite temporeramente. Otro efecto es que puede producir es amnesia.

En los casos donde se sospecha uso de drogas:

a) La víctima será orientada acerca el propósito, las implicaciones y alcance de estas pruebas.

1) La muestra no siempre revelará el uso de drogas usadas para facilitar el ataque sexual.
2) La posibilidad de detección del uso de una droga dependerá del espécimen de orina y/o sangre que se haya obtenido.
3) Las pruebas pueden revelar el uso de otras drogas ingeridas voluntariamente.
   - Si se determina que el paciente ingirió drogas y/o alcohol voluntariamente durante ese periodo, la información no se puede utilizar para restarle seriedad al ataque sexual.

Nota: Es importante obtener la mayor cantidad de información posible antes de comenzar los análisis, esto evita que se desperdicie muestra y tiempo de análisis.

b) El personal que evalúa tomará muestras de **sangre y orina**, para analizar la presencia de las mismas.

1) Las drogas permanecen en el cuerpo por poco tiempo, por lo que las muestras de sangre y orina se deben tomar **en el menor tiempo posible**. (Mientras más tiempo pasa, es menor la posibilidad de detectar la droga en el organismo.)
2) Idealmente, debe ser recolectada y analizada **la primera muestra** de orina. Si el paciente tiene urgencia de orinar y no puede aguantar a llegar a esta parte del procedimiento, el personal que le atiende debe estar adiestrado para tomar y guardar la muestra en ese instante y documentar la cadena de custodia.
3) Se debe obtener **consentimiento** de la persona antes de tomar las muestras de sangre y orina, para analizar la presencia de drogas utilizadas.

c) <u>Información importante para el/la analista:</u>

1) Síntomas
2) Tiempo inconsciente
3) Tiempo entre el evento y la muestra
4) Si hubo consumo de alcohol y la cantidad
5) Si consumió alguna otra droga o medicamento (antes, durante o después de la agresión sexual)
6) Cuántas veces orinó antes de la muestra.

Nota: Debe documentar todo dato en el Informe de la Agresión y utilizar papel adicional de ser necesario.

d) **<u>Muestras:</u>**

1) Orina

- El Kit incluye un envase para recolectar 10ml de orina. Sin embargo, se recomienda recoger una muestra entre **30ml y 100ml** (alrededor de 3 onzas).
- Debe ser recolectada en un contenedor de plástico o vidrio que esté limpio.
- La orina permite una ventana de detección más amplia y se puede tomar una muestra hasta **96 horas** después de la agresión

2) **Sangre**
   - La cantidad requerida es de aproximadamente **20 ml**
   - La droga se detecta por menos tiempo por lo que la muestra debe tomarse dentro de las primeras **24 horas**.
   - Debe utilizar los dos (2) tubos de tapa gris con preservativo de fluoruro de sodio y oxalato de potasio, incluidos en el kit. (**Nota**: verifique la fecha de expiración de los tubos. De estar expirados sustituya por tubos, similares disponibles en la facilidad de salud)
3) **Vómito**
   - En ocasiones la víctima vomita por los efectos de la droga. Una muestra del vómito puede ser recogida para ser evaluada.

Nota: Las muestras toxicológicas, en los casos en donde se sospecha que hubo uso de droga y/o alcohol para llevar a cabo una agresión sexual, serán analizadas a través del Instituto de Ciencias Forenses.

IMPORTANTE:
Las pruebas de toxicología solamente se realizarán si paciente:

a) Presenta somnolencia, fatiga, mareo, inestabilidad **fisiológica**, pérdida de memoria, destrezas motoras deficientes, confusión, juicio alterado o intoxicación severa.
b) Está o estuvo inconsciente.
c) Manifiesta signos vitales anormales.
d) Informa haber ingerido drogas o alcohol.
e) Informa tener náuseas.
f) Si el paciente o su acompañante manifiesta que fue o pudo haber sido drogado.
g) Se sospecha uso de drogas porque no puede recordar completamente de los eventos sucedidos.

7. Evaluación de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

Luego de una agresión sexual existe el riesgo de contagio con una infección de transmisión sexual (ITS), comúnmente conocidas como enfermedades de transmisión sexual (ETS). Es una preocupación real, especialmente cuando se desconoce el estado de salud de la persona agresora. Por ello, la evaluación de ITS es parte integral de la evaluación médico-forense en casos de agresión sexual. La misma incluye:

- Realizar las pruebas de laboratorio necesarias para tener una línea base, conocer si hubo contagio y determinar los tratamientos médicos subsiguientes.

- Explorar síntomas preexistentes, tales como fiebre, dolor abdominal, o pélvico, y/o descarga vaginal.
- Mantener seguimiento para monitorear el cumplimiento y las reacciones adversas, al régimen terapéutico o profiláctico.

Las infecciones frecuentemente diagnosticadas en mujeres víctimas de agresión sexual son la Tricomoniasis, Vaginosis Bacteriana (VB), Gonorrea y Clamidia, pero su presencia no necesariamente indica que fue adquirida a raíz de la agresión, ya que son infecciones comunes en personas sexualmente activas. El examen médico forense es una oportunidad para identificar ITS preexistentes, independientemente de cuándo fueron adquiridas y ofrecer recomendaciones para el tratamiento. (Ver Apéndice #6).

Se recomienda, al personal que examina a víctima de agresión sexual:

- Orientar acerca del riesgo de contraer alguna ITS incluyendo VIH.
- Orientar acerca de los síntomas. y de la necesidad de ser examinados/as de inmediato si éstos aparecen.
- Orientar sobre tratamientos disponibles y sus efectos secundarios.
- Alentar al/a la paciente a aceptar la profilaxis en contra de las ITS.
- Orientar sobre el alcance de la confidencialidad en relación al registro médico relacionado con las ITS. El nivel de detalle al proporcionar esta información verbalmente variará; ya que algunos/as pacientes están conscientes de los riesgos y quiere recibir tratamiento, mientras que otros no conocen bien los riesgos o sus opciones).
- Se debe recomendar abstinencia de relaciones sexuales hasta que los tratamientos de la profilaxis para las ITS hayan sido completados o hacer uso de condones.
- Obtener consentimiento para realizar laboratorios y administrar tratamiento estipulado en este protocolo. (Es necesario tener el consentimiento informado de pacientes para realizar las pruebas, siguiendo las pautas del CDC.)
- Orientar sobre la necesidad de realizarse todas las pruebas disponibles para ITS, incluyendo VIH.

Si paciente accede a recibir tratamiento preventivo para ITS, luego de una agresión sexual:

- Se le ofrecerá la alternativa del régimen de prevención de ITS, recomendado por el Centro para el Control de Enfermedades (CDC).
- **Se facilitarán los** referidos necesarios para servicios de seguimiento (para consejería y tratamiento) disponibles en la comunidad, tales como el Centro latinoamericano de Enfermedades de Transmisión Sexual (CLETS) y/o los Centros para Prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual (CPTET), entre otros.

Si se detecta una ITS en el/la paciente, debe alentarle a recibir tratamiento correspondiente.

a) Pruebas de Laboratorio, para análisis en la Facilidad de Salud

Es importante realizar los laboratorios **antes** de administrar tratamiento de prevención de ITS, según sugiere el CDC (Centro para el Control de Enfermedades) en sus guías.

PRUEBAS DE LABORATORIO, PARA ANÁLISIS EN LA FACILIDAD DE SALUD

1. Prueba de **embarazo** (HCG)*
2. Prueba citológica (**Pap smear**), para detección de HPV, espermatozoides.
3. Prueba para **clamidia y gonorrea**.
   - El/la evaluadora debe tomar cuidadosamente pruebas del cérvix, ano, boca y uretra, según aplique.
   - El CDC recomienda que se haga una Prueba de Amplificación de Ácidos Nucleicos (NAATs por sus siglas en inglés) para *C. trachomatis* (**clamidia**) y *N. gonorrhoeae* (**gonorrea**) si hubo, o se intentó, penetración.
   - En el caso de menores, es muy importante no dar tratamiento hasta tener los resultados de cultivo de clamidia y dos pruebas confirmatorias de gonorrea.
4. **Wet prep**. para evaluación de G. Vaginitis, Candida, Tricomonas, espermatozoides, si son mótiles o no, etc.
   - El CDC recomienda que se haga una Prueba de Amplificación de Ácidos Nucleicos (NAATs por sus siglas en inglés) de un espécimen en la orina o la vagina, o Pruebas en el Punto de Atención ("Point-of-care testing") de un espécimen vaginal para *T. vaginalis* (**tricomoniasis**).
   - El CDC recomienda que se hagan Pruebas en el Punto de Atención ("Point-of-care testing") y/o montaje húmedo ("wet mount"), medidas del pH vaginal y aplicación de KOH para la prueba de Whiff de secreciones vaginales para la evidencia de **vaginosis bacteriana** y **candidiasis vaginal**, especialmente si hay secreción vaginal, mal olor o picazón presente.
5. Pruebas de **VDRL** - (para sífilis)
6. **Hepatitis B, VIH y Sífilis**
   - El CDC recomienda que se tome una muestra de suero para la evaluación de infecciones como VIH, hepatitis B y sífilis.
   - Para hacer la prueba de VIH se requiere autorización escrita.
7. Prueba de **grupo sanguíneo** y **factor Rh.**

* Se realizará laboratorio para determinar la existencia de embarazo previo a la agresión. (Ver sección 8. Evaluación de riesgo de embarazo.)

El personal directivo del hospital tiene la responsabilidad de mantener un protocolo interno para el manejo y seguimiento a la víctima/victima, si alguno de los resultados de los laboratorios ordenados resulta positivo ("REACTIVE").

La necesidad de las pruebas para ITS se evaluará individualmente. Si el/la paciente ha adquirido una ITS antes de la agresión sexual, un resultado positivo podría ser usado en su contra. Sin embargo, también puede haber situaciones en las cuales la amenaza de transmisión de una ITS es un elemento del delito y casos donde una prueba negativa inicial seguida por una positiva a ITS podría ser utilizada como prueba, si el sospechoso también tenía una ITS.

NOTA IMPORTANTE: Las pruebas para detectar infecciones de transmisión sexual, embarazo, PAP, **no se envían al Negociado de Ciencias Forenses**. Estas pruebas se

tramitan y analizan en el laboratorio del hospital para su análisis y se mantienen como evidencia médica, para las citas de seguimiento de la víctima.

Algunas de las pruebas de laboratorio deberán repetirse en citas de seguimiento después de la agresión (Ver páginas 97-99, para información sobre seguimiento laboratorios).

b) Tratamiento Preventivo de ITS

Se recomienda tratamiento preventivo para ITS después de la agresión sexual para evitar y /o disminuir posibilidades de contagio y reducir la necesidad de un tratamiento más costoso y extenso, si una ITS se descubre más adelante. El personal que evalúa debe cumplir o exceder las pautas actuales del CDC para la terapia preventiva de ITS para su área geográfica.

Si está indicado, el personal evaluador debe animar al/a la pacientes a aceptar la profilaxis contra ITS. Es altamente recomendable ofrecer una terapia preventiva de rutina después de una agresión sexual, ya que en ocasiones es difícil dar seguimiento a estos/as pacientes.

- El CDC sugiere un régimen para proteger en contra de clamidia, gonorrea, tricomoniasis, vaginosis bacteriana y el virus de Hepatitis B.

RÉGIMEN RECOMENDADO POR EL CDC (2015) PARA PREVENCIÓN DE ITS RELACIONADA A AGRESIÓN SEXUAL

Adultos/as y adolescentes:

Ceftriaxone 250 mg, I.M., una dosis

MÁS

Azythromicina 1g oral, una dosis

MÁS

Metronidazole 2g oral, una dosis

O

Tinidazole 2g, oral, una dosis

Fuente: Guías para el tratamiento de Enfermedades de Transmisión Sexual 2015, MMWR RR/ Vol. 64/No.3, 5 junio 2015 (págs. 104-110).

Si la profilaxis es rechazada en el momento del examen inicial, debe documentarse las decisiones y fundamentos para rechazarla, en el record médico de paciente. Es médicamente prudente obtener cultivos y solicitar un examen de seguimiento y pruebas. Si la profilaxis es aceptada en el momento del examen, las pruebas de seguimiento generalmente no estarán indicadas médicamente.

Si la presentación clínica del / de la paciente sugiere una ITS ascendente (fiebre, dolor abdominal o pélvico, y/o secreciones vaginales), se debe evaluar y tratar para esa infección. Se debe llevar a cabo un **régimen antimicrobiano empírico** para clamidia, gonorrea, y tricomoniasis.

La víctima puede tomar los medicamentos **metronidazole** o **tinidazol** en su casa si ha ingerido alcohol recientemente o se le proveyeron anticonceptivos de emergencia, para minimizar los posibles efectos secundarios y las interacciones entre las drogas.

1) **Niñas/niños (prepuberal) -** En el caso de menores prepuberales (periodo antes del desarrollo de órganos sexuales en niñas 10-13 años y en niños 12-15 años, aproximadamente) se posponen los tratamientos profilácticos hasta obtener los resultados de las pruebas de ITS realizadas. Las pruebas de mayor valor son los cultivos.

   El tratamiento preventivo no es recomendado porque la prevalencia de la mayoría de las ITS en menores es baja y porque las niñas prepuberales aparentan estar en menor riesgo de infección que las adolescentes o mujeres adultas. (Encontrará información adicional sobre prevención de ITS en menores abusados sexualmente en el Capítulo V-Evaluación Pediátrica).

2) **Hepatitis B-** se recomienda administrar vacuna si se desconoce el status de la persona agresora y la víctima no ha sido vacunada para Hepatitis.
   - Si el/ la paciente ya ha completado el régimen de **vacunación previo a la agresión sexual,** no necesita dosis adicionales, ya que debería estar protegido de contagio con el virus en caso de agresión sexual.
   - Las personas **previamente vacunadas** contra la Hepatitis B, que no se han realizado exámenes posteriores a la vacuna para verificar el nivel de anticuerpos, deben recibir una dosis.
   - En casos donde la víctima de agresión sexual **no esté vacunada,** deberá administrarse la vacuna de Hepatitis B al momento del examen inicial. Las dosis de seguimiento de la vacuna deberán administrarse 1-2 y 4-6 meses después de la primera dosis.
   - No se recomienda la HBIG (Inmunoglobulina Anti-hepatitis B), a menos que se sepa que la **persona sospechosa de agresión sexual tiene Hepatitis B** aguda. En caso de que la persona sospechosa se encuentre en la fase aguda, la víctima tiene que recibir la vacuna para la Hepatitis B y la HBIG.

3) **Virus de Papiloma Humano – VPH** (HPV, por sus siglas en ingles)- se recomienda administrar vacuna a pacientes féminas entre 9 y 26 años y varones de 9 a 21 años.
   - La vacuna debe administrase al momento del examen inicial y dosis de seguimiento a los 1-2 meses después, y a los 6 meses después de la primera dosis.
   - Si el paciente es hombre, y nunca había sido vacunado o había dejado alguna dosis incompleta, puede ser vacunado hasta los 26 años.

4) **Atención y cuidado para víctimas de agresión sexual en riesgo de contraer el VIH-** La Ley 123 de 1988 indica que:
   - se debe incluir la prueba para VIH entre las pruebas que se realizan a las víctimas de violación, incesto o sodomía,
   - se ofrecerá orientación sobre esta enfermedad a las víctimas,

- se practicarán exámenes periódicos para detectar desarrollo de la enfermedad,
- se ofrecerá tratamiento, si posteriormente desarrolla la enfermedad.

Aunque el riesgo de contraer VIH por una agresión sexual parece ser bajo, el personal médico y de enfermería de la sala de emergencia tiene la responsabilidad de:

- **proveer orientación completa** a la persona sobre la **prueba VIH**, medidas de **prevención**, **tratamientos** médicos disponibles en el momento, y
- obtener el **consentimiento** de la víctima para administrarlo.

Todavía no existe un tratamiento completamente efectivo que asegure la recuperación total de VIH; sin embargo hay alternativas para proteger la salud y la calidad de vida de la persona, sus familiares, amistades y otras personas con las que pueda relacionarse. La posibilidad de que el/la paciente haya sido expuesto/a al VIH debe de ser examinada en el momento de la evaluación y luego periódicamente.

El hecho de que una víctima de agresión sexual haya estado en contacto con el virus, no necesariamente significa que vaya a desarrollar SIDA. Sin embargo, existe la posibilidad de que transmita el virus, tanto a través de las relaciones sexuales en donde ocurra intercambio de fluidos corporales, como a través de transfusiones de sangre, intercambio de jeringuillas y por contaminación perinatal. Al estar consciente de su condición de salud y recibir orientación, atención y tratamiento, la persona puede llevar una vida en buena condición y tomar medidas para evitar la propagación del VIH.

5) **Tratamiento post-exposición con agentes antirretrovirales-** en trabajadores de la salud expuestos a sangre infectada con VIH se ha encontrado que el tratamiento post-exposición con agentes antirretrovirales, como la **zidovudina**, reduce el potencial de transmisión de VIH.
    - Mientras más temprano se comience este tratamiento, mayor efectividad tendrá para prevenir la infección por VIH.
    - Generalmente el tratamiento es bien tolerado por adultas/os y menores y los síntomas severos son raros.
    - Si el/la paciente no puede tomar una decisión sobre si seguir el tratamiento preventivo, el CDC recomienda ofrecer al paciente suministros de la profilaxis post-exposición para 7 días, y citar para seguimiento, en el tiempo adecuado, y que pueda continuar los 21 días restantes de tratamiento sin interrumpir la dosis.

El CDC recomienda el uso de profilaxis post exposición, especialmente si se conoce que la persona agresora es VIH positivo. Si el tratamiento es ofrecido, se deben discutir los siguientes puntos con el paciente:

- La efectividad conocida de la profilaxis post-exposición para VIH en caso de una agresión sexual.
- Los efectos secundarios conocidos y la toxicidad de los medicamentos anti-retrovirales.

- La necesidad de comenzar el tratamiento inmediatamente para una mayor efectividad (dentro de las primeras 72 horas de la agresión).
- La importancia del cumplimiento con la terapia recomendada.
- Síntomas de toxicidad y efectos secundarios del medicamento.
- La necesidad de la dosificación frecuente del medicamento y el seguimiento necesario.

(Nota: Todo/a profesional a cargo de este servicio seguirán las instrucciones **más actualizadas** del Centro para la Prevención y el Control de Enfermedades (CDC) para víctimas de agresión sexual)

MEDICAMENTOS PREFERIDOS Y ALTERNATIVOS A PARA LA PREVENCIÓN DE VIH (TERAPIA CON ANTIRRETROVIRALES (NPEP A, B) RÉGIMEN DE 28 DÍAS

Grupo de Edad	Preferido / Alternativo	Medicamento
Adolescentes y adultos ≥ 13 años de edad, incluyendo las mujeres embarazadas con función renal normal (creatinina ≥ 60 mL/min)	**Preferido**	Un régimen de 3 medicamentos que consiste de: - tenofovir DF 300 mg y combinación de dosis fija de Emtricitabina 200 mg (Truvada) una vez al día **con** - raltegravir 400 mg dos veces al día **o** - dolutegravir 50 mg una vez al día
	Alternativo	Un régimen de 3 medicamentos que consiste de: - tenofovir DF 300 mg y combinación de dosis fija de Emtricitabina 200 mg (Truvada) una vez al día **con** - darunavir 800 mg (2 tabletas de 400-mg) una vez al día **y** - ritonavir b 100 mg una vez al día
Adolescentes y adultos ≥ 13 años de edad con disfunción renal (creatinina ≤59 mL/min)	**Preferido**	Un régimen de 3 medicamentos que consiste de: - zidovudine o lamivudine, con ambas dosis ajustadas al grado de la función renal **con** - raltegravir 400 mg dos veces al día **o** - dolutegravir 50 mg una vez al día.
	Alternativo	Un régimen de 3 medicamentos que consiste de: - zidovudine o lamivudine, con ambas dosis ajustadas al grado de la función renal **con** - darunavir 800 mg (2 tabletas de 400-mg) una vez al día **y** - ritonavir b 100 mg una vez al día
Niños/as de 2 – 12 años	**Preferido**	Un régimen de 3 medicamentos que consiste de:

Grupo de Edad	Preferido / Alternativo	Medicamento
		- tenofovir DF, emtricitabina y raltegravir, **con** cada medicamento dosificado según la edad y el peso.
	Alternativo	Un régimen de 3 medicamentos que consiste de: - zidovudina y lamivudina **con** - raltegravir **o** lopinavir/ritonavir bb, con raltegravir y lopinavir/ritonavir dosificado según la edad y el peso.
	Alternativo	Un régimen de 3 medicamentos que consiste de: tenofovir DF ***y*** emtricitabine ***y*** lopinavir/ritonavirb, con cada medicamento dosificado según la edad y el peso.

2016 nPEP Guidelines Update, CDC

a) Al considerar la alternativa de profilaxis, deben evaluarse los elementos de riesgo en cada caso individualmente.
   - Epidemiología local de VIH.
   - Uso de drogas inyectables.
   - Penetración oral, vaginal o rectal.
   - Eyaculación en la membrana mucosa.
   - Múltiples agresores.
   - Lesiones presentes en la membrana mucosa.

b) Si la persona no acepta el tratamiento preventivo debe documentarlo en el expediente.
   - El/la médico tiene que asegurarse de que la persona no es alérgica a los medicamentos recomendados en el Protocolo. En estos casos pueden recomendarse otros cuyos efectos sean compatibles con esta prevención y documentar en el expediente los medicamentos utilizados.

c) Si el/la evaluador/a tiene dudas en cuanto al tratamiento preventivo de VIH, debe:
   - Consultar a especialistas en prevención de VIH.
   - Llamar al Centro Latinoamericano de Control de Enfermedades (CLETS) del Departamento de Salud Tel: **787-754-8128.**
   - Llamar a la Línea de Información sobre VIH/SIDA del Departamento de Salud: **787-765-1010** / Correo electrónico: **prevencionsida@salud.gov.pr**.

d) Si el tratamiento se va a ofrecer posterior a las 72 horas de la exposición, debe evaluar el nivel de riesgo de la víctima y consultar si aplica la profilaxis, con un especialista en VIH. Es poco probable que el tratamiento sea efectivo si ya han pasado 72 horas de la agresión.

e) Si la víctima escoge recibir la profilaxis antirretroviral, debe reevaluarse en 3 a 7 días para evaluar tolerancia a los medicamentos.

f) Si se comienza el uso de estos medicamentos, se debe realizar un conteo sanguíneo completo (CBC, por sus siglas en inglés) y de la composición del suero (*serum chemistry*) para referencia.

g) La prueba de VIH debe repetirse a los 3 meses y 6 meses. (ver Apéndice #7- Diagrama para la Evaluación y Tratamiento de Posible Contagio de VIH a consecuencia de una agresión sexual, uso de drogas u otro tipo de exposición no ocupacional).
h) La orientación y consejería debe incluir las condiciones, manifestaciones o síntomas de la enfermedad, particulares a su género; así como las alternativas de atención y cuidado también propias de su género.

Importante:

- Es compulsorio ofrecer el tratamiento con antirretrovirales en todos los casos que aplique.
- El Hospital es responsable de tener disponibles los medicamentos necesarios para el tratamiento y facilitar a la víctima las primeras dosis.
- Debe referir a la Clínica de Inmunología, del Departamento de Salud para el seguimiento.
- Si la víctima vive fuera de Puerto Rico debe dirigirla/referirla a la clínica de inmunología más cercana a su lugar de residencia.
- No es necesario obtener el resultado de la prueba de VIH para comenzar a administrar el tratamiento.

Para información adicional sobre la evaluación sugerida para la profilaxis post exposición no ocupacional, vea Apéndice #7 "Non occupational Postexposure Prophylaxis – nPEP".

8. Evaluación de Riesgo de Embarazo

En los casos de agresión sexual existe la posibilidad de embarazo. El riesgo de embarazo como resultado de una violación se estima que es de 2 a 5%. Si la persona se encuentra entre el 11vo y 18vo día de su ciclo menstrual, la probabilidad aumenta a 10%. Si la exposición ocurrió el día de la ovulación la probabilidad aumenta a 30%. Sin embargo, cualquier mujer puede quedar embarazada de una sola exposición. El embarazo producto de un acto de violencia sexual es un trauma adicional para la mujer víctima de violación, por lo tanto, debe ser atendido con mucha seriedad.

En caso de posibilidad de embarazo producto de una agresión sexual, se ofrecerá **orientación** completa sobre el alcance de los tratamientos preventivos correspondientes. Se solicitará el **consentimiento** de la víctima antes de administrar los tratamientos preventivos. Se ofrecerá el tratamiento correspondiente para prevenir un **embarazo** producto de la agresión sexual, en los casos que aplique. La orientación y el consentimiento se documentarán en el expediente médico. Si por alguna razón no se administran los tratamientos preventivos recomendados en este protocolo, debe documentarse una razón justificada para ello.

Si la víctima se encuentra bajo riesgo de embarazo como producto de la agresión sexual, y acude a recibir servicios médicos dentro del período de las 120 horas a partir de la agresión,

tiene derecho a recibir tratamiento médico preventivo indicado en este protocolo. El método de anticoncepción de emergencia sólo está indicado dentro de las 120 horas después de la violación.

La anticoncepción de emergencia previene el embarazo impidiendo la implantación en el útero. En algunos casos también puede prevenir la fertilización. El contraceptivo de emergencia no interrumpirá un embarazo ya implantado en el útero. Existen varios medicamentos en el mercado que pueden ser utilizados para prevenir el embarazo en casos de agresión sexual. La mayoría contiene estrógeno y/o progesterona. Estos son similares a los medicamentos usados en anticonceptivos pero en dosis más altas.

a) **Antes de la prueba de embarazo** – El personal que evalúa debe:
   - Discutir la probabilidad de embarazo y las opciones de tratamiento preventivo disponible, incluyendo los servicios reproductivos a toda víctima de agresión sexual con capacidad reproductiva.
   - Tomar en cuenta la edad, el trasfondo social, cultural, creencias, etc.
   - Ser cuidadoso/a de no imponer una opción específica.
   - Excluir la posibilidad de un embarazo, mediante el historial médico y examen pélvico.

b) **Prueba de embarazo**
   - Se administrará una prueba de embarazo a toda paciente con potencial reproductivo.
   - Se pueden utilizar pruebas de embarazo sensibles a beta-HCG. La mayoría de las pruebas de embarazo por medio de la orina son sensibles a 50 mili-unidades internacionales/ml y pueden detectar el embarazo 8 a 9 días después de la concepción. Las pruebas de embarazo por medio de la sangre detectan niveles bastante bajos de HCG.
   - Si el resultado de prueba de embarazo es positivo, la anticoncepción de emergencia está contraindicada y las decisiones sobre otros medicamentos tienen que ser tomadas en consideración al embarazo.
   - Considerar que la paciente que ha tenido relaciones sexuales sin protección en los últimos 10 días, aunque la prueba de embarazo sea negativa, podría estar embarazada. Si quiere continuar el embarazo, si la concepción ocurrió, la anticoncepción de emergencia no sería administrada.

c) **Tratamiento Preventivo de embarazo**
   - Discutir las diferentes alternativas de tratamiento con la paciente.
   - Discutir la información en relación al periodo de tiempo para la anticoncepción de emergencia, para que la paciente pueda hacer una decisión informada.
   - Informar a la paciente que la anticoncepción de emergencia **no** va a prevenir infecciones transmitidas sexualmente.
   - Discutir rigurosamente, y proveer en escrito, información sobre los mecanismos de acción de cada tratamiento, efectos secundarios, dosis y seguimiento.
   - Informar a paciente que el tratamiento no es 100% seguro y que al igual que cualquier medicamento tiene riesgos, efectos secundarios y beneficios.
   - Obtener el **consentimiento** para la administración de este(os) medicamento (s).

- Ofrecer terapia hormonal como pastillas de emergencia para la anticoncepción.
- Ofrecer/proveer medicamento anti-nausea si están en riesgo.
- Paciente se puede abstener de recibir tratamiento inmediato en las facilidades, para ser atendido por su proveedor de salud primario.

La institución **deberá tener disponibles los medicamentos para la prevención de embarazo** para víctimas de agresión sexual que acudan a su sala de emergencia. Si por alguna razón extraordinaria, la facilidad no tiene disponible la anticoncepción de emergencia, tiene que proveer a la paciente una prescripción para estas pastillas y para el medicamento anti náusea; así como la lista de las farmacias en donde las puedas conseguir.

PREVENCIÓN DE EMBARAZO DESPUÉS DE AGRESIÓN SEXUAL

1. Se recomienda utilizar la hormona sintética **levonorgestrel** por su alta tasa de efectividad, facilidad de dosificación (*ease of dosing*), y el número menor de efectos secundarios.
   - Es más efectivo si se usa entre las primeras 120 horas y puede reducir el riesgo de embarazo en un 89%.
   - La dosis tradicional es dos dosis de 0.75mg oralmente, cada 12 horas.
   - Algunos estudios han indicado que una sola dosis de 1.5mg de levonorgestrel es igual de efectivo y mejor tolerado por el paciente.

2. Se recetará un antihemético (Tigán o producto semejante) en tabletas o supositorios para controlar los síntomas de náusea y/o vómito. Si vomita a las 2 horas de haber ingerido una de las dosis, deberá repetir esta dosis.

d) Contraindicaciones para contraceptivo de emergencia:
- migraña activa con síntomas neurológicos.
- historial de ataques cardiacos.
- historial de tromboflebitis.

e) Seguimiento
1) Informar a paciente que el uso de anticoncepción de emergencia puede provocar una menstruación más liviana o pesada que lo usual, y puede ser que no comience en el tiempo esperado.
2) Si paciente no ha sangrado en las tres semanas subsiguientes, debe ser re-evaluada, y repetir la prueba de embarazo.
3) Recomendar a paciente que no debe tener relaciones sexuales sin protección hasta después que haya tenido la menstruación, o hasta que se le vuelva a repetir la prueba de embarazo y resulte negativa.

En situaciones en las que la víctima de agresión resulta con un embarazo a consecuencia de la agresión sexual, se recomienda llamar a la Línea de Ayuda del Centro de Ayuda a Víctimas

de Violación para la coordinación de los servicios necesarios, de acuerdo a la decisión que tome la víctima/victima. Si la victima decide por una terminación de embarazo, el personal puede realizar la intercesoría necesaria para canalizar el servicio, con la facilidad de salud correspondiente. Toda víctima de violación tiene derecho a una terminación de embarazo, según se estipula en la Enmienda Hyde. La Enmienda Hyde, según revisada en 1993, permite el uso de fondos de públicos para terminación de embarazo en casos de violación e incesto, en mujeres elegibles bajo Medicaid. El procedimiento está contemplado en la cubierta de Medicare / Medicaid, bajo los códigos: 59840, 59841, 59850, 59851, 59852, 59855, 59856, 59857, 59866. (Ver: Medicare Benefit Policy Manual Sección #90 - Termination of Pregnancy, Rev. 119, 01-15-10). De llevarse a cabo el procedimiento de terminación, la Policía de Puerto Rico recogerá el producto del embarazo (tejido embrionario) y tramitará las pruebas de ADN correspondientes.

9. Tratamiento Médico Curativo

La víctima de una agresión sexual puede sufrir golpes, fracturas, laceraciones, rasguños, quemaduras, heridas de bala, heridas de arma blanca, heridas por empujones, caídas por defensa, entre otras, que requieran tratamiento inmediato. Esto ocurre particularmente en casos en que además de la agresión sexual, hay agresión física e inclusive intento de asesinato. El personal evaluador ofrecerá el tratamiento curativo que requiera la condición general de la víctima. En casos que se requiera hospitalización y/o procedimientos quirúrgicos, se realizarán las consultas, referidos y coordinaciones necesarias para atender la necesidad, en la mayor brevedad posible. El tratamiento médico curativo para las consecuencias, o posibles consecuencias, a la salud en la victima de agresión sexual, es parte integral del servicio a ofrecer en la facilidad de salud a donde acuda y es uno de sus derechos.

G. SEGUIMIENTO MÉDICO EN CASOS DE AGRESIÓN SEXUAL

El seguimiento médico a víctimas de agresión sexual es esencial y tiene como objetivo evaluar el estado de salud físico y emocional, como parte de su proceso de recuperación. Es posible que al momento de la evaluación no se hayan encontrado suficientes patógenos como para detectar una infección, sin embargo, en las semanas posteriores se pueden reevaluar y repetir pruebas de infecciones de transmisión sexual. El seguimiento también es necesario para informar y discutir resultados positivos a alguna de las pruebas de laboratorio realizadas y para completar la inmunización de Hepatitis B, si fue indicado. Es importante señalar que la prontitud de una evaluación de seguimiento será dictada por las necesidades de la víctima.

1) El personal evaluador (médico/a o enfermera/o forense) debe **asegurarse** de que:

- Paciente ha sido informado/a acerca del cuidado necesario después de la evaluación médica y forense.
- Paciente ha sido informado/a de los servicios disponibles para víctimas de agresión sexual.
- Que las necesidades médicas y de salud mental de paciente han sido canalizadas, antes de ser dado/a de alta.

2) Las instrucciones del seguimiento deben ser ofrecidas **verbalmente y por escrito**, y deben incluir información acerca del tratamiento recibido, medicamentos recetados, los exámenes realizados y la evidencia recopilada.
   - Las instrucciones ofrecidas deben estar documentadas en el expediente.
   - Se recomienda incluir información de programas locales de apoyo que la persona pueda visitar.
3) En todo momento, deben considerarse los aspectos de seguridad y confidencialidad de la víctima.
4) **El personal evaluador** (médico/a o enfermera/o forense) de la institución que ofrece servicios de salud, **debe coordinar la cita de seguimiento**.
5) Como parte del seguimiento se incluirán los referidos a otros/as profesionales o agencias que atienden otras necesidades de salud física, mental, aspectos sociales y legales de la victima de agresión sexual.
6) La cita de **seguimiento** se coordinará **con médico primario** de víctima.
7) Si el hospital o Centro de Diagnóstico, cuenta con una **clínica** para ofrecer el seguimiento a víctimas de agresión sexual, se puede canalizar a esa clínica.
8) Se debe aclarar a los/as pacientes que no tienen que divulgar lo sucedido para recibir el cuidado médico de seguimiento.
9) Para la cita de seguimiento es importante que el médico que va a realizar la evaluación tenga **disponibles los resultados** de las pruebas de laboratorio realizadas a la víctima, al momento de la intervención inicial en Sala de Emergencia.
10) Se puede coordinar con el paciente, si desea una llamada de seguimiento para verificar su estado médico y recordarle sus futuras citas. El tiempo óptimo para esta llamada es de 24-48 horas después de haber sido dado de alta.
11) Debe orientar a la víctima (si está activa sexualmente) que es recomendable que utilice profilácticos (condones) en cualquier relación sexual futura (al menos por 1 año) y explicarle la razón.
12) Para pacientes con trauma agudo se debe:
   - Programar una cita de seguimiento en un corto tiempo para reexaminar y documentar el desarrollo de los hallazgos visibles y fotografiar el área donde están las heridas.
   - Hacer un examen 2 a 4 semanas más tarde para documentar la resolución de los hallazgos y las sanaciones de las heridas.
13) Después de finalizada la evaluación el personal de intercesoría, representantes de la ley y otras personas involucradas en el caso de la violencia sexual deben:
   - estar pendientes a las necesidades de víctima de agresión sexual.
   - explicar los servicios de apoyo y consejería.
   - explicar los procedimientos de seguimiento.
   - ayudar al victima a planificar aspectos de seguridad y bienestar.
   - explicar el proceso investigativo.

INSTRUCCIONES PARA SEGUIMIENTO MÉDICO EN CASOS DE AGRESION SEXUAL

A. **Cita de seguimiento** - programar en 1 semana después de la evaluación inicial para

1. Discutir con paciente los resultados positivos de las pruebas realizadas.
2. Discutir necesidad de tratamiento.
3. Coordinar citas de seguimiento que sean necesarias.

- Si las pruebas iniciales son **negativas**, y no se proveyó tratamiento, se puede programar una cita de seguimiento en **1-2 semanas** después de la agresión sexual para repetir la evaluación de ITS.
- Si la persona recibió el tratamiento indicado para ITS durante la visita inicial, se realizarán las pruebas post tratamiento de ITS, solamente si presentan o se reportan síntomas.

B. **Paciente con trauma agudo** - programar cita de seguimiento en corto tiempo y examinar en 2 a 4 semanas más tarde, para documentar hallazgos y heridas.

C. **Pacientes que recibieron un diagnóstico de alguna ITS** - realizar evaluación de seguimiento a los 1-2 meses para reevaluar el desarrollo de verrugas anogenitales. entre otros.

D. Paciente **negativo a la prueba de embarazo**, que se le suministró **anticoncepción** de emergencia y **no ha sangrado** en las tres (3) semanas subsiguientes, debe de ser reevaluado.

E. Si las **pruebas iniciales resultaron negativas**, pero no puede ser descartada una **infección en persona agresora** - se deben repetir las pruebas serológicas para sífilis en 4-6 semanas y en 3 meses. **(MMWR, 2015).**

F. Se administró vacuna de **Hepatitis B por primera vez** - deberá recibir otra dosis a los 1-2 y 4-6 meses después de la primera dosis.

G. Se administró vacuna de **VPH por primera vez** - deberá recibir otra dosis a los 1-2 meses, y a los 6 meses después de la primera dosis.

H. Paciente recibió **Profilaxis del VIH** con agentes antirretrovirales- deberá re-evaluarse en 3 a 7 días para monitorear la tolerancia a los medicamentos. La prueba debe repetirse a las 6 semanas, 3 meses y 6 meses.

I. Paciente **recibió tratamiento** preventivo de ITS pero reportan **síntomas consistentes con alguna ITS** - se recomienda hacer pruebas de seguimiento.

H. RECOLECCIÓN DE EVIDENCIA DE PERSONA SOSPECHOSA DE LA AGRESIÓN SEXUAL

Puede haber ocasiones en que la policía necesite evidencia forense de la persona sospechosa de cometer la agresión sexual. Para el procedimiento será necesaria una orden del Tribunal

y proveer copia a la facilidad de salud u hospital que va a recolectar la evidencia forense; excepto que la persona sospechosa de su consentimiento para la obtención de pruebas y evidencia. La orden judicial debe establecer cuál evidencia, en específico, se va a recopilar. Sólo se recopilará lo que especifique la orden judicial o el consentimiento informado.

El personal que evalúe a la persona sospechosa no debe ser la misma persona que evalúe a la víctima, para evitar contaminación de la evidencia. (Ver Apéndice #15: Protocolo de evaluación médico forense a personas sospechosas de agresión sexual).

Nota: La Policía especializada en delitos sexuales puede estar presente durante el examen forense cuando hay una preocupación en cuanto a la seguridad del personal.

I. SISTEMA DE MONITOREO DE VÍCTIMAS/VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL EN SALAS DE EMERGENCIA DE PUERTO RICO

El Sistema de Monitoreo de Víctimas de Violencia Sexual y Doméstica, tiene como propósito principal el registrar y monitorear los casos atendidos en las salas de emergencia de Puerto Rico. De esta forma se espera lograr una mejor distribución de los recursos existentes y colaborar en la creación de política pública con el fin de disminuir la incidencia de los mismos. Todas las facilidades de salud de Puerto Rico, licenciadas por SARAFS, están obligadas a mantener un Registro de las situaciones de Agresión Sexual atendidas y enviar los datos al Centro de Ayuda a Víctimas de Violación (CAVV), según establecido en la Orden Administrativa #214 del 15 de noviembre de 2006.

Cada institución hospitalaria es responsable de designar la persona encargada de actualizar el registro. (Puede ser un/a enfermero/a, trabajador/a social, etc.). Esta persona contará con una cuenta del Departamento de Salud para poder tener acceso al portal de entrada de datos: cavvrh.salud.pr.gov

- La persona encargada completará el formulario digital para cada caso reportado.
- El hospital podrá tener acceso a los reportes ya sometidos para futura referencia.
- En los meses que no se atiendan situaciones de violencia sexual, se enviará la notificación de que no se recibieron casos.

Esta información es necesaria para medir y describir la violencia sexual en Puerto Rico, las víctimas que acuden a recibir servicios médicos en las salas de emergencia de la Isla y ayuda a determinar la prevalencia de la violencia sexual.

V. Evaluación Pediátrica

El **abuso sexual de menores** se define en la Ley 246-2011 como "incurrir en conducta sexual en presencia de un menor y/o que se utilice a un menor, voluntaria o involuntariamente, para ejecutar conducta sexual dirigida a satisfacer la lascivia o cualquier acto que, de procesarse por la vía criminal, configuraría cualesquiera de los siguientes delitos: agresión sexual, actos lascivos, comercio de personas para actos sexuales, exposiciones obscenas, proposición obscena, producción de pornografía infantil, posesión y distribución de pornografía infantil, utilización de un menor para pornografía infantil; envío, transportación, venta, distribución, publicación, exhibición o posesión de material obsceno y espectáculos obscenos según han sido tipificados en el Código Penal de Puerto Rico". Implica, por lo tanto, el involucrar menores o adolescentes en actividades sexuales para las cuales no tienen la capacidad de consentir. En Puerto Rico, es menor de edad toda persona menor de veintiún (21) años. (Ver Código Civil de Puerto Rico- Art. 247, (31LPRA, sec 971).

La definición del delito de agresión sexual está en el Artículo #130 del Código Penal de Puerto Rico, Ley 146-2012, según enmendada. En el mismo se expone como primera circunstancia del delito de agresión sexual que "la víctima, al momento del hecho no ha cumplido dieciséis (16) años de edad". Este inciso de la ley indica que en Puerto Rico, menores de 16 años no tienen capacidad de consentir a un acto sexual. En el año 2014 se realizaron enmiendas al Código Penal, por medio de la Ley Núm. 246 de 26 de diciembre de 2014, que cambió este inciso añadiendo: "...salvo cuando la víctima es mayor de catorce (14) años y la diferencia de edad entre la víctima y el acusado es de cuatro (4) años o menos". Toda víctima de abuso sexual tiene el derecho de:

- Recibir evaluación médica y que se le ofrezcan todos los servicios necesarios,
- recibir un examen forense, que incluye evaluación del área genital (vagina, pene) y ano, se atiendan a las lesiones producto del abuso sexual y que, en los casos que aplique, se le provea tratamiento preventivo para infecciones de transmisión sexual y de embarazo.
- que se documente toda la información que menor ofrece sobre el abuso (qué, quién, cómo, cuándo, dónde), durante la evaluación forense.

La evaluación de menores requiere de destrezas particulares de evaluación y entrevista. La empatía que se genere con el/la menor es clave para poder realizar el examen y obtener el historial. La e**mpatía** se establece desarrollando confianza al principio de la intervención. Puede realizar preguntas relacionadas con su juguete favorito, su escuela, amigos/as, personas con quién vive, entre otras.

Las preguntas, para dirigir el proceso de evaluación, deben ser abiertas, por ejemplo:

- ¿Sabes por qué estás en el hospital?
- ¿Alguien ha hecho algo que te haya hecho sentir incómoda/o con miedo?
- ¿Qué pasó después?
- ¿Puedes hablarme un poco más sobre eso?

Evite las preguntas de ¿por qué?; ya que estas puedan implicar que se le está culpando por la situación de abuso.

Importante:

- No se recomienda entrevistar a menores en presencia de sus padres o encargados; ya que puede afectarse el proceso de entrevista.
- Se debe tomar en cuenta que los niños y niñas rara vez éstos/as expresan una descripción completa de la(s) agresión(es) sexual(es), en su relato inicial. En el proceso de descubrimiento del abuso sexual de menores, estos usualmente minimizan o excluyen parte de las agresiones sexuales por vergüenza o culpa. Incluso llegan a retractarse luego de la crisis ocasionada por la divulgación.

Parte del contenido que se presenta a continuación, sobre el proceso a seguir para la evaluación médico forense de menores abusados sexualmente ha sido adaptado del **"Protocolo Nacional para Exámenes Médico Forenses en casos de Abuso Sexual – Pediátricos",** publicado en abril de 2016, por el Departamento de Justicia de los Estados Unidos –Oficina contra la Violencia hacia las Mujeres (US Department of Justice- Office on Violence Against Women OVW. El desarrollo de dicho protocolo estuvo a cargo de la Asociación internacional de Enfermeras Forenses (IAFN, por sus siglas en inglés).

A. LUGAR PARA LA EVALUACIÓN MÉDICA A MENORES CON SOSPECHA DE ABUSO SEXUAL

El espacio donde se realiza el examen forense a menores abusados sexualmente debe ser física y sicológicamente apropiado y seguro para menores de edad además de cumplir con los criterios de **privacidad**, **seguridad** y **confidencialidad**. Un ambiente agradable y amigable para la niñez que tome en cuenta sus intereses y necesidades en todo momento. Un ambiente con la capacidad de satisfacer necesidades culturales y lingüísticas de pacientes y cuidadores, y considere las necesidades de los menores con diversidad funcional según las normas establecidas en la Ley ADA (American Disabilities Act).

Se recomienda un lugar que cuente con:

- Muebles del tamaño de menores,
- Cuadros infantiles,
- Materiales como juguetes, crayolas, papel de dibujar, entre otros.
- Colposcopio, para realizar una evaluación forense más precisa.

Aunque la institución de salud no se dedique exclusivamente al cuidado de menores debe ofrecer un servicio centrado en el menor.

B. CONSENTIMIENTO - AUTORIZACIÓN PARA ATENCIÓN MÉDICA Y TRATAMIENTO

El consentimiento para la evaluación médico – forense examen médico, generalmente deberá cubrir lo siguiente, según aplique:

- Evaluación médica inicial;
- Examen médico forense;
- Pruebas de laboratorio y tratamiento (ej.: ITS, VIH y toxicología);
- Recolección de muestras forenses;
- Foto-documentación de hallazgos del examen; y
- Permiso para contactar a menor y a custodio para propósitos de seguimiento médico.

En casos donde se sospecha del padre/madre/custodio, o si un padre/madre/custodio se rehúsa dar su consentimiento o no está presente, se debe consultar de inmediato con los servicios de protección al menor y/o agencias del orden público. Esta situación puede requerir asumir la custodia protectora del menor. Es importante que:

- el consentimiento y la aprobación sean informados. Para obtener permiso para proceder con el examen, los proveedores de salud deben explicar por completo la naturaleza de dicho examen a menor y a su padre/madre/custodio (Ej.: que incluye, razones para hacerlo, posibles efectos secundarios y el impacto potencial de ser no consentir al mismo).
- el consentimiento y su explicación sean apropiados en lenguaje y comunicación, acorde con la edad y entendimiento de menor y su padre/madre/custodio.
- Se informará que otras personas que pueden acceder a datos del caso (excepto la identidad del paciente menor de edad), acorde con las leyes vigentes. (Ej.: datos que pueden ser solicitados por personas cualificadas para propósitos forenses, estudios demográficos o epidemiológicos, científicos o educacionales).
- Se informará a los menores y su padre/madre/custodio sobre el derecho a que realicen preguntas sobre el procedimiento, y el derecho de rechazar algún procedimiento en particular del examen.
- Se evitarán prácticas que juzguen o coarten la solicitud del consentimiento; ya que es contrario a las prácticas éticas y profesionales influenciar sus decisiones.

El consentimiento se requiere para menores de 21 años, excepto que esté en compañía de personal del Departamento de la Familia, acuda con una orden de fiscal o esté legalmente emancipada/o.

a. En caso de <u>menores no emancipadas/os</u>, la política pública del Departamento de Salud establece que toda persona menor de edad (menor de 21 años) debe estar acompañada por la persona en custodia (no agresora), quien autoriza la recolección de la evidencia médico legal y el tratamiento indicado.

b. Si el/la menor victima va acompañada de un/a agente de la policía, o personal autorizado del Departamento de la Familia se debe documentar nombre, número de placa o puesto y número de licencia; así como oficina de procedencia del acompañante y proceder a la evaluación forense.

c. En el evento de una emergencia médica de vida o muerte, donde debido a la inminencia o gravedad de la situación médica no se pueda obtener el consentimiento de cualesquiera de los padres con patria potestad, el tutor del menor no emancipado o la persona que ostente la custodia temporera del menor con autoridad legal para ello, no se le impondrá responsabilidad civil o criminal al personal médico de emergencias cualificado en la escena de un accidente, fuego u otra emergencia; a un profesional de salud con licencia o a una facilidad médico hospitalaria o de primeros auxilios que brinde tratamiento médico o quirúrgico al menor, siempre y cuando ejerza un grado de cuidado razonable, cumpla con los más altos estándares médicos y administre el cuidado adecuado al paciente. Una vez el menor esté estabilizado clínicamente, se deberán hacer todas las gestiones necesarias para conseguir y notificar a las personas responsables, a saber, cualesquiera de los padres con patria potestad, el tutor del menor no emancipado o la persona que ostente la custodia temporera del menor con autoridad legal para ello." (Ley Núm. 217 de 30 de agosto de 2012, art. 152).

d. En caso de <u>menores emancipados</u>: "Todo menor que haya alcanzado los dieciocho (18) años o más queda también emancipado para propósitos de recibir servicios y tratamientos en las salas de emergencias y urgencias; y en caso de que un menor de dieciocho (18) años o más sea madre o padre, podrá autorizar los servicios médicos para sus hijos y tratamientos en las salas de emergencia y urgencias." (Ley Núm. 78 de 27 de abril de 201, Sec.2)

e. Si por alguna razón, ninguna persona con custodia está presente al momento de la evaluación, el/la evaluador/a forense debe solicitar una autorización del/la fiscal para llevar a cabo los procedimientos necesarios

<u>Importante</u>: aunque exista el consentimiento de la persona adulta encargada, siempre se requerirá la cooperación de menor para el procedimiento.

Menores víctimas de abuso sexual son llevados a facilidades de salud, por su padre, madre o custodio, por personal del Departamento de la Familia o la Policía. Sin embargo un/a menor también se puede entrar al sistema de servicios salud cuando divulga el abuso sexual directamente a un proveedor de servicios médicos, en un examen médico rutinario o cuando el cuidador de menor, o un tercero, expresa preocupación de abuso sexual al personal médico. Examinadores pediátricos que atienden a menores tienen la responsabilidad de educarse en:

1) la identificación de signos y síntomas de abuso sexual de niños prepuberales y en
2) la respuesta inicial, adecuada y correcta, cuando se revela, o se sospecha, abuso sexual.

Esta educación es necesaria para determinar la urgencia de la atención. Los/as profesionales (personal médico, de enfermería y trabajo social) tienen que conocer las conductas sexuales apropiadas en los menores (ver capítulo 3), para identificar lo que podría ser inadecuado; así como otros tipos de estrés o trauma que pueden afectar el comportamiento de menor (Kellogg, 2009; Silovský y Niec, 2002). La capacitación en estos temas también es necesaria para integrantes de Equipos Multidisciplinarios de respuesta. (Ver capítulo 10).

Es necesario que el personal del área médica y de enfermería conozca los procedimientos de evaluación inicial, para menores prepuberales que han experimentado abuso sexual. Cuando existe una preocupación de abuso sexual, el / la menor debe evaluarse inmediatamente para determinar la urgencia de cuidado médico forense necesaria. Esta urgencia se determina ante la presencia de lesiones, la naturaleza y el momento del abuso sexual, por la presentación del niño, (Day & Pierce-WEEKS, 2013).

C. RESPUESTA INICIAL

Es necesario establecer y mantener una coordinación adecuada entre las agencias que intervienen con la respuesta inicial en casos de abuso sexual en menores. Los procedimientos deben ser ágiles para facilitar el tiempo de intervención y responder eficazmente a la seguridad y necesidades del menor. El personal de respuesta inicial incluye a personal que atiende líneas de ayuda telefónica dirigida a la protección de menores, personal del 911, paramédicos, personal de servicios médicos de emergencia, intercesores, policía, entre otros. Estos profesionales tienen que conocer cómo hacer referidos relacionados a situaciones de abuso sexual o de sospecha de abuso sexual, saber a cuales agencias se refiere y quien puede realizar referidos. Se recomienda ofrecer educación y adiestramientos a profesionales y a la ciudadanía / comunidad en general, sobre el manejo de situaciones o sospecha de abuso sexual. Se debe tomar en consideración que hay escenarios (Ej. Militar) que manejan las divulgaciones con personal asignado / adiestrado para ello. Integrantes del Equipo debe conocer sobre estos servicios.

Si la primera intervención es del servicio de protección a menores, la policía o el 911, se recomienda:

- Explorar necesidades de seguridad del menor o de otros en la escena (donde vive o está el menor, donde está el alegado agresor). De identificar peligro inminente el personal de 911 debe involucrarse inmediatamente.
- Explorar necesidades de cuidado médico de emergencia para el menor. Administrar los primeros auxilios que sean necesarios y solicitar asistencia médica. Tomar las precauciones para no perder la evidencia forense del cuerpo y la ropa mientras se revisan las heridas y/o golpes.
- Explique al menor, y al cuidador (no ofensor), sobre la obligación de reportar, (Ley 246-2011) los pasos a seguir, importancia de realizar un examen médico forense y la disponibilidad de servicios de apoyo e intercesoría.
- Tome información básica del menor y su cuidador para conocer el periodo de tiempo, la naturaleza del abuso sexual y si aplica, para facilitar la detención de persona sospechosa de la agresión y la preservación de la escena. (Esto no es una entrevista forense)

- Coordinar cernimiento de salud inicial con un/a profesional de la salud para proveer el tratamiento médico de emergencia o urgencia, si aplica. Es necesario revisar la salud del menor.
- Los primeros en responder deben considerar que aunque la policía o el personal de protección del Depto. de la Familia perciban que no hay evidencia en el cuerpo o la ropa del menor. Deben tener disponible el directorio de las facilidades de salud que realizan cernimiento inicial y que realizan exámenes forenses a menores (niños y adolescentes) con sus horarios y servicios.
- Alertar a la facilidad de salud que se va a referir un caso de abuso sexual y verificar disponibilidad de pediatra.
- Coordinar /ofrecer transportación a menor (con policía, personal de protección del Depto. de la Familia o ambulancia) para que llegue a la facilidad apropiada en el menor tiempo posible y para maximizar la preservación de la evidencia forense que exista en cuerpo o ropa de menor.
    a) Si paciente es visto para cernimiento inicial en una facilidad pero el examen se realizará en otra facilidad de salud hay que coordinar transportación para menor y custodio.
    b) Considerar casos de menores con discapacidad que pueden tener necesidades especiales para transportarse (silla de ruedas) o necesidad de animales s de servicio o equipos de asistencia.
- Facilitar la preservación de la evidencia y de la escena. Si se va a recopilar evidencia del cuerpo o ropa durante el examen hay que explicarle a menor y a custodio la razón para ello. Idealmente el menor no deberá orinar, defecar, lavar la boca, bañarse, peinarse, cambiarse de ropa, comer, beber, hasta que se recopile la evidencia médico forense. Oriente al cuidador / custodio de llevar muda de ropa limpia para poner al menor luego del examen. Si el menor se cambió de ropa se debe recolectar la ropa utilizada durante el abuso y la que usó inmediatamente después. También debe considerar recolectar artículos que pueden contener evidencia como joyería, toallas, sábanas, ropa interior y pañales del menor. En casos de menores con discapacidad también puede levantarse evidencia de los equipos de asistencia que utilice el menor.
- Tomar precaución para evitar contaminar la evidencia forense al interactuar con el menor en la escena del delito, en el proceso de transportación, etc. Siempre utilizar guantes y evitar transferencia de ADN de personal de respuesta al menor (sudor, saliva). Paramédico/ personal en la ambulancia que transportan a menor pueden recolectar y empacar sábanas utilizadas y entregarlas a la facilidad de salud o policía.
- En casos donde se usó, o se sospecha uso de, drogas y/o alcohol para facilitar el abuso sexual, y si el menor necesita orinar o vomitar antes del examen, estos fluidos deben ser recolectados y empacados en recipientes adecuados.
- Seguir la política pública de la jurisdicción para activar los servicios de intercesores. Para ofrecer apoyo a menor y sus familiares.

Si la primera respuesta es de un/a intercesor o agencia de servicios, debe:

- Realizar el reporte de la situación de abuso sexual y comunicar cualquier preocupación sobre urgencia y seguridad de menor a la agencia apropiada: Departamento de la Familia, Policía.
- Ofrecer asistencia a menor y familia mediante consejería de apoyo, intervención en crisis, información básica sobre abuso sexual, reacciones comunes en las víctimas, necesidad de evaluación médico – forense, ayuda para contactar a policía, Departamento de la Familia, acompañamiento durante el examen forense, desarrollo de plan de seguridad, entre otros.

Elementos claves para la respuesta de integrantes del Equipo Multidisciplinario, en situaciones de abuso sexual

- **Comunicación** - entre integrantes del equipo para asegurar una respuesta coordinada y a tiempo, según sea necesario en cada caso. La respuesta debe ser enfocada en el menor, centrada en la víctima e informada en trauma.
- **Ajustar la respuesta** - para que sea acorde a las necesidades del menor y su familia (a su nivel de desarrollo, destrezas, necesidades lingüísticas, cultura, status de vivienda, condiciones de salud, etc.)
- **Coordinar** -con la sala de emergencia correspondiente o el Centro CIMVAS.

D. ENTRADA AL SISTEMA DE SERVICIO DE SALUD EN CASOS DE MENORES CON SOSPECHA DE ABUSO SEXUAL

Menores víctimas de abuso sexual pueden ser llevados a una facilidad de salud, para examen médico-forense, por personal del Departamento de la Familia o la Policía cuando se reporta la situación o sospecha de abuso. También pueden llegar con su cuidador principal (madre, padre o custodio). Otras maneras de entrada al sistema de salud es cuando la víctima menor de edad divulga el abuso sexual a personal de salud durante un examen médico rutinario, cuando un/a proveedor/a sospecha abuso sexual por observaciones o información recibida o cuando un tercero, expresa preocupación de abuso sexual al personal médico. Por ello es necesario lo siguiente:

1. **Capacitación del personal de salud**- en la identificación de signos y síntomas de abuso sexual de menores prepuberales y en la respuesta inicial adecuada y correcta, cuando se revela, o se sospecha, abuso sexual. Esta educación es necesaria para determinar la urgencia de la atención. Esta educación también es necesaria para integrantes de Equipos Multidisciplinarios de Respuesta (Ver capítulo 10).

2. **Prestar atención a signos y síntomas que sugieren la posibilidad de que ha ocurrido abuso sexual-** pueden ser físicos, emocionales, conductuales. Una ITS, posterior al periodo perinatal, dolor, sangramiento, heridas, descarga genital. Reacciones emocionales / conductuales comunes en menores víctimas de abuso sexual son ansiedad, depresión, estrés post traumático, conducta sexual inapropiada, pesadillas, regresión,

problemas de aprendizaje, miedos, desconfianza (Keeshin and Corwin, 2011). Considerar que estas reaccione pueden ser diferentes según el rango de edad.

3. **Estar consiente que un sólo signo o síntoma puede no ser indicativo de abuso sexual-** Un número significativo de menores que han experimentado abuso sexual no muestran signos o síntomas asociados. En algunas ocasiones los cuidadores sospechan de abuso sexual por el comportamiento del menor. Los/as profesionales (personal médico, de enfermería y trabajo social) tienen que conocer las conductas sexuales apropiadas en los menores (ver capítulo 3), para identificar lo que podría ser inadecuado; así como otros tipos de estrés o trauma que pueden afectar el comportamiento del niño (Kellogg, 2009; Silovsky y Niec, 2002).

4. **Estar familiarizado con los <u>procedimientos</u> de evaluación inicial, para menores prepuberales que han experimentado abuso sexual.** Cuando existe una preocupación de abuso sexual, el/la menor debe evaluarse inmediatamente para determinar la urgencia de cuidado médico forense necesaria. Esta urgencia se determina por la manera en que se observa a menor, la existencia de lesiones, la naturaleza y el momento del abuso sexual (Day & Pierce-WEEKS, 2013).

EVALUACION INICIAL / TRIAGE

La evaluación inicial de menores víctimas de abuso sexual o con sospecha de abuso sexual Ocurre típicamente en servicios de sala de emergencias / urgencias de hospital (durante el TRIAGE), pero también puede darse en servicios médicos primarios.

PASOS CLAVES PARA LA EVALUACIÓN INICIAL (TRIAGE)
Paso 1: Atender como prioridad a menores que revelan o presentan sospecha de abuso sexual.
• Utilizar área designada y espacio privado, dentro de las instalaciones, para realizar el cernimiento inicial y esperar evaluación –examen forense. Informar a menor y a cuidador/a lo que se realizará durante la evaluación inicial. • Tomar en consideración que, para algunos menores y cuidadores, puede ser difícil e incómodo hablar sobre el abuso, especialmente con personas del sexo opuesto. Si es posible, procure que el examen sea realizado por proveedores de determinado género o cultura, sin que ello implique retraso en el servicio de evaluación. • Si la facilidad cuenta con un examinador pediátrico en el centro, facilitar su integración al proceso de evaluación tan pronto como sea posible.
<u>Paso 2:</u> Reunir datos mínimos durante el cernimiento y evaluación inicial
• Limitar las preguntas a obtener información suficiente para determinar si la urgencia para la atención médica-forense es aguda o no; así como la necesidad de hacer un informe obligatorio. • Realizar solamente preguntas necesarias para identificar los problemas actuales del menor, las necesidades de tratamiento y el tiempo y la naturaleza del abuso. Preguntar

PASOS CLAVES PARA LA EVALUACIÓN INICIAL (TRIAGE)
si otros proveedores o profesionales de respuesta ya están involucrados en la evaluación / investigación del caso y pueden compartir información pertinente y así evitar preguntas repetitivas. • Recordar que se puede obtener información adicional más adelante al tomar el historial médico-forense; así como la entrevista investigativa - forense. • El personal médico y de enfermería debe familiarizarse con ejemplos de preguntas para la evaluación inicial dirigidas a menor y /o cuidadores. Por ejemplo: ¿Cuándo ocurrió el último evento abuso sexual? ¿Qué tipo de contacto ocurrió (genital-genital, genital-oral, genital-anal)?, ¿Fue una persona conocida o desconocida? ¿Qué hace sospechar el abuso sexual?, ¿Menor tiene dolor anogenital, sangrado, secreción o una lesión genital conocida?, La persona de quien se sospecha, ¿tiene fácil acceso a menor u otros menores? ¿Existen preocupaciones de seguridad? ¿Otras preocupaciones físicas (relacionadas o no relacionadas con el abuso)? (Floyed et al., 2011; Giardino & Finkel, 2005; Hornor, 2010). • Tomar en consideración la persona que provee la información. En el entorno de sala de emergencias las preguntas suelen dirigirse a la persona adulta que lo acompaña. Sin embargo, dependiendo de la capacidad de comunicación y nivel de desarrollo, el menor puede responder preguntas básicas como ¿qué te trae hoy?, ¿te duele en alguna parte? • En el entorno de una clínica de atención primaria, cuidador o menor pueden verbalizar la queja principal y es posible que el menor haga una divulgación espontáneamente del abuso. En este caso, el menor necesita saber que es aceptable hablar con adultos de confianza sobre lo que sucedió. Este tipo de divulgación debe documentarse textualmente. En la medida de lo posible, se debe separar al niño del cuidador/a cuando se obtiene esta información, en particular si se sospecha que la persona cuidadora es sospechosa o cómplice del abuso.
<u>Paso 3:</u> Asegurar que se hace el reporte obligatorio del abuso sexual de menores, a las autoridades pertinentes.
• Se reportará la situación de abuso sexual de menor después de recopilar los datos básicos sobre la naturaleza y circunstancias del maltrato. • No retrasar la atención de la salud mientras se maneja el reporte obligatorio.
<u>Paso 4:</u> Informar inmediatamente a las autoridades (Policía / Depto. De la Familia) si se identifican problemas de seguridad inmediata para el/la menor
• Realizar las acciones necesarias para proteger a menor y al personal de la institución, si existe preocupación de seguridad o se observa / detecta una amenaza. • Activar las reglas de la facilidad de salud para responder a situaciones de amenaza. Es importante que las instalaciones y proveedores tengan la capacidad de crear un plan de seguridad, incluyendo admisión de ser necesario (si la instalación tiene capacidad para pacientes hospitalizados).
<u>Paso 5:</u> Realizar cernimiento médico (según los requisitos de EMTALA) que incluye los signos vitales y evaluación, realizada por un proveedor médico cualificado para

PASOS CLAVES PARA LA EVALUACIÓN INICIAL (TRIAGE)
evaluar dolor o lesión aguda y posteriormente tratar estabilizar, según sea necesario.
• Estar consciente de que, además del tratamiento, se necesita preservar evidencia forense, si el abuso ocurrió recientemente. Para facilitar la preservación de posibles pruebas para ser recogidas durante el examen médico forense. Se recomienda no quitar la ropa del menor, y evitar que se lave o bañe. Si el menor tiene que comer o beber algo, debe obtenerse muestra oral (frotis) con un hisopo. Se menor necesita orinar puede obtener una muestra de orina que puede ser necesaria para laboratorio de ITS o toxicología. • También pueden retenerse como evidencia pañales sucios o ropa interior. • Es importante que la facilidad de salud, tenga procedimientos establecidos para el manejo de material o muestras obtenidas en casos de abuso sexual y como se transfieren al personal que realizará la evaluación médico –forense, con el Kit de Evaluación médico forense (Rape Kit), con el propósito de mantener la integridad de la evidencia.
<u>Paso 6</u>: Reconocer que el cuidado médico forense se divide en dos categorías: aguda o no aguda. <u>Todo menor</u> que divulga abuso sexual, o se sospecha ha sido abusado sexualmente, <u>requiere cuidado médico forense</u> debido a consecuencias para la salud asociadas al abuso sexual (Day & Pierce-WEEKS, 2013).
• <u>Generalmente aplica realizar el examen agudo</u> (de emergencia /urgencia) en casos donde menor divulga, o se sospecha, abuso sexual y: a) El abuso es reciente (dentro de 7 días después del evento). b) Existe la posibilidad de obtener muestras forenses del cuerpo de menor. c) Hay síntomas de lesión (ano genital u otras), sangrado, hematomas, abrasiones, y laceraciones. d) Hay síntomas de ITS (descarga de los órganos genitales, dolor o llagas), incluyendo VIH. e) La situación (está inconsciente) o capacidad del menor (es infante), impide tener datos del abuso sexual (tiempo / severidad). f) Menor fue secuestrado/a y se sospecha de abuso sexual. g) Se observa riegos de seguridad para el menor y no está claro donde reside. h) Se sospecha o existe preocupación de que el menor no regrese a servicios de evaluación médico forenses posteriormente. i) Menor presenta problemas conductuales o emocionales significativos o existe ideación homicida o suicida. j) Otras preocupaciones como ITS. • Se considera <u>categoría no – aguda</u> (no requiere atención de emergencia) los siguientes: a) La situación o sospecha, de abuso sexual, ocurrió fuera del periodo de emergencia establecido para la recolección de evidencia médica. b) No hay indicador de atención médica inmediata (según descrito en sección de categoría aguda).

PASOS CLAVES PARA LA EVALUACIÓN INICIAL (TRIAGE)
c) Se realizará una evaluación médico-forense, que incluye historial médico y examen físico minucioso, aunque no se recopile evidencia forense. • Tomar en consideración que la divulgación de abuso sexual infantil es a menudo una crisis para el/la menor y su familia, incluso si no requiere atención médica de emergencia (Christian, 2011; Leder, 2012). En tales casos, puede ser beneficioso realizar la evaluación médica en el menor tiempo posible, para tranquilizar al menor y su familia (Christian, 2011). De esta manera se le puede ofrecer intervención en crisis y referirles a servicios de apoyo.
Paso 7: Hacer la coordinación para el examen apropiado, luego de establecer el nivel de urgencia.
• En casos de **categoría aguda** se realizará evaluación médico-forense en: a) la sala de emergencia de la facilidad de salud, a donde fue llevado el menor. b) si la región cuenta con un centro CIMVAS, explore la disponibilidad de personal para realizar examen médico-forense. Los CIMVAS atienden menores que residen en municipios correspondientes a su región, en horario laborable (de lunes a viernes de 8am a 4:30 pm). (ver capitulo #6) • En casos de **categoría no aguda-** se canalizará el servicio de evaluación médico forense, en el menor tiempo posible en: a) El centro CIMVAS correspondiente al municipio de residencia del menor bajo sospecha de abuso sexual. (Guía CIMVAS, 2015). b) Sala de emergencia de la facilidad de salud. c) Médico primario. d) Otros centros que ofrecen servicios de evaluación médico forense. • El personal de la facilidad de salud debe tener disponible toda la información necesaria sobre procedimientos, así como de alternativas de transferencia, para coordinar la misma en los casos de menores que deban ser trasladados a otra facilidad para la evaluación médica forense. • Los proveedores de servicios de salud necesitan estar informados acerca de los recursos examen forense médico disponibles en la comunidad para la población pediátrica (lugar, horario, tipos de examen). • Si es posible, desarrollar mecanismos de acceso a consultores/as que puedan ofrecer orientación sobre proveedores y lugares de servicio. • Tomar en consideración aspectos de transportación en casos no agudos. Considerar ofrecer servicios de transportación sin costo a la facilidad de salud.
Paso 8: Alertar a la facilidades de salud, según establecido en legislación y reglamentos.
• Para exámenes agudos- alertar a la facilidad apropiada e indicar que existe la necesidad inmediata de personal examinador pediátrico para atención médica forense de un caso de abuso sexual, para que se proceda a llamarlo y que estén disponibles en el menor tiempo posible.

PASOS CLAVES PARA LA EVALUACIÓN INICIAL (TRIAGE)
• Si el/la menor llega a una facilidad de salud y tiene que ser trasladado a otra, el proveedor del servicios inicial tiene comunicarse con el proveedor de servicio especializado para establecer plan y coordinar un traslado expedito. • En circunstancias en que el paciente está gravemente herido, el/la examinador/a pediátrico debe prepararse para trabajar junto a otros proveedores de servicios de salud que estén estabilizando y atendiendo al paciente y realizar examen / evaluación forense un quirófano, una sala de recuperación o unidad de cuidados intensivos. • En casos no agudos, los proveedores de la facilidad inicial debe responder a los reglamentos y políticas jurisdiccionales para garantizar la atención especializada y hacer una cita para el niño.
Paso 9: Alertar a intercesor/a en casos de abuso sexual sobre la necesidad de sus servicios (si están disponibles)
• Determinar si el servicio de intercesores/as (intervención en crisis, apoyo, orientación, acompañamiento, planificación de seguridad, asesoramiento y servicios de intercesoría) está disponible, antes, durante y después del examen médico forense.

Es importante estar consciente de que hay menores que puede necesitar un acercamiento diferente para entrar al sistema de servicios de salud. Profesionales de la salud que inicialmente responden en estos casos pediatras, examinadores deben estar familiarizados con los procedimientos jurisdiccionales que generan la intervención y respuesta médica y los procesos de investigación a situaciones de abuso sexual o crímenes relacionados (trata humana, narcotráfico, etc.) El Equipo Multidisciplinario de Respuesta debe comunicarse con las agencias que tienen la responsabilidad de responder y asegurar una respuesta coordinada.

E. DOCUMENTACIÓN ESCRITA

La documentación del examen es una parte indispensable de la evaluación médico forense a menores víctimas de abuso sexual. La documentación es una herramienta indispensable cuando el /la examinador/a es llamado a declarar en un procedimiento legal.
A continuación se ofrecen recomendaciones para la documentación escrita:

1. **Asegurar que el personal examinador completa los documentos y formularios correspondientes** - El personal examinador (médico/a – enfermera/o SANE-P) tiene la responsabilidad de documentar <u>todos</u> los detalles del examen forense realizado al menor en el expediente médico. Los aspectos de la atención médica que deben ser documentados son:
   a) Consentimiento,
   b) Historial médico,
   c) Examen (incluyendo descripción escrita, el diagrama anatómico, interpretación de hallazgos),
   d) Evidencia forense recopilada
   e) Reporte de otros profesionales consultados.

f) Muestras de laboratorios tomadas y resultados disponibles
g) Descripción de las imágenes fotográficas tomadas.
h) Plan de alta
i) Cuidado de seguimiento calendarizado y referidos realizados.

2. **Documentar todo trauma físico, utilizando la terminología correspondiente y lenguaje descriptivo.** Si el /la menor detalla en sus palabras el origen de su lesión, debe documentarlo en las palabras que lo verbalizó y colocarlo entre comillas ("”). Las descripciones de hallazgos físicos deben estar reflejados en diagramas anatómicos y fotografías. También debe anotar las muestras recolectadas. Al documentar trauma / lesiones debe incluir datos del tipo de lesión, sin especular cual pudo haber sido la causa.

Descripción de características de lesiones físicas

Características	Anotaciones
Clasificación / Tipo	Use terminología aceptada (Ej. Abrasión, Moretones, laceración, herida incisiva).
Sitio	Registrar ubicación/dirección de herida o lesión.
Tamaño	Medida de la herida (utilice una regla).
Forma	Describir forma de Herida: lineal, curva, irregular)/
Alrededores	Anotar la condición del tejido cercano: magullado, hinchado, tierno.
Color	Observar cambios en color: enrojecimiento, hematoma, pálido.
Contenido	Anotar la presencia de material extraño en la herida: sucio, escombros, cristal.
Tiempo	Anotar lesiones cicatrizadas. (No intente poner fecha a estas heridas).
Borde	Márgenes de la herida: desigual, liso.
Profundidad	Estimar la profundidad de las heridas.
Patrón	Huella de algún objeto. Ej. Plancha, marca de una mano, mordida.

3. **Reflejar con precisión en el expediente, todo comportamiento y declaraciones del menor/ del cuidador**, en relación a todos los acontecimientos del evento. Las declaraciones así como las preguntas realizadas por personal examinador deben ser plasmadas en su documentación.

4. **Asegurar que el personal de salud ha recibido capacitación y supervisión con relación a la documentación escrita apropiada** El expediente tiene que reflejar el examen médico-forense realizado y ser un documento que pueda sostenerse por sí

mismo (Kaplan et al., 2011). Se debe educar de la importancia de la objetividad al documentar, ser consistente en la documentación, uso de los formularios correspondientes (ej. el formulario incluido en el Kit de Evaluación Médico Forense,) y como documentar la evaluación realizada en el record médico del / de la menor. A continuación recomendaciones de que hacer y no hacer al documentar:

Hacer	No hacer
• Escriba de manera legible. • Complete todos los aspectos del historial clínico. • Registre la fecha y hora del examen. • Revise historial médico e indique la fuente de información. • Anote las preguntas realizadas a pacientes y cuidadores. • Anote entre comillas (" ") las respuestas de pacientes y cuidadores. • Asegúrese de que los duplicados obtenidos sean legibles. • Si no examina algo de lo incluido en el formulario escriba: No se examinó. • Firme cada una de las páginas. • Complete toda la documentación legalmente requerida.	• **No** deje secciones en blanco. • **No** use abreviaturas que no estén autorizadas. • **No** marque áreas previamente documentadas. • **No** plantee conclusiones sin fundamento. • **No** plantee conclusiones legales. • **No** firme el formulario si usted no es la persona que realiza el examen. • **No** use términos o frases que tengan contenido legal; ya que puede inducir a error o puede ser percibido como peyorativo hacia el/la menor.*
* No usar términos como "alegado" o "violación" prefiera abuso sexual reportado, preocupación de abuso sexual. No use "menor se negó a..." o "menor no quiso cooperar", prefiera "menor no pudo completar el examen forense" o "menor estaba lloroso, llorando o ansioso". No diga "no hay evidencia de..." muchos casos de abuso sexual no hay hallazgos físicos. No diga" relaciones sexuales" ya que puede ser percibido como que persona consintió, en su lugar use "penetración". No use "virginal" o "intacto": ya que es una terminología engañosa.	

5. **Establecer un proceso de revisión de expediente apropiado**, a la medida de las necesidades del personal que realiza los exámenes forenses. Se recomienda un sistema de revisión de pares o tener un director / supervisor clínico que, periódicamente, revise la documentación relacionada con los exámenes forenses.

6. **Establecer políticas en torno al archivo, divulgación y retención de expedientes-** La privacidad de los expedientes médicos de menores en las instituciones hospitalarias debe estar protegida en conformidad con las leyes vigentes. Es necesario mantener mecanismos para restringir el acceso a los expedientes médicos de menores y procedimientos para dar accesibilidad sólo a aquellos que estén legalmente autorizados al acceso. Esto es importante en todo escenario, pero particularmente en comunidades pequeñas o muy unidas donde empleados de las instituciones de atención médica pueden ser conocidos, amigos y familiares de pacientes o de sospechosos.

7. **Las políticas de retención de expedientes médicos deben tener en cuenta la necesidad de acceder a expedientes de abuso sexual en los procesos criminales y civiles –** aunque no hay un programa de retención estandarizado para los expedientes de examen médico forense. Por lo general las facilidades de salud consideran una variedad de requisitos de retenciones federales, estatales y de organismos de acreditación. Los plazos de retención pueden ser relativamente cortos (5 a 10 años). Estos marcos de tiempo pueden ser problemáticos para el sistema judicial ya que por variadas razones (el proceso de investigación, plazos de prescripción del delito, procesamiento de los kits, procesos de apelación, coincidencias en el sistema CODIS (Combined DNA Index System, entre otros) el procesamiento de un caso de abuso sexual puede tardar demorarse. El Código Penal vigente en Puerto Rico da hasta 20 años después de ocurrida la agresión sexual para realizar querella. Las políticas de retención de expedientes médico-forense deben basarse en las normas de Justicia. Los expedientes médicos de estos casos **no** deben ser **destruidos.**

Se recomienda que si la información o documentación fotográfica del historial clínico de un menor se liberan con fines de investigación, serian beneficioso orientar a los destinarios de la información sobre:

- la interpretación de las imágenes digitales. - puede haber discrepancias entre la percepción de la experiencia del menor y lo que realmente ocurrió,
- porque no hay hallazgos físicos (si ese es el caso) y
- síntomas podrían esperarse con varios tipos de contacto ano genital. (adaptado de Kaplan, 2011).

F. HISTORIAL MÉDICO

Antes de iniciar la evaluación médico forense, el/la examinador/a recopilará información sobre la salud de menor. Esto incluye condiciones existentes y las relacionadas con el abuso sexual. Documentará síntomas e información de las circunstancias específicas del abuso sexual.

Al recopilar el historial médico se recomienda lo siguiente:

1. **Reconocer la importancia del historial médico –** es un componente crítico del cuidado médico forense. Incluye: queja principal, historial de condición actual, revisión de sistemas, historial médico familiar y psicosocial. Esta información es necesaria para proveer el cuidado más apropiado. El historial sirve de guía para el examen, para establecer diagnóstico, determinar tratamiento y otras intervenciones de cuidado de salud, planificar el alta y para determinar las pruebas forenses que son necesarios. (Adams et al., 2015; Days &Pierce –Weeks, 2013; De Jong, 2011; Finkel & Alexander, 2011; Kaplan et al., 2011). El historial médico también puede proporcionar información útil para la investigación (Adams et al., 2015).

2. **Reconocer que la entrevista forense es diferente al historial médico –** La entrevista forense de menores que divulgan el abuso sexual, o que se sospecha abuso sexual, es un proceso de investigación imparcial de hechos que guían la toma de decisiones en casos legales criminales, de familia o juveniles. La entrevista forense es una conversación semi-estructurada que está diseñada para obtener información del menor acerca del evento de abuso sexual (Swerdlow- Freed, 2015). Durante la entrevista, un/a entrevistador/a forense busca obtener una declaración del /de la menor de una manera objetiva, acorde al desarrollo apropiado y legalmente defendible. (Davies et al., 1997). En algunas jurisdicciones la entrevista es grabada en vídeo. El proceso de la entrevista forense es cuidadosamente controlado, para asegurar que la información que se recoge pueda ser utilizada en la corte. Los resultados de la entrevista quedan documentados de manera que puede mantener el escrutinio judicial. El **Historial Médico y la Entrevista Forense son procesos distintos y aunque se complementan deben permanecer separados.**

Consejos para mantener el Historial Médico y la Entrevista Forense como procesos separados
• Limitar el historial médico a la información necesaria para atender las necesidades de menor, guiar el examen médico forense y la recolección de evidencia forense (si corresponde). No es necesario documentar información detallada de naturaleza investigativa. Esta información es recopilada por personal policial o a través de una entrevista forense. • Fomentar la coordinación entre examinadores y agencias de investigación para intercambiar información. Si antes de realizar el examen médico forense hay alguna información relevante para el examen, obtenida de la investigación o en la entrevista forense realizada, se debe informar al personal examinador. De igual manera, si el examen se realiza antes de la investigación y la entrevista forense, el personal examinador compartirá información relevante recopilada durante el historial médico y el examen. • Se documentará historial médico, aunque antes del examen médico el/la examinador/a haya visto la Entrevista Forense. El propósito del historial médico es guiar el examen y la recolección de evidencia forense. El propósito de la entrevista forense es para ayudar en la investigación y el posible procesamiento. En la mayoría de los casos, el historial médico obtenido por el personal examinador es información permitida como testimonio. • Observar la Entrevista Forense puede ayudar al personal examinador en varias formas. Por ejemplo, para obtener más detalles del abuso sexual, conocer comportamiento y desarrollo del/ de la menor, para observar cuales de las estrategias utilizadas por el/la entrevistador/a forense funcionó para lograr participación de menor, y para identificar temas sobre los cuales hay que orientar / educar a menor y/o custodio después del examen. • Evitar tener examinadores pediátricos realizando el rol de entrevistador/a forense, para mantener la objetividad. Si una jurisdicción requiere examinadores en el rol de entrevistador/a forense, es necesario considerar que son funciones distintas, con diferentes propósitos y el examinador tiene que poseer el

Consejos para mantener el Historial Médico y la Entrevista Forense como procesos separados
adiestramiento requerido. Además, se debe tener cuidado de evitar la confusión de roles que puede obstaculizar la capacidad del/ de la examinador/a para testificar. • Educar al personal de las agencias de investigación sobre el examen médico forense, el propósito del historial médico y cómo se diferencia de la entrevista forense. Representantes de servicio protección infantil (Departamento de la Familia) o de policía no deben estar presentes durante la recopilación del historial médico ni durante el examen, pero se les dará oportunidad para hacer preguntas médicas relacionadas con el caso. • Es importante que los/as integrantes del Equipo Multidisciplinario de Respuesta conozca el rol de cada cual.

3. **Prepararse antes de recopilar el historial médico y considerar:**
   a) Qué información sobre el /la menor ya está disponible - Examinadores deben verificar la información disponible, ver los datos ya recogidos que son pertinentes a la atención médica del forense, si se ha realizado una entrevista forense.
   b) Si hay heridas o lesiones que ya identificadas y atendidas.
   c) Si se atendió la necesidad de intervención crisis y/o apoyo al menor y cuidador/a– personal de intercesoría (trabajo social en la facilidad de salud, personal de CAVV) pueden ofrecer intervención en crisis y apoyo durante el proceso de examen y recopilación del historial médico. También pueden dar apoyo mientras custodio ofrece información o el/la menor narra el historial del abuso sexual. El historial médico permite evaluar preocupaciones o temores de menor y custodio, /a y la necesidad de referir a servicios de salud mental que ayudará a lidiar con las consecuencias del abuso sexual (Adams et al., 2015).
   d) Si se hizo el reporte obligatorio (referido al Departamento de la Familia)- no se debe asumir que el reporte ya ha sido realizado. El personal examinador debe confirmar si el reporte al servicio de protección infantil fue realizado.
   e) Si el/la menor está seguro en la facilidad de salud- se recomienda evaluar situación de vida del menor, la relación de menor con persona agresora. Estos hechos pueden plantear asuntos de seguridad dentro de la instalación de salud y durante la planificación del alta. Es importante informar cualquier preocupación de seguridad a la policía y/o al personal de servicios de protección infantil. Durante la toma de la historial se debe documentar cualquier referencia de la persona identificada o sospechosa del abuso sexual. El historial médico también puede proporcionar información sobre si el/la cuidador/a ha apoyado a menor durante el proceso de divulgación (Adams et al., 2015).
   f) Disponer de un ambiente cómodo y privado – utilizar una oficina o espacio donde no haya interrupciones, ni limitaciones de tiempo y que no esté ocupado para otros usos mientras se recopilada la información. Por lo regular, se toma el historial en la sala de evaluación antes de hacer el examen. El personal que examina debe ayudar

a que el/la menor se sienta seguro, cómodo y relajado. No presionarle para que hable o narre el historial.

g) Tener procedimientos establecidos para que el /la examinador/a entreviste a menor y custodio juntos y por separado, según sea necesario. – en la mayoría de los casos el historial se obtiene del cuidador con la colaboración de menor según su capacidad de desarrollo. Algunas jurisdicciones requieren que los datos del historial sean ofrecidos por el menor en otras no se especifica. Algunos recogen primero la información de historial del custodio o cuidador/a, sin menor presente, y posteriormente obtienen la versión de menor, sin el cuidador presente. (De Jong, 2011; Kaplan et al., 2011). Este último enfoque ofrece al / a la menor la oportunidad de expresar su punto de vista sobre lo sucedido, sin inhibirse por la presencia del cuidador o cuidadora. (Days &Pierce-Weeks, 2013). Es importante que el/la menor tenga la oportunidad de ofrecer su relato, sobre todo si el autor o autora de abuso sexual es la persona que cuida a menor, o que tiene su custodia, y el personal de respuesta no lo sospecha. Algunos menores pueden no tener la capacidad para proporcionar el historial o pueden sentirse incómodos o ansiosos de estar separados/as de su cuidador/a. No obstante siempre debe darse a menor, las alternativas para narrar el historial.

h) Evaluar el nivel de desarrollo del/de la menor- para adaptar acercamiento al menor al recopilar el historial. El personal examinador debe tener conocimiento sobre la capacidad de comunicación de los/as menores, según su etapa de desarrollo. Esto es importante para lograr una comunicación apropiada o determinar si se solicita el historial del cuidador o de otras fuentes. En algunas comunidades no se solicita historial médico a menor para evitar traumatizarle. Sin embargo, para algunos menores puede ser terapéuticas divulgar el abuso y sentirse validados por profesionales de la salud. (Ver información en el Capítulo III- Sección: "Consideraciones del desarrollo y lingüística, por etapas pag.51). Considerar:

- ✓ Del NACIMIENTO - 4 AÑOS de EDAD: cuidador/a o custodio sería la fuente primaria de información para el historial médico.
- ✓ 5 a 9 AÑOS de EDAD: los/as menores en este rango de edad podrían proporcionar datos e información útil para el historial médico y los/as cuidadores/as y otros adultos que estén con menor pueden ofrecer información complementaria.
- ✓ 10 o MÁS- los/as menores en este rango de edad deben proporcionar un historial de eventos. Los cuidadores y otros adultos que estén con menor pueden ofrecer información complementaria.

Aunque las etapas de desarrollo a menudo se correlacionan con la edad cronológica, acontecimientos importantes en diversas etapas de desarrollo pueden afectar las destrezas de comunicación (por ejemplo, un niño con autismo puede tener comunicación limitada). El nivel de desarrollo de un/a menor debe ser evaluado en múltiples áreas (p. ej., motor fino, lenguaje, habilidades cognitivas y sociales), no sólo la edad cronológica.

i) Otras circunstancias del/de la menor que puedan afectar la recopilación del historial- el personal examinador debe evaluar factores que pueden afectar la comunicación y cognición y documentar destrezas, habilidades, circunstancias y limitaciones. Determinar la mejor manera de comunicarse con el/la menor. Algunas situaciones específicas considerar (adaptado de Day & Pierce-Weeks, 2013; IRC, 2012):

- ✓ SI EL/LA MENOR TIENE DISCAPACIDADES QUE AFECTAN COMUNICACIÓN O COGNICIÓN- El/la examinador/a se comunicará del modo más eficaz para que el/la menor le entienda (Ej. usando lenguaje de señas, en Braille, lenguaje llano, fotos, audífonos). No se debe asumir, que por una discapacidad, el /la menor es incapaz de comunicarse. Puede ser difícil entender a menores con discapacidad y para ellos/as también es difícil entender a los demás. Esto puede llevar a malentendidos que dificultan la comprensión. El/la examinador/a deben respetar que algunos menores con discapacidad no van a querer el examen físico ni exponer su cuerpo a una persona extraña.
- ✓ SI EL/LA MENOR NO VERBALIZA POR MALESTAR, MIEDO O ETAPA DE DESARROLLO ENTRE OTRAS RAZONES (no por una discapacidad) – El personal examinador debe hablar con el/la menor para establecer "rapport", explicarle los procedimientos de examen; sin la expectativa de que el/la menor le dará un historial de eventos. Es usual que un menor que inicialmente no se comunica verbalmente (teniendo la capacidad) a medida que progresa examen se siente más cómodo y con menos miedo y empiece a comunicarse. Hay menores que no están dispuestos a hablar el abuso sexual y obligarlos a hablar del abuso puede traumatizarles por ello, debe evitarse. Debe tomarse en consideración la posibilidad de que un/a menor no ofrezca un historial de la sospecha de abuso sexual, debido a que no ocurrió.)

j) Si el / la menor requiere de equipos de asistencia, intérprete o traductor para comunicarse durante la recopilación del historia. El personal examinador deben conocer la política de la facilidad para hacer los arreglos correspondientes.

k) Si se ha solicitado que el personal examinador sea de un género específico o cultura- esta petición debe atenderse en la medida de lo posible.

l) Reconocer la capacidad del niño para responder a preguntas durante el recogido de información - El período de atención del / de la menor es puede ser muy corto, tanto por su nivel de desarrollo como por otras circunstancias. Se recomienda tomar periodos de descanso, según sea necesario para menor.

m) Conocer las áreas del Historial Médico - (adaptado de Day & Pierce-Weeks, 2013 - aclarar que a menor y cuidador/a que el historial es para fines de diagnóstico y tratamiento y que no es una entrevista investigativa. Después que se establezca "rapport" y se evalúen las circunstancias y nivel de desarrollo del / de la menor, explicarle que preguntas se centrarán en la condición de salud, el historial familiar y psicosocial y el evento de abuso sexual. El personal examinador debe evitar hacer

preguntas sugestivas. Tenga en cuenta que no es apropiado grabar durante el historial médico.

Áreas Principales del Historial Médico (Adaptar las preguntas al nivel de desarrollo del / de la menor)
1. **Preguntas generales** (de introducción): • Mi nombre es [___]. Soy (médico/a, enfermera/o forense, etc.). Mi trabajo consiste en asegurarse de que estás bien. • ¿Puedes decirme tu nombre? • ¿Cuántos años tienes? • ¿Sabes por qué estás aquí hoy? 2. **Historial del evento de abuso sexual** (Queja principal) • Redactar historial del evento en palabras exactas del / de la menor y de cuidador/a, utilizando comillas (“ ”). • Hacer preguntas abiertas. Por ejemplo: “¿Qué sucedió? • No presionar al / a la menor a contestar o hablar. No es necesario obtener todos los detalles del evento. Si el / la menor está reacio a hablar y no responde, solamente "sí", “no” o "no sé", considere detener la entrevista en ese momento. • Información de momento y naturaleza del evento. Preguntas recomendadas: o ¿Cuándo y dónde sucedió? o ¿Ocurrió más de una vez? o Tipo de contacto y/o penetración. Especificar con qué (pene, dedo, lengua, instrumento, etc.) y por donde (vagina, ano, boca) se hizo el contacto y/o penetración. o ¿Uso preservativos, condón u objetos? o ¿Se tomaron o se mostraron fotografías y/o vídeos? o ¿El/la agresor/a una persona conocida o desconocida? o ¿Se conoce si la persona agresora tiene alguna ITS (infección de trasmisión sexual, incluido VIH? (El / la menor probablemente no sepa esta información, pero el / la cuidador/a podría saber si alguien conocido). • ¿Qué ha pasado después del evento de abuso sexual? Para saber estado y /o preservación de la evidencia forense. 3. **Historial de salud** - (pasado y actual) • Presencia de dolor, sangrado, secreción, lesiones, enfermedades u otros síntomas físicos. • Historia sexual – (considerar identidad de género y orientación sexual). • Otros antecedentes médicos: o Historial de desarrollo o Alergias o Status de vacunas o Medicamento que usa actualmente o Hospitalizaciones y cirugías.

Áreas Principales del Historial Médico (Adaptar las preguntas al nivel de desarrollo del / de la menor)
o Condiciones de salud –médicas: pasadas actuales, incluyendo patrón de movimiento intestinal o Peso y altura aproximada o Proveedor médico primario **4. Historial familiar y Psicosocial** (Estar alerta a circunstancias familiares y sociales que pueden afectar las respuestas durante el historial médico). • FAMILIA: enfermedades, condiciones en otros miembros de la familia; abuso en/por otros miembros de la familia. • SOCIAL: relacionados con el /la menor, cuidadores, otros en el hogar, proveedores de cuido. o Menor: nombre, incluyendo apodos o nombre que prefiere, información de contacto, fecha de nacimiento, lugar de nacimiento, identidad sexual y de género, origen étnico del niño, país de origen, Idioma que habla/ que entiende; Escuela a la que asiste o asistía y grado de escolaridad. o cuidadores: nombres; información de contacto; país de origen; idioma que habla; nombre del padre o custodio si es distinto al cuidador; otras personas involucradas en el cuidado del / de la menor. o otros que viven en el hogar (hermanos, parientes, amigos, etc.) o otros/as menores que pueden estar en riesgo de abuso. • PSICOLÓGICO: algún signo de angustia emocional o cambios de comportamiento que el /la menor haya experimentado a raíz del abuso sexual. Por ejemplo: o tristeza, depresión, ira, temor y ansiedad o síntomas asociados a Trastorno de Estrés Post Traumático (TEPT), tales como evitación, embotamiento, estados de hiperalerta. o comportamiento sexual inadecuado o pérdida de la competencia social deterioro cognitivo, o comportamientos regresivos o (ej. pérdida de control de la vejiga, chuparse el dedo). o cambios en el comer o dormir hábitos o abuso de sustancias o ideas suicidas / homicidas

G. DOCUMENTACIÓN CON FOTOGRAFÍAS

La documentación fotográfica en casos de abuso sexual de menores prepuberales, durante el examen médico forense, es el estándar de atención. (April 2016, A National Protocol for Sexual Medical Forensic Examinations-Pediatric). En todos los casos, el personal examinador debe tomar imágenes fijas (o videos) de calidad, tanto de lesiones detectadas así como de anatomía normal. Sin embrago, se aclara que las imágenes fotográficas no sustituyen la documentación escrita detallada de los resultados del examen. (Adams et al., 2015).

La Foto-documentación permite el registro de los hallazgos visuales de la evaluación forense, en el momento del examen, antes de que sean recogidos o alterados (Green, 2013). Las imágenes fotográficas son útiles para: tranquilizar al menor y al cuidador sobre los resultados físicos; evitar exámenes adicionales para confirmar resultados; permite hacer una revisión posterior para diagnóstico, preparación del testimonio, garantía de calidad, fines de educación continua; y la creación de una línea de base para comparación con los hallazgos en visitas de seguimiento o si se levanta otra sospecha. (Botash, 2009).

A. **Responsables de tomar las fotografías**- El personal examinador es quien toma las fotografías durante el examen – no los investigadores servicio de protección infantil (Departamento de la Familia) o la Policía. Las razones son que 1) las fotografías tomadas durante el examen médico forense pasan a formar parte del expediente médico del / de la menor, 2) las fotografías tomadas durante el examen son por naturaleza muy personales. Si personal que no realiza el examen, toma fotografías de menor sólo puede incluir la cabeza y las extremidades, **no** el torso ni la región ano genital. Se exhorta al personal que realiza exámenes forenses a menores víctimas de abuso sexual a capacitarse en procedimientos y técnicas de fotografía.
B. **Explicar procedimiento para la toma de fotografía médica** - Es importante explicar, de manera apropiada y comprensible, el procedimiento para la toma de fotografía médica, tanto al / a la menor como a su cuidador/a. En algunos casos tomar imágenes fotográficas puede ser traumatizante para los/as menores, especialmente las fotografías fueron un componente de abuso sexual. En casos como estos el /la menor podría ser incapaz de discernir la diferencia entre la fotografía utilizada en el abuso sexual y fotografía forense. Para evitar traumas y facilitar la toma de decisiones, el personal examinador explicará: el propósito de la fotografía, como se tomarán las fotografías, los procedimientos que se utilizarán, la manera como se guardaran de forma segura, a quien se puede facilitar copia, los posibles usos de fotografías durante la investigación y el enjuiciamiento y la posibilidad de necesitar fotografías adicionales luego del examen. El explicar el proceso y hacer preguntas iniciales generales pueden ayudar a reducir la resistencia a la documentación fotográfica durante el examen. Es importante que el personal examinador se sienta cómodo explicando esta información; así como sobre abuso sexual que incluía fotos y/o videos, si se menciona durante el historial médico o en el transcurso del examen.
C. **Respetar decisiones paciente / custodio sobre fotografía** - para tomar fotografías durante el examen se requiere consentimiento informado. Si menor no da su aprobación a cualquier tipo de la fotografía, su decisión debe respetarse. Tenga en cuenta que si un/a menor o cuidador/a duda o rechaza la fotografía, puede ser debido a creencias culturales y/o porque las imágenes ano genitales en particular puede ser algo muy vergonzoso e inaceptable. Algunas comunidades religiosas tienen mandatos específicos acerca de la exposición de imágenes del cuerpo al público. El / la menor también puede estar reacio a ser fotografiado durante el examen si la fotografía fue un componente del abuso sexual. Puede ser útil en estos casos, explorar con menor y cuidador/a si realizando modificaciones al procedimiento, para respetar sus reglas y prácticas culturales, pueden hacer que las fotografías sean aceptables. Si las modificaciones no son aceptables, se documentará en el record. Independientemente de si se utilizan fotografías, el personal examinador documentará hallazgos del examinen en diagramas anatómicos.

D. **Mantener la privacidad del / de la menor-** es necesario realizar el mayor esfuerzo para minimizar el malestar del/de la menor mientras se toman las fotografías. Debe cubrirse adecuadamente otras partes del cuerpo mientras se toman las fotografías. Considerar que cada menor puede reaccionar de manera diferente. Si para un/a menor la fotografías son aceptables se le pueden ofrecer la oportunidad de explorar el equipo antes de usarlo, de ver imágenes tomadas e incluso de ver video del examen si se utiliza colposcopio (Ricci, 2011). También puede ser de ayuda, que el/la cuidador/a, u otra persona de apoyo, proporcione comodidad al / a la menor.

E. **Considerar el equipo fotográfico –** El personal examinador debe estar familiarizado con la operación de equipo fotográfico y estar preparado para utilizarlo durante el examen. Tener los suministros y las instrucciones accesibles, el equipo limpio y funcionando. Si se tienen preguntas con respecto al tipo de equipo a utilizar, puede consultar con un/a fotógrafo/a profesional, explicando el tipo de fotografías que se tomarán. También se puede consultar a otros programas que tienen examinadores forenses y que tienen conocimiento sobre equipo fotográfico utilizado en estos casos y su efectividad para capturar imágenes durante el examen. En general, puede usarse cualquier equipo fotográfico de buena calidad, que pueda enfocar sin distorsión, hacer "close-up" (primeros planos) y proporcionar una copia exacta de color.

El equipo de fotografía forense puede incluir distintos tipos de cámaras digitales u otros dispositivos de vídeo con capacidades de ampliación de la imagen. Los avances tecnológicos ofrecen continuamente nuevas opciones para la proyección de imagen digital. Las ventajas de los equipos de proyección de imágenes digitales es su costo efectividad, que pueden aplicarse a otros asuntos de atención al paciente y la calidad de la imagen que se puede obtener con una cámara digital básica (Green, 2013). Productos digitales SLR (Single Lens Reflex) ofrecen alternativas de ajuste como sensores de imagen y ajustes de exposición automático y/o manual. Para fines de evidencia forense el equipo debe tener, por lo menos 12 píxeles (Staggs, 2014).

F. Tomar fotografías iniciales y seguimiento, según corresponda en cada caso – Vea la sección de Principios básicos de fotografía. Además de las fotografías iniciales, pueden repetirse fotografías para ver la evolución de las lesiones en el /la paciente. Por ejemplo, hematomas que aparecen días después, curación de una herida. Es importante establecer procedimientos para asegurar que, examinadores, investigadores, integrantes de equipos de respuesta multidisciplinaria y/o cuidadores, documenten los cambios después del examen. Las fotografías de seguimiento pueden ayudar a aclarar hallazgos entre variantes anatómicas estables / normales y hallazgos inespecíficos, como enrojecimiento o hinchazón, que podría potencialmente confundirse con lesiones agudas.

PRINCIPIOS BÁSICOS PARA LA TOMA DE FOTOGRAFIAS

• **Identificación del paciente** - vincular información de identificación de paciente a cada imagen fotográfica. Incluir nombre del paciente, fecha y hora en la primera imagen. Incluir una imagen de la cara de menor con esta información de identificación. Esta información de identificación también debe estar al final de las imágenes digitales tomadas durante el examen (al principio y al final de las imágenes). Se puede integrar automáticamente a la imagen digital la fecha y hora, ajustes de la cámara y una variedad de otros datos técnicos de cada imagen. Se puede acceder a estos datos cuando las imágenes se descargan en la computadora. Debe registrarse un el número de archivo de cada imagen digital con una descripción de la imagen, y ser incluido como parte del record del paciente.
• **Fotografías claras y precisas**- se deben eliminar las imágenes que no proporcionan una descripción clara y precisa. La práctica refleja un estándar médico, acorde a examinadores pediátricos, más que un estándar de investigación.
  o El personal examinador debe controlar cada elemento de la imagen fotográfica, para producir una representación clara y precisa de la lesión o la anatomía.
  o Asegurar una iluminación adecuada, exposición y que la imagen está enfocada.
• Utilizar una **regla o escala**, para la referencia de tamaño.
• Tomar fotografías **antes de recopilar evidencia forenses** y realizar intervenciones médicas, como limpieza o sutura, siempre que sea posible. No modificar ni mover evidencia forense antes o durante la sesión fotográfica.
• **Orientación de las tomas** - capturar al menos tres (3) tomas de diferentes distancias del cuerpo.
  o fotografía de cuerpo completo, como foto de identificación. También puede ser apropiado mostrar el alcance de una lesión o el estado de la ropa. Cuando se toman fotografías de cuerpo completo, se asegurará la privacidad para el paciente a través del drapeado y otras técnicas. Fotografías realizadas únicamente con el propósito de identificación deben realizarse con pacientes con la ropa puesta o en un bata de examen.
  o tomar una imagen para ubicar la localización de la lesión. (incluir puntos de referencia anatómicos).
  o Tomar fotografías de mediano alcance de cada lesión, proporcionando una visión lo suficientemente amplia para identificar el lugar anatómico específico. Por ejemplo, una fotografía de una lesión en el antebrazo izquierdo mostraría la mano izquierda y el codo izquierdo de paciente, además de la lesión.
  o Tomar imágenes en primer plano (close-up) de las lesiones, con y sin regla / escala. El objetivo de las imágenes en primer plano es captar sutilezas en textura y color y cualquier lesión "de patrón" que se observe.
• **Fotografías de la piel** - Fotografías de primer plano de las manos y las uñas pueden mostrar rastros de sangre, piel o cabello. Buscar daños en las uñas o uñas que falten. Tomar fotografías de marcas de restricción o amarre alrededor

PRINCIPIOS BÁSICOS PARA LA TOMA DE FOTOGRAFIAS
de las muñecas, tobillos o cuello. Estas pueden ser comparados, más adelante con algún objeto que produjo las marcas. • Tomar fotos a evidencia de Transferencia presentes en el cuerpo o la ropa, tales como tierra, grava o vegetación. • Fotos de marcas de mordeduras.

G. **Políticas para el almacenamiento, retención y liberación controlada de la documentación fotográfica** – el almacenamiento seguro y el acceso restringido a la documentación fotográfica es un elemento crítico, especialmente en las comunidades pequeñas donde el personal de la facilidad de salud pueden ser conocidos, amigos y familiares de pacientes o personas sospechosas. Se puede consultar con el Área Legal y el Departamento de Control de Riesgo respecto al manejo, almacenamiento, retención y liberación de la evidencia fotográfica.

- **Imágenes fotográficas** - son parte del expediente médico- las fotografías tomadas durante el examen médico forense son parte del record del paciente y deben mantenerse en la facilidad de salud. No se incluyen imágenes fotográficas en el kit de recolección de evidencia forense que se envía al laboratorio de Criminalística (Instituto de Ciencia Forenses).
- **Política de la facilidad de salud para almacenar fotografías de casos de abuso sexual, de manera segura** – el personal examinador deberán coordinar con los departamentos de manejo de información, seguridad, tecnología, cumplimiento y asuntos legal, entre otros; para asegurar el cumplimiento con las leyes de privacidad, y las normas y reglamentos para el almacenamiento de imágenes y records electrónicos.
- **Controles para la entrega de fotografías** – se podrá entregar copia de fotos sólo en ciertas situaciones a determinadas entidades, según esté legalmente permitido para evitar mala utilización e interpretaciones erróneas. Las políticas de la institución deben incluir mecanismos que permitan a personal examinador, en acuerdo con los Departamentos de Record Médicos, Control de Riesgo y Legal, entre otros, evaluar si se entrega de evidencia fotográfica en cada caso, si está legalmente permitido o si puede ser potencialmente perjudicial para el / la paciente (Botash 2009). Los otros proveedores de servicios de salud al menor no necesitan tener acceso a las imágenes fotográficas tomadas durante el examen forense. Las Imágenes fotográficas no puede ser entregadas automáticamente al personal las agencias investigadoras o a integrantes del Equipo de Respuesta multidisciplinario. Los investigadores deben guiarse por diagramas del cuerpo usados en la documentación para decidir qué fotografías a solicitar. Al entregar fotografías, debe hacerse de manera que se limite la posibilidad de mala interpretación, por profesionales no médicos. Una de las maneras es que el personal examinador revise las imágenes con quien las recibe y se discuta los hallazgos. Una preocupación sobre la entrega de fotografías en estos casos, es porque algunas agencias que no tienen métodos establecidos para la protección

de las imágenes y puede resultar que lleguen a manos de personas fuera del equipo de investigación, como los miembros de la prensa.

- **Las políticas de retención de la facilidad** de salud, para records médicos y fotográfica debe tomar en consideración la **necesidad de acceso a los records para procedimientos penales y civiles** – los records deben conservarse por tiempo indefinido, para dar oportunidad en los casos donde se realiza querella después de mucho tiempo, casos en los cuales se retrasa el análisis de evidencia recopilada con el Kit de Evaluación Médico Forense, a tener concordancias en el sistema Índice Combinado de ADN (CODIS- Combined DNA Index System, en inglés), a procesos de apelación, entre otros. Con esto en mente, las políticas de la facilidad de salud para la retención, almacenamiento y destrucción de los records médicos de víctimas de abuso sexual, deben basarse en normas de justicia en lugar de la política de retención tradicional. Estos expedientes médicos no deben ser destruidas. Puede encontrar más información sobre este tema a través de: Kidsta.org.

H. EXAMEN

El examen médico forense a menores abusados sexualmente puede ayudar a su sanación; ya que, en muchas ocasiones, salen empoderados/as, con conocimiento adicional sobre sus cuerpos y con la tranquilidad de saber que están saludables. El proceso del examen también da oportunidad de abordar otras necesidades relacionadas con: seguridad, justicia y apoyo.

La literatura relacionada al tema indica que más del 90 por ciento de los/as menores abusados sexualmente, tienen exámenes normales (Adams, 2003; Berkoff et al., 2008; Heger et al., 2002; Kellogg, 2005). Cuando los resultados no son normales, el personal médico puede facilitar el tratamiento necesario para que el/la menor recupere su salud. Para el examen médico forense de menores abusados sexualmente se recomienda:

1. **Realizar un examen <u>completo</u>** - El examen médico forense incluye un examen físico, y un examen ano-genital (Fuente: MD CHAMP "MD Child Abuse Medical Professional Network, 2008). La razón principal del examen es evaluar médicamente la salud de menor. Se realiza una revisión completa de los sistemas, antes de pasar el examen ano-genital. El examen debe estar "enfocado en el/la menor, centrado en la víctima e informado en el trauma"; ya que esto permitirá al personal examinador evaluar otros tipos de abuso y negligencia, no sólo abuso sexual.

2. **No separar el componente médico del examen del componente de recolección de evidencia** - el personal examinador pediátrico debe estar preparado para incorporar la recolección de evidencia forense al examen físico y ano-genital; en particular en casos agudos. Es necesario documentar los hallazgos del examen por escrito, en diagramas y/o mapas de cuerpo y/o a través de fotografías. La documentación es necesaria para propósitos médicos y de evidencia. (Ver Capítulo V, Sección E- Documentación Escrita y Sección G-Documentación con Fotografías).

3. **Explicar a menor y a cuidador en qué consiste el examen y los procedimientos a realizar, antes de iniciar el examen** - Explique que:
   - el examen es una evaluación física completa, similar a la evaluación pediátrica anual.
   - el personal médico que realiza la evaluación tiene experiencia con menores que han sido abusados sexualmente.
   - Típicamente, el examen es indoloro (no duele) e incluye examen del área genital y anal.
   - Generalmente, no se utilizará un espéculo.
   - La sedación o anestesia es necesaria solamente en raras ocasiones cuando hay preocupaciones de sangrado, lesión o trauma anogenital, una masa o un cuerpo extraño.
   - Se tomarán imágenes fotográficas para documentar los hallazgos físicos y asegurar la interpretación más exacta de estos hallazgos. Las imágenes se guardarán en un lugar seguro de la facilidad de salud, donde el acceso está controlado.
   - El/la menor tendrá control de lo que sucederá durante el examen. Puede hacer preguntas y se pueden hacer pausas, cuantas veces sea necesario.
   - El proveedor de servicios de salud explicará lo que pasa en las diferentes etapas del examen. (Si menor expresa interés, se le puede mostrar el equipo con que se realiza el examen.

En la mayoría de los casos, el/la menor está más dispuesto para completar el examen, cuando el personal examinador establece empatía, le explica los procedimientos y contesta sus preguntas. Es necesario solicitar el consentimiento para realizar examen, según corresponda. (Ver Capítulo V, Sección B- Consentimiento).

4. **Modificar el examen para atender necesidades y preocupaciones específicas de menor**- el personal examinador tomará las medidas necesarias para:

   - Atender impedimentos de movilidad, cognitivos y/o necesidades de comunicación. Por ejemplo, un niño con discapacidad física puede necesitar ayuda para ser ubicado en la mesa de examen o para colocarse en las posiciones necesarias para el examen. En algunos casos puede ser necesaria una alternativa a la camilla o mesa de examen estándar.
   - Atender, siempre que sea posible, el requerimiento de que el personal examinador sea de un sexo específico. Existen costumbres culturales que pueden impedir que una persona del sexo opuesto esté presente cuando menor se desvista.
   - Si menor o cuidador dudan o se oponen a realizar algún procedimiento en específico, por creencias y/o costumbres culturales, el personal examinador debe buscar métodos alternos para realizar el examen, que sean aceptables y compatibles con las prácticas culturales de paciente. (No interfiera con prácticas culturales que promuevan sanación, aunque se comprometa la recolección de evidencia forense).
   - Cuando un objeto, que puede ser considerado evidencia forense, tiene algún significado particular o cultural (ej. joyería, vestimenta ceremonial), se debe

considerar otras técnicas de recolección. En lugar de tomar el objeto como evidencia se puede tomar muestra con hisopo de la superficie del mismo.

5. **Aclarar quién puede estar en el cuarto de examen además de menor, personal examinador y acompañante –** dado la vulnerabilidad de menor luego del abuso sexual y como una medida de protección, siempre es necesario una persona que acompañe a menor durante el examen médico forense. La persona que acompaña puede ser cuidador, personal de enfermería o persona de apoyo que no sea sospechosa de participar del abuso. Para proteger la privacidad del paciente se recomienda limitar el número de personas en el área de examen. (Normalmente en las áreas de examen caben pocas personas). Dependiendo de cada caso y de la preferencia de menor, puede ser apropiado que otras personas estén presentes; por ejemplo, guía espiritual, intérprete, personal de intercesoría y apoyo a víctimas, asistente de menor con discapacidad. **Nunca deben estar presentes durante el examen, agentes del orden público o representantes de servicios de protección a menores.**

El personal examinador tiene la discreción de decidir quien permanece en área de examen para mantener la seguridad y comodidad de menor y para poder interactuar con menor y cuidador de una manera apropiada. También puede determinar el momento apropiado para que personas de apoyo estén con menor (si antes o después de examen).

Es importante darle al menor (que tenga la capacidad) la oportunidad de elegir si quiere que su cuidador o persona a cargo esté presente durante el examen. Esta decisión puede ser difícil para menor; por ello antes del examen el personal examinador explicará a menor las alternativas, explorará /evaluará la relación entre menor y cuidador (ver si cuidador tranquiliza y apoya a menor) y evaluará si la presencia de cuidador durante el examen podría ser potencialmente perturbadora o negativa. Hablará con cuidador/a, sin la presencia de menor, para explicar que el examen no es invasivo, que generalmente, no es traumático cuando se hace enfocado en menor y que menor no será forzado a realizarse el examen.

6. **Educar a cuidador/a, custodio o encargado/a de menor su rol en el proceso de sanación del menor y demostrarle como ser de apoyo durante el examen** - El personal examinador puede explicar a custodio que la mayoría de los menores prefieren que cuidador u otra persona de apoyo esté presente durante el examen. Sin embargo, hay situaciones donde es prudente limitar la participación de cuidador, como cuando está emocionalmente afectado para apoyar al menor o cuando no cree que menor fue abusado. Si se sospecha que la persona encargada de menor puede ser el/la perpetrador/a, o está en acuerdo con el/la perpetrador/a, o es abusivo con el menor, no puede estar presente durante el examen. El personal de intercesoría también puede ser recurso para ayudar a cuidadores a hacer frente a sus reacciones al abuso sexual.

7. **Tomar medidas para proteger la privacidad del menor cuando hay más personas presentes durante el examen** - Documentar en el expediente del menor quienes están presente durante el examen y explicar a menor el rol que desempeña cada quien. El personal de apoyo no pueden participar activamente del proceso; ya que su rol es acompañar / distraer a menor durante el examen.

8. **Documentar las verbalizaciones espontáneas que realice el /la menor durante el examen** - verbalizaciones relacionadas con la salud y bienestar del menor, abuso o negligencia, u otro propósito, que el personal examinador considere importante.

9. **Realizar un examen de "la cabeza a los pies"**- durante el proceso de examen, se tomarán las medidas necesarias para ofrecer privacidad, comodidad y dignidad a menor. Se limitará la exposición del cuerpo al área que está siendo examinada. Una fuente de luz alterna (ALS, por siglas en inglés), puede ayudar a examinar el cuerpo, el pelo y la ropa. La fuente de luz alterna se utiliza en una habitación oscura. Puede utilizarse para examinar todo el cuerpo (cabeza, cara, pelo, labios, fosas nasales, boca, pecho, mamas, órganos genitales externos, zona perineal, muslos, vello púbico, nalgas, piel pliegues anales) y cualquier área indicada, según el historial del abuso sexual. Requiere proteger los ojos de paciente. Las manchas de semen secas tienen un aspecto brillante y tienden a desprenderse de la piel. Las zonas fluorescentes aparecen como manchas, rayas o salpicaduras. Estas manchas se pueden recolectar, para análisis forense, con un hisopo. (Ver Capítulo V Sección I. Recopilación de evidencia). Cabe mencionar que el semen fresco seco en más fácil de ver a simple vista que con una fuente de luz alterna. Si no cuenta con una fuente de luz alterna, el personal examinador debe recolectar los residuos de fluidos del cuerpo de acuerdo al historial de paciente.

PASOS PARA UN EXAMEN COMPLETO	
Aspectos a observar:	**Otros**
a) Apariencia general: de menor, conducta y etapa de desarrollo. (Ver Apéndice#___: Etapas de Tanner de maduración sexual).	° Tomar signos vitales, altura y peso. ° Obtener circunferencias de la cabeza en menores de 3 años de edad.
b) Cabeza: Inspeccionar la cabeza y el cuero cabelludo. Observar zonas con pérdida de cabello o evidencia de hematomas / petequias en el cuero cabelludo.	° Palpar el cráneo, cuero cabelludo buscando áreas con dolor / sensibilidad. Áreas de sensibilidad e hinchazón, pueden sugerir hematoma. ° Recolectar el cabello suelto- si el cabello fue halado o arrancado durante el abuso, puede haber cabellos sueltos o petequias en la superficie del cuero cabelludo. ° Palpar suavemente los márgenes de mandíbula y márgenes orbitales, puede revelar sensibilidad, indicando moretones no visibles.
c) Ojos: Inspeccionar los ojos. Observar áreas de contusión alrededor de los ojos (puede ser sutil). Buscar la presencia de petequias conjuntivales o hemorragia.	

PASOS PARA UN EXAMEN COMPLETO	
Aspectos a observar:	**Otros**
d) Oídos: Inspeccionar el oído externo e interno. Mirar también detrás de las orejas. Buscar signos de hematomas o signos de lucha (que puede ser señal de que existe una fractura del cráneo). Sangrado o fuga de líquido cerebro espinal del oído, también puede indicar fractura de cráneo.	
e) Nariz / Boca: Inspeccionar buscando signos de sangrado o fuga de líquido cerebro espinal, o áreas de contusión, en la parte exterior de la nariz. Inspeccionar la boca, incluyendo labios, encías, dientes, lengua y mucosa bucal. Buscar si hay lesiones. Petequias en el paladar duro / blando pueden indicar penetración oral o estrangulación. Revise área del frenillo para observar si lesiones de rasgado. Verifique si hay dientes rotos.	° Recoger hisopos orales. (Ver Paso #17 del Kit)
f) Cuello: Inspeccionar toda la superficie. Lesiones en el cuello pueden indicar un evento de posible estrangulación, que ameritan preguntar a menor posteriormente.	° Palpar el cuello para enfisema subcutáneo y busque cualquier marca de ligadura. Alguno de estas señales puede indicar que ocurrió un evento de estrangulación. ° En casos de estrangulación, algunas abrasiones en el cuello pueden deberse a que menor intentó protegerse. ° Observar si hay petequias o contusiones rojas causadas por mordidas o succión. Estas pueden tener saliva y debe recolectar evidencia con hisopo. (Ver Paso #6 del Kit)
g) Manos: Inspeccionar manos para verificar existencia de alguna lesión. Observar la apariencia general. Observar las muñecas para ver si tienen marcas de atadura.	° Recoger evidencia de las uñas y las cutículas, según corresponda. (ver Pasos #8 y #9 del Kit)
h) Antebrazos: Inspeccionar para verificar existencia de alguna lesión. Ver si la circulación sensación y movimiento es adecuada. Observar si hay alguna lesión o sitios de punción intravenosa.	° Palpar para buscando áreas con dolor / sensibilidad.

PASOS PARA UN EXAMEN COMPLETO	
Aspectos a observar:	**Otros**
i) Brazos y axilas: Inspeccionar la superficie internas para detectar signos de lesiones, circulación adecuada, sensación y movimiento.	° Menores que han sido restringidos por las manos pueden tener marcas / huellas de "dedos" en sus brazos.
j) Tronco/ tórax y mamas: Examinar para detectar signos de lesiones. Lesiones sutiles o evidentes pueden verse en una variedad de lugares en el tronco. Frecuentemente las mamas son blanco de abuso, en pacientes femeninas, esto incluye marcas de mordedura o de succión.	° Recolectar evidencia de saliva con hisopo. (Ver Paso #6 del Kit). ° Auscultar los pulmones.
k) Espalda - Observar la parte posterior de menor. Puede voltear a menor o colocarlo de pie para completar la evaluación.	° Observar lesiones y hematomas. ° Palpar buscando áreas con dolor / sensibilidad.
l) Abdomen: Realizar examen abdominal, para excluir cualquier trauma interno. Esto incluye inspección, auscultación y palpación.	° Cambiar guantes antes de la palpación, para evitar contaminación (ADN de piel a piel). ° Si se sospecha la presencia de saliva o algún fluído corporal, recolectar los mismos para la evidencia, utilizando hisopos.
m) Piernas: Examinar aspectos anteriores y posteriores de las piernas, prestando atención al interior de los muslos. Observar lesiones y materiales extraños. Evaluar áreas con dolor / sensibilidad. Se puede examinar aspecto posterior de las piernas con menor de pie o sentado/a en regazo de cuidador/a. Otra manera es examinar en posición supina y pedirle a menor que levante cada pierna alternadamente y luego que gire un poco para inspeccionar cada nalga.	° Palpar sensibilidad de área y si el rango de movimiento está limitado. ° Recolectar con hisopo cualquier evidencia biológica (semen, saliva, sangre u otra). ° Recolectar cualquier material extraño (pelo, fibras, pasto y suelo, etc.).
n) Tobillos y pies - Evaluar área, incluyendo la planta de los pies. Buscar si hay lesiones, material extraño y áreas con dolor / sensibilidad.	° Palpar sensibilidad y si el rango de movimiento está limitado. ° Recolectar materiales extraños, que estén presentes.

PASOS PARA UN EXAMEN COMPLETO	
Aspectos a observar:	**Otros**
o) Observar deformidades físicas evidentes. Señalar otras marcas sólo si su presencia se relaciona con el delito. No se señalarán marcas o perforaciones (piercings) si no están relacionadas al abuso.	° Es innecesario anotar la existencia de tatuajes a menos que el mismo esté relacionado al delito. (Ej. Casos de trata o tráfico humano, que hacen tatuajes a las víctimas).

10. **Realizar examen ano-genital** – Este examen se centra en los genitales externos de varones prepuberales y los labios y área vestibular de niñas prepuberales. Durante esta parte del examen, es particularmente importante la presencia de un acompañante de confianza para menor. No está indicado el examen con espéculo en menores prepuberales con himen no estrogenizado, a menos que exista preocupación de sangrado, una masa o un cuerpo extraño. Si se requiere de un examen intravaginal, se debe utilizar sedación o anestesia. De ser necesario, se puede consultar con pediatra o especialista apropiado. Una cámara digital, colposcopio o lupa, pueden ayudar a ver el detalle de la estructura anogenital. El colposcopio es el estándar de atención ver en detalle (ampliada) la estructura ano-genital y documentarlo mediante fotografías. Las facilidades de salud que no cuenten con colposcopio, pueden optar por cámaras digitales como la siguiente mejor alternativa para lograr la ampliación y capturar imágenes de vídeo que permiten un registro permanente de los resultados del examen ano-genital. (Ver Capítulo V sección G.)

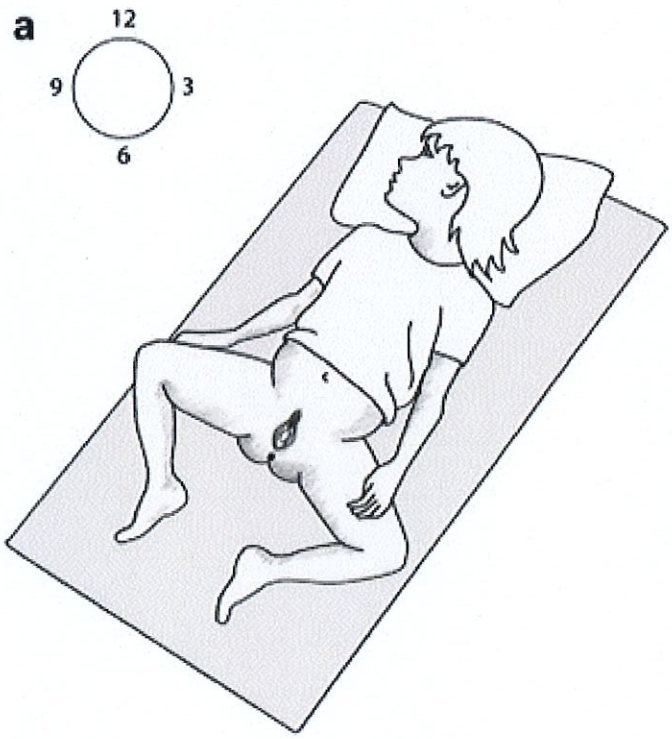
El colorante de azul de toluidina (TBD) puede utilizarse para acentuar daño epitelial menor, con o sin ampliación. El personal examinador debe capacitarse en cómo usar el tinte. Si hay que examinar área anal y genital, el tinte debe aplicarse primero a la zona anal, con un hisopo de algodón. El exceso de tinte debe eliminarse frotando la zona con gasa estéril humedecida con una solución de ácido acético 1% o lubricante. El tinte debe aplicarse sólo a tejido epitelial (labia, periné y pliegues anales) y no a las superficies mucosas, como el himen. Cuando se quita el exceso de tinte, el tejido con abrasiones se tiñe de azul, mientras que el epitelio intacto se limpia más fácilmente. Debe removerse la mayor cantidad posible del tinte para evitar cualquier malinterpretación. Las lesiones inflamatorias o infecciosas también retendrán el colorante, el personal examinador tendrá que diferenciar lesiones traumáticas versus lesiones no traumáticas. Se debe informar a pacientes y cuidadores que el tinte puede estar presente varios días después de la aplicación, y puede pintar la ropa. Puede utilizar una fuente de luz alterna (ALS) para ayudar al examen ano-genital.

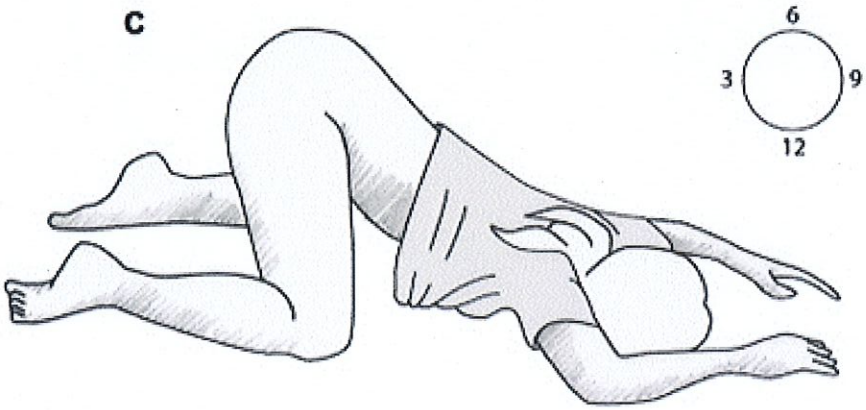
11. **Posiciones y técnicas específicas para facilitar el examen de área genital** - se debe tener en cuenta que puede ser necesario hacer modificaciones en casos de menores con impedimentos o limitaciones de movilidad.

Posición / Técnica	Descripción
A. Posición supina, de "patas de rana"	Menor en camilla de examen, o en regazo su cuidador/a, con los pies juntos y las rodillas ligeramente separadas. Esta posición permite ver labia y realizar las técnicas de

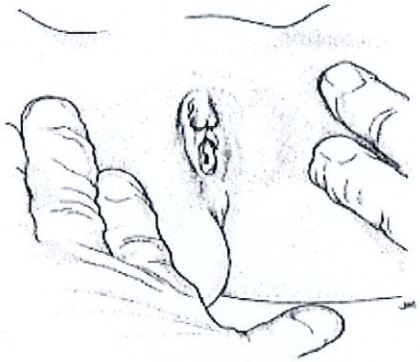
Posición / Técnica	Descripción
	separación y tracción labiales para ver vulva, himen y vestíbulo. Para confirmar alguna anomalía debe hacerse observación en la posición pronación rodilla-pecho (Kellogg, 2011).
B. Posición supina rodilla-pecho	Menor en camilla de examen, o en regazo su cuidador/a, con pies y rodillas juntas, pegando las rodillas al pecho. Esta posición permite ver el ano y los tejidos circundantes. Esta posición puede requerir de asistencia.
C. Posición pronación rodilla-pecho	Menor en mesa de examen en posición pronación, con la cabeza y el torso al ras de la mesa, las rodillas separadas hacia abajo y las nalgas levantadas. Esta posición permite ver el ano, alrededor de los tejidos y la cavidad rectal durante la relajación. Utilizando la técnica de separación labial y tracción, se puede hacer evaluación y confirmación de hallazgos de himen observados en la posición supina de "patas de rana".
D. Técnica de separación labial	Con menor en posición supina de "patas de rana", se separan suavemente los labios mayores, con las manos con guantes. Esta técnica permite la visualización de las estructuras genitales.
E. Técnica de tracción labial	Con menor en posición supina de "patas de rana", se sujetan suavemente los labios mayores bilateralmente, entre el pulgar y el dedo índice con las manos con guantes, tirando hacia afuera y hacia abajo del ano. Esta técnica permite ver las estructuras genitales incluyendo el himen, orificio vaginal y "fourchette" posterior. Se debe tener mucho cuidado para evitar lesiones al "fourchette" posterior, antes, durante y después del examen.
F. Técnica de himen flotante	Con menor en posición pronación rodilla-pecho con elevación glútea, aplicar solución salina para humedecer los bordes del himen. Esta técnica permite mejorar la visualización del himen cuando el tejido parece doblado o adherido, lo que permite una evaluación más completa. (Adams et al., 2015; Kellogg, 2011).

POSICIONES EXAMEN DE ANO-GENITAL

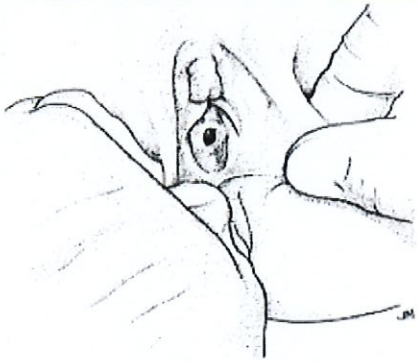




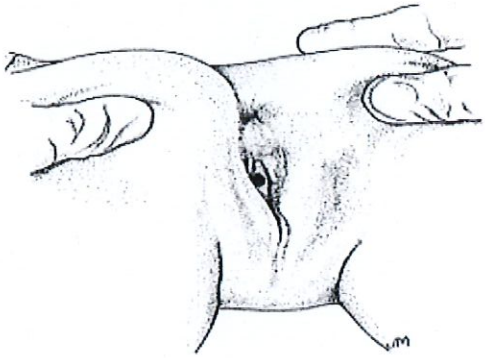
TECNICAS PARA EXAMEN ANO- GENITAL



Supine Labial Separation



Supine Labial Traction



Prone Knee- Chest

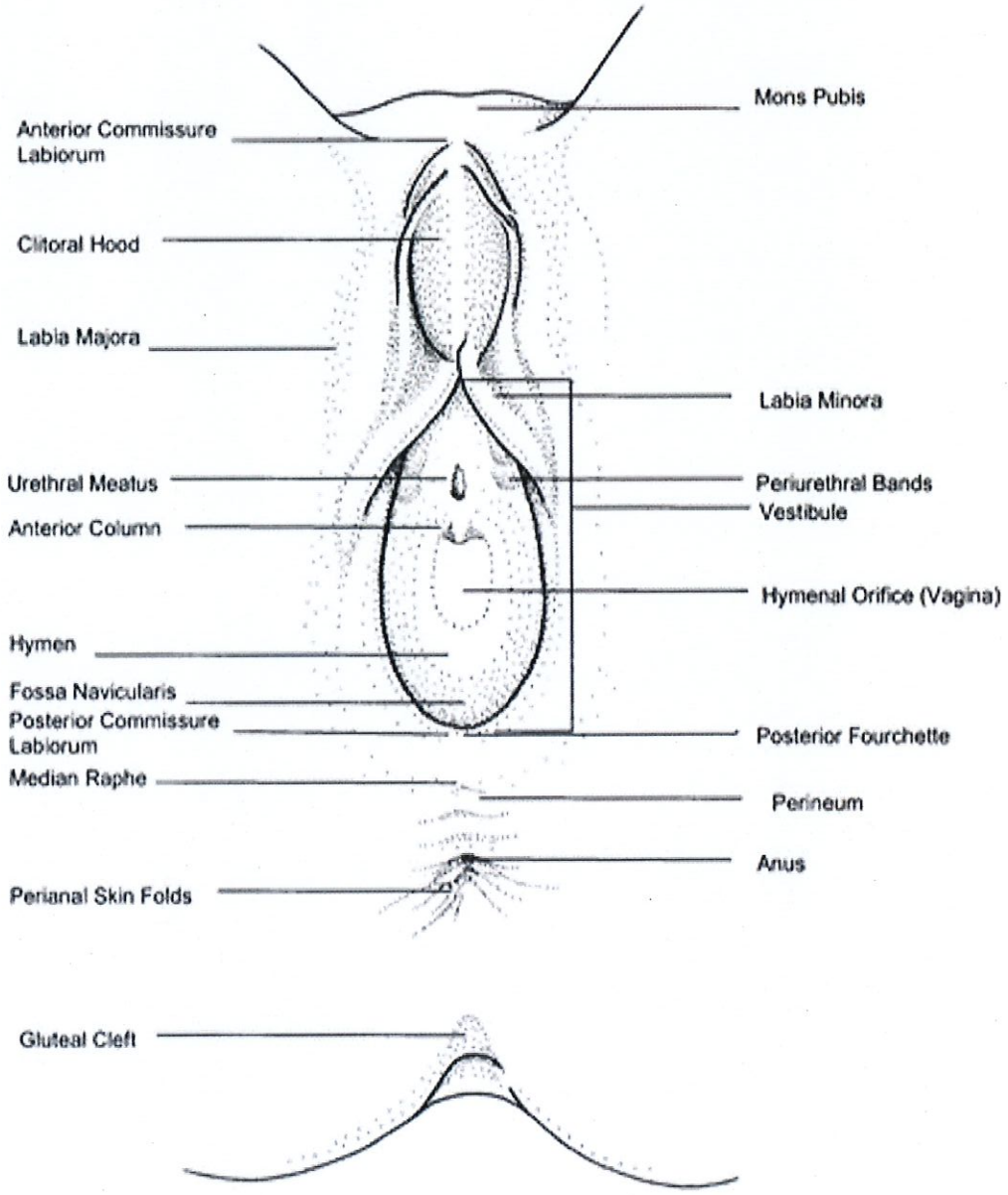
A través de **Kidsta.org.** Se puede obtener más información sobre posiciones y técnicas de examen en casos de menores con alguna discapacidad o dificultad de movilidad.

La ansiedad de menor ante el examen anogenital puede disminuirse, haciendo modificaciones al proceso de examen. Por ejemplo, si menor no quiere quitarse la ropa o la ropa interior, se le puede preguntar si permite que su cuidador/a le ayude. Otra alternativa es proveer guantes a cuidador/a y darle instrucciones de como colaborar para preservar evidencia forense. También se puede ubicar a menor en el regazo de cuidador/a, en lugar de la camilla

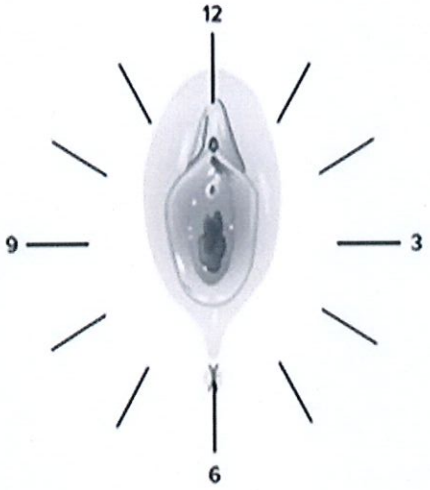
de examen. Si menor declina al examen ano-genital, se puede realizar examen físico y recolectar evidencia de la cabeza, cuello, pecho y abdomen. También puede recolectarse la ropa interior. (Recuerde proveerle ropa interior nueva).

12. Examen genital en niñas pre pubescentes -En las niñas, se evaluará la existencia de lesiones o procesos de enfermedad, en las siguientes estructuras genitales externas: pubis (monte de venus), labios mayores, labios menores, clítoris, capucha del clítoris, uretra, tejidos peri uretrales, "fourchette" posterior, fosa navicular, himen, vestíbulo vaginal y perineo.

ANATOMÍA GENITAL FEMENINA



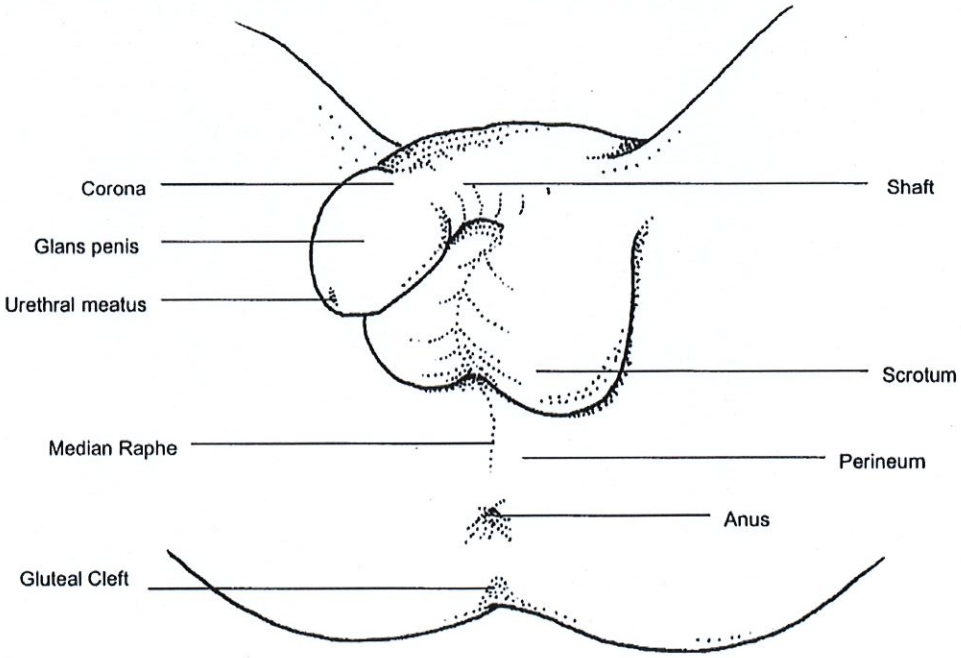
13. Documentación de evaluación y hallazgos de área genital utilizando la analogía de las "manecillas del reloj" - Se asigna la posición de 12:00 en punto a la uretra. El personal examinador documentará lo que observa en el examen genital, utilizando como referencia la esfera del reloj y la hora correspondiente. Se puede usar esta referencia independientemente de si menor está boca arriba o boca abajo. (Se recomienda documentar la posición de menor). Se debe documentar: el tipo de lesión, el color, el tamaño, la estructura sobre la cual se observa la lesión, si hay alguna descarga, sangre y/o cuerpos.



14. Himen de niñas prepuberales – es importante tomar en consideración que este himen es muy sensible y la niña puede sentir dolor al tacto. Por ello, no deben utilizarse técnicas como el hisopo de algodón, para examinar los bordes del himen o la técnica de catéter de balón uretral (Foley), con niñas prepuberales. Estás técnicas si pueden utilizarse para evaluar himen de menores postpuberales.

15. Examen genital de niños - examinar, buscando señales de lesión o procesos de enfermedad, las estructuras y tejidos de: pene, prepucio, glande, frenillo prepucial, meato urinario, escroto, testículos, región inguinal, perineo.

Anatomía Genital Masculina



16. Examen anal en niñas y niños – se realiza el examen en posición supina o de pronación rodilla-pecho. Se aplica tracción suave para separar las nalgas. Durante el examen anal se inspeccionan, buscando signos de lesiones o procesos de enfermedad, los tejidos y estructuras del área perianal (prestando atención los pliegues), ano, borde del ano, canal ano-rectal y el surco o hendidura entre las nalgas. Un examen digital sólo se realizará si se observa laxitud del esfínter. La anoscopía no se utiliza rutinariamente, a menos que haya una preocupación de sangrado, trauma una masa o un cuerpo extraño. De existir necesidad de anoscopía debe realizarse bajo sedación o anestesia y por personal médico calificado.

17. Interpretación de los hallazgos del examen – La mayoría de los/as menores que han experimentado abuso sexual tienen exámenes normales. Abuso sexual no dejará necesariamente marcas o cicatrices permanentes. En casos donde se retrasa la divulgación, puede ocurrir curación de lesiones. Cuando los hallazgos del examen son normales, ni confirma ni descartan el abuso sexual. El personal examinador debe documentar esto en el historial clínico y explicarlo a cuidadores. También decirle a menor que está sano (Jenny, Crawford-Jakubiak y Comité de abuso infantil y negligencia, 2013).

18. Educar a examinadores pediátricos sobre situaciones normales que erróneamente son asociadas a abuso sexual- El personal examinador debe conocer sobre variaciones anatómicas y enfermedades que comúnmente pueden confundirse con abuso sexual. La información recopilada durante el historial clínico es fundamental para diferenciar entre una lesión relacionada con abuso sexual o una variante. Es necesario que el personal examinador sea objetivo, conozca las limitaciones de las observaciones clínicas e incorpore diagnósticos diferenciales, para formular diagnóstico imparcial (Kaplan et al., 2011). La revisión clínica de pares puede ayudar a fortalecer sus habilidades para no identificar como abuso sexual, una variante normal (Adams et al., 2015).

Diagnósticos Diferenciales de Hallazgos Genitales	
Adherencia o aglutinación de los labios	Es la fusión de las paredes vestibulares que puede ocurrir en cualquier punto a lo largo de la longitud del vestíbulo. Comúnmente se presenta en la parte posterior. Es común en infantes y niños pequeños. Es inusual que aparezca por primera vez después de 6 a 7 años de edad. Puede deberse a irritación crónica.
Liquen escleroso	Es una afección atrófica crónica y que crea parches de piel blanca irregular; más delgada de lo normal. Puede afectar la piel en cualquier parte del cuerpo, pero a menudo involucra la piel de la vulva, prepucio del pene o la piel alrededor del ano. A menudo asociado a prurito o picazón que puede resultar en áreas de sangrado e irritación.
Prolapso Uretral	Una condición en la cual la uretra sobresale a través del meato externo. Puede tener una apariencia hinchada y enrojecida.

Diagnósticos Diferenciales de Hallazgos Genitales	
Infección por estreptococos	Puede causar vulvitis en las niñas prepuberales. La mucosa peri vaginal puede estar eritematosa, inflamada y puede haber sangrado y secreción (Hudson et al., 2011).
Infección por estafilococos	Puede causar vaginitis, vulvitis y vulvovaginitis en niñas prepuberales y puede estar acompañada de descarga (Hudson et al., 2011).
Lesiones en la zona urogenital ("Straddle injury")	◦ Lesiones causadas por una caída, un golpe o trauma que comprime los tejidos blandos urogenitales contra los márgenes óseos de la salida pélvica. ◦ Heridas causadas cuando un objeto afilado penetra con fuerza directamente la apertura vaginal, ano-rectales o periné. Un signo o queja común es sangre en la ropa interior o en el perineo. ◦ Estas lesiones pueden resultar en abrasiones, equimosis o hematoma de labios mayores, pubis, uretra externa, cuerpo perineal y glúteos. Si la caída es sobre un objeto con un borde duro, pueden producirse laceraciones. ◦ Lesiones penetrantes pueden causar dolor y sangrado profuso. Estas lesiones son usualmente unilaterales. ◦ Tome en consideración que una lesión del himen es rara en un trauma accidental. En varones, este tipo de lesión afecta el área del escroto.
Irritación Genital / Eritema	Las causas más comunes de enrojecimiento genital son falta de higiene y la dermatitis de contacto. Un aumento en la vascularización de la mucosa del vestíbulo en las niñas prepuberales puede provocar área esté eritematosa. (Ver Frasier (2011) para más detalles).
Surco perineal "perineal groove"	Es una malformación benigna congénita y poco frecuente que puede encontrase en la superficie mucosa de la línea entre la fosa navicular y el ano, en el perineo. Se puede distinguir de un trauma porque no cambia. Se resuelve en la pubertad (Jenny, 2011).

I. RECOLECCIÓN DE EVIDENCIA / RECOPILACIÓN DE PRUEBAS

La primera recomendación sobre la recolección de evidencia forense en casos de abuso sexual de menores es que se inicie inmediatamente después de ocurrida la agresión sexual; ya que según van pasando las horas disminuyen las probabilidades de obtener evidencia forense útil. Se pierde evidencia por distintas razones: la degradación de los componentes del fluido seminal en los orificios corporales, el semen puede escurrirse de la vagina o de la boca, la esperma puede perder movilidad, fluidos corporales (como la orina y el sudor) se diluyen, las secreciones se secan y las materias extraños se pueden caer del cuerpo y la ropa. Expertos en el tema, indican que en casos de niños prepuberales donde hubo intercambio de material biológico, se debe realizar la recolección de evidencia en las primeras 24 horas. (Adams et al, 2015, Christian, 2011).

No obstante, la mayoría de los casos pueden beneficiarse de la recopilación de pruebas forenses más allá de 24 horas (Christian, 2011), especialmente en jurisdicciones donde la amplificación de ADN se realiza como parte del análisis del laboratorio criminal (Girardet et al., 2011).

Debido a esta ventana ampliada de disponibilidad de evidencia forense, **este protocolo da instrucciones de recopilar evidencia forense dentro de las 72 horas después del abuso sexual y posteriormente de ser necesario**, en los casos que lo amerite y sea beneficioso. La determinación de recopilar evidencia forense **después las 72 horas del abuso se hará caso por caso**, evaluando las circunstancias particulares del caso y la investigación futura. El personal examinador puede discutir la necesidad y/o utilidad de recopilar evidencia forense después de las 72 horas, con personal del Laboratorio Forense (del Instituto de Ciencias Forenses-ICF) y con la Policía. Se tomará en consideración recolectar evidencia forense que se pueden obtener después de 72 horas, por ejemplo la ropa sin lavar que menor tenía puesta durante el abuso.

En casos de abuso sexual de menores es sumamente importante realizar la evaluación médica en el menor tiempo posible, independientemente de que no haya disponible evidencia forense

Para facilitar la recopilación de evidencia forense en casos de menores víctimas de abuso sexual se utilizará el "Equipo de Recolección de Evidencia de Agresión Sexual CAT. NUM. PR100A, que distribuye el Centro de Ayuda a Víctimas de Violación del Departamento de Salud, a las salas de emergencia alrededor de la Isla.

Para el proceso de recolección de evidencia forense en una víctima de abuso sexual menor, se recomienda:

1. **Recolectar evidencia forense dentro del tiempo establecido** - evidencia biológica o trazos de evidencia, en el cuerpo del / de la menor. También cuando se desconoce o no está claro el momento en que ocurrió el abuso sexual. Las circunstancias del caso y una investigación futura puede plantear la necesidad de recolectar evidencia forense aún después del tiempo establecido. Las muestras forenses obtenidas durante el examen médico forense pueden ser utilizadas en casos criminales, casos de familia y/o casos de menores que surjan como resultado de un informe de abuso sexual.
2. **Recolectar la mayor cantidad de evidencia posible, utilizando de referencia la información del historial médico, de las agencias investigadoras, los hallazgos del examen, y el consentimiento del menor a los procedimientos** - Las muestras forenses recolectadas pueden variar según los detalles obtenidos del historial médico del/ de la menor y del resultado del informe inicial o de la entrevista forense. Si no se recolecta

alguna de la evidencia solicitada en el kit, o se realizan modificaciones en la recolección, se debe documentar la(s) razón(es), en los formularios correspondientes.

- En caso de que el/la menor no pueda ofrecer un relato de manera clara (lo que no es inusual en niños/as pequeños) y/o no se dispone de un relato detallado del abuso, se deben completar todos los pasos del Kit.
- Se recomienda que el personal a cargo de la evaluación forense se comunique con los investigadores, fiscales y personal de laboratorios forenses y compartan información relevante del caso y clarifiquen la información relacionada con la recolección de evidencia en casos específicos (qué recolectar, métodos de recolección de evidencia y métodos de preservación de evidencia preferidos).

La recopilación de evidencia forense se basa en el hecho de que hubo contacto entre dos objetos y /o que existe la posibilidad de transferencia de material (DeForest y Lee, 1983). Durante la evaluación médica forense, se toman muestras de las áreas del cuerpo del/ de la menor donde pueden existir evidencia. Cualquier evidencia que muestre contacto entre la persona agresora, el / la menor y la escena del crimen es una prueba de corroboración. La evidencia que se recopila puede ser un rastro material o de fluidos corporales de la persona agresora. La ropa, especialmente ropa interior, y ropa de cama son las que con más probabilidad pueden dar positivo a pruebas de ADN (Christian et al., 2000; WA, 2012). El personal investigador también debe buscar evidencia en otros artículos del hogar y / o del escenario donde ocurrió, o se sospecha ocurrió, el abuso sexual. Información del análisis de la evidencia biológica y trazas de evidencia pueden ayudar a: determinar si se produjo el abuso sexual, proporcionar datos sobre las circunstancias del incidente y comparar muestras recogidas en pacientes y la(s) persona(s) sospechosa(s) para propósitos de identificación.

3. Estar familiarizado con las consideraciones forenses generales :

CONSIDERACIONES FORENSES GENERALES	
a) Tomar las precauciones durante el examen para prevenir la exposición de paciente y del personal de atención, a patógenos originados en la sangre y a otros materiales potencialmente infecciosos.	Seguir las normas de la facilidad de salud sobre: lavarse las manos, el manejo de agujas contaminadas y otros instrumentos punzantes, usar equipo protector y evitar salpicaduras o con materiales infecciosos. El cuarto de examen y el equipo no desechable deben limpiarse luego del uso con cada paciente.
b) Usar guantes durante todo el proceso de recolección de evidencia forense. Cambiar los guantes frecuentemente cuando examine diferentes partes del cuerpo.	Cambiar los guantes, cuando se examinen diferentes partes, puede prevenir la posibilidad de contaminación de las muestras y la exposición a sangre y fluidos corporales,

CONSIDERACIONES FORENSES GENERALES	
	así como también evitar la contaminación cruzada. Debido a la sensibilidad de los métodos para obtener pruebas de ADN, es importante mantener medidas actualizadas para evitar la contaminación de las muestras (Ejemplo: usar mascarilla y limitar la conversación durante la toma de muestras.)
c) Recolectar evidencia forense tan pronto como sea posible.	La posibilidad de obtener muestras forenses viables disminuye con el transcurso del tiempo.
d) Recolectar las muestras forenses primero y las muestras para pruebas / laboratorios médicos posteriormente.	Es muy posible obtener materiales biológicos en la primera muestra recolectada.
e) Manejar las muestras médicas apropiadamente luego de su recolección. Asegurar las muestras. Limitar la cantidad de personas que maneje o manipule la evidencia forense.	Asegurarse de que las muestras se hayan secado, estén empacadas, identificadas, selladas y almacenadas adecuadamente. Los procedimientos deben realizarse de manera adecuada para que la evidencia sea transportada por el personal del orden público.
f) Mantener las muestras médicas separadas de las muestras forenses. No es necesario mantener la cadena de custodia para las muestras médicas.	Las muestras tomadas para propósitos médicos deben mantenerse y procesarse en la facilidad de salud, según las normas de dicha facilidad. Las muestras tomadas para análisis forense deben transferirse al laboratorio forense u otro laboratorio especializado para dichos fines (Ejemplo: Laboratorio de toxicología), según las leyes de la jurisdicción.
g) **No colocar muestras de toxicología en el kit** de recolección de evidencia. Mantener la cadena de custodia de las muestras de toxicología.	Las muestras de toxicología, son analizadas en un lugar diferente al resto de la evidencia forense. Se seguirán los procedimientos relacionados con la preservación y transportación de las muestras.

4. **Recolectar muestras forenses, según las normas jurisdiccionales** –Es importante seguir las instrucciones relacionadas a la recolección de la evidencia forense. Las instrucciones están incluidas en el Kit de recolección de evidencia forense.
5. **Seguir las normas para <u>secar y empacar</u> las muestras forenses, como también al empacar la evidencia que no pueda secarse completamente, en el lugar de recolección de la muestra** - Todas las muestras forenses recopiladas deben dejarse secar adecuadamente, para impedir su deterioro, y deben ser empacadas en un material que no retenga humedad, como el papel. (<u>Nunca utilice plástico</u>). Con la evidencia húmeda, el objetivo es preservar la evidencia, evitar que se filtre humedad y que se contamine otra evidencia. Las muestras, ya secas, por lo general no requieren refrigeración; las muestras húmedas por lo general requieren refrigeración. Para mantener la integridad de las muestras forenses, es necesario rotular y sellar adecuadamente la evidencia y documentar la cadena de custodia hasta que se entrega al personal de la Policía que corresponde (agente de la División de Delitos Sexuales a cargo de la investigación del caso). (Para información adicional de este tema puede referirse: *The Technical Working Group on Biological Evidence Preservation*, 2013).

A continuación se incluye una tabla con las recomendaciones para la recolección de evidencia forense en casos de abuso sexual de menores, del Protocolo Nacional para Exámenes Forenses en Casos de Abuso Sexual-Pediátricos de Abril 2016:

GUÍA PARA TOMA DE MUESTRAS FORENSES A MENORES		
Muestras forenses y Tipo/Naturaleza del Abuso Sexual	**Material recolectado y periodo de tiempo de la recolección**	**Materiales utilizados e instrucciones para la toma de muestra (Sello y rotulación)**
1. **<u>Ropa</u>** – Recolectar la ropa de paciente si lleva puesta la misma ropa que al momento del abuso sexual, aunque la ropa se haya lavado. – Si el paciente se ha cambiado de ropa desde que ocurrió la agresión, recolectar sólo la ropa interior.	• Material adherente, extraño en la ropa (Ej. Semen, sangre, cabello, saliva, y fibras tocadas por persona agresora y/o de la escena del crimen). • Se pueden encontrar sustancias intactas en la ropa durante un tiempo considerable posterior a la agresión. Puede haber alteraciones en la ropa como resultado de la agresión sexual. EJ. pérdida de botones, rasgaduras, etc.	<u>(Ver: Paso #3 del Kit PR 100A)</u> . a) Bolsas de papel b) Papel de recolección de evidencia • Cada pieza de ropa seca debe guardarse por separado, en bolsas de papel. • Seguir las normas jurisdiccionales sobre la recolección de ropa y empaque de artículos húmedos, para secarlos en las facilidades donde se

GUÍA PARA TOMA DE MUESTRAS FORENSES A MENORES		
Muestras forenses y Tipo/Naturaleza del Abuso Sexual	**Material recolectado y periodo de tiempo de la recolección**	**Materiales utilizados e instrucciones para la toma de muestra (Sello y rotulación)**
– Puede incluirse la ropa usada inmediatamente después de la agresión (esta es preferible a la que lleve el/la menor al momento del examen).	• Evaluar cuidadosamente la necesidad de recolectar abrigos y zapatos, ya que la pérdida de estos artículos puede representar una carga económica para la familia del menor. Si es necesario recolectarla, la agencia que ordena el examen puede ofrecer el reemplazo de dichos artículos.	realiza el examen y para guardar en neveras o refrigeradores.
2. <u>Pañales, toallas sanitarias, otras piezas de material absorbente, condones</u> – Si el paciente llevaba pañal o cualquier pieza de material absorbente al momento de la agresión o inmediatamente después. – Si se encuentra un condón en el cuerpo o sobre el cuerpo del paciente. – Estos artículos pueden entregarse al momento del examen.	• Fluidos corporales/ADN. • Cualquier material extraño (Ej. Semen, sangre, cabello).	<u>(Ver: Paso #4 del Kit PR 100A)</u> Materiales a utilizar, según las normas jurisdiccionales • Recolectar estos artículos si se utilizaron durante o después de haber tocado o tenido contacto genital. • Secar, empacar y entregar, según las leyes de la jurisdicción. • Condones: Recolectar, secar y empacar según las leyes de la jurisdicción, tomando en cuenta que las técnicas de secado y empaque recomendadas por los laboratorios forenses pueden variar (ver: Technical Working Group on Biological Evidence Preservation, 2013).

GUÍA PARA TOMA DE MUESTRAS FORENSES A MENORES		
Muestras forenses y Tipo/Naturaleza del Abuso Sexual	**Material recolectado y periodo de tiempo de la recolección**	**Materiales utilizados e instrucciones para la toma de muestra (Sello y rotulación)**
		• Seguir las leyes de la jurisdicción sobre el empaque de artículos muy húmedos para secarlos en las facilidades donde se realiza el examen y para almacenar en neveras o refrigeradores.
3. Muestras de superficies corporales – Si hay áreas en la piel en las que hay, o se sospecha hayan, fluidos corporales como saliva, semen u otros, de persona agresora o que este hubiera tocado. (Ej. Áreas como alrededor de la boca en el caso de agresión oral, abdomen, cuello, área torácica, etc.). – Si se observa material o residuos, recolectar la muestra. (Ej. vómito de paciente.)	• Fluidos corporales / ADN, otro posible material extraño, como por ejemplo, vegetación, cabellos enredados o extraños. • Usar una fuente de luz alterna, de potencia adecuada, puede servir para guiar la recolección con hisopos. • Residuos y los fluidos corporales y ADN de persona agresora se pueden encontrar en el equipo utilizado por pacientes con discapacidad física, como por ejemplo, sillas de ruedas, sillas motorizadas, bastones, cojines de sillas de ruedas, aparatos de comunicación asistida, catéteres y en animales de servicio.	<u>(Ver: Pasos #5, 6 y 7 del Kit PR 100A)</u> a) Dos hisopos de algodón por cada área b) Agua esterilizada • Humedecer el primer hisopo con agua y frotar sobre los lugares donde pueden estar presentes semen, fluidos corporales, o ADN. • Repetir con el segundo hisopo en seco. <u>Empaque de materia extraña</u> <u>(Ver: Paso #4 del Kit PR 100A)</u> • Colocar la materia extraña en el envase (papel), guardar y sellar en el sobre para evidencia.
4. <u>Muestra de marcas de mordida</u> • Si están presentes marcas de mordida.	• Fluidos corporales, ADN, otro material.	<u>(Ver: Paso #6 del Kit PR 100A)</u>

GUÍA PARA TOMA DE MUESTRAS FORENSES A MENORES		
Muestras forenses y Tipo/Naturaleza del Abuso Sexual	**Material recolectado y periodo de tiempo de la recolección**	**Materiales utilizados e instrucciones para la toma de muestra (Sello y rotulación)**
		a) Dos hisopos con punta de algodón por cada área b) Agua esterilizada • Humedecer el primer hisopo con agua y frotar las áreas dentro y alrededor de los arcos de la marca de la mordida y no las marcas de los dientes. Esta técnica maximiza el marco que pudiera contener material con ADN donde los labios y la lengua del que causa la mordida pudieran haber tocado (Kaplan, 2011). • Repetir con el segundo hisopo en seco.
5. <u>Raspado de Uñas</u> – Si paciente rasguñó o raspó el cuerpo del agresor. – Si se rompe una uña durante el abuso sexual.	- Piel, sangre, saliva, fibras, etc. (del agresor); y para comparar con cualquier uña rota encontrada en la escena del crimen. **Nota:** Se recomienda tomar fotografías de uñas dañadas que puedan estar relacionadas con la agresión, antes de recopilar evidencia de las uñas.	<u>(Ver: Paso #8 y #9 del Kit PR 100A)</u> a) Palillos incluidos en el sobre Paso #8 del Kit. b) Cortauñas incluido en el Paso #9 del Kit. • Hacer raspado en cada uña de mano derecha y repetir el procedimiento con uña de mano izquierda. • Cortar las uñas de la mano derecha. (si se sospecha tenga material de persona que agrede) y repetir el procedimiento con cada una de las uñas de la mano izquierda.

GUÍA PARA TOMA DE MUESTRAS FORENSES A MENORES		
Muestras forenses y Tipo/Naturaleza del Abuso Sexual	**Material recolectado y periodo de tiempo de la recolección**	**Materiales utilizados e instrucciones para la toma de muestra (Sello y rotulación)**
		• El Protocolo Nacional de Exámenes Médico Forenses en casos de Abuso Sexual – Pediátrico 2016, recomienda utilizar dos hisopos de algodón estériles, humedecidos con agua esterilizada. Humedecer el primer hisopo con agua y limpiar bajo las uñas; repetir con el segundo hisopo en seco (Utilizar dos hisopos por cada mano. (Nota: Esta instrucción no se indica en el Kit PR-100 A).
6. Muestra del área genital femenina – Si hubo, o se sospecha, penetración de vagina /pene, otro contacto genital contra genital, o contacto que pudiera haber dejado material biológico incluyendo contacto oral/genital.	• Fluidos corporales/ADN; otro posible material extraño.	(Ver: Pasos #11 y #12 del <u>Kit PR 100A)</u> a) Hisopos con punta de algodón. b) Agua esterilizada. • Humedecer el primer hisopo con agua y frotar por toda el área de los labios mayores. Repetir con el segundo hisopo en seco. Como alternativa, se pueden humedecer ligeramente los dos hisopos y frotar simultáneamente (con ambos hisopos). • Repetir el mismo procedimiento, según sea necesario en otras áreas.

GUÍA PARA TOMA DE MUESTRAS FORENSES A MENORES		
Muestras forenses y Tipo/Naturaleza del Abuso Sexual	**Material recolectado y periodo de tiempo de la recolección**	**Materiales utilizados e instrucciones para la toma de muestra (Sello y rotulación)**
7. **<u>Muestra del área del pene</u>** – Recolectar muestra de en el Cuerpo del pene y prepucio; glande y escroto. – Si hubo, o se sospecha, penetración pene/ vagina, otro contacto genital contra genital, contacto oral, anal o rectal, o se encuentra o se sospecha la presencia de material extraño (Ej. Lubricante)	• Fluidos corporales, ADN, otro material.	<u>(Puede usar los Pasos #11 y # 12 del Kit PR 100A e identificar el Paso #11 como "Hisopo Área Pene" y el Paso #12 como "Extendido Área Pene")</u> a) Hisopos con punta de algodón. b) Agua esterilizada • Humedecer el primer hisopo con agua y frotar sobre el cuerpo del pene y el prepucio (cuando está presente); repetir con el segundo hisopo en seco. • Repetir el mismo procedimiento en el glande y el escroto, evitando la uretra. (Los hisopos para la uretra son para obtener el ADN del paciente).
8. **<u>Muestra de área ano rectal, (perianal y el canal anal)</u>** – Si hubo, o se sospecha, penetración anal/pene o rectal/pene, penetración o contacto oral/anal, penetración digital/objeto o contacto del agresor, o material u objeto extraño.	– Fluidos corporales, ADN, otro material.	(Ver: Pasos #13 y #14 del <u>Kit PR 100A)</u> a) Hisopos con punta de algodón. b) Agua esterilizada. • Humedecer el primer hisopo con agua y frotar sobre el área perianal/pliegues; repetir con el segundo hisopo en seco. • Utilizando otros dos hisopos, repetir el mismo

GUÍA PARA TOMA DE MUESTRAS FORENSES A MENORES		
Muestras forenses y Tipo/Naturaleza del Abuso Sexual	**Material recolectado y periodo de tiempo de la recolección**	**Materiales utilizados e instrucciones para la toma de muestra (Sello y rotulación)**
		procedimiento en el área del canal rectal.
9. <u>Raspado oral</u> • Cuando hubo, o se sospecha, penetración genital/ oral, con o sin eyaculación.	- Fluido seminal, si hubo penetración oral. <u>Periodo de tiempo:</u> • En el menor tiempo posible. • El enjuague continuo de la boca con la saliva y el comer o beber líquidos, limitará la cantidad de ADN presente en la muestra.	(Ver: Paso #17 del <u>Kit PR 100A)</u> a) Hisopos de algodón estériles. • Utilizar dos hisopos de algodón secos para frotar la cavidad oral (Ej. Bajo la lengua, alrededor de los dientes, mejillas y encías.)
10. <u>Sangre</u> • Cuando se tiene información o se sospecha del uso de alcohol / drogas para facilitar el abuso sexual.	• Presencia de alcohol / drogas en la sangre. <u>Periodo de tiempo:</u> • Recolectar si la ingestión de drogas o alcohol para facilitar el abuso sexual ocurrió **dentro de 24 horas** antes del examen, o si el momento de la ingestión se desconoce. • Evite tomar muestras de sangre, a menos que sea absolutamente necesario, debido al trauma emocional que puede causar al menor. • Si se recolecta, utilizar los métodos menos invasivos posibles. (Ver: Ohio Chapter, AAP Committee on Child	(Ver: Paso #20 del <u>Kit PR 100A)</u> <u>Para muestra de toxicología</u>: a) Tubo con tapa gris (con preservativos de Fluoruro de Sodio y Oxalato de Potasio). • Revisar la fecha de expiración en el tubo y si expiró, reemplazarlo. • Recolectar la cantidad máxima de sangre venosa permitida según el peso del menor por cada extracción de sangre. • Utilizar aguja pediátrica y tubo de sangre, según sea necesario. • Refrigerar, al guardarse, según las normas del

GUÍA PARA TOMA DE MUESTRAS FORENSES A MENORES		
Muestras forenses y Tipo/Naturaleza del Abuso Sexual	**Material recolectado y periodo de tiempo de la recolección**	**Materiales utilizados e instrucciones para la toma de muestra (Sello y rotulación)**
	Abuse and Neglect, 2009).	laboratorio de toxicología.
11. <u>Orina</u> • Si se declara o se sospecha que se utilizó drogas / alcohol para facilitar el abuso sexual.	• Presencia de alcohol/drogas en la orina <u>Periodo de tiempo</u>: Recolectar si la ingestión de alcohol o drogas para facilitar el abuso sexual ocurrió dentro de **120 horas** antes del examen Referencia: Sociedad de Toxicólogos Forenses, SOFT, por sus siglas en inglés (Society of Forensic Toxicologists); Naciones Unidas (UN) Departamento de Drogas y Crimen, 2011).	(Ver: Paso #20 del <u>Kit PR 100A)</u> a) Envase para la orina b) Recolectar tan pronto sea posible, luego del abuso sexual; ya que las drogas se eliminan rápidamente del cuerpo. - Si se recolecta una muestra antes que cualquier otra recolección de evidencia, instruir que no se frote. (Departamento de Salud Pública de Massachusetts, 2005). - Recolectar con un envase esterilizado adecuado, hasta la cantidad máxima que se pueda obtener el Kit provee envase. (El Protocolo Nacional de Exámenes Médico Forenses en casos de Abuso Sexual – Pediátrico 2016, recomienda recoger hasta 30 ml. de orina y utilizar envase con preservativo de fluoruro de sodio, de al menos 1.5%. - Refrigerar o congelar la muestra al guardarse, según

GUÍA PARA TOMA DE MUESTRAS FORENSES A MENORES		
Muestras forenses y Tipo/Naturaleza del Abuso Sexual	**Material recolectado y periodo de tiempo de la recolección**	**Materiales utilizados e instrucciones para la toma de muestra (Sello y rotulación)**
		las normas del laboratorio de toxicología.
12. <u>Cabello (de la cabeza)</u> **<u>NOTA IMPORTANTE:</u>** **El Kit PR 100A, no ordena la recolección de cabello.** – Si se declara o se sospecha que el agresor pudiera haber soltado hebras de cabello, o que pudiera haber material extraño del agresor o de la escena del crimen transferido a la cabeza del paciente. – En caso de que se necesite recolectar evidencia más adelante, por sospecha de uso de alcohol o drogas para facilitar la agresión sexual o si se conoce o se sospecha que hubo exposición crónica a drogas.	• Material extraño en el cabello, presencia de drogas. • Muchas jurisdicciones no acostumbran recolectar muestras de referencia de cabello extraído. • Algunos sólo las recolectan si los laboratorios la solicitan. • Recolectar cabello (de la cabeza) al menos 4 semanas después de la agresión. En caso de sospecha de uso de alcohol o drogas para facilitar la agresión sexual o si se conoce o se sospecha que hubo exposición crónica a drogas. El análisis de cabello puede ayudar a identificar el uso de drogas o la exposición crónica a drogas.	a) Peinilla de dientes finos, tijeras. b) Papel para recolectar evidencia. • Colocar el papel debajo de la cabeza del paciente.. • Peinar el cabello de manera que pueda recogerse cualquier material extraño que caiga en el papel. • Remover el papel, colocar la peinilla en el centro y doblar el papel con la peinilla y la muestra recogida adentro. • Para recolectar evidencia más adelante, recolectar al menos dos muestras de cabello de la cabeza (del grosor de un lápiz) cortando lo más cerca posible del cuero cabelludo.. • Seguir las normas jurisdiccionales y del laboratorio forense para empacar y almacenar.

J. ABUSO SEXUAL FACILITADO MEDIANTE EL USO DE DROGAS Y ALCOHOL

A continuación se incluyen varias recomendaciones para casos de menores en los que el abuso sexual es facilitado con alcohol y/o drogas.

1. **Reconocer que existen múltiples maneras en que el alcohol y/o drogas pueden contribuir al abuso sexual de menores.**
   - Perpetradores pueden utilizar (abierta o clandestinamente) alcohol y/o drogas como rohypnol y gamahidroxibutirato (GHB) y otras drogas ilegales; así como medicamentos como antihistamínicos, anticolinérgicos y antitusivos (Bechtel y Holstege, 2007). El GHB es un depresor del sistema nervioso central que ha popular entre las drogas de abuso. Es conocida como la "droga de fiesta" o "droga para la violación". Se puede conseguir en forma de polvo, líquido o en píldoras.
   - Perpetradores también pueden buscar a menores que han usado sustancias (Ej. Un/a menor víctima de trata humana, al que habitualmente le pueden estar administrando sustancias).
   - Hay menores que son intencionalmente sedados, con alcohol y drogas, para facilitar el abuso sexual. Se utilizan sustancias para inducir somnolencia, sueño profundo, causar amnesia, reducir resistencia de parte del menor y/o evitar que tenga algún recuerdo del abuso sexual (Bechtel y Holstege, 2007; Spiller et al., 2007). Por ejemplo, quienes utilizan a menores para pornografía evitan que tenga algún recuerdo del abuso sexual representado en fotografías o en videos /películas (Spiller et al., 2007). <u>Importante:</u> durante la atención médica forense no debe mostrar fotografías o videos/películas al menor; ya que podría ocasionar una respuesta altamente traumática.
   - Hay cuidadores que sedan a los menores para que se duerman durante una actividad o cuando van a trabajar. Esto deja a los menores en mayor riesgo de abuso y negligencia. En estas situaciones el/la menor no necesariamente va a saber que fue drogado/a, ni qué tipo de sustancia le administraron.
   - Hay menores que pueden estar viviendo, o pasando tiempo, en lugares clandestinos donde se procesa droga y están expuesto a cultivos y/o productos utilizados para la fabricación, uso, venta y distribución de drogas.
   - Hay cuidadores que usan drogas; lo que también interfiere con su capacidad de proveer un ambiente seguro a sus hijos/as. En estas situaciones, hay un mayor riesgo de abuso y negligencia, incluido el abuso sexual (Alianza Nacional para los niños en peligro de drogas, 2015).
   - Hay menores que pueden experimentar voluntariamente con alcohol y drogas, sobre todo si viven o pasan mucho tiempo en un ambiente donde tienen acceso a estas sustancias. El uso de drogas causa deterioro físico y hace a estos menores un "blanco fácil" para depredadores sexuales.

Es necesario reconocer que las personas que agreden sexualmente a menores se han convertido en expertos en identificar a menores que están vulnerables.

2. **Educar al personal de respuesta en el manejo apropiado a casos de abuso sexual de menores en los que está implicado el uso de alcohol y/o drogas**– Es necesario que el personal a cargo de la evaluación forense conozca las políticas existentes para responder a situaciones de abuso sexual en la que se sospecha uso de alcohol y/o drogas. El personal de salud debe preguntar a los pacientes sobre el uso de alcohol y/o drogas durante el proceso de admisión y tratamiento y hacer pruebas de alcohol y drogas si se considera médicamente necesario. Además debe informar sobre el laboratorio designado para pruebas con fines forenses y sus políticas de recolección y preservación de pruebas de toxicología.

3. **Pruebas Toxicología -** en casos de abuso sexual de menores no se recomienda realizar estas pruebas de manera rutinaria, sólo si se sospecha el uso de alcohol / drogas para facilitar el abuso. La información puede ser obtenida al recoger el historial clínico o durante el examen. Debe tener en cuenta nivel de desarrollo del menor y el periodo para recolectar muestras para toxicología.

   El recogido de muestras de toxicología está indicado en las siguientes situaciones:
   a) la condición médica en que llega el/la menor justifica la investigación de toxicología para una atención óptima (Ej. menor presenta somnolencia, fatiga, mareo, mareos, inestabilidad fisiológica, pérdida de memoria, deterioro de habilidades motoras o intoxicación severa),
   b) existe una sospecha de que el/la menor pudo ser drogado o expuesto a alcohol,
   c) hay una sospecha de uso de alcohol y las drogas porque no recuerda evento de abuso sexual.
   (Editado de la Comisión Normalización para la Recolección de Evidencia en Investigaciones de Agresión Sexual, 2013).

4. **Situaciones donde hay uso voluntario de sustancias** – no es motivo para disminuir la gravedad del abuso sexual. El profesional de la salud que atiende un caso de sospecha de abusos sexual debe estar conscientes de que los menores pueden estar renuentes divulgar el uso voluntario de sustancias por temor de ser disciplinados, o ser acusados o arrestados. Tanto el/la menor como sus cuidadores deben ser informados qué acciones, (si alguna) podrían darse luego de la divulgación.

5. **Cuando hay indicadores para realizar pruebas de toxicología** – utilizando un modo y lenguaje apropiado, informará a menor y cuidadores lo siguiente:
   - propósitos de la prueba de toxicología y que los resultados de las pruebas se compartirán con el equipo investigador.
   - la capacidad para detectar e identificar las drogas y el alcohol va a depender de las muestras de toxicología recogidas dentro período de tiempo limitado después de ingerirlas,
   - no hay garantía que las prueba revelarán las sustancias utilizadas para facilitar el abuso
   - las pruebas pueden revelar otras drogas o alcohol que el/la pacientes puede haber ingerido.

- pueden ser necesarias pruebas de seguimiento, o tratamiento, si la prueba revela la presencia de drogas.
- No hacer la prueba cuando está indicado puede afectar el plan de seguridad para el/la menor; así como la investigación o enjuiciamiento.
- el pago de la pruebas de toxicología corresponde al Instituto de Ciencias Forenses, entidad gubernamental.
- cómo y cuándo pueden tener acceso a los resultados de las pruebas toxicológicas.

6. **Recolección de muestras de Toxicología -** para propósitos de toxicología se analiza la orina y la sangre del menor, dentro de los plazos indicados para la prueba. Otras muestras pueden solicitarse según las circunstancias del caso. Tener en cuenta lo siguiente:
   - El tiempo que alcohol y drogas permanecen en la orina o sangre depende de una serie de variables tales como el tipo y cantidad de droga ingerida, tamaño corporal y tasa de metabolismo, si se tenía el estómago lleno, y si había orinado previamente.
   - Las muestras de <u>sangre</u> para los propósitos de toxicología se recolectan <u>solamente en casos agudos.</u>
   - La <u>orina es "la muestra de preferencia"</u> para la investigación toxicológica en casos de abuso sexual facilitado por drogas o alcohol porque permite una mayor ventana de detección que la sangre. Puede ser recolectada en casos agudos y no agudos. Cuanto antes se obtenga la muestra de orina después de su ingestión, mayor la probabilidad de detectar sustancias, que se eliminan rápidamente del cuerpo. (LeBeau, 1999).
   - Se debe <u>recolectar la primera orina disponible</u> dentro de las 120 horas del abuso. La muestra no tiene que ser una toma limpia ya que las bacterias en la orina no comprometen los resultados de la prueba. Idealmente, los pacientes no deben orinar hasta después de que se recoge la muestra. Si orina, debe documentarse la cantidad de veces que el / la paciente orina antes de que se recoja la muestra. Si el/la menor no puede esperar, y necesita orinar antes de llegar a la facilidad médica, se puede solicitar a cuidador o personal de primeros auxilios, que recoja una muestra y la lleve a la facilidad de salud, documentando la cadena de custodia. Se recomienda que oficiales de policía, paramédicos, personal del servicio de protección infantil y de los equipos de respuesta tengan envases e instrucciones para recolectar la muestra de orina en estos casos.
   - Recoger una muestra de sangre si está dentro de 24 horas desde el abuso - esta evidencia puede precisar el tiempo cuando la droga fue ingerida. Cuando se recoge una muestra de sangre para toxicología, debe estar acompañada por una muestra de orina. Si se necesita conocer nivel de alcohol en la sangre, se debe recoger la sangre dentro de 24 horas de la ingestión de alcohol. Si la muestra de sangre se ha recoge por la sospecha de uso de droga, no necesitará otra muestra; ya que se puede usar la misma para determinar el nivel de alcohol en la sangre.
   - Considerar la necesidad de recoger una muestra de cabello. Estas pueden ser útiles en situaciones en que se retrasa el informe de sospecha de abuso sexual facilitado por

las alcohol/drogas o cuando existe una preocupación sobre la exposición crónica de menores a drogas. A diferencia de la orina o sangre, el cabello puede confirmar la exposición prolongada a fármacos durante un período de semanas a meses después de la ingestión (Cooper, Kronstrand y Kintz, 2012). Pruebas de cabello que resultan positivas no siempre estarán asociadas al abuso sexual en cuanto a tiempo, pero en la población de menores puede indicar el uso de una droga no-terapéutica. (De Jong, 2011).

- Evaluar la existencia de otras posibles fuentes para las pruebas de toxicología. Por ejemplo, envases que pueden contener restos de drogas o muestras de vómitos del menor. Es importante que el personal de primera respuesta conozca las instrucciones para la toma de muestras para toxicología utilizadas por la jurisdicción.

INSTRUCCIONES DE MUESTREO DE TOXICOLOGÍA

Muestra	Periodo de tiempo	Materiales	Instrucciones para tomar la muestra
Orina	Se recoge dentro de las 120 horas del abuso, cuando se sospecha abuso sexual facilitado por drogas o alcohol.	– Contenedor estéril apropiado con por lo menos 1.5% fluoruro sódico conservante.	• Recolectar, lo más pronto posible, después del evento; ya que las drogas se eliminan rápidamente del cuerpo. • Recoger un mínimo de 30 ml de orina (hasta el monto máximo que se pueda obtener). • Si recolecta la muestra de orina antes de otras pruebas, debe indicar a paciente que no limpie el área. • Almacenar refrigerado o congelado, según las políticas del laboratorio de toxicología.
Sangre	Se recoge dentro de las 24 horas del abuso, si se sospecha abuso sexual facilitado por drogas o alcohol	– Toallita sin alcohol (alcohol-free prep pad) o hisopo con betadine – Tubo tapa gris (de fluoruro de sodio conservante y oxalato de potasio)	• Recolectar mayor cantidad de sangre venosa permitida por peso del menor por dibujar sangre. Refrigerar cuando almacenan, según las políticas del laboratorio de toxicología.

Muestra	Periodo de tiempo	Materiales	Instrucciones para tomar la muestra
		– la aguja y tubo de sangre pediátrico.	
Cabello	En los casos de informes retrasados de abuso sexual facilitado por alcohol o drogas y o en casos de exposición crónica a las drogas, recolectar al menos 4 semanas después del abuso.	– Tijeras – Papel	• Recopilar al menos dos muestras de cabello (grosor de un lápiz) cortando el cabello tan cerca del cuero cabelludo como sea posible. • Almacenar a temperatura ambiente, en un ambiente seco protegido de la luz, según las políticas del laboratorio de Toxicología
Otro	Si menor vomita, recoger muestras de vómito. Recoger envases que puedan tener residuos de medicamentos / fármacos utilizados para facilitar el abuso sexual.	– Herramienta de recolección (Ej. cuchara, cuentagotas, dispositivo de aspiración u otra. – Recipiente con una tapa con cierre hermético para evitar fugas y contaminación. – Embalaje para contenedores	• Recoger muestra de vómito con herramienta de colección, disponible. • Poner en un recipiente y sellar. • Si el vómito está en la ropa u otros objetos, coloque objetos en un recipiente y selle. • Los envases con residuos de medicamentos deben ser embalados individualmente para evitar la contaminación cruzada de muestras biológicas. • Seguir las políticas del laboratorio de toxicología para almacenamiento refrigerado o congelado de productos secos y mojados.

Mientras más orina y sangre pueda recolectar es mejor. Siga las guías pediátricas para la recolección de sangre.

7. Pruebas de toxicología para propósitos de atención médica, pueden realizarse en la facilidad de salud - Si las muestras de toxicología son necesarias para fines clínicos y

forenses, se puede recoger una muestra para evaluación inmediata por el laboratorio de la facilidad de salud y otra para ser analizada por el laboratorio de toxicología forense. Debe recolectar las muestras a la vez para evitar más molestias al menor.

Debe mantener las muestras recogidas para toxicología separadas. El laboratorio de la facilidad de salud no debe analizar muestras de toxicología forense en casos en que se sospecha abuso sexual facilitado por drogas o alcohol.

Personal a cargo de la investigación deben tener la información sobre el laboratorio que procesa la toxicología persona contacto, las pruebas que realizan, procedimientos para la recogida de muestras, sellado, empaquetado, etiquetado, almacenamiento refrigerado, manejo y transferencia, incluyendo el transporte y entrega. Igual que con cualquier evidencia forense, la cadena de custodia debe ser mantenida y documentada.

En casos de menores las pruebas de toxicología son más clara que con personas adultas; ya que la presencia de alcohol y/o drogas en el sistema de un menor, que no sea un medicamento prescrito o sustancias que pasan a través de la leche materna, es indicativo de una situación que es necesario atender. (Ej. Negligencia, maltrato, abuso sexual).

K. EVALUACION Y CUIDADO DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Los/as menores que son víctimas de abuso sexual están en riesgo de adquirir una ITS como resultado del abuso.

Factores que indican la necesidad de pruebas de infecciones de transmisión sexual (ITS) en menores
• Menor tiene signos o síntomas de las ITS (p. ej., flujo vaginal o dolor, picazón genital u olor, síntomas urinarios y lesiones genitales o úlceras). • Menor fue penetrado o hay evidencia de una lesión por penetración a los genitales, ano y orofaringe, curada recientemente. • Menor ha sido abusado por un extraño. • Menor ha sido abusado por agresor que se conoce está infectado con una **ITS** o está en alto riesgo de ITS (Ej. usuario de drogas intravenosas, personas con múltiples parejas sexuales, hombres que tienen sexo con hombres, o persona con historial de ITS). • Menor ya ha sido diagnosticado por ITS. • Cuidador solicita pruebas de ITS. • Hay un familiar u otra persona en la casa con una ITS. • Menor vive en una zona con una alta tasa de infecciones de transmisión sexual (ITS). **(CDC 2015; Jenny, Crawford Jakubiak y Comité de abuso infantil y negligencia, 2013)**

Al atender menores que divulgan o se sospecha abuso sexual el personal examinador deben prestar atención a las siguientes recomendaciones:

1) **Integrar la evaluación de infecciones de transmisión sexual (ITS) al examen médico-forense** – si la persona agresora tiene una ITS, el /la menor víctima de abuso

sexual estará un riesgo de contagio. Se procederá con la evaluación de ITS: (1) para determinar si existe una ITS y que, de existir, se pueda tratar; y (2) para obtener evidencia para uso potencial en investigaciones legales. Las facilidades de salud deberán tener los mecanismos necesarios para dar continuidad a la atención médica, hacer revisión oportuna de resultados, velar por el cumplimiento del régimen y observar reacciones adversas al tratamiento terapéutico o profiláctico. (CDC, 2010).

2) **Reconocer que el diagnóstico de una ITS en un/a menor puede ser evidencia de que ha sido víctima de abuso sexual.** El CDC (2015) observó que la identificación de agentes sexualmente transmisibles en menores, más allá del período neonatal, sugiere abuso sexual (Jenny, Crawford Jakubiak y Comité de abuso infantil y negligencia, 2013). Hay que tener en cuenta que la identificación de un agente de transmisión sexual en un menor, como prueba de posible abuso sexual, varía según el agente patógeno (CDC, 2015). Las adquisición postnatal de infección por Gonorrea Neisseria, Sífilis, Chlamydia Trachomatis y VIH (no por transfusión, ni perinatal) son indicativos de abuso sexual. En casos de Trichomonas vaginalis, Herpes genital o Verrugas anogenital son sospecha de abuso sexual.

3) **En todo caso de menor que presente una ITS, se investigarán factores de riesgo, los contactos, historial médico y social y se evaluará como caso de abuso sexual -** Todo examinador/a pediátrico debe conocer sobre las diferentes infecciones de transmisión sexual en menores y tiene que reportar al servicios de protección infantil y/o la policía, si es que el caso no está siendo investigado como posible abuso sexual (Black et al., 2009; CDC, 2015; Jenny, Crawford Jakubiak y Comité de abuso infantil y negligencia, 2013, Girardet et al., 2011, American College of Emergency Physicians [ACEP] 2013; CDC, 2010).

4) **Proporcionar información de ITS a menor y cuidadores, en un lenguaje que sea comprensible apropiado para ambos –** el personal examinador debe:
   - ofrecer información sobre los riesgos de enfermedades/infecciones de transmisión sexual para menores, los síntomas, la necesidad de hacer pruebas, las opciones de tratamiento (incluyendo beneficios y efectos secundarios) y la atención y pruebas de seguimiento (adaptado de CDC, 2010), según sea necesario.
   - Ofrecer información y hacer referido, a los programas existentes en la comunidad que ofrecen servicios de seguimiento que incluyen apoyo emocional, consejería, tratamiento y pruebas, entre otros).
   - informar que los resultados de estas pruebas será compartida con el personal a cargo de la investigación.

5) **Considerar la necesidad de realizar pruebas de ITS, caso por caso -** En cada caso de abuso sexual, o de sospecha debe realizarse evaluación del riesgo de ITS. Sin embargo, algunos menores, pueden o no requerir pruebas diagnósticas según su presentación, examen y cernimiento del riesgo desde el abuso sexual y de alguna exposición adicional que pudiera haber después del abuso sexual.

6) **Realizar pruebas para organismos específicos, si es indicado** - Si existen síntomas, signos o indicadores de ITS, el/la menor debe ser evaluado/a. (Black et al., 2009; CDC, 2015; Girardet et al., 2011). Si es necesario hacer pruebas diagnósticas, el personal examinador documentará en el expediente médico las pruebas realizadas y sus resultados. Las implicaciones de salud y legales de los resultados de las pruebas en casos de abuso sexual de menores, justifican el tiempo, la labor y el costo de las pruebas de ITS, de alta especificidad y sensibilidad (CDC, 2015).

GUIAS GENERALES PARA LAS PRUEBAS DE INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL (ITS)		
Infección	**Síntomas**	**Pruebas**
1. Neisseria gonorrhea (NG) –Esta infección no asciende la vía genitourinaria en niñas prepuberales. –Esta infección ES DIAGNÓSTICA de abuso sexual infantil, luego de descartada la transmisión perinatal.	Menores con gonorrea vaginal pueden estar sintomáticos (secreción vaginal) o asintomáticos. Menores con gonorrea en la faringe y/o rectal pueden ser asintomáticos (Matthers & Rein, 2015)	1) **<u>Prueba de amplificación de ácido nucleico (NAAT)</u>** - se puede utilizar pruebas para detectar la gonorrea en niñas prepuberales (Adams et al., 2015; N Black et al., 2009; CDC, 2015; Papp, Schachter y Gaydos, 2014). La muestra de orina para el NAAT puede obtenerse de un espécimen no limpio. (Black et al., 2009). En la ausencia de NAAT, obtener cultivo de hisopos de la vulva y al lado del orificio vaginal. 2) **<u>Cultivo –</u>** es el método preferido para la prueba de drenaje uretral en niños, y para muestras oro faríngeas y anales de niñas y niños (CDC, 2015; Papp, Schachter y Gaydos, 2014). • Se conservarán todas muestras positivas en el laboratorio para pruebas adicionales (CDC, 2015). • Todo resultado positivo de NAAT debería repetirse con prueba de cultivo o tecnología alterna de NAAT. Nota: un NAAT positivo persiste por semanas después del tratamiento. (WA, 2012)

GUIAS GENERALES PARA LAS PRUEBAS DE INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL (ITS)		
Infección	**Síntomas**	**Pruebas**
2. Chlamydia trachomatis (CT) – Esta infección no asciende la vía genitourinaria en niñas prepuberales. – Esta infección ES DIAGNÓSTICA de abuso sexual infantil, luego de descartada la transmisión perinatal.	La infección vaginal o anal es con frecuencia asintomática y puede persistir por meses o años sin síntomas. Si hay síntomas estos serán: descarga, disuria y es posible dolor abdominal y rectal (Amaya & Kellogg, 2011)	– La prueba es igual a la usada para gonorrea, excepto que no se recomienda tomar muestras oro faríngeas. Si la infección es adquirida perinatal puede persistir más allá de los 2 años. – Algunos laboratorios no hacen distinción entre Chlamydia Trachomatis y Chlamydia Pneumonía.
3. Sífilis – Esta infección ES DIAGNÓSTICA de abuso sexual infantil, luego de descartada la transmisión perinatal. – La falta de identificación prenatal de sífilis de en la madre, puede resultar en la transmisión vertical de sífilis, hasta 4 años después del nacimiento. – Menores que se presentan con infecciones primarias (después de 6 meses de edad) o secundarias (después de 15 meses) deben ser víctimas de presunto abuso sexual (Amaya & Kellogg, 2011).	La mayoría de los casos estarán asintomáticos. Asintomáticos en la inoculación primaria de vulva, labia, pene, escroto, anal, rectal, oral o extra genital. Síntomas en secundarios cutáneos y constitucional, pero la mayoría es asintomático (WA, 2012)	La prevalencia de sífilis en menores que han sufrido abuso sexual es bastante baja. Se recomienda realizar pruebas sólo en situaciones de alto riesgo. Puede ser difícil diferenciar entre una sífilis adquirida perinatal de la adquirida posteriormente – Se puede realizar microscopía de campo oscuro (examen directo del exudado de la lesión) y/o fluorescencia directa de anticuerpos (DFA). – Serología: en ausencia de lesiones, se recomienda la prueba serológica para anticuerpos contra T. Pallidum. – Consulte la sección de CDC (2015) sobre sífilis.

GUIAS GENERALES PARA LAS PRUEBAS DE INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL (ITS)		
Infección	**Síntomas**	**Pruebas**
4. Herpes simplex virus (HSV) Esta infección es altamente SOSPECHOSA DE abuso sexual infantil. Es necesario descartar inoculación propia (Ej. menor con herpes oral que inocula órganos genitales) o inoculación por persona adulta con herpes genital u oral o durante el contacto con menor como cuidador. (Ej. al cambiar pañales) (WA, 2012).	Disuria, vesículas / úlceras genitales o perianales. La infección primaria puede estar acompañada de malestar y fatiga (WA, 2012)	**1)** Obtener muestras de todas las lesiones mucocutáneas y enviar para cultivo viral o prueba de PCR (reacción en cadena polimerasa) (CDC, 2015). Los cultivos han sido reemplazados por PCR en muchos laboratorios debido al costo y mejor rendimiento (CDC, 2015). **2)** Serología: cuando no hay lesiones las pruebas serológicas, detectará anticuerpos HSV, 2 a 3 semanas después de la infección. Se deben ordenar pruebas serológicos HSV-2 o HSV-1. **3)** Consultar la sección de CDC (2015) sobre infecciones genitales por HSV.
5. Human papillomavirus (HPV) Condylomaacuminata Esta infección es altamente SOSPECHOSA DE abuso sexual infantil. A más edad mayor es el riesgo de contraer VPH por abuso sexual. Menores mayores de 4 o 5 años de edad están a mayor riesgo que más pequeños.	Presencia de condiloma en áreas oral y anogenital.	**1)** Examen clínico de lesiones sospechosas de HPV. **2)** Examen histológico si el diagnóstico clínico no está claro. **3)** Tenga en cuenta que la biopsia y tipificación de HPV no diferencia de adquisición sexual o no sexual. **4)** Realizar pruebas para la presencia potencial de otras ETS. (Sinclair, maderas y Sinal, 2011).
6. T vaginalis (TV) Esta infección es altamente SOSPECHOSA DE abuso sexual infantil. Podría ser el resultado de una infección adquirida perinatal.	Las niñas con esta infección, vaginal o uretral, pueden estar sintomáticas o asintomáticas.	**1)** Cultivo para T. vaginalis y "wet mount". (Hay que diferenciar entre las distintas especies de trichomonas, como T. vaginalis es la única especie específica de transmisión sexual). **2)** Alternativamente, considerar la prueba de una porción de la muestra de orina 'sucio' para T. vaginalis. <u>Observación</u>: actualmente no hay otro método de confirmación disponible

GUIAS GENERALES PARA LAS PRUEBAS DE INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL (ITS)		
Infección	**Síntomas**	**Pruebas**
		para T. vaginalis que el NAAT. (CDC, 2015)

7) **Considerar el tiempo de prueba inicial y seguimiento** (CDC, 2015) - Los resultados de las pruebas de ITS después de una exposición reciente suelen ser negativos a menos que menor tenga una condición preexistente (Day y Pierce-Weeks, 2013). Si no se identifica una infección durante el examen médico forense, y la exposición fue reciente, se deben repetir las pruebas aproximadamente 2 semanas después de las iniciales. Tenga en cuenta que la gonorrea y la clamidia pueden dejar de ser visibles espontáneamente en preadolescente. Se deben hacer pruebas de seguimiento en tiempo apropiado. Las decisiones acerca de las pruebas que deben ser realizadas se hará de manera individual. En algunos casos el cernimiento inicial puede ser suficiente. (Ej. cuando ha transcurrido una cantidad de tiempo sustancial entre la última sospecha de abuso y el examen médico- forense.

   Si las pruebas base y el examen para las verrugas genitales fueron negativas, pero existe preocupación sobre la transmisión de sífilis, VIH, hepatitis B o VPH, se recomienda hacer prueba serológica y examen aproximadamente 6 semanas y 3 meses después del abuso sexual. En este periodo se pueden desarrollar anticuerpos y aparecer signos de infección (CDC 2015). La prueba del VIH también se recomienda sea realizada nuevamente a los 6 meses después del abuso sexual.

8) **Posponer el tratamiento de ITS hasta después de que se llevan a cabo pruebas iniciales y resultados positivos sean confirman con exámenes de seguimiento** (CDC, 2015) - No se recomienda el tratamiento por varias razones: a) la incidencia de la mayoría de las ITS es baja después de abuso sexual en menores prepuberales; b) las niñas prepuberales parecen estar en menor riesgo de infección ascendente que las adolescentes o mujeres adultas; c) las pruebas regulares de seguimiento y tratamiento generalmente están asegurados en casos de menores. (CDC, 2015). Algunos menores o sus cuidadores pueden preocuparse por la posibilidad de ITS aun cuando el/la examinador vea que el riesgo es bajo. Estas preocupaciones pueden ser un indicador adecuado para ofrecer tratamiento presuntivo, en algunos casos y puede ser considerados luego que las pruebas de diagnóstico han sido obtenidas (CDC, 2015). Ver las Guías para el Tratamiento de ITS del CDC, ww.cdc.gov/std/tg2015/default.htm.

9) **VIH** - El riesgo de un/a menor adquiera VIH como resultado de abuso sexual debe ser considerado durante la evaluación médica-forense. Si hay un riesgo en un caso individual, la profilaxis de post exposición no ocupacional (nPEP) debe ser una

alternativa. Cuanto antes se inicie la nPEP después de la exposición, mayor será la probabilidad de evitar la transmisión del VIH, (Day y Pierce-Weeks, 2013). El periodo de tiempo para iniciar nPEP es corto, tiene que ofrecerse no más tarde de 72 horas posterior a la exposición.

a) La decisión de recomendar la prueba serológica del VIH, así como la nPEP para VIH, depende de: a) la epidemiología local, b) una evaluación caso por caso de los factores de riesgo en el perpetrador y detalles de cómo fue el abuso. Es muy difícil calcular el riesgo para un paciente individual, porque en la mayoría de los casos no se conocen detalles sobre los factores de riesgo y estado serológico del perpetrador (WA, 2012).

b) La infección por VIH se ha reportado en menores cuyo único factor de riesgo conocido fue el abuso sexual. Menores pueden estar en más alto riesgo de infección por el VIH que las víctimas de agresiones sexuales adolescentes y/o adultas porque el abuso sexual está frecuentemente asociado con múltiples episodios de abuso y el trauma en el tejido mucoso puede ser más probable.

c) Características que influyen en el riesgo de contagio son: penetración anal u oral con el pene, lugar de la eyaculación, la carga viral al eyacular, la presencia de una ITS o lesiones genitales en el perpetrador. (CDC, 2005; Day y Pierce-Weeks, 2013).

d) Es importante estar actualizado sobre las pruebas y recomendaciones profilácticas en las guías del CDC. Los/as examinadores deben conocer y poder explicar a los/as menores y sus cuidadores, de manera apropiada lo siguiente:

- Los riesgos de infección por el VIH para menores víctimas de abuso sexual;
- Beneficios (probados y no probados) y la toxicidad de la nPEP;
- Beneficios de la adherencia al tratamiento/dosis recomendadas y el costo del régimen.
- La importancia de hacer pruebas de seguimiento con un médico pediátrico o especialista en la atención de enfermedades infecciosas y con conocimiento del VIH;
- Referir médico, a disponibles en la comunidad; y
- Donde obtener ayuda para gastos médicos y transportación a las citas.

e) Aunque no hay datos suficientes sobre la eficacia de la nPEP, el tratamiento es bien tolerado por bebés y menores con y sin infección de VIH. Los menores tienen un riesgo mínimo de reacciones adversas graves debido al periodo corto que se recomienda para la profilaxis (de 28 días).

EVALUACIÓN DE RIESGO DE VIH POSTERIOR A LA EXPOSICIÓN, EN MENORES (DENTRO DE LAS 72 HORAS DE ABUSO SEXUAL)
• Revisar la epidemiología local de VIH/SIDA, evaluar riesgo de infección por VIH en el perpetrador y hacer pruebas de infección por VIH. • Evaluar circunstancias de abuso sexual que pueden afectar el riesgo de transmisión del VIH. • Consultar con un médico especialista que atienda menores con infección por VIH, para determinar dosis adecuada para la edad y los regímenes de nPEP a considerar.

EVALUACIÓN DE RIESGO DE VIH POSTERIOR A LA EXPOSICIÓN, EN MENORES (DENTRO DE LAS 72 HORAS DE ABUSO SEXUAL)
• No retrasar la profilaxis de post exposición por falta de un especialista. Es importante que los/as examinadores/as pediátricos establezcan relación con especialistas en enfermedades infecciosas en su región; así como con las clínicas locales de VIH (CPTET's). • Puede obtener ayuda sobre la profilaxis de post exposición llamando a la Línea Nacional (PEPLine), al **teléfono: 888-448-4911**, en la línea VIH/SIDA: **1-800-933-3413** (para consulta clínica). Para obtener más información puede ir al Centro de consulta clínica en http://nccc.ucsf.edu. • Ponderar el beneficio potencial del tratamiento y el riesgo de reacciones adversas. • Considerar la probabilidad de que se siga el régimen profiláctico. • Discutir el tratamiento de profilaxis de post exposición (nPEP) con menor y su cuidador/a. Explicar posibles beneficios, toxicidad y eficacia desconocida. • Si se inicia la profilaxis de post exposición (nPEP), se facilitarán las dosis establecidas en protocolo hasta la visita de seguimiento, (3 a 7 días después de evaluación inicial). • En la cita de seguimiento el/la menor será reevaluado y se evaluará la tolerancia al medicamento recetado. • Evaluar el método más eficaz para lograr el cumplimiento con el régimen de nPEP; si facilitar una dosis inicial ("starter pack"), aumentar la dosis, o dar la receta completa de 28 días, por adelantado. • Realizar, antes de iniciar la nPEP, laboratorios (CBC y otros) como línea base. No esperar resultados de VIH para iniciar nPEP. • Realizar pruebas de anticuerpos de VIH durante el examen inicial y nuevamente a las 6 semanas, 3 meses y 6 meses después del abuso sexual. Si la prueba inicial es negativa, se debe repetir en los intervalos anteriores. Si no se hizo prueba durante la evaluación inicial se explicará a menor y su cuidador que debe regresar para realizar la prueba.

10) **Seguimiento a pruebas de ITS y cuidado-** el seguimiento después de la evaluación médico forense, ya sea con el médico primario de menor, en un centro de examen o con un/a especialista, da la oportunidad de:
    - detectar nuevas infecciones adquiridas durante o después del abuso.
    - completar vacunas para hepatitis B y de VPH, si se indica.
    - discutir los resultados de la prueba, completar / repetir las pruebas necesarias.
    - discutir los resultados de la prueba de VIH monitorear y efectos secundarios de monitor y adherencia al tratamiento.

    En el contacto con el/la menor y su cuidadores debe incluir un recordatorio de las fechas para citas de seguimiento y de recibir el tratamiento, inmunizaciones y pruebas relacionadas. Examinadores pediátricos, personal del CIMVAS, intercesores/as, pueden ayudar a menores y cuidadores a coordinar citas de seguimiento, obtener transportación e identificar recursos para ayudar a pagar gastos relacionados con las pruebas de seguimiento y atención médica.

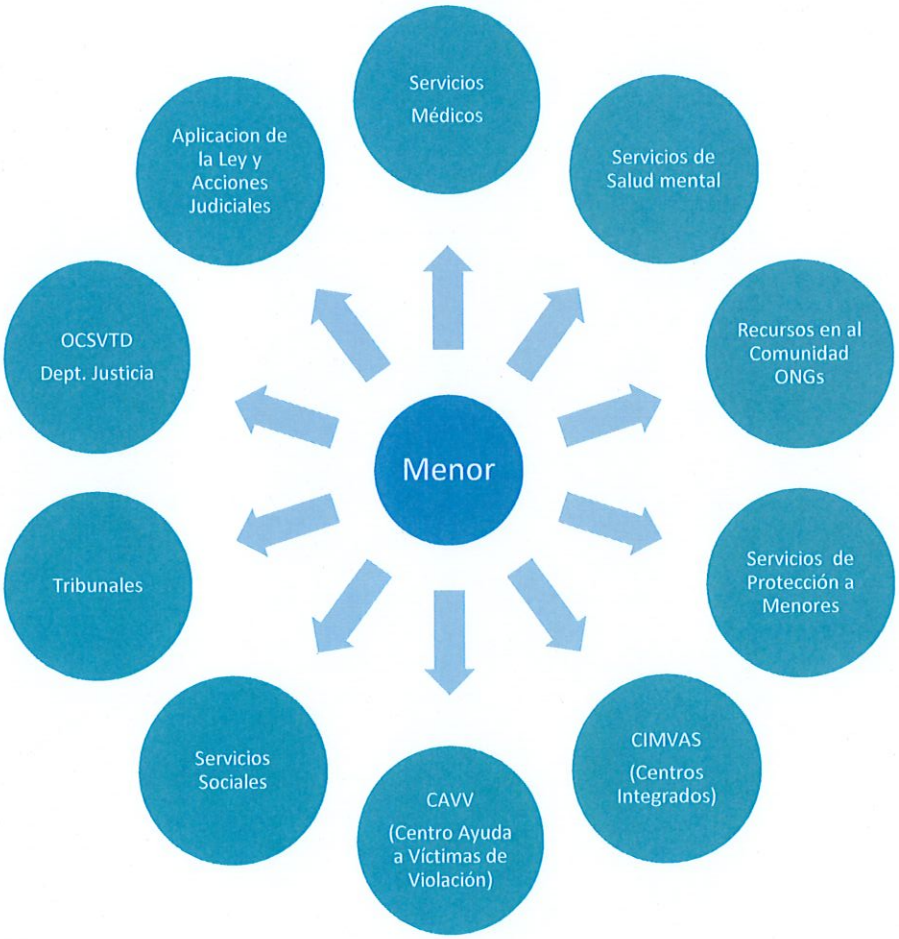
Es posible cubrir parte del tratamiento de seguimiento a través de fondos de compensación para las víctimas de delitos. Esto favorece que los pacientes estén más dispuestos a dar seguimiento a su tratamiento. Los/as intercesores/as también pueden acompañar a los pacientes a las citas de seguimiento.

11) **Coordinación con el personal de primera respuesta** – este personal deben reconocer que es tarea del examinador/a realizar el cernimiento ordenar las pruebas y tratar al paciente con una ITS, según sea indicado. Los/as examinadores pueden ayudar al personal de primera respuesta a entender cuál evidencia de ITS es indicativa de abuso sexual. El **personal de primera respuesta** debe capacitarse sobre la importancia de mantener el tratamiento iniciado y del periodo de tiempo apropiado para dosis adicionales; así como estar familiarizados con los recursos / servicios de salud a los cuales referir. Integrantes de los Equipos de Respuesta deben proteger la información relacionada con ITS, en los expedientes médicos del menor. Investigadores de la Policía, Fiscales deben estar al tanto de las políticas jurisdiccionales para, realizar legalmente, las pruebas de ITS a personas sospechosas en casos de abuso sexual, sean voluntariamente o mediante orden del tribunal (Amaya & Kellogg, 2011).

L. PLAN DE ALTA Y SEGUIMIENTO

El abuso sexual infantil tiene un impacto a largo plazo en la salud física y salud mental. Es necesario antes de dar de alta, establecer un plan con el/la menor y su cuidador/a, para garantizar los servicios de seguimiento que se requieren luego del examen forense a menores evaluados por alegación de abuso sexual; aunque no se tenga certeza de que el abuso sexual ocurrió. Se recomienda coordinar el seguimiento en conjunto con otros integrantes del Equipo de Respuesta. Es importante que la consejería y otros servicios de apoyo, que se coordinen para las intervenciones de seguimiento, sean servicios "informados en trauma".

Agencias y organizaciones en la Comunidad para coordinar servicios a menores víctimas de abuso sexual



Algunas recomendaciones específicas, para facilitar el proceso de alta son:

1. **Utilizar materiales y formularios estandarizados** - Se recomienda utilizar materiales y formularios diseñados especialmente para el proceso de alta para casos de menores que han sido evaluados/as por abuso sexual. El uso de formularios y materiales puede ayudar al personal examinador a mantener el enfoque en temas de salud durante la planificación del alta. Es importante asegurar que estos documentos tengan instrucciones claras, sean culturalmente inclusivos y se adapten a las capacidades de comunicación de los niños y niñas y sus cuidadores. Puede considerarse tener diferentes formularios y materiales para cada uno. (Ver Sección Apéndices).

2. **Explicar a menor y cuidador instrucciones de alta**- La información tiene que ser discutida con paciente y custodio. El/la examinador puede resumir y/o explicar verbalmente:
   a) los servicios ofrecidos, pruebas realizadas, medicamentos administrados / recetados.
   b) los servicios y pruebas de seguimiento programadas y lugar en que serán ofrecidos.

c) las reacciones comunes en menores abusados sexualmente y respuestas útiles.

3. **Asegurar la comodidad de menor, antes del alta -** Esto puede incluir:
   - permitir que se lave y cepille los dientes,
   - proporcionarle ropa para cambiarse, si su ropa se recogió como evidencia,
   - ayudarle a vestirse (dependiendo de su edad y disponibilidad de un cuidador),
   - facilitarle un refrigerio (bebida / merienda), si tienen hambre y sed, etcétera.

4. **Facilitar la planificación del alta con menor y cuidador/a-** si menor acepta el examinador puede invitar a otros respondedores implicados en el proceso de examen médico forense, a participar en las instrucciones mediante una "Conferencia de Alta", dependiendo de su disponibilidad y necesidades del caso concreto. Por ejemplo, el personal de intercesoría – Trabajo Social que ha acompañado a menor y a cuidador durante el examen, proveedor/a de servicios de salud mental, personal médico especialista, etc. La participación de otros componentes del Equipo de Respuesta variara dependiendo de si el examen era agudo o no-agudo y de las necesidades de seguimiento.
5. Tener en cuenta que la atención y pruebas médicas de seguimiento incluyen (dependiendo del caso):
   - **tratamiento médico de seguimiento** para los problemas de salud identificados en el examen.
   - **pruebas de seguimiento** de ITS, incluyendo el VIH y tratamiento.
   - **un examen de seguimiento a corto plazo**, en casos que presentaron lesiones/trauma agudo (incluyendo casos quirúrgicos), para documentar el desarrollo de resultados visibles y áreas de la fotografía de la lesión y luego examen entre 2 y 4 semanas después para a la resolución de los hallazgos y curación de las heridas / lesiones.
6. **Programar las citas médicas de seguimiento, antes de dar de alta-** En la medida de lo posible, el personal examinador coordinará la cita para seguimiento médico en la facilidad o con el proveedor apropiado (médico primario, clínicas externas de la facilidad de salud, clínica de seguimiento de la comunidad).
7. Establecer acuerdos para ayudar a menor y la persona a cargo de su custodia a superar cualquier obstáculo que se presente, con integrantes del Equipo de Respuesta, de manera que pueda recibir los servicios de seguimiento que necesite. Por ejemplo: conectar al cuidador/a con trabajador social del hospital, o el personal del intercesoría del CAVV-CIMVAS, del Departamento de la Familia, de servicios municipales, para ayudar con asuntos como el transporte a citas, gastos médicos, coordinación de servicios de salud mental, hablar de dinámica familiar en la que, por ejemplo, los hermanos u otros familiares de menor la /lo culpan de "romper la familia" y le presionan para decir que ha mentido sobre el abuso.

ASUNTOS PARA ATENDER DURANTE EL ALTA
• **Validar** los sentimientos del / de la menor sobre el examen, aliviar temores relacionados y motivarle a recibir la ayuda necesaria para que se sienta seguro/a y pueda sanar del abuso. • **Repasar** lo que se hizo durante el examen (dependiendo del nivel de desarrollo del niño). Puede ser útil pedirle que narre lo que ocurrió durante el examen y reforzar que era apropiado y pertinente, destacando que "no es un secreto". • Explicar los **servicios** médicos **ofrecidos**, hallazgos del examen, pruebas administradas, medicamentos recetados, servicios y pruebas de **seguimiento**. El personal examinador debe explicar que, aunque los hallazgos del examen y las muestras forenses recogidas pueden contribuir a la investigación y enjuiciamiento de las/s persona/s agresora/s, los detalles de la **investigación** y enjuiciamiento corresponden a las agencias de investigación (Policía, Justicia). • Identificar si hay alguna **necesidad** médica o de salud mental inmediata, **sin resolver** o alguna preocupación relacionada con el abuso sexual. • Dialogar con menor y cuidador/a si les gustaría que se le haga una **llamada de seguimiento** con los propósitos de conocer el estado médico y recordarle las citas para pruebas de seguimiento. Si accede documentar, la mejor hora y manera de contactarle (manteniendo su privacidad y seguridad). Un momento óptimo para un primer contacto de seguimiento médico es de **24 a 48 horas después** del alta. Este contacto lo puede realizar el personal examinador u otro profesional de salud que ya esté familiarizados con el caso. • Identificar las **intervenciones psicosociales** que pueden ayudar a menor a lidiar con sus reacciones al abuso sexual y ayudar a miembros de la familia en apoyarle en la curación. El personal examinador debe discutir la importancia del tratamiento de salud mental a menor, a cuidadores y a otros miembros de la familia para mitigar los efectos del abuso (Jenny, Crawford Jakubiak y Comité de abuso infantil y negligencia, 2013). Es importante reconocer la necesidad continua de servicios de apoyo y de salud mental; ya el impacto del abuso sexual puede variar en las diferentes etapas de desarrollo del niño y continuar en la adolescencia y la edad adulta. Además, las intervenciones pueden ser necesarias para abordar el posible impacto de la disfunción familiar sobre niños víctimas de abuso. Puede referir a recursos externos, pero se recomienda que antes establezca contacto directo con el recurso. Debe tenerse cuidado y asegurar que los profesionales de la salud mental tienen experiencia en abuso sexual infantil y pueden trabajar adecuada y respetuosamente con los niños y familias de diversos orígenes y circunstancias. • El personal examinador explicar a menor y a custodio el **rol** de las agencias integrantes del **Equipo multidisciplinario de Respuesta**, sus servicios, horas de operación, personas e información de contacto. • Asegurar el /la menor tienen un **plan para su seguridad física y emocional**, después que sea dado de alta. Reconozca que las necesidades de seguridad y preocupaciones de cada menor son diferentes y únicas. Asegure que el plan está diseñado para enfrentar a esas necesidades y preocupaciones. (Puede ser

necesario hacer planes de alta separados para menor, cuidadores y otros miembros de la familia).

a) Identificar integrantes del Equipo de Respuesta que pueden dar asistencia en **aspectos de seguridad** (Ej. personal de trabajo social del hospital, trabajador de servicios protectores de niños (del Departamento de la Familia), personal del CAVV-CIMVAS, investigadores de la policía, personal de la Oficina de Asistencia a Víctimas del Delito, entre otros). Hay que informar de inmediato a los servicios protección si hay riesgos inminentes para la seguridad física de menor. Es **obligatorio informar**, mediante llamada telefónica a la Línea de Emergencia del Departamento de la Familia, teléfono: 787-749-1333. **Menores con riesgo de seguridad inmediata no deben salir de la facilidad de salud hasta que estos aspectos se atiendan adecuadamente.**

b) **Considerar aspectos de seguridad en distintos escenarios.** Es importante evaluar:

- si en los lugares que frecuenta menor y/o su familia (casa, escuela, actividades extracurriculares, cuido, iglesia, barrio o grupos de pares) puede haber riesgo o amenaza de violencia o persona agresora puede tener acceso a menor.
- Si hay necesidad de albergue de emergencia u otras alternativas de vivienda fuera de la casa.
- Si menor y/o su familia son elegibles para órdenes de protección.
- Si hay necesidad aumentar medidas de seguridad en el hogar,
- Si menor y/o su familia se sienten inseguros.
- Si saben qué hacer para obtener ayuda.
- Si hay un potencial de alguna reacción en contra de menor, luego de la divulgación o sospecha del abuso sexual (Ej. si el presunto agresor/a sexual identificado es miembro de la familia, miembro de la comunidad, persona poderosa y respetada).
- Si menor y/o su familia, con alguna discapacidad, requieren albergue temporal y/o la vivienda accesible y si el personal tiene la capacidad de atender sus necesidades de ayuda para actividades de la vida diaria (adaptado de Nosek y Howland, 1998).
- Si se sabe o sospecha que haya imágenes del abuso sexual han sido compartidos electrónicamente o estén disponibles por internet y cuáles son las estrategias para hacerles frente.
- Si, inadvertidamente, se revela que menor es "gay" o transgénero, a miembros de la familia y evaluar lo que puede hacerse para minimizar el impacto a esta revelación, y las reacciones de la familia, en la sanación del / de la menor.
- Facilitar a menor y custodio instrucciones escritas y materiales que resuman lo discutido en el "plan de alta" y la necesidad de seguimiento, servicios de consejería, salud mental u otros necesarios. Incluir temas

ASUNTOS PARA ATENDER DURANTE EL ALTA
como: procedimientos y resultados del examen, dinámicas del abuso sexual, reacciones de del menores abusados sexualmente, preocupaciones principales en menores y cuidadores, y el proceso de sanación del abuso sexual, cubierta para gastos médicos y servicios psicológicos, recursos disponibles a la comunidad para atender necesidades posteriores relacionadas con el abuso sexual, protección de menores, leyes, servicios de protección a menores, órdenes de protección en casos de abuso sexual, procesos de investigación y proceso legal, según sea el caso. Se recomienda adaptar los materiales para que sean adecuados para menores y culturalmente apropiados.

NOTA IMPORTANTE:

Al hacer referidos a los servicios de seguimiento, el personal examinador debe tomarse en consideración aspectos de confidencialidad con los recursos disponibles, si es una comunidad pequeña donde las personas se conocen. El personal que evalúa, en conjunto con el Equipo Multidisciplinario de Respuesta, deben discutir acerca de la mejor manera de superar retos de confidencialidad y garantizar que los menores y sus familias tengan acceso a la atención de seguimiento y servicios que necesitan.

VI. Centros de Servicios Integrados a Menores Víctimas de Abuso Sexual (CIMVAS)

La Ley #158 del 24 de diciembre de 2013, Ley Habilitadora de los Centros de Servicios Integrados para Menores Víctimas de Abuso Sexual (CIMVAS), según enmendada dispuso el establecimiento y mantenimiento de seis (6) CIMVAS alrededor de la Isla para atender las situaciones de menores con sospecha de abuso sexual. Dos de estos centros pertenecen al Departamento de Salud y están ubicados en las oficinas CAVV CIMVAS Fajardo y CAVV CIMVAS Mayagüez.

El funcionamiento de los CIMVAS parte del modelo de los "Child Advocacy Centers" (CAC), centros integrados para atender situaciones de abuso sexual contra menores, que existen en diversas jurisdicciones de Estados Unidos. Este concepto facilita la coordinación entre las agencias y los profesionales involucrados en el proceso de intervención e investigación de los casos y ha logrado reducir los referidos de maltrato de menores. Los CAC's están regidos por estándares uniformes y son acreditados por la Alianza Nacional de la Niñez ("National Children's Alliance", NCA por sus siglas en inglés).

A. OBJETIVOS DE LOS CIMVAS

1. Identificar o descartar situaciones de abuso en los menores referidos.
2. Proveer servicios interdisciplinarios, incluyendo entrevistas forenses, evaluaciones médico-forenses y servicios sicológicos.
3. Realizar recomendaciones respecto a la seguridad y bienestar de los menores.
4. Proveer una respuesta rápida efectiva que integre los profesionales de las diferentes agencias que intervienen en estos casos.
5. Reducir el número de entrevistas realizadas a estos menores mediante la participación interagencial en el proceso de evaluación de alegaciones.
6. Contribuir a la recuperación emocional de menores víctimas de abuso, a través de su participación en tratamiento sicológico especializado.
7. Proveer apoyo a los familiares o cuidadores no ofensores mediante la participación en grupos psico-educativos estructurados.
8. Mejorar el procesamiento de ofensores sexuales mediante la colaboración interagencial.

B. SERVICIOS DE LOS CIMVAS

Los CIMVAS ofrecen servicios interdisciplinarios que incluyen: evaluaciones médico forenses, entrevistas forenses y servicios psicológicos. Estos servicios son para menores,

desde un (1) día de nacido hasta los 17 años con once meses de edad, que han sido víctimas de abuso sexual o existe una sospecha de abuso sexual intra familiar o extra familiar. Los CIMVAS también, ofrecen servicios de apoyo a los familiares o cuidadores/as no ofensores, mediante su participación en grupos psico-educativos estructurados.

Mediante la participación de interagencial en el proceso de evaluación de alegaciones de abuso sexual busca reducir el número de entrevistas que realizadas a estos/as menores. Además, contribuye a la recuperación emocional de menores víctimas de abuso sexual mediante el ofrecimiento de tratamiento psicológico especializado focalizado en la seguridad y mejor bienestar del menor.

C. PERSONAL DE LOS CIMVAS

El personal de los CIMVAS está compuesto por personal de trabajo social, evaluación de alegaciones, psicología, evaluación de salud y forense y enfermería según establecido en la Ley 158-2013, según enmendada. Los centros CAVV CIMVAS coordinan reuniones de Equipos Multidisciplinarios para facilitar la investigación e de intervención con los casos. Entre las agencias que participan en las entrevistas a través del espejo y las discusiones de caso están: agentes especializados en delitos sexuales de Policía y Fiscalía, Procurador de Menores del Departamento de Justicia y el Departamento de la Familia.

D. DISTRIBUCION DE CIMVAS, POR REGIONES

Existen seis (6) centros CIMVAS alrededor de la isla, administrados por:

Universidad de Puerto Rico-Recinto de Ciencias Médicas:

1. CIMVAS – Biopsicosocial

Departamento de la Familia:

1. CIMVAS San Juan
2. CIMVAS Ponce
3. CIMVAS Camuy

Departamento de Salud:

4. CAVV-CIMVAS Mayagüez
5. CAVV-CIMVAS Fajardo

1) **CIMVAS Biopsicosocial -** Atiende referidos de sospecha de abuso sexual de menores que residen en pueblos del Área Policiaca de Carolina (Carolina, Canóvanas, Loíza y Trujillo Alto). También atienden referidos por otros tipos de maltratado a menores de toda la Isla.

2) **CIMVAS San Juan** - Atiende referidos de sospecha de abuso sexual de menores que residen en pueblos de las Áreas Policiacas de San Juan, Bayamón (Cataño, Corozal, Dorado, Naranjito, Toa Alta, Toa Baja, Vega Alta, Vega Baja, y Comerío) y Caguas (Aguas Buenas y Cidra).
3) **CIMVAS Camuy** - Atiende referidos de sospecha de abuso sexual de menores que residen en pueblos de las Áreas Policíacas de Arecibo y Utuado (Adjuntas, Arecibo, Barceloneta, Camuy, Ciales, Florida, Hatillo, Jayuya, Lares, Manatí, Morovis, Quebradillas y Utuado).
4) **CIMVAS Ponce** - Atiende referidos de sospecha de abuso sexual de menores que residen en pueblos de las Áreas Policiacas de Ponce, Guayama y Aibonito (Aibonito, Arroyo, Barraquitas, Cayey, Coamo, Comerío, Guánica, Guayama, Guayanilla, Juana Díaz, Orocovis, Patillas, Peñuelas, Ponce, Salinas, Santa Isabel, Villalba y Yauco)
5) **CAVV - CIMVAS Fajardo** - Atiende referidos de sospecha de abuso sexual de menores que residen en pueblos de las Áreas Policíacas de Fajardo, Humacao y Caguas (Caguas, Ceiba, Culebra, Fajardo, Gurabo, Humacao, Juncos, Las Piedras, Luquillo, Maunabo, Naguabo, Río Grande, San Lorenzo, Vieques y Yabucoa).
6) **CAVV - CIMVAS Mayagüez-** Atiende referidos de sospecha de abuso sexual de menores que residen en pueblos de las Áreas Policíacas de Mayagüez y Aguadilla. (Aguada, Aguadilla, Añasco, Cabo Rojo, Hormigueros, Isabela, Lajas, Las Marías, Maricao, Mayagüez, Moca, Rincón, Sabana Grande, San Germán y San Sebastián).

E. PROCEDIMIENTOPARA REFERIR A CIMVAS

Los referidos a los CIMVAS serán realizados por personal del Departamento de la Familia, por la Policía de Puerto Rico y/o por Departamento de Justicia. Los CIMVAS atienden los referidos para servicios por alegación o sospecha de abuso sexual de menores, según el lugar de residencia de los menores. Ante la sospecha de abuso sexual el personal evalúa diversos aspectos de la situación, antes de realizar el referido al CIMVAS.

1) El personal Investigador de la Unidad de Investigaciones Especiales (UIE) del Departamento de la Familia o la Policía coordina de inmediato una cita para con la División Especializada de Delitos Sexuales, cuando durante la entrevista se identifica:
    a. Que el/la menor parece ser <u>testigo hábil</u> que ofrece detalles sobre los elementos del abuso e identifica a su alegado ofensor/a.
    b. Que existe información suficiente donde <u>se identifican los elementos del delito y la prueba para sostenerlo.</u>
    c. Que el/la alegado/a <u>ofensor/a fue arrestado</u>/a por el evento de abuso.
    d. Otro posible delito, además de la sospecha de abuso sexual, que pone en <u>riesgo la seguridad física del menor u otras personas.</u>
2) El personal Investigador de la Unidad de Investigaciones Especiales (UIE) del Departamento de la Familia consulta con su supervisor/a la investigación preliminar de

los hechos para establecer el seguimiento correspondiente. Si la División de Delitos Sexuales intervino con anterioridad, se discuten los hallazgos y se establece un plan preliminar.

3) El/la Agente Especializado/a de la División de Delitos Sexuales y Maltrato consulta con el/la fiscal la sospecha de abuso. El/La Fiscal cita al menor, con sospecha de abuso sexual, si durante la consulta con el/la agente especializado/a, éste/a le indica:

a. Que el/la menor parece ser un testigo hábil que ofrece detalles sobre los elementos del abuso e identifica a su alegado ofensor/a.
b. Que existe información suficiente donde se identifican los elementos del delito y la prueba para sostenerlo.
c. Que el/la alegado/a ofensor/a fue arrestado/a por el evento de abuso.
d. Otro posible delito, además de la sospecha de abuso sexual, que pone en riesgo la seguridad física del menor u otras personas.

4) El/La Fiscal da instrucciones a el/la agente de la División de Delitos Sexuales para preservar la evidencia y recopilar la información disponible sobre los hechos que se imputan.

5) El/La Fiscal refiere el caso al Asistente a Víctimas y Testigos quien realiza la siguiente gestión:

a. Orienta sobre los servicios, la carta de derechos, el procesamiento de justicia criminal, y órdenes de protección.
b. Evalúa las necesidades que presenta la víctima para establecer un plan de acción dirigido a mantener la estabilidad que requieren el/la menor y su familia no ofensora.
c. Coordina servicios que estime necesarios con la autorización de los custodios legales o cuidadores no ofensores.
d. Provee un proceso instructivo sobre los procedimientos.
e. Provee apoyo en el Tribunal.

6) Cuando el Plan de Acción incluye referir al menor a los servicios de un CIMVAS, el/la Investigador/a de la UIE, el/la Agente de Delitos Sexuales o el/la Asistente a Víctimas realiza el referido en un período menor a cinco (5) días laborables.

7) Se refiere el /la menor a CIMVAS si hay conocimiento de que:

a. El/la menor presenta hallazgo físico como resultado de abuso sexual u otro tipo de maltrato.
b. El/la menor presenta necesidades especiales.
c. El/la menor no identifica un/a alegado/a agresor/a, a pesar de que se levante una sospecha de abuso sexual.
d. El/la menor parece aprensivo o resistente para ofrecer información básica.
e. El/la menor revela con poca claridad múltiples incidentes de abuso sexual.

f. El/la menor identifica múltiples ofensores.
g. El/la menor, es menor de cinco (5) años y no posee capacidad narrativa.
h. El/la menor muestra un comportamiento sexual inapropiado para su edad y se desconoce el origen de la conducta.
i. El/la menor presenta síntomas emocionales producto de la agresión sexual que ameritan apoyo psicológico.

8) El referido se realiza al CIMVAS correspondiente, para el servicio o servicios que correspondan: evaluación médica-forense, evaluación de alegaciones y/o psicoterapia, según el lugar donde reside el/la menor.

9) Si el/la agente especializado de Delitos Sexuales no ha completado el formulario de referido al CIMVAS, el personal Investigador de la UIE o Manejador/a de Casos del Departamento de la Familia, a cargo de la investigación, tiene el deber de completarlo

10) En el Departamento de la Familia se verifica si, existen antecedentes relacionados a la familia del menor o si existe un caso activo. Esta información es vital desde el inicio de la investigación.

F. CIRCUNSTANCIAS PARA EXAMEN MEDICO FORENSE EN CIMVAS O A TRAVES DE SALA DE MERGENCIA

Los CIMVAS ofrecen el servicio de evaluación médico- forense a menores con alegación de abuso sexual referidos por las agencias indicadas por ley. El propósito de la evaluación es recopilar información del menor a través de un historial médico completo (historial presente, pasado, familiar y social), el examen físico, (incluyendo área genitoanal), laboratorios y/o estudios pertinentes, que ayuden al profesional de la salud a establecer un diagnóstico médico y desarrollar el plan de tratamiento.

Muchos/as menores víctimas de abuso sexual llegan directamente a los hospitales para ser atendidos, en particular, cuando hay alegaciones de agresión sexual (con penetración genitogenital, genitoanal u orogenital), y cuyo último incidente ocurrió o se sospecha que ocurrió en las últimas 72 horas. En estos casos también es necesario recopilar evidencia forense utilizando el Kit de Recolección de Evidencia Médico Forense, comúnmente conocido como "rape kit". Por estas circunstancias es necesario que el personal de las Salas de Emergencias de Puerto Rico, (Médicos /as y Personal de Enfermería), esté preparado para atender, **con prontitud y prioridad**, a los/as menores que lleguen a su facilidad, con una alegación de abuso sexual.

A continuación se especifica el escenario para la evaluación médica-forense, que corresponde en cada circunstancia:

1. **Atención Médica en los CIMVAS-** los CIMVAS realizan la evaluación de menores víctimas de abuso sexual o con sospecha de abuso sexual en horario laborable, bajo las siguientes circunstancias:

a) Menor de un día de nacido hasta 17 años con sospecha de abuso sexual que no tiene evaluación médica previa o la misma es incompleta (no incluye el área genital o anal).

b) Alegación de abuso sexual (penetración genito-anal u orogenital) en las regiones de Mayagüez o Fajardo. Si ocurrió dentro de las 72 horas coordinar con los CAVV CIMVAS la evaluación médico-forense. (787) 765-2285.

c) Menor víctima de abuso sexual que requiere, evaluación médico-forense, evaluación de alegaciones y/o tratamiento terapéutico puede ser referido a CAVV CIMVAS por Familia, Justicia o Policía.

2. **Atención Médica En Hospitales / Centros de Diagnóstico y Tratamiento / Centros de Salud -** las facilidades de salud con Salas de Emergencias, atienden las situaciones de menores víctimas de abuso sexual o con sospecha de abuso sexual, bajo las siguientes circunstancias:

a) Existe sospecha de abuso sexual, cuyo último incidente ocurrió en las últimas 72 horas (últimos 3 días).
b) Menor que presenta sangrado vaginal o rectal agudo o síntomas de enfermedad de transmisión sexual como resultado del abuso sexual.
c) Menor con sospecha de abuso sexual que presenta síntomas que interfieren con la evaluación médica, incluyendo alteración severa en su estado de conciencia o su estado mental y/o emocional.

En estos casos se procede según establecido en el Protocolo de Intervención con Víctimas de Agresión Sexual del Departamento de Salud.

Los CIMVAS atienden la necesidad de servicios interdisciplinarios especializados a menores con sospecha de abuso sexual de forma integrada y en un ambiente seguro, accesible y apropiado para niños. La intervención de un equipo con el conocimiento especializado para realizar una evaluación comprensiva a menores con sospecha de abuso es esencial para realizar intervenciones y tratamientos efectivos que permiten resultados exitosos a largo plazo, para los menores y sus familias Este servicio es, además, de gran ayuda para evitar la revictimización, evita la duplicidad de servicios, agiliza los procesos legales y ayuda a reducir costos, entre otros beneficios.

VII. Aspectos legales y Peritaje

Muchas víctimas de violencia sexual que acuden a facilidades de salud para el examen médico forense no se sienten seguras, ni decididas de reportar el delito a la policía. Pueden tener diferentes razones para no reportar, entre estas: no estar lista para hacerlo, miedo a la persona agresora, incomodidad o desconfianza con el proceso legal, preocupación de que no le crean, sentido de culpabilidad por las circunstancias en que ocurrió la agresión sexual, su estatus migratorio, temor a ser discriminado, entre otras. Los/as profesionales de la salud y de ayuda, que intervienen con una víctima/de agresión sexual, deben conocer y entender que la decisión de informar una agresión sexual a la policía, corresponde a la víctima; excepto en las situaciones donde por ley es obligatorio informarlo (Ej. casos que involucran el uso de armas, si la víctima es menor de edad y el abuso es por un custodio).

No es aceptable presionar a la víctima de agresión sexual a reportar el delito. Esto puede desalentar su futura participación en el proceso legal. Los adolescentes tienen derechos a recibir servicios de salud sexual y reproductiva confidenciales así como servicios de consejería y salud mental hasta por 6 sesiones.

Lo recomendable es:

- orientarle y referirle a los servicios de ayuda disponibles en la comunidad, que ofrecen apoyo y/o ayuda psicológica, ya que en estos se pueden canalizar las necesidades que tenga la víctima y pueden proveerle las herramientas y fortalezas necesarias por si decide denunciar el delito en el futuro.
- orientarle de las alternativas existentes y las implicaciones de cada una.

Toda persona víctima de delitos de violencia sexual tiene derecho a que se procese legalmente a la persona que le agredió. Reportar la situación y querellarse ante la policía es lo que permite al sistema de justicia criminal la oportunidad de:

- ofrecer protección inmediata a la víctima/victima,
- facilitar ayuda para atender sus necesidades,
- recoger evidencia de la escena de crimen,
- investigar el caso,
- procesar legalmente y responsabilizar a la persona ofensora por el delito cometido,
- identificar patrones de violencia sexual en la comunidad y educar al público sobre estos patrones.

A. DELITOS DE VIOLENCIA SEXUAL

En Puerto Rico, la Ley 146 del 2012, según enmendada, conocida como "Código Penal de Puerto Rico", tipifica como **delitos** varias manifestaciones de violencia sexual, entre estas:

- **Agresión sexual** (artículo 130),
- **Incesto** (artículo 131),
- **Actos lascivos** (artículo 133),

- **Acoso sexual** (artículo 135)
- **Pornografía infantil** (artículo 148)
- **Trata humana** (explotación sexual) (artículo 160).

Los delitos de agresión sexual, incesto y actos lascivos están clasificados como delitos graves (Artículo 16 - Código Penal, 2012). Estos delitos prescriben a los veinte (20) años (Art. 87 - Código Penal, 2012), excepto cuando la víctima sea un menor de dieciocho (18) años de edad (Ley núm. 34 del 21 de enero de 2018).

La Ley 34 - 2018 establece la no prescripción para los delitos de incesto, agresión sexual, actos lascivos, trata humana, secuestro agravado, la utilización de un menor para pornografía infantil, el proxenetismo, rufianismo y comercio de personas agravado, cuando la víctima sea un menor de dieciocho (18) años de edad y el acusado haya sido mayor de dieciocho (18) años de edad al momento de la comisión del delito.

Otros delitos de violencia sexual en el ordenamiento legal de Puerto Rico son los siguientes:

- **agresión sexual** conyugal - definido en el artículo 3.5, de la Ley 54 del 15 de agosto de 1989, según enmendada, "Ley para la Prevención e Intervención con la Violencia Doméstica".
- **Abuso sexual de menores** – Ley 246 del 16 de diciembre de 2011, "Ley para la Seguridad, Bienestar y Protección de Menores".
- **Hostigamiento sexual** - Ley Núm. 17 del 22 de abril de 1988, "Ley para prohibir el hostigamiento sexual en el empleo".
- **Acecho** - Ley 284 del 21 de agosto de 1999, "Ley Contra el Acecho en Puerto Rico".

B. PROCESO LEGAL

Si la victima de agresión sexual interesa iniciar el proceso legal, el **primer paso es radicar una querella a la Policía.** Profesionales de ayuda y de la salud pueden colaborar con la víctima/victima en:

- realizar el contacto con la Policía. Personal de la uniformada se presentará a la facilidad de salud y tomará los datos necesarios para la querella. La querella será referida a la División de Delitos Sexuales y asignada a un/a agente/ investigador especializado.
- orientar sobre sus derechos y aspectos legales en casos de violencia sexual y sobre servicios disponibles.

En caso de que la víctima no desee, o no esté lista, para realizar la querella en ese momento, se le facilitará información de teléfonos y dirección del cuartel de la Policía y División de Delitos Sexuales al cual llamar o ir para radicar querella, más adelante. El procedimiento criminal varía de acuerdo a la clasificación de los delitos, si son graves o menos graves.

C. ÓRDENES DE PROTECCIÓN PARA VÍCTIMAS DE AGRESIÓN SEXUAL, INCESTO, ACTOS LASCIVOS O ACOSO SEXUAL

Mediante la Ley 148 del 15 de septiembre de 2015, "Ley para la Protección de las Víctimas de Violencia Sexual en Puerto Rico se estableció que "cualquier persona que haya sido víctima de agresión sexual, actos lascivos, acoso sexual o incesto, según tipificado en la Ley 146-2012, según enmendada conocida como Código Penal de Puerto Rico de 2012, podrá presentar por sí, por conducto de su representante legal, el Ministerio Fiscal o por un agente del orden público, una petición en el Tribunal solicitando una orden de protección, en contra de quien llevó a cabo, provocó o asistió para que se llevara a cabo cualquiera de los delitos antes mencionados, sin que sea necesario la presentación previa de una denuncia o acusación". (Art. 3, Ley 148-2015).

Si el Tribunal determina que existen motivos suficientes para creer que la parte peticionaria ha sido víctima de agresión sexual, actos lascivos, acoso sexual o incesto, podrá emitir una orden de protección. Dicha orden podrá incluir,

a) Ordenar a la parte peticionada abstenerse de molestar, hostigar, perseguir, intimidar, amenazar, a la parte peticionada.
b) Ordenar a la parte peticionada abstenerse de penetrar en cualquier lugar donde se encuentre la parte peticionaria,
c) Ordenar a la parte peticionada entregar a la Policía de Puerto Rico para su custodia, cualquier arma de fuego si a juicio del Tribunal dicha arma de fuego pueda ser utilizada para causar daño a la parte peticionaria o a miembros de su familia.
d) Cualquier orden necesaria para dar cumplimiento a los propósitos y a la política pública de esta Ley.

Información sobre el procedimiento para la expedición de órdenes de protección, el contenido de las órdenes de protección y la notificación a las partes y a las agencias del orden público, se especifica en los Artículos #7, #8 y #9 de dicha Ley (Ley 148-2015).

D. TESTIMONIO DEL/DE LA EVALUADOR/A MÉDICO - FORENSE

Los/as profesionales que realizan el examen médico–forense a una víctima de agresión sexual pueden ser citados a testificar en los tribunales, como testigos de hecho o como peritos (expertos). Por ello **es importante** que todo/a Evaluador/a Médico-Forense **realice un examen completo siguiendo las instrucciones de este protocolo y documente todo el procedimiento realizado.** Se recomienda:

- Mantenerse actualizado sobre las mejores prácticas y la jurisprudencia relacionada.
- Adiestrarse sobre el proceso judicial y el testimonio en corte; así como conocer sobre las estrategias de la defensa y prepararse para el interrogatorio.

También pueden realizar las coordinaciones necesarias para poder estar "on call", y que se comuniquen cuando esté próximo el momento de declarar.

Algunas sugerencias para prepararse a testificar:

- Antes de testificar, debe revisar archivos del examen y mantener un registro de los materiales revisados.
- Prepararse para demostrar sus cualificaciones, discutir la formación académica, experiencia clínica y experiencia previa como perito.
- Si se va a declarar como persona experta o con peritaje, debe prepararse para educar; particularmente a los miembros del jurado.
- Evitar la "jerga" médica, en la medida de lo posible. Si es necesario utilizarla, defina su uso.
- Utilizar la terminología y las descripciones más claras posibles; dirigida a personas legas.
- Escuchar atentamente las preguntas que le realizan.
- Contestar en oraciones breves y concisas. Evitar términos como "creer" o "creo".
- Responder únicamente las preguntas que se hacen. Puede preguntar para aclarar la pregunta, si es necesario.
- Puede hacer pausa antes de dar una respuesta.
- Si no se conoce la respuesta a una pregunta, dígalo. Puede solicitar referirse a registros, si lo necesita.
- No elaborar respuesta, a menos que le soliciten más información.
- Reconozca cortésmente, si observa que se produjo un error u omisión, en el testimonio.
- Recuerde que el informe médico forense, fotografías, los resultados de pruebas y registros médicos son confidenciales. Los hospitales y centros de salud tienen procedimientos para manejar la solicitud de evidencia médico forense mediante emplazamiento (subpoena).
- Utilizar vestimenta apropiada. Limite el uso excesivo de accesorios que pueden ser una distracción.
- Mantener contacto visual con la persona que hace el interrogatorio, así como con el jurado.

- Estar consciente que las preguntas formuladas por la defensa pueden estar diseñadas para crear duda sobre el testimonio. Ej. En preguntas compuestas (en la que parte de la respuesta puede ser "sí" y a la otra ser "no"), asegurarse de dividir las respuestas, según el caso.
- Si las preguntas de la defensa son una interpretación incorrecta de la documentación o testimonio anterior, debe ser corregido.
- Proporcione respuestas coherentes, especialmente si la defensa realiza la misma pregunta varias veces.

VIII. Prevención de la Revictimización en casos de agresión sexual

Es sumamente importante recordar que la persona que ha sido víctima de un delito de violencia sexual, ha pasado una experiencia traumática. Es necesario intervenir con sensibilidad, de manera que realmente se pueda ayudar a la persona a sentirse segura y confiada, mientras recibe los servicios que necesita.

Posterior a una agresión sexual, pueden existir, repercusiones adversas como resultado de una atención inapropiada por parte de los profesionales a quienes corresponde ofrecer servicios de ayuda. Se define como **revictimización** el resultado de las acciones llevadas a cabo por profesionales o funcionarios/as que ofrecen servicios de salud, sociales, legales, en agencias públicas u organizaciones no gubernamentales; cuando no son diligentes en la canalización de ayudas, servicios, tratamientos, ocasionando sufrimientos adicionales a la persona que ha sido víctima de agresión o abuso sexual. Las instancias de revictimización se convierten en nuevos episodios de violación de derechos, sobre todo cuando las mismas instituciones u organizaciones a las que acuden, y que tiene una función de protección, son ineficientes en la administración de justicia.

El primer contacto de la victima de agresión sexual con el /la profesional de ayuda es de vital importancia. La víctima de violencia sexual es particularmente sensitiva. Al ser revictimizada, la persona experimenta sentimientos de estar perdida y desatendida por las agencias u organizaciones. La revictimización hace que se remuevan emociones ya experimentadas anteriormente por la situación de la agresión sexual y se viva una nueva situación dolorosa que puede ser traumática.

Algunas manifestaciones de revictimización pueden ser las siguientes:

- espera prolongada para la recibir un servicios,
- servicios de salud, social, forenses inaccesibles y/o ineficientes.
- examen médico - forense incompleto,
- ausencia de confidencialidad, privacidad y seguridad,
- no se le escucha con el debido respeto,
- ambiente inapropiado/ inadecuado para ofrecer servicios,
- prejuicios y estigmas por parte de los profesionales de la salud, policías, jueces, u otros que atienden a la víctima,
- intervención impersonal e insensible,
- ignorar los reclamos y/o querellas de la víctima o no se le reconoce como una interlocutora válida.
- presión para que se someta querella a la policía,
- negar información importante / necesaria,

- someter a una persona a la víctima a interrogatorios innecesarios que reviven la experiencia traumática o que indirectamente sugieren situaciones que atentan contra su dignidad,
- indagar en qué medida el comportamiento o actitud de la víctima / victima puede haber aportado a la violencia sexual.

Pasos para evitar la Revictimización
NO responsabilizar a el/la victima por la agresión. NO dudar de su relato. NO estigmatizarle. Muestre empatía y comprensión ante el evento traumático presentado por la víctima. Valídele sus emociones, pensamientos y expresiones sobre la agresión sexual. Escuche atentamente, la víctima se le debe permitir contar su relato sin interrupción. Ofrezca orientación y apoyo a la víctima y a su sistema familiar. Los/as profesionales involucrados deberán compartir información para minimizar el que ocurran entrevistas múltiples innecesariamente (Asociación Profesional Americana Sobre el Maltrato Infantil [APSAC], 2014).

Para prevenir situaciones de revictimización con víctimas de agresión sexual se recomienda:

1. Tratarle con dignidad, respeto, privacidad, consideración y apoyo al proveerle los servicios.
2. Identificar, clarificar su rol y las razones para su intervención;
3. Realizar la intervención sin prejuicios, ni mitos, respecto a las emociones, acciones o cuestionamientos sobre la veracidad de su relato.
4. Oriéntele sobre los servicios, procedimientos establecidos en el **Protocolo**.
5. Propiciar que la toma de decisión respecto a la radicación de querella en caso de victimas adultas.
6. Prevenir dificultades para la provisión de servicios internos y externos mediante la coordinación de los mismos.

El Departamento de Salud reconoce y valida a profesionales que realizan una intervención sensible; eliminando la revictimización y contribuyendo de esta forma a la recuperación de las víctimas de agresiones sexuales.

IX. Derechos de las víctimas de agresión sexual

Como toda persona que es víctima de un delito, las victimas de agresión sexual tienen derechos. Entre esto derechos están los siguientes:

1. Ser tratada/o con dignidad, privacidad y respeto durante todos los servicios de salud, médicos, legales y psicosociales.

2. Ser orientada/o sobre todos los servicios disponibles para atender sus necesidades y el de requerir su consentimiento para cada uno de los servicios que se le vayan a ofrecer.

3. Recibir servicios que incluyan:

    a. Examen médico completo (trauma físico y emocional) que incluya: prueba de embarazo, VIH, clamidia, sífilis, gonorrea, tricomonas, hepatitis y otras pruebas que se determinen necesarias durante el proceso.
    b. Tratamiento para la prevención de infecciones de transmisión sexual y para la prevención de embarazo.
    c. Recopilación de la evidencia médico legal.
    d. Orientación y consejería inmediata para él/ella y su familia e informarle los servicios de seguimiento que ofrece el CAVV y otros programas existentes en la comunidad.
    e. Seguimiento médico, de acuerdo a las necesidades identificadas en evaluación inicial.

4. Ser orientada/o sobre los procedimientos de Ley en caso de agresión sexual y sobre su rol como testigo del pueblo.

5. Radicar una querella a la Policía, si interesa que se procese al agresor/a y a ser entrevistada por un/a policía especializada en este tipo de situaciones.

6. No se dilucidan las experiencias sexuales previas de la víctima, excepto en situaciones con posible pertinencia al caso.

7. Solicitar, por medio del fiscal, que se excluya al público de la Sala del Tribunal, mientras esté prestando testimonio.

8. Ser orientada/o de la posibilidad de procesar una demanda civil de daños y perjuicios en contra persona agresor/a.

9. Presentar querella a la Secretaría Auxiliar de Reglamentación y Acreditación de Facilidades de Salud (SARAFS), incumplimiento con el Protocolo de Intervención con Victimas de Agresión Sexual, si la facilidad de salud no ofrece los servicios indicados.

El CAVV distribuye afiches y opúsculos con los "Derechos de las Víctimas de Agresión Sexual en Facilidades de Salud" y de la "Línea de Ayuda del CAVV 24/7, 787-765-2285".

Las facilidades de salud ubicarán ambos afiches en áreas visible de la sala de emergencia y de las áreas de atención y evaluación médico-forense, como instrumento para que las personas que visiten la facilidad y las victimas de agresión sexual conozcan sus derechos y como reclamarlos.

X. Prevención de la Violencia Sexual

La violencia sexual es resultado de múltiples factores de riesgo que interactúan a nivel individual, relacional, comunitario y social. Por consiguiente, para abordar la violencia sexual se requiere de la cooperación de diversos sectores: de la salud, de educación, de bienestar social y de justicia penal (OMS). Desde la perspectiva de salud pública se enfatiza principalmente en la prevención pero vigilando, al mismo tiempo, que las víctimas de violencia tengan acceso a servicios y apoyo apropiados.

A. FASES DE PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA

De acuerdo al modelo de la salud pública, existen distintas **fases** de prevención de la violencia que expresan los momentos en los que la intervención repercute en un problema concreto. Estas son:

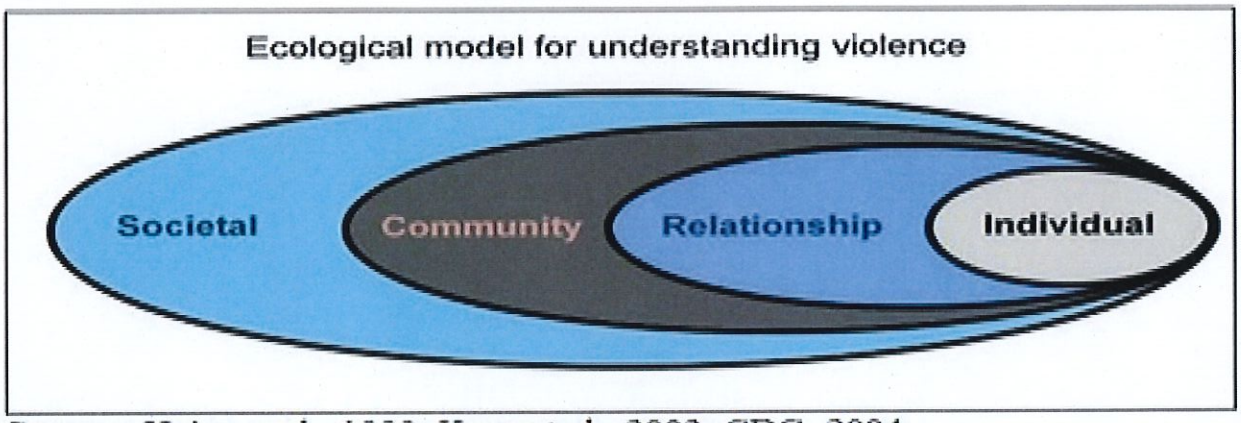
- **prevención primaria-** técnicas que se aplican antes de que se produzca la violencia;
- **prevención secundaria-** respuestas que se proporcionan después de producirse la violencia, como respuestas inmediatas para mitigar sus consecuencias a corto plazo;
- **prevención terciaria-** respuestas a largo plazo "para hacer frente a las consecuencias duraderas de la violencia y abordar las acciones de tratamiento de los agresores". (CDC, 2004).

Durante los pasados años, los investigadores han identificado seis (6) **categorías de riesgo** para la perpetración de la violencia sexual. Estas son:

1. **Factores de riesgo familiares:** historia de abuso, pobre funcionalidad de la familia que incluye disciplina fuerte, pobre demostraciones de cariño/afecto.
2. **Comportamiento externalizados**: agresiones/ violencia, coraje/hostilidad, abuso de sustancia, criminalidad no-violenta, paranoia/desconfianza.
3. **Comportamientos internos**: historial de problemas de salud mental, ansiedad y baja auto-estima.
4. **Deficiencias sociales:** pocos desarrollo social, dificultad con relaciones intimas
5. Problemas sexuales.
6. Actitudes/conocimiento a **tolerancia al abuso sexual** de menores y minimizar la culpabilidad del perpetrador.

Los factores de riesgo para la agresión sexual identificados por los investigadores son: ser menor de 15 años de edad, haber sido agredida/o sexualmente con anterioridad y la desorganización social. También son factores de riesgo las creencias estereotipadas hacia el rol del género, sentimientos de hostilidad hacia las mujeres, haber presenciado violencia doméstica y tener padres emocionalmente distantes.

El **modelo ecológico** identifica cuatro niveles de riesgo: individual, familiar, comunitario y social.



Source: Heise et al., 1999; Krug et al., 2002; CDC, 2004

Este modelo destaca que para desarrollar estrategias de mitigación y/o eliminación del riesgo, a través de programas de prevención, es fundamental lograr un mayor entendimiento de la compleja interacción de los factores biológicos, psicológicos, sociales, culturales, económicos y políticos, que aumentan la probabilidad de actos de violencia. Por otro lado, se han identificado **factores protectivos** que disminuyen la probabilidad de ocurrencia de agresión sexual tales como: destrezas para resolver conflictos, buena autoestima, buenas relaciones con pares, supervisión de los padres, relaciones respetuosas y afectivas, apoyo social, disponibilidad de servicios y apoyo y sentido de pertenencia (OMS, 2002).

Los **factores de protección** funcionan como escudos que protegen al individuo de los efectos nocivos de los factores de riesgo. A mayor número de factores de protección con los que cuente un individuo, menor será la probabilidad de que el individuo incurra en conducta problemática. Algunas acciones encaminadas a prevenir la violencia sexual están diseñadas para llevarse a cabo en escuelas, instituciones de educación superior y universidades. Otros esfuerzos se realizan a través de programas de visitas domiciliarias prenatales y posnatales que reducen los riesgos de maltrato y descuido físico y psicológico de los menores. Los entornos y servicios de atención de salud son también potenciales puntos de acceso para la prevención de la violencia sexual, en particular si abordan la crianza y el maltrato de los hijos y el consumo indebido de alcohol.

Toda persona, en particular los profesionales de la salud, pueden participar en la prevención de la violencia sexual, en sus diferentes manifestaciones. Algunas actividades concretas que se pueden realizar son las siguientes:

1. Colocar material educativo e información sobre cómo prevenir la violencia sexual e información de recursos de ayuda para víctimas de violencia sexual, en la sala de espera del hospital / centro de salud.

2. Preguntar a los pacientes, al respecto. En el formulario de ingreso, agregar preguntas sobre victimización sexual, acecho y violencia en el hogar o violencia en citas y revisar los formularios de ingreso antes de interactuar con pacientes.

3. Adiestrar al personal en temas relacionados con la violencia y el maltrato de manera que tengan el conocimiento y destreza necesaria para abordar con comodidad estos temas con las y los pacientes.

4. Si la víctima de agresión sexual necesita servicios que no están disponibles en su centro de salud, se debe referir a profesionales que puedan ofrecerle servicio necesario.

5. Asegurar acceso a tratamiento las 24 horas, a las víctimas que lo requieran.

6. Contactar al Centro de Ayuda a Víctimas de Violación / Línea de Ayuda 787-765-2285 (24/7), para obtener la información sobre los servicios disponibles.

7. Participar en los esfuerzos de respuesta coordinados de la comunidad (Ej. Equipo de Respuesta y Prevención de Violencia Sexual, de su región).

8. Incorporar mensajes sobre la prevención de la violencia sexual y los recursos disponibles para las víctimas, en materiales educativos; así como en esfuerzos de educación en salud y de alcance comunitario.

9. Ayudar a patrocinar o participar en eventos de concienciación y educación sobre la violencia sexual. (Ej. Campaña sobre Prevención y Concienciación de la Violencia Sexual que se realiza cada mes de abril.)

B. EQUIPOS DE TRABAJO PARA RESPONDER Y PREVENIR LA VIOLENCIA SEXUAL

El Centro de Ayuda a Víctimas de Violación mantiene activo el Equipo Interagencial CAVV, que periódicamente reúne a representantes de facilidades de salud (personal médico, de enfermería y de trabajo social de salas de emergencia) y agencias, que intervienen con víctimas de violación a nivel Isla.

A nivel regional, se mantienen los Equipos de Respuesta y Prevención de Violencia Sexual, que parten del modelo SART (Sexual Assault Response Team), utilizado ampliamente en Estados Unidos. Los Equipos de Respuesta, organizados en las Regiones de Arecibo, Caguas-Humacao, Mayagüez-Aguadilla y Ponce-Guayama, se reúnen periódicamente para proveer educación sobre el manejo, intervención y prevención de violencia sexual y violencia doméstica; así como para discutir situaciones, dificultades, limitaciones y logros en relación al manejo de los casos de violencia sexual y violencia doméstica.

C. ACTIVIDADES DE CONCIENCIACION Y PREVENCION DE LA VIOLENCIA SEXUAL

Desde el año 2001 se conmemora, en el mes de abril, el Mes de Concienciación y Prevención de Violencia Sexual (SAAM, por sus siglas en inglés), a nivel de Estados Unidos y Puerto Rico. Esta campaña es liderada, a nivel nacional, por el Centro Nacional de Recursos sobre Violencia Sexual (NSVRC, por sus siglas en inglés). Cada año se promueve la prevención de la violencia sexual en distintos ámbitos (universitarios, adolescentes, menores, escenarios de trabajo, comunidad, etc.) La campaña utiliza como símbolo el lazo color verde turquesa. A través del sitio en la web, el NSVRC ofrece una amplia cantidad de información y recursos para ayudar en la planificación de actividades de SAAM, a cualquier institución u organización que interese participar de este esfuerzo de prevención. Se pueden encontrar diversas publicaciones y materiales de prevención (boletines, folletos y directorios, entre otros) a través del sitio web: http://www.nsvrc.org.

D. PREVENCION DEL MALTRATO DE MENORES (ABUSO SEXUAL)

El abuso sexual es una de las manifestaciones de maltrato hacia menores, según definido en la Ley 246 de 2011. Los/as profesionales de la salud tienen la responsabilidad de actuar ante situaciones de maltrato y también trabajar en la prevención del mismo. Mediante la **Orden Administrativa #342 del 7 de octubre de 2015** se ordenó a las facilidades de salud en Puerto Rico, licenciadas por Secretaría Auxiliar de Reglamentación y Acreditación de Facilidades de Salud (SARAFS), atender con prioridad a menores bajo custodia del Departamento de la Familia y establecer los procedimientos y protocolos necesarios para la prevención del maltrato a menores.

Para lograr el cumplimiento con esta orden los entes directivos de las facilidades de salud tienen que realizar las siguientes acciones:

1. Adiestrar a su personal en prevención del maltrato de menores, leyes de protección de la niñez, señales para detectar el maltrato a menores, consecuencias del maltrato, servicios disponibles para menores víctimas de maltrato, destrezas de crianza positiva, desarrollo socioemocional de menores, de manera que pueden orientar a pacientes sobre estos temas y brindarle herramientas para una crianza positiva.

2. Orientar a madres y padres de menores, embarazadas, cuidadores de menores y público en general, sobre la prevención de maltrato de menores, leyes de protección de la niñez, señales para detectar el maltrato a menores, consecuencias del maltrato, servicios disponibles para menores víctimas de maltrato, destrezas de crianza positiva, desarrollo socioemocional de menores.

3. Entregar a la SARAFS anualmente, el Plan de Acción para cumplir con esta orden.

4. Entregar anualmente SARAFS, un informe del cumplimiento con esta orden administrativa, que incluirá: procedimientos establecidos, cantidad de menores bajo custodia del Departamento de la Familia atendidos, actividades de orientación sobre prevención de maltrato de menores realizadas, adiestramientos sobre leyes e indicadores de maltrato a menores ofrecidos al personal.

XI. Bibliografía

- American with Disabilities Act, 1990
- Adams JA, Kellogg ND, Farst KJ, Harper NS, Palusci VJ, Frasier LD, Levitt CJ, Shapiro RA, Moles RL, Starling SP, Updated Guidelines for the Medical Assessment and Care of Children Who May Have Been Sexually Abused, *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology* (2015), doi: 10.1016/j.jpag.2015.01.007.
- Allen, E., MSN, RN, FN-CSA, SANE-A, SANE-P, et. al. Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) Education Guidelines.
- Barudy, J. (1998): El dolor invisible de la infancia Una lectura ecosistémica del maltrato infantil, Barcelona, Paidós.
- Barudy, J. & Dantagnan, M. (2006): Los buenos tratos a la infancia, Barcelona, Gedisa.
- Beck, A. (1983). *"Terapia cognitiva de la depresión".* Desclee de Brouwer. Bilbao.
- Behar, R. (2000). Trastornos de la alimentación. En: Correa, E. & Jadresic, E. (Eds.) *Psicopatología de la mujer.* Santiago: Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile.
- Bronfenbrenner, U. (1987). Discovering what families do. In Rebuilding the Nest: A New Commitment to the American Family. Family Service America.
- Caceres E., Labrador F., Ardila P. y Parada D. (2011). "Tratamiento cognitivo conductualcentrado en el trauma de mujeres víctimas de violencia de pareja". *Revista Psychologia: Avances de la disciplina*. Vol. 5, Núm. 2. Universidad Complutense de Madrid. España.
- Caron, J. (1992). *Ecología y Salud Mental: Una perspectiva ecosistémica de las intervenciones preventivas y readaptativas.* Universidad de Quebec en Abitibi-Temiscaminge. Canadá. Comunicación IV Congreso Sociología. Madrid.
- Centro de Servicios Integrados a Menores Víctimas de Abuso Sexual (CIMVAS) - Programa Biosicosocial (2015) *Guías para el manejo de casos de menores con sospecha de abuso sexual,* 10 de junio de 2015.
- Challenges in the Evaluations of Child Neglect. (2008) American Professional Society of children abuse.
- Corcoran, J. y Pillai, V. (2008). A meta-analysis of parent-involved treatment for child sexual abuse. *Research on Social Work Practice, 18,* 453-464.
- Coulborn K. (1996) Evaluating children suspected of having been sexually abused, The APSAC Study Guides 2. SAGE Publications.
- Crowley, Sharon R. (1999) Sexual Assault: The Medical-Legal Examination. Stamford, CT: Appleton & Lange.
- DeLisi, M;Kosloski, M; Sween, M; Hachmeister, E; Moore, M; Drury, A. (2010). Murder by numbers: monetary costs imposed by a sample of homicide offenders. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology,* 21(4), 501-513.
- Deblinger E., Mannarino A. y Cohen J. (2011). "Terapia cognitivo conductual enfocada en el trauma en niños: Impacto de la narrativa del trauma y la duración del tratamiento". *Revista Depression & Anxiety*, Vol.28. Número 1.

- Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (1997). Psychological treatment of chronic posttraumatic stress disorder in victims of sexual aggression. *Behavior Modification, 21,* 433-456.
- Echeburúa, E. (2004). *Superar un trauma. El tratamiento de las víctimas de sucesos violentos.* Pirámide. Madrid.
- F. Porter, L. Blick, and S. Sgroi, "Treatment of the Sexually Abused Child," in S. Sgroi, ed., *Handbook of Clinical Intervention in Child Sexual Abuse* (Lexington, MA: Lexington Books, 1982).
- Florenzano, R., Weil, K., Cruz, C, Acuña, J., Fullerton, C, Muñiz, C, Leighton, C. & Marambio, M. (2002). Personalidad limítrofe, somatización, trauma y violencia infantil: un estudio empírico. *Revista Chilena de Psicología, 40 (4),* 30 - 41
- Forensic Interviewing in Cases of Suspected Child Abuse (2012) American Professional Society of children abuse.
- Friedrich, W. (2007) Children with sexual behavior problems family-based attachment-focused therapy. W.W. Norton &Company, Inc.
- Integrating Prevention Into the Work of Child Maltreatment Professionals (2010) American Professional Society of children abuse.
- Intevi I.V. (2013) Proteger, reparar, penalizar, evaluación de las sospechas de abuso sexual infantil. GRANICA.
- Jerez, S. (1997). Factores de riesgo psicológico en el trastorno límite de personalidad. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría, 35,* 571 - 577.
- Ley Núm. 158 de 24 de diciembre de 2013, Ley Habilitadora para los Centros de Servicios Integrados para Menores Víctimas de Abuso Sexual (CIMVAS).
- Ley 246 de 16 de diciembre de 2011, Ley para la Seguridad, Bienestar y Protección de Menores.
- Ley 54 de 15 de agosto de 1989, Ley de Prevención e Intervención con la Violencia Doméstica
- Ley Núm. 146 de 2012, Ley de enmiendas significantes al Código Penal de Puerto Rico.
- Ley Núm. 146 de 30 de julio de 2012. Código Penal de Puerto Rico.
- Marty, C. & Carvajal, C. (2005). Maltrato infantil como factor de riesgo de trastorno por estrés postraumático en la adultez. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría, 43 (3),* 180 - 187.
- Nader, A. & Boehme, V. (2003). Automutilación: ¿Síntoma o Síndrome? *Boletín Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia, 14 (1),* 32 - 37.
- Organización Mundial de la Salud. Violencia contra la mujer: violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer. Nota descriptiva N°. 239. Actualización de septiembre de 2011. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011.
- Organización Mundial de la Salud. *Violencia contra la mujer: violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer.* Nota descriptiva N°. 239. Actualización de septiembre de 2011. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011.
- Orden General 2007-1, Funciones y Responsabilidades de la División de Delitos Sexuales y Maltrato de Menores.
- Post, R. (2004). Visión global de los hallazgos recientes de la Stanley Foundation Bipolar Network (Parte I). *Bipolar Disorders,* edición para Chile, *2(3),* 119- 129.

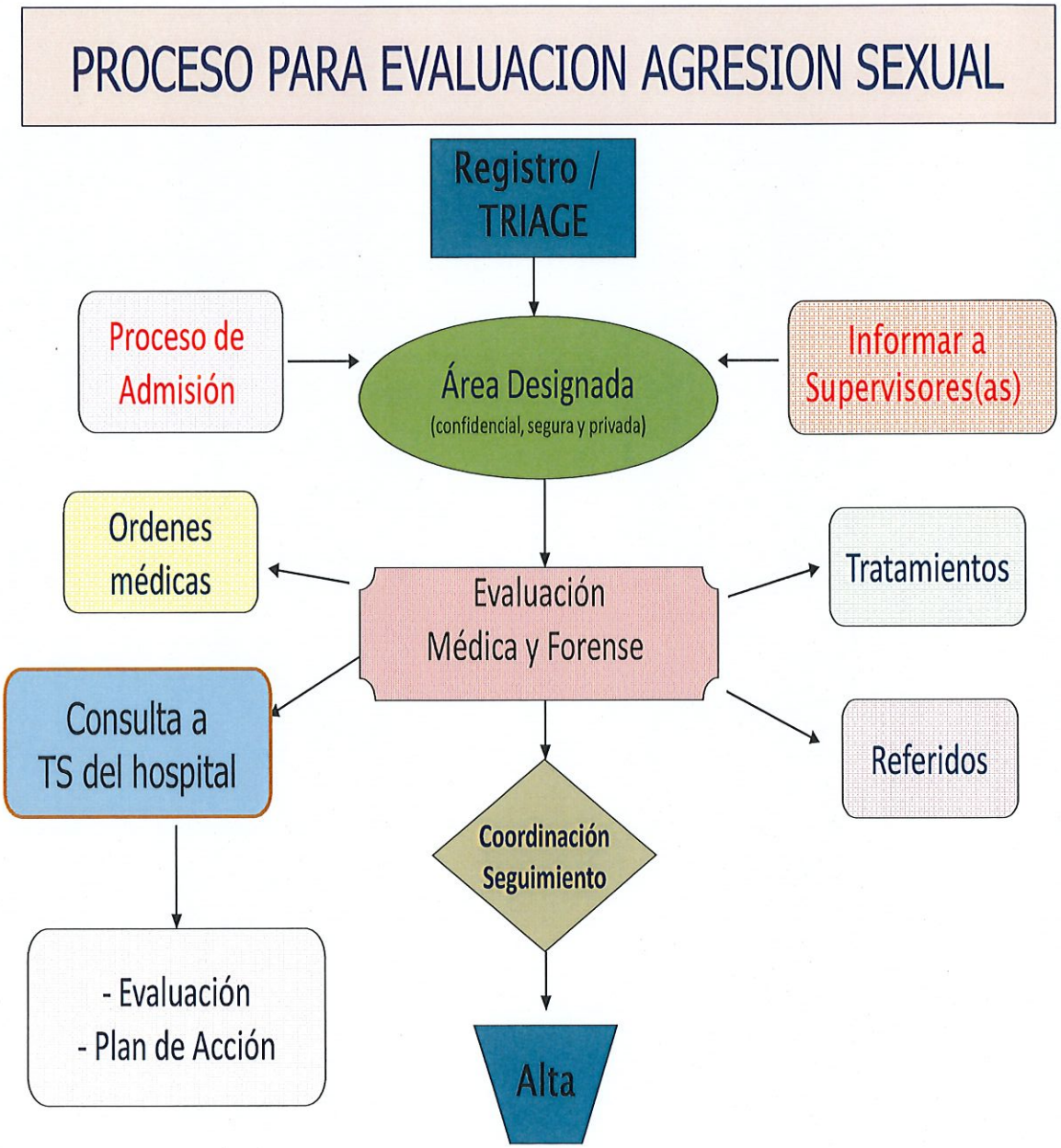
- Sirchie Finger Print Laboratories, Inc. 2009. *Equipo de Recolección de Evidencia de Agresión Sexual*, PR 100A. Youngsville, NC: Sirchie Finger Print Laboratories, Inc
- Taylor, J.E. y Harvey, S.T. (2010). A meta-analysis of the effects of psychotherapy with adults sexually abused in childhood. *Clinical Psychological Review, 30,* 749-767.
- Texas Association Against Sexual Assault, "Who Does It Impact?" (http://www.taasa.org) (1.º de noviembre de 2012)
- U.S. Department of Health and Human Services Centers for Disease Control and Prevention 2015, *Sexually Transmitted Diseases Treatment Guideline, June 2015s,* Morbidity and Mortality Weekly Report, Recommendations and Reports / Vol. 64 / No. 3 June 5, 2015.
- U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, (2016) *Updated Guidelines for Antiretroviral Postexposure Prophylaxis After Sexual, Injection Drug Use, or Other Nonoccupational Exposure to HIV.*
- U.S. Department of Justice, Office on Violence Against Women, President's DNA Initiative, *A National Protocol for Sexual Assault Medical Forensic Examinations Adults/Adolescents,* Second Edition, April 2013, . Washington, DC
- U.S. Department of Health and Human Services Centers for Disease Control and Prevention ___. *Antiretroviral Postexposure Prophylaxis After Sexual, Injection-Drug Use, or Other Nonoccupational Exposure to HIV in the United States. Morbidity and Mortality Weekly Report*
- Vázquez Mezquita, B. (1995). *Agresión sexual. Evaluación y tratamiento en menores.* Madrid: Siglo XXI.
- Vitriol, V. (2005). Relación entre psicopatología adulta y antecedentes de trauma infantil. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría, 43 (2),* 88 - 96.
- Weiss, E., Longhurst, J. & Mazure, C. (1999). Childhood sexual abuse as a risk for depression in women: psychosocial and neurobiological correlates. *American Journal of Psychiatry, 156 (6),* 816 - 828.
- World Health Organization (2003). *Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence gender and women's health, family and community health injuries and violence prevention, noncommunicable diseases and mental health.* World health organization. Geneva

Apéndices

Apéndice #1

DIAGRAMA PARA LA ATENCION A VICTIMAS

DE AGRESION SEXUAL EN FACILIDADES DE SALUD



Apéndice # 2

FLUJOGRAMA DE LA/DEL PACIENTE EN LA SALA DE EMERGENCIA

Etapa 1: TRIAGE/Admisión

1. Registrar y atender con prioridad y en área privada, a paciente que acude a la Sala de Emergencia con la alegación de agresión sexual.
2. Obtener y documentar fecha y hora de la agresión sexual. (Si la agresión ocurrió en las últimas 72 horas, recolectar evidencia forense utilizando el Kit de Evaluación Médico Forense y documentar el examen en el formulario forense, ubicado dentro del Kit.).
3. Tomar signos vitales, obtener información de salud relevante (historial de salud) y evaluar necesidades de salud, lesiones o dolor agudos y estabilizar.
4. Orientar sobre procedimiento para evaluación y examen.
5. Notificar a Supervisor/a de Enfermería y a personal evaluador o enfermera/o forense en abuso sexual (SANE) disponible, para la evaluación médico- forense de emergencia.
6. Notificar a personal de Trabajo Social del hospital.
7. Ubicar paciente en área designada, para proceso de admisión y evaluación.
8. Obtener consentimiento para la evaluación, pruebas, tratamiento curativo y preventivos de infecciones de transmisión sexual y embarazo si aplica, y para envío de evidencia médico-forense al Instituto de Ciencias Forenses. Para las evaluaciones con el Kit utilizar el formulario: **Autorización para recolección y divulgación de evidencia e información** (Paso 1), incluido dentro del kit.
9. En caso de persona adulta, orientar sobre su derecho a radicar querella.
10. En caso de menores, reportar situación al Departamento de la Familia.

Importante: El examen médico forense en casos de agresión sexual, **no se puede cobrar** a la víctima/ victima. Los servicios que sean ofrecidos se facturan al plan médico de paciente. Lo que el plan médico no cubra, se factura a la Oficina de Compensación y Servicios a Víctimas y Testigos del Delito del Departamento de Justicia.

Etapa 2: Orientación y Apoyo

Personal médico o enfermera SANE:

1. Orientar a la víctima / victima sobre:
   - el proceso de evaluación médico forense en casos de agresión sexual.
   - la recopilación de evidencia con el "Kit de Recolección de Evidencia de Agresión Sexual". (casos dentro de las primeras 72 horas después de la agresión sexual).
   - Pruebas de laboratorios que se realizarán.
   - Tratamiento preventivo para Infecciones de Transmisión sexual, incluyendo VIH.
   - Prevención de embarazo, si aplica.
   - La Línea de Ayuda del CAVV: 787-765-2285, para orientación, intercesoría e intervención de apoyo.

Etapa 3: Historial de salud, social y forense (de la agresión sexual)

1. Completar **historial de salud** de paciente: altura y peso, alergias, medicamentos que consume, enfermedades agudas, operaciones, último período menstrual, contraceptivos que utiliza, nombre del médico de cabecera y ginecólogo u otros datos relevantes.
2. Completar **historial social**: información personal, datos demográficos, figuras de apoyo, entre otros.
3. Documentar **historial forense** (datos acerca de la agresión sexual): qué ocurrió durante la agresión sexual, lugar de la agresión, datos de persona que le agredió, uso o sospecha de uso de sustancias, etc.

Etapa 4: Examen y recolección de evidencia forense

1. Examinar superficie corporal, genitalia externa de paciente víctima de agresión sexual.
2. Considerar los datos del historial forense para guiar el examen.
3. Utilizar colposcopio para examen genital y rectal, de tenerlo disponible.
4. Documentar hallazgos físicos pertinentes, apariencia, estado emocional de paciente.
5. Recopilar toda la evidencia requerida con Kit de Evaluación Médico Forense.
6. Considerar cambio de guantes frecuente
7. Utilizar **solamente bolsas de papel** para la evidencia (ropa) recolectada con el kit.
8. Documentar la evidencia recopilada con el Kit, usando el formulario: Evidencia/Información Forense Recopilada.
9. Cumplimentar y firmar los formularios documentación incluidos en el Kit (Paso 2 y 21).
10. Verificar que toda la evidencia recopilada y los formularios (debidamente cumplimentados y firmados), se encuentra en la caja del Kit, antes de cerrarla. La evidencia que no cabe en la caja del Kit se empaca separadamente y se identifica con los datos incluidos en el Kit.
11. Sellar el "Kit" utilizando los Sellos de Integridad que se incluyen en la caja y ubicar en lugar, designado, bajo llave, para garantizar la cadena de evidencia.

Etapa 5: Documentación de lesiones y traumas en diagrama anatómico y /o con fotografías

1. Identificar y documentar toda lesión o trauma en el formulario: Diagrama Anatómico (paso 21), que se incluye en el "Kit".
2. De contar con el equipo fotográfico, tomar fotografías de todas las áreas de trauma.
3. Utilizar un instrumento de medidas para documentar el tamaño de las lesiones e incluirlo en la foto.
4. Mantener las fotografías en el expediente médico. Se recomienda tener 2 "sets" de fotografías.

Etapa 6: Pruebas de Laboratorio y Tratamiento Preventivo / Curativo

1. Obtener muestras para pruebas de laboratorio (clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis y VIH).
2. Obtener muestras de sangre y orina para evaluar uso de drogas de la violación (sedante ó hipnótica), en los casos que aplique.
3. Discutir tratamiento profiláctico post-exposición al VIH, si aplica.
4. Ofrecer prevención de embarazo, si aplica.
5. Ofrecer prevención de ITS y VIH, según las guías del CDC en casos de agresión sexual.
6. Documentar las pruebas realizadas y el tratamiento ofrecido.

Etapa 7: Referido y seguimiento

1. Orientar sobre seguimiento médico que corresponda, de acuerdo a su condición.
2. Orientar a paciente del procedimiento para obtener los resultados de los laboratorios realizados.
3. Referir a la Clínica de Inmunología (CPTET) de su región para seguimiento a profilaxis antiretroviral, en los casos que aplique.
4. Reportar al Departamento de la Familia, en casos de abuso sexual de menores.
5. Referir paciente a los servicios de intercesoría, psicoterapia a víctimas de agresión sexual y familiares o red de apoyo que brinda el Centro de Ayuda a Víctimas de Violación (CAVV).
6. Establecer contacto con la Línea de Ayuda del CAVV: 787-765-2285, para la coordinación de sus servicios, si paciente autoriza.
7. Ofrecer literatura sobre los servicios del CAVV y otros disponibles.
8. Documentar instrucciones de seguimiento y referidos.

Etapa 8: Manejo del kit de Recolección de Evidencia de Agresión Sexual

1. Sellar y ubicar el "kit" en el lugar designado, bajo llave, para garantizar la cadena de evidencia.
2. Refrigerar muestras para toxicología (sangre / orina), de inmediato y mantener en refrigeración hasta ser entregadas a la policía, si se recolectaron como parte de la evidencia forense.
3. Notificar al personal de la Unidad de Delitos Sexuales, para que recojan el kit en el hospital. de haber querella a la Policía.
4. De no haber querella con la Policía, enviar evidencia al Instituto de Ciencias Forenses, en el sobre pre dirigido para este propósito.

Etapa 9: Alta de paciente

1. Completar la documentación requerida por el hospital.
2. Ofrecer información escrita a paciente sobre cuidado posterior al alta.
3. Explorar posibles preocupaciones que pueda tener la víctima.
4. Coordinar seguimiento que corresponda, de acuerdo a la condición de la paciente.

Rev. 2017

Apéndice #3

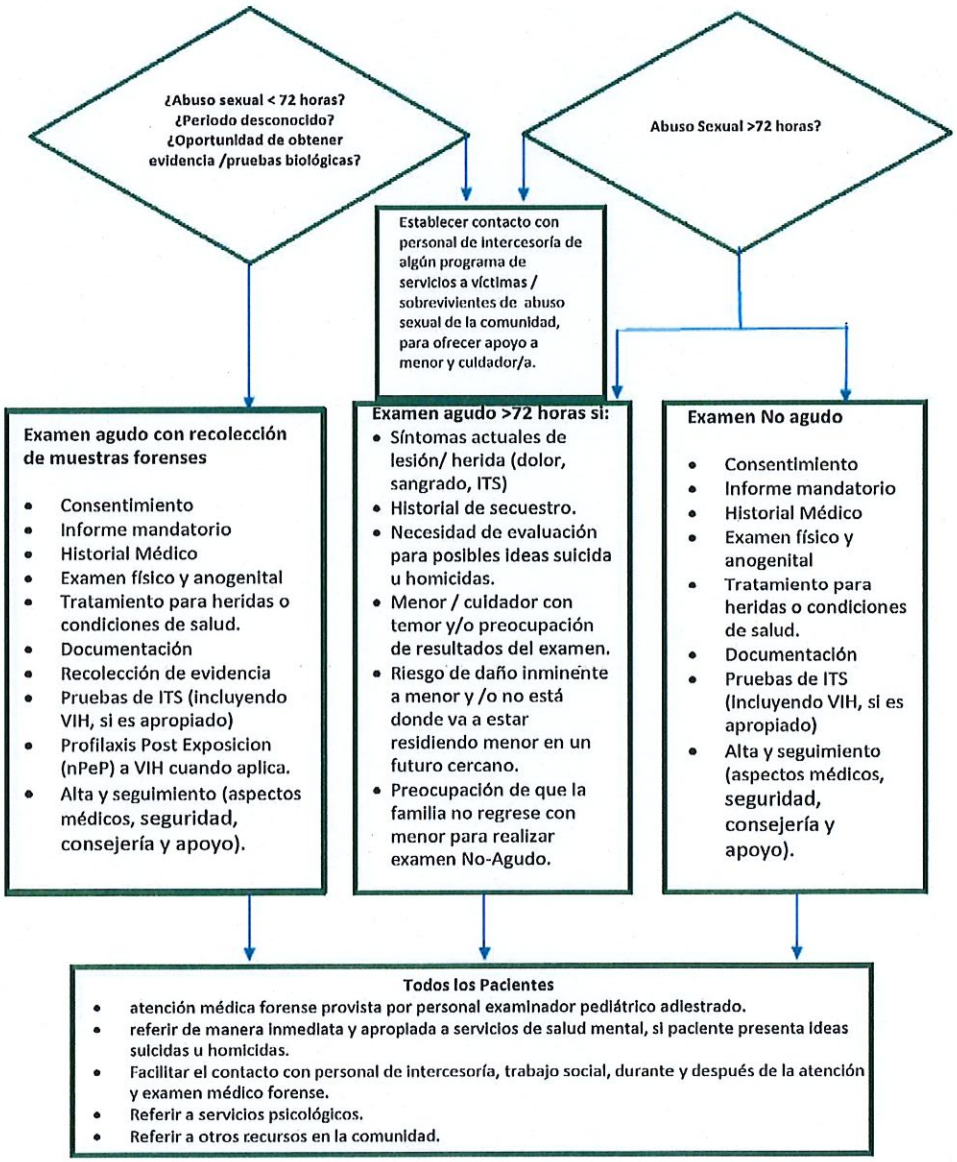
PASOS PARA LA INTERVENCION SOCIAL
CON VICTIMAS DE AGRESION SEXUAL EN FACILIDADES DE SALUD

1. Referir al personal de Trabajo Social del hospital. De no haber trabajador/a social, el personal médico y/o de enfermería brindará esta ayuda.
2. Orientar a paciente sobre:
   a) sus derechos y los servicios que necesita.
   b) servicios disponibles.
   c) recursos de apoyo.
   d) procedimientos para el examen médico forense en la facilidad de salud.
   e) re-victimización (tipo de intervención en agencias, estigmatización, medios de comunicación).
3. Ofrecer la alternativa de estar acompañada/o durante el proceso, por alguien que la persona identifique como apoyo.
4. Si existe sospecha de abuso sexual intrafamiliar a menores, se debe entrevistar a menor a solas y permitirle identificar el recurso de apoyo que le acompañará en la entrevista.
5. Referir situación al Departamento de la Familia, en cumplimiento con la Ley 246 de diciembre de 2011 a la **Línea de Emergencia Maltrato de Menores: 787-749-1333**, si la víctima de abuso sexual es menor.
6. Evaluar necesidades inmediatas de la víctima.
7. Evaluar peligrosidad, debido a alguna las siguientes circunstancias:
   - presenta ideas o amenazas suicidas.
   - fue agredida en su hogar y corre riesgo si regresa.
   - requiere protección inmediata porque es víctima de violencia doméstica y reside con el agresor.
   - es menor y es necesario evaluar seguridad y cuidado en el hogar.
   - es menor y la persona identificada como agresor/a vive en el hogar.
   - Persona agresora la ha amenazado con hacerle daño a ella, a otros o a sí.
8. Al intervenir en crisis, dirigir a la persona hacia actividades específicas para ayudarle a adaptarse o reducir la ansiedad, restablecer el sentido de auto-control e identificar sistemas de apoyo. Utilizar frases que ayuden a "descargar" emociones.

9. Coordinar los servicios que amerite la víctima.
10. Orientar sobre los servicios del **Centro de Ayuda a Víctimas de Violación**, para seguimiento en el área emocional y/o intercesoría y ofrecerle la alternativa de contactar a profesional de ayuda / consejero/a en el área de la Línea de Ayuda.
    - **LINEA DE AYUDA:** 787- 765-2285
    - **CAVV Central** (San Juan): 787-765-2929 ext. 5940
    - **CAVV Arecibo**: 787-787-765-2929 ext.6355
    - **CAVV Caguas**: 787-765-2929 ext. 5598
    - **CAVV Ponce**: 787-290-3636
    - **CAVV –CIMVAS Fajardo**: 787-765-2929 ext. 6390
    - **CAVV-CIMVAS Mayagüez:** 787-765-2929 ext. 5761
11. Entregar referido para servicios en del **Centro de Ayuda a Víctimas de Violación**.
12. Orientar sobre servicios / beneficios a través de la Oficina de Compensación y Servicios a Víctimas y Testigos del Delito, del Departamento de Justicia, **teléfonos: 787-722-7500 / 721-3997.** Si es apropiado, ayudar a cumplimentar el formulario de Beneficios de Compensación.
13. Apoyar el proceso de admisión a la facilidad de salud, en caso que se requiera, para que se realice en el menor tiempo posible.

Apéndice #4

Algoritmo para la atención médico forense en casos de abuso sexual de menores



Apéndice # 5

DROGAS DE DISEÑO UTILIZADAS PARA FACILITAR UNA AGRESIÓN SEXUAL

En los últimos años se ha popularizado, principalmente entre jóvenes y universitarios, el uso de ciertas drogas para facilitar una violación. Estas drogas, provocan relajación muscular; de tal forma que la víctima no se da cuenta de lo que sucede y después no recuerdan lo ocurrido. Esto además protege al agresor. En Puerto Rico se han recibido denuncias de agresión sexual en las cuales se ha hecho uso de estas drogas para perpetrar el delito. Las drogas utilizadas no tienen olor ni sabor, además de son incoloras. La persona que tome una bebida que contenga alguna de estas drogas, puede quedar inconsciente por un periodo 20 minutos.

Es difícil identificar los casos de agresión sexual o de violación en cita, en los que se pueda afirmar que la víctima tenía algunas de estas drogas en su cuerpo. Estas drogas son difíciles de rastrear, ya que el cuerpo las elimina en un período de tiempo de 24 a 72 horas. Algunas de estas drogas son las siguientes:

1) **Rohypnol** – nombre comercial del flunitracepam. Es un sedante muy fuerte, fabricado y distribuido por Hoffman-La Roche. Utilizado en muchos países como un analgésico antes de una cirugía o para el tratamiento de insomnio. Esta no ha sido aprobada para uso médico en los Estados Unidos, y su importación **está prohibida**. El Rohypnol pertenece a la familia de las Benzodiacepinas (como el Librium, Xanax y Valium) Rohypnol es diez veces más fuerte que Valium y produce **efectos sedativos e hipnóticos** que incluyen relajación muscular y amnesia; también puede producir dependencia física y sicológica. Al mezclarse con el alcohol ocasiona **un efecto incapacitante** para la víctima y hace imposible resistir la agresión sexual. El Rohypnol puede ser mortal cuando se mezcla con alcohol u otros depresores. En la mayoría de los casos las personas reciben la droga mezclada con alguna bebida.

   Los **indicadores físicos** de haber consumido la droga son: náuseas, mareos, desorientación, calor y frío repentino, dificultad para mover las extremidades, dificultad para hablar, inconciencia, pérdida de inhibiciones. Estos síntomas surgen de 10 a 20 minutos posterior al consumo de la droga. La persona despierta por períodos cortos de tiempo, y puede tener memorias de que ha sido agredida (abusada). El Rohypnol permanece en la sangre de 2 a 4 horas y en la orina hasta 72 horas.

   El Rohypnol empezó a utilizarse en Europa en los años '70 y desde entonces se ha extendido mucho sobre todo en los Estados Unidos. La droga empezó a aparecer en los Estados Unidos a principios de los '90. Por lo general, Rohypnol es pasada ilegalmente a Estados Unidos a través de Méjico y otros países de América Latina. Los precios en las calles van desde un dólar hasta 5 dólares por pastilla. Al Rohypnol, se le conoce como la "droga de la violación". También como "ruffies", "roches", "roaches" (cucaracha), "las rochas", "rope", "rib", "Forget Pill", Rophies", "roofies", "roach" y la droga del "date rape". Roofies, Run-trip-and-fall, R-2, Valium Mexicano, Ropynol, Rib, y Rope.

2) **Clonazepam -** Otra sustancia también utilizada para violar y abusar sexualmente de las personas es el clonazepam. El clonazepam se usa para controlar determinados tipos de convulsiones. También se usa para aliviar ataques de pánico (ataques súbitos e inesperados de miedo intenso y la preocupación que dichos ataques generan). El clonazepam pertenece a una clase de medicamentos llamados benzodiazepinas. Actúa disminuyendo la actividad eléctrica anormal del cerebro. La vida media de eliminación oscila entre 20 y 60 horas (promedio: 30 horas). Se vende en el mercado estadounidense como Klonopin y en México como Rivotril. En muchas ocasiones se abusa de ella para intensificar los efectos de la heroína y otros opiáceos.

3) **Gammahidroxibuitrato (GHB)**- Es una droga sintética que actúa como depresivo sobre el sistema nervioso central y es rápidamente metabolizada por el cuerpo. Los efectos de esta droga pueden sentirse 50 minutos después a su ingestión. Al igual que Rohypnol y el clonazepam, el GHB se ha vinculado a la agresión sexual en Estados Unidos y en Puerto Rico. En 1990, la FDA (Administración Federal de Drogas) prohibió el uso de GHB excepto bajo la supervisión médica, debido a los muchos reportes de efectos secundarios severos e incontrolables.

Los síntomas más comunes tras el consumo de GHB son: náuseas, vómitos, temblores, dificultad en la respiración, confusión, pérdida de conciencia, sentirse como endrogado(a) y coma. Cuando se mezcla el GHB con alcohol y otras drogas puede ocasionar consecuencias que requieran de un tratamiento de por vida. Incluso sin el inmediato y apropiado cuidado médico, los resultados pueden ser fatales.

Informes en Estados Unidos indican que el GHB líquido se está utilizando en los clubes nocturnos para obtener efectos similares a los de Rohypnol. En estos sitios se conoce como "Liquid X", "Liquid E", Liquid Ecstacy", "Easy Lay", "g", "Vita-G", "G-juice", "Georgia Homa Boy", "Great Hormones", "somatomax", "Bedtime Scoop"' "Soap", "Gook", "Gamma 10" y "Energy Drink" (RTC, 1997). Si una persona es intoxicada o abusa del GHB puede llegar a estado de coma o convulsiones y cuando se mezcla con anfetaminas parece haber un riesgo más alto de convulsiones (NIDA 2001).

Tabla de drogas y códigos para toxicología
(Consultar con laboratorio forense)

Prueba	Código	Análisis	Método
Flunitrazepam & Metabolites	9315 8479	Flunitrazepam (Rohypnol), Norflunitrazepam and 7-Aminoflunitrazepam	LC/MS
Nitrazepam & Metabolite	9215 3175	Nitrazepam (Mogadon) and 7- Aminoclonazepam	LC/MS
Clonazepam	9139 1270	Clonazepam (Klonopin) and 7-Aminoclonazepam	LC/MS
GHB	2152	Gamma-Hydroxybutyrate (GHB)	GC/MS
Benzodiacepinas Panel	0568 0572 9329	Alprazolam (Xanax), Hydroxyalprazolam (Metabolite), Chlordiazepoxide (Librium), Diazepam (Valium), Nordiazepam (Metabolite), Estazolam (Prosom), Flurazepam	GC/MS

Prueba	Código	Análisis	Método
	8227	(Dalmanc), Desalkyfluracepam, Hydroxyethylflurazepam, Lorazepam (Ativan), Oxazepam (Serax), Midazolam (Versed), Temazepam (Restoril), Triazolam (Halcion) and Hydroxytriazolam.	
Alcohol Panel	0170	Acetone, Ethanol, Iso-propanol and Methanol	Headspace GC
Ketamine & Metabolite	2479 9188	Ketamine (Ktalar) and Norketamine	GC GC&GC/MC
Diphenhydramine	1760 9157	Diphenhydramine (Benadryl)	GC GC&GC/MC
Common Drugs of Abuse Screen	1893	Amphetamines, Barbiturates, Benzodiazepines, Cannabinoids, Cocaine and Metabolites, Methadone, Methaqualone, Opiates, Phencyclidine (PCP) and Propoxyphene	EIA
Prevalent Date Rape Drug Screen	1450	Comprise of all the above mentioned tests.	Various

Muestras recomendadas
• 12 ml orina (preferiblemente) y/o 12 ml sangre EDTA. • Tome la muestra lo antes posible luego de la agresión. • Colóquela en un tubo con preservativo y refrigere. • Documente el historial incluyendo el tiempo transcurrido del evento y las circunstancias, e historial de medicamentos.

Nota:

Para más información sobre pruebas de toxicología para las drogas de la violación busque la página de Internet del National Medical Services www.nmslab.com o llame al (800) 522-6671.

Apéndice #6

Síntomas de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

A continuación se describen algunas de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) más comunes y sus síntomas. Estas infecciones pueden ser transmitidas a través de diferentes formas de relaciones sexuales (vaginales, anales y orales). Puede que tome algún tiempo desde la infección a la aparición de los síntomas; dependiendo de la ITS. Algunas veces ocurre que no se presentan síntomas de la infección. Aún si no hay síntomas de la misma, esta puede ser transmitida de persona a persona.

ITS	Síntomas
Clamidia	La mayoría de las personas no muestran síntomas. Las mujeres pueden presentar: • descarga vaginal fuera de lo normal • sensación de quemazón al orinar. Las infecciones no tratadas, aún sin presentar síntomas, pueden provocar: • dolor en la parte baja del abdomen, • dolor en la parte baja de la espalda, • náuseas, • fiebre, • dolor durante las relaciones sexuales, • sangrado entre los períodos menstruales. A largo plazo, la clamidia puede provocar la Enfermedad Inflamatoria Pélvica (PID, por sus siglas en inglés) e infertilidad.
Herpes Genital	La mayoría de las personas que tienen herpes lo desconocen. Pero si se sufre de un brote, los síntomas son claros. Luego de la exposición, el primer brote se presenta a las dos semanas de ésta. Los síntomas son: • pequeñas ampollas rojas y úlceras abiertas en el pene, la vagina o en áreas cercanas • descarga vaginal • fiebre • dolor de cabeza • dolor muscular • dolor al orinar • picazón, quemazón o glándulas purulentas en el áreas genital • dolor en piernas, pezones o en el área genital Estos síntomas vienen y van. Las úlceras por lo general se curan luego de 2 a 4 semanas. Algunas personas no presentan síntomas. La mayoría de las personas con este tipo e infección puede que nunca desarrolle úlceras. A veces, aparecen unas pequeñas, que son confundidas con picadas de insecto o con alguna otra condición de la piel.
Gonorrea	La mayoría de las veces los síntomas son leves, la mayoría de las mujeres no muestra los mismos. Aun cuando la mujer presenta los síntomas, pueden ser confundidos con infecciones vaginales o de la vejiga. Los síntomas son: • dolor o quemazón al orinar • descarga vaginal amarillenta y algunas veces con sangre • sangrado entre los períodos menstruales Esta infección puede ocasionar grandes complicaciones a largo plazo si no es tratada.

ITS	Síntomas
Hepatitis B (también es transmitida a través de la sangre)	Algunas personas no muestran síntomas. Los síntomas presentados por las mujeres son: • fiebre leve • dolor muscular y de cabeza • cansancio extremo • pérdida de apetito • nauseas o vómitos • diarreas • orina de color oscuro • dolor estomacal • piel y ojos amarillentos
Hepatitis C (mayormente transmitida a través de la sangre, en algunos casos puede ser transmitida por contacto sexual)	La mayoría de las personas no presentan síntomas. Los síntomas son: • piel y ojos amarillentos • cansancio extremo • orina oscura • dolor abdominal • pérdida de apetito • nauseas Las personas a riesgo de la infección de Hepatitis C también están a riesgo de infección con Hepatitis B o de VIH.
VIH/SIDA	Los síntomas son: • síntomas similares a los de la gripe • cansancio extremo y constante • fiebre, escalofríos y sudores nocturnos • repentina pérdida de peso. • inflamación en los ganglios (en cuello, axilas e ingle) • manchas blancas o marcas anormales en la boca. • marcas o protuberancias en la piel (planas o elevadas, por lo general indoloras y de color violáceo). • tos constante o una tos seca. • diarrea. • disminución del apetito. Algunas personas tardan 10 años o más en presentar síntomas.
Virus Papiloma Humano (VPH / HPV), o verrugas genitales	La mayoría de las personas no saben que están infectadas porque no presentan síntomas. Luego del contacto sexual con una persona infectada, las verrugas genitales pueden aparecer en semanas o meses, o nunca. Las mujeres pueden presentar verrugas visibles en el área genital, incluyendo las caderas. Las verrugas pueden ser levantadas o planas, sola o en grupos, grandes o pequeñas, y algunas veces en forma de coliflor. Pueden ser difíciles de ver y no causar dolor. Las mujeres pueden presentar lesiones en la cerviz o dentro de la vagina.
Sífilis	Los síntomas aparecen, en la primera etapa, entre 10 y 90 días luego de la exposición (los más común es a los 21 días luego de la exposición): • lo más común es la aparición de una sola úlcera no dolorosa en las áreas genitales o en la boca. • algunas veces se puede presentar más de una úlcera. • las úlceras se curan solas. • si la infección no es tratada, esta se mueve a la próxima etapa. Los síntomas en la segunda etapa son: • sarpullido en las manos y en los pies que usualmente no pica y desaparece por sí solo • fiebre • inflamación en los ganglios

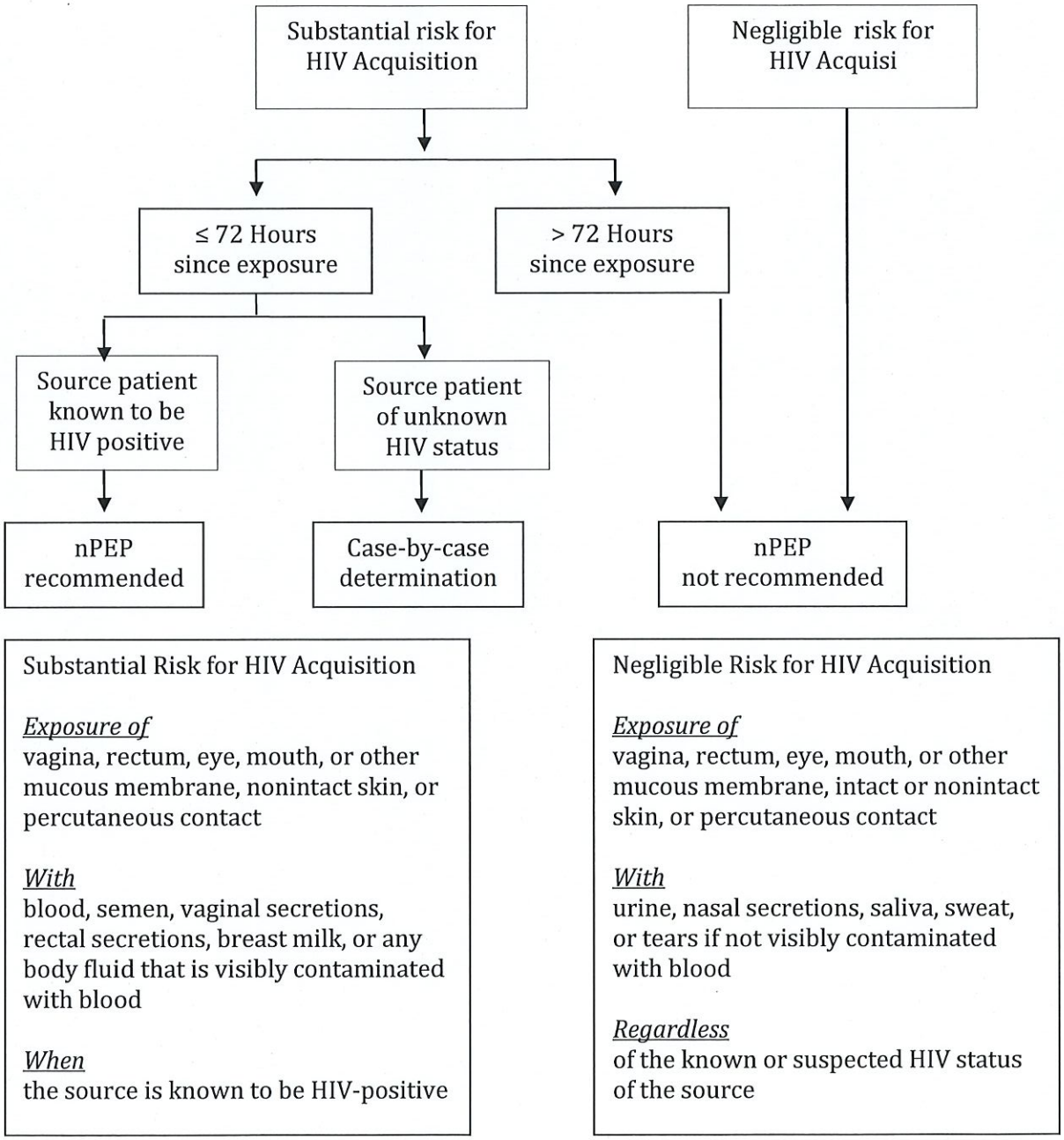
ITS	Síntomas
	• dolor de garganta • pérdida irregular de cabello • dolor de cabeza • pérdida de peso • dolor muscular • fatiga extrema En la última etapa, que es llamada la latente o etapa escondida, los síntomas anteriores desaparecen, pero la infección permanece en el cuerpo y puede ocasionar daños al cerebro, nervios, ojos, corazón, vasos sanguíneos, hígado, huesos y articulaciones.
Tricomoniasis	Los síntomas usualmente aparecen de 5 a 28 días luego de la exposición y pueden incluir: • descarga vaginal de color amarilla, verde o gris, con un fuerte olor. • incomodidad durante las relaciones sexuales y al orinar. • irritación y picazón del área genital. • en algunos casos, puede presentar dolor en la parte baja del abdomen.

Información adaptada del Nacional Women's Health Information Center (www.4women.gov) y del Centro para el Control de Enfermedades (www.cdc.gov).

Apéndice # 7

Diagrama para evaluación y tratamiento de posible exposición no ocupacional al VIH

FIGURE 1. Algorithm for evaluation and treatment of possible non occupational HIV exposures



U.S. DHHS, CDC (2016) Updated Guidelines for Antiretroviral Postexposure Prophylaxis After Sexual, Injection Drug Use, or Other Nonoccupational Exposure to HIV

Apéndice #8

SERVICIOS MÉDICOS PARA VÍCTIMAS DE AGRESIÓN SEXUAL A TRAVÉS DEL PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO DE PUERTO RICO

A. PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO DE PUERTO RICO

El plan de salud del Gobierno de Puerto Rico, **Plan de Salud Vital**, brinda servicios de salud física y mental mediante redes de proveedores (médicos primarios, especialistas, laboratorios, etc.) a través de toda la isla.

El Plan de Salud Vital ofrece beneficios y servicios dentro de una red preferida de proveedores del grupo médico seleccionado.

El Grupo Médico Primario:

- Provee acceso a servicios de urgencia, hasta las 9:00 p.m.
- tiene una Red Preferida que incluye: médicos especialistas, laboratorios, Rayos-X y hospitales, entre otros.

La persona participante:

- puede visitar cualquier médico o facilidad dentro de la Red Preferida de su Grupo Médico Primario, sin necesidad de un referido.
- No hay copagos al utilizar los especialistas dentro de la Red Preferida.
- No se necesita contrafirma del Médico Primario en las recetas del especialista de la Red Preferida.
- Tiene acceso a servicios de salud mental a través de un profesional de salud mental en las facilidades de tu Grupo Médico Primario.

¿Quién cualifica?

Toda persona puede solicitar voluntariamente y ser evaluado en las Oficinas Locales del Programa Medicaid del Departamento de Salud para el Plan de Salud Vital del Gobierno de Puerto Rico.

¿Dónde se Solicita?

Para solicitar una cita con el Programa Medicaid y saber dónde están localizadas sus oficinas, llame al centro de llamadas del Programa Medicaid al 787-641-4224 en el horario de 8:00am a 6:00pm. La llamada es gratis. O puede visitar la dirección electrónica https://medicaid.pr.gov/OficinasLocales.aspx

Determinación de Elegibilidad

Cualquier persona que quiera ver si puede inscribirse en Vital puede visitar su oficina local de Medicaid. Ellos evaluarán la información individual y le dirán si es elegible para Vital.

Para conocer que información necesitan, los documentos que debes proveer y otras reglas para cuando acudas a tu cita en el Programa Medicaid, puedes visitar la siguiente dirección electrónica: www.medicaid.pr.gov/Elegibilidad

Deberes y responsabilidades de participantes

- Presentar todos los documentos que se te solicitaron y proveer toda la información necesaria para realizar la determinación de elegibilidad.
- Si es certificado como elegible al Plan de Salud Vital, tiene el deber de informar cualquier cambio que ocurra en tu unidad familiar: cambio de dirección, composición familiar (nacimientos, fallecimientos o adopción), ingresos (aumento y/o disminución, empleo, desempleo), u otros cambios, con la mayor brevedad.
- Tiene la responsabilidad de acudir a la Oficina del Programa Medicaid siempre que seas citado, con el fin de aclarar cualquier situación que surja sobre tu caso.
- Es su deber mantener al día tu certificación al Plan de Salud Vital.
- Acudir a tu cita de recertificación.
- Notificar cualquier cambio de dirección electrónica o postal a la aseguradora contratada por el Plan de Salud Vital del Gobierno de Puerto Rio
- ¡Tienes la responsabilidad de ayudar a detener el fraude! Leyendo cuidadosamente el informe de las reclamaciones por servicios que se envía cada tres meses.
- Notificar inmediatamente a su Aseguradora sobre servicios se incluyan en el informe pero que tu no hayas recibido.

B. CUBIERTA Y BENEFICIOS

Cubierta Básica

A continuación, se enumeran los servicios que cubre Vital. Algunos servicios pueden tener límites. Llame a su Aseguradora si quiere más información.

- Visitas de rutina en la oficina del doctor, chequeos, y visitas cuando esté enfermo
- Visitas de bebé sano, visitas de niños sanos, e inmunizaciones
- Pruebas y estudios, trabajo de laboratorio y radiografías
- Servicios preventivos, incluyendo mamografías, colonoscopias y visitas de adultos sanos
- Exámenes de Obstetricia y Ginecología y pruebas de Papanicolau anuales

- Servicios Tempranos y Periódicos de Cernimiento, Diagnóstico y Tratamiento (EPSDT), incluyendo exámenes periódicos de salud preventiva y otros servicios de diagnóstico y tratamiento necesarios para los asegurados de 21 años y menores
- Evaluaciones nutricionales y pruebas
- Prueba de visión y audición
- Cuidado prenatal y posparto
- Planificación familiar
- Certificados de Salud
- Servicios dentales
- Terapia física
- Terapia ocupacional
- Terapia del habla
- Visitas del médico al hogar
- Farmacia
- Manejo de cuidado y servicios de coordinación de cuidado
- Servicios de emergencia
- Servicios de post-estabilización
- Servicios de salud mental
- Visitas a especialistas
- Servicios de clínicas de salud de la comunidad
- Hospital: cuidado a pacientes hospitalizados y/o ambulatorios
- Hospitalización de salud mental y hospitalización parcial
- Servicios de centro de servicios ambulatorios
- Cirugía: pacientes hospitalizados y/o ambulatorios
- Servicios de ambulancia
- Servicios de rehabilitación ambulatorios
- Servicios Dentales (para preguntas sobre sus beneficios dentales, llame a su aseguradora a los teléfonos que aparecen detrás de su tarjeta de identificación de Vital).

Servicios de Salud Mental

- Vital ofrece servicios de salud mental, alcohol y abuso de sustancias. No tiene que ver a su PCP primero para ver un doctor u otro proveedor para los servicios de salud mental, alcohol o abuso de sustancias. Usted puede pedir estos servicios siempre que sienta que los necesita.
- Si necesita ayuda para encontrar servicios de salud mental, alcohol y abuso de sustancias, llame a su Aseguradora a los teléfonos que aparecen detrás de su tarjeta de identificación de Vital.

Cubierta Especial

Los asegurados con necesidades especiales de cuidado de salud pueden tener una Cubierta Especial que proveerá servicios para el cuidado que necesitan. Las necesidades especiales de cuidado de salud son:

- Anemia Aplásica
- Artritis Reumatoide
- Autismo
- Cáncer
- Cáncer de piel como Melanoma Invasivo o células escamosas con evidencia de metástasis.
- Cáncer en la Piel - Carcinoma in situ
- Enfermedad Renal Crónica
- Escleroderma
- Esclerosis Múltiple (MS) y Esclerosis lateral amiotrófica (ALS)
- Fibrosis Quística
- Hemofilia
- Lepra
- Lupus Eritematoso Sistémico (SLE)
- Niños con Necesidades Especiales de Salud
- Obstetricia
- Tuberculosis (Tb)
- VIH/SIDA
- Adultos con Fenilcetonuria (PKU)
- Hipertensión Pulmonar

Su Médico de Cuidado Primario o su Grupo Médico Primario le puede dar más información sobre qué personas cualifican para la Cubierta Especial. Si usted cualifica para la Cubierta Especial, ellos también pueden ayudarle a inscribirse.

Los beneficios bajo la Cubierta Especial incluyen la siguiente lista. Algunos servicios pueden tener límites. Llame a su Aseguradora si quiere más información.

- Servicios de enfermedades coronarias y cuidado intensivo
- Cirugía maxilar
- Procedimientos neuroquirúrgicos y cardiovasculares
- Diálisis peritoneal y servicios relacionados
- Servicios clínicos y pruebas de laboratorio
- Servicios de unidad de cuidado intensivo neonatal
- Quimioterapia, radiología y servicios relacionados

- Condiciones gastrointestinales, alergias y evaluación nutricional para pacientes con autismo
- Procedimientos y pruebas diagnósticas cuando sean medicamente necesarios
- Terapia física
- Anestesia general
- Cámara hiperbárica
- Medicamentos inmunosupresivos y pruebas de laboratorio para pacientes que han recibido trasplantes
- Tratamiento para condiciones específicas después del diagnóstico:
- Factor positivo de VIH y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) - Se incluyen servicios ambulatorios y de hospitalización. Usted no necesita un Referido o Pre-autorización de su Aseguradora o su PCP para visitas y tratamiento en las Clínicas Regionales de Inmunología del Departamento de Salud;
- Tuberculosis;
- Lepra;
- Lupus;
- Fibrosis quística;
- Cáncer;
- Hemofilia;
- Anemia Aplásica;
- Artritis Reumatoide;
- Autismo;
- Obstetras OBG;
- Post Trasplante de Órgano; y
- Niños con necesidades especiales. Excepto:
- Asma y diabetes (Parte del Programa de Manejo de Enfermedad),
- Desórdenes siquiátricos, y
- Enfermedades catastróficas para las personas con discapacidad intelectual
- Escleroderma
- Esclerosis Múltiple (MS) y Esclerosis Lateral Amiotrófica (ALS)
- Servicios para el tratamiento de condiciones resultantes de daños autoinfligidos o como resultado de un delito grave cometido por un beneficiario o negligencia.
- Enfermedad renal crónica
- Medicamentos requeridos para el tratamiento ambulatorio de la tuberculosis y la lepra.
- Cubierta Especial para VIH – SIDA
  Si usted tiene VIH o SIDA, su PCP debe pedirle a su Aseguradora que le dé Cubierta Especial. Una vez su Aseguradora le añade a la Cubierta Especial, le enviarán por correo una carta haciéndole saber que usted puede recibir servicios bajo la Cubierta Especial. La carta le avisará cuando comienza la Cubierta Especial y cuando parará.

C. DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

Usted tiene el derecho a:

- Ser tratado con respeto y de una manera digna.
- Recibir información escrita de su Aseguradora en inglés y español y traducida a cualquier otro idioma. También tiene derecho a recibir información escrita en un formato alterno. Después, usted tiene el derecho de recibir toda la información escrita en el futuro en ese mismo formato o idioma, a menos que usted le diga lo contrario a su Aseguradora.
- Recibir información sobre su Aseguradora, facilidades de cuidado de salud, profesionales del cuidado de la salud, servicios de salud cubiertos, y cómo acceder a los servicios.
- Elegir su Grupo Médico Primario, su PCP, y otros doctores y proveedores dentro de su Red de Proveedores Preferidos.
- Escoger un dentista y farmacia dentro de la red de su Aseguradora.
- Comunicarse con sus doctores cuando usted lo desee y en privado.
- Recibir el cuidado médicamente necesario que es correcto para usted, cuando lo necesita. Esto incluye recibir servicios de emergencia, 24 horas al día, 7 días a la semana.
- Que se le explique en una manera fácil de entender sobre su cuidado y todos los diferentes tipos de tratamiento que podrían trabajar para usted, no importa lo que cuesten o incluso si no están cubiertos.
- Ayuda para tomar decisiones sobre su cuidado de salud. Usted puede rechazar el cuidado.
- Pedir una segunda opinión para un diagnóstico o plan de tratamiento.
- Hacer una Directriz Anticipada. Vea la Parte 6 de esta guía para más información.
- Recibir cuidado sin temor de restricción física o aislamiento utilizado para intimidación, disciplina, conveniencia o venganza.
- Solicitar y recibir información sobre sus expedientes médicos como dicen las leyes federales y estatales. Puede ver sus expedientes médicos, recibir copias de sus expedientes médicos y pedir que corrijan sus registros médicos si están incorrectos.
- Presentar una queja o apelación sobre su Aseguradora o su cuidado. Vea la Parte 6 de esta guía para más información. La queja puede presentarse en la oficina de su Aseguradora o en la oficina del Procurador del Paciente.
- Recibir los servicios sin ser tratado de una manera diferente debido a su raza, color, lugar de nacimiento, idioma, sexo, edad, religión, o incapacidad. Usted tiene el derecho de presentar una queja si cree que ha sido tratado injustamente. Si usted se queja o apela, usted tiene el derecho de seguir recibiendo cuidado sin temor a malos tratos de su Aseguradora, proveedores o Vital.
- Escoger un Representante Autorizado para participar en la toma de decisiones.
- Dar su consentimiento informado.

- Sólo tener que pagar las cantidades por los servicios listados en la Parte 4 de esta guía. No le pueden cobrar más que esas cantidades.
- No ser hostigado por su Aseguradora o los Proveedores de su Red en relación con las controversias contractuales entre la Aseguradora y sus Proveedores.

Usted tiene la responsabilidad de:

- Entender la información en su guía y otros documentos que su Aseguradora le envía.
- Dar a sus doctores sus expedientes de salud y dejarles saber acerca de cualquier cambio en su salud para que puedan cuidar de usted.
- Seguir las instrucciones de su doctor. Si no puede seguir las instrucciones de su doctor, déjele saber.
- Dejarle saber a su doctor si usted no entiende algo.
- Ayudar a tomar decisiones sobre el cuidado de su salud.
- Comunicar su Directriz Anticipada para que sus doctores sepan cómo usted quiere ser tratado si usted está demasiado enfermo para decirlo.
- Tratar a su Proveedor de cuidado de salud y el personal de su Aseguradora con respeto y dignidad.
- Dejarle saber a su Aseguradora si tiene otra compañía de seguros que debe pagar por su cuidado médico.
- Dejarle saber a ASES si usted se entera de un caso de fraude y abuso en Vital.

D. QUEJAS Y APELACIONES

Si no está satisfecho con el cuidado que está recibiendo, llame a su Aseguradora. Dígales que tiene que presentar una queja. También puede visitar los Centros de Servicio de su Aseguradora. Usted puede presentar una queja en cualquier momento.

Su doctor, un familiar o su representante pueden presentar una queja por usted si usted los autoriza a hacerlo. Usted también tiene el derecho de llamar a la Oficina del Procurador del Paciente para presentar una queja. Su número es 1-800-981-0031. También puede presentar una queja a ASES. Su número es 1-800-981-2737.

Su Aseguradora tiene 72 horas para resolver su queja. Si no pueden resolver su queja rápidamente, se convertirá en una "querella". En este caso, su Aseguradora tiene hasta 90 días para resolverla, pero tiene que decidir más rápido si es importante para su salud. La Aseguradora debe decirle como se resolvió la queja.

¿Qué es una apelación?

Si sus doctores o su Aseguradora tomaron una decisión sobre su cuidado con la cual usted no está de acuerdo, usted puede presentar una apelación. Cuando apela, está pidiendo a su Aseguradora echar otro vistazo a un error que usted cree que se hizo.

Si no está de acuerdo con la decisión, puede presentar una apelación. Tiene 60 días a partir de la fecha de la carta para presentar una apelación. Su doctor o su representante pueden presentar la apelación por usted si usted los autoriza a hacerlo.

- Hay muchas maneras de presentar una apelación. Usted puede:
- Llamar a su Aseguradora
- Visitar cualquiera de los Centros de Servicio de su Aseguradora
- Envíe su apelación por correo a su Aseguradora

Su apelación será revisada por un equipo de expertos que no han estado involucrados con la situación de su apelación. Su Aseguradora tomará una decisión dentro de 30 días. Si usted tiene una emergencia y su Aseguradora está de acuerdo en que usted la tiene, puede pedir una apelación expedita o rápida.

Una vez que su Aseguradora toma una decisión, le enviarán una carta dentro de 2 días laborables. La carta le dirá lo que decidieron y que usted tiene el derecho de pedir una audiencia si usted no está de acuerdo con la decisión

Audiencia Administrativa

Si no está satisfecho con la decisión de su Aseguradora sobre una queja o una apelación, usted puede pedir una audiencia. Una audiencia es donde puede contarle a un Examinador Oficial sobre el error que cree que hizo su Aseguradora. Usted tiene 120 días a partir de la fecha de la decisión de su Aseguradora de solicitar una Audiencia Administrativa con ASES.

Puede obtener más información sobre las audiencias o solicitar una audiencia llamando al Centro de Llamadas de Vital al: 1-800-981-2737

Escribiendo a ASES a:

ASES
PO Box 195661
San Juan, PR 00919-5661

Enviando un fax a ASES al: 787-474-3347

Durante la audiencia, usted puede dar datos y pruebas acerca de su salud y cuidado médico. Un Oficial Examinador escuchará el punto de vista de todos. En la audiencia, usted puede hablar por sí mismo o puede traer a alguien más para que hable por usted como un amigo o un abogado.

El Oficial Examinador decidirá su caso dentro de 90 días. Si usted necesita una decisión rápida, el Oficial Examinador decidirá su caso dentro de 72 horas. Si no está de acuerdo con la decisión del Oficial Examinador, puede presentar una apelación con la Corte de Apelaciones de Puerto Rico.

Más información sobre cómo presentar una apelación estará en los papeles que reciba después de la audiencia.

Apéndice #9

Servicios de salud mental a través de la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA)

La Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA), adscrita al Departamento de Salud, fue creada mediante la Ley Núm. 67 del 7 de agosto de 1993, según enmendada. Tiene la responsabilidad primaria de llevar a cabo los programas de prevención, atención, mitigación y solución de los problemas de salud mental y adicción o dependencia a sustancias con el fin de promover y conservar la salud biopsicosocial del pueblo de Puerto Rico.

I. ADMINISTRACIÓN AUXILIAR DE TRATAMIENTO

Servicios principales:

A. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN CRISIS

1. **Línea PAS (Primera Ayuda Sicosocial) 1-800-981-0023** - consta de una red de teléfonos atendidos 24 horas los 7 días de la semana, por un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud. Este servicio ofrece:
   - Orientación e información sobre la salud mental y adicción.
   - Cernimiento preliminar a nivel psicosocial telefónicamente.
   - Sesión de desahogo, consejería en crisis y apoyo emocional.
   - Coordinación de evaluación psiquiátrica y psicológica.
   - Coordinación de programa de rehabilitación a drogas y alcohol.
   - Coordinación de ambulancia.
   - Orientación sobre la tramitación y radicación de la Ley 408 y la Ley 67.
   - Tele-enlace y referidos
   - Seguimiento
   - Orientación sobre bioterrorismo
2. **Proyecto Anímate:** Servicios en comunidad de apoyo, orientación y educación sobre la salud emocional, coordinación de servicios de ayuda, fortalecimiento de destrezas emocionales, sesiones de desahogo, consejería en crisis y apoyo emocional, intervención en crisis, referidos, enlace con otras agencias o servicios gubernamentales o privados. (787)763-7575 ext. 1400
3. **Alcance Comunitario** – Servicio ofrecido por Equipo Móvil de Intervención en Crisis en los hogares a personas con condiciones de Salud Mental.
4. **Orientación y Adiestramientos Educativos:** Se brindan talles y adiestramientos relacionados a la salud Mental (Manejo de Emociones, Prevención de Suicidio, Intervención en Crisis y otros) a las comunidades, Agencias Gubernamentales y no gubernamentales.

B. SERVICIOS DE TRATAMIENTO A NIÑOS Y ADOLESCENTES

1. **Clínica de Niños y Adolescentes de Río Piedras**- Ofrece servicios ambulatorios para niños, niñas y adolescentes con trastorno emocional severo, menores de 18 años

de edad. (Nivel Ambulatorio y Ambulatorio Intensivo). Horario de servicio de 8:00am a 4:30pm de lunes a viernes. La Clínica se encuentra localizada en el tercer piso del Hospital Pediátrico del Centro Médico. Tel. 777-3535 ext. 7271.

2. **Unidad de Ambulatorio Integrado Niños, Adolescentes y Familia de Vieques**- (desde la niñez hasta 17 años con 11 meses). Horario de servicio de 8:00am a 4:30pm de lunes a viernes. Tel. 741-4767.
3. **Programa Iniciativa II (Fajardo, Vieques y Culebra) e Iniciativa III (Mayagüez)-** Servicios de tratamiento basado en recuperación para menores con diagnósticos de disturbio emocional severo
4. **Programa PORTI-** Programa de Oportunidad de Recuperación con Tratamiento Integrado para adolescentes y jóvenes adultos con un primer episodio esquizofrénico.

C. SERVICIOS DE TRATAMIENTO RESIDENCIAL

1. **Servicios de Tratamiento Residencial para Adolescentes (SeRA)** - Ofrece servicios para adolescentes de 13 a 17 años con disturbio emocional severo y con problemas por uso de sustancias.
2. **Servicios de Tratamiento Residencial para Adultos-** Ofrece servicios de tratamiento para adultos con trastornos de salud mental o adicción. Los mismos ubican en San Juan (hombres y mujeres) y Ponce (Hombres).

D. SERVICIOS HOSPITALARIOS:

1. **Hospital Psiquiátrico de Niños (UPHN) y Adolescentes (UPHA)**- Servicios de estabilización, evaluación y tratamiento hospitalario para niños y adolescentes con trastornos de salud mental. Ubicado en el Hospital Regional de Bayamón (787) 786-3620.
2. **Unidad Hospitalaria Especializada-** Servicios de estabilización y desintoxicación de Alcohol para adultos que presentan un Trastorno por el Consumo de Alcohol y otros Trastornos Relacionados, que requieren un tratamiento médico especializado e inmediato en un nivel de cuidado hospitalario. (787) 763-7521, (787) 763-5305.
3. **Hospital de Psiquiatría General (Dr. Ramón Fernández Marina)**- Servicios de estabilización, evaluación y tratamiento hospitalario para adultos con trastornos de salud mental. Ubicado en el Centro Médico en Río Piedras.
4. **Hospital de Psiquiatría Forense**- Servicios de estabilización, evaluación y tratamiento hospitalario para adultos con trastornos de salud mental que han cometido delito grave. Estos ubican en el Centro Médico en Río Piedras (Hombres) y en Ponce (Hombres y mujeres)

E. SERVICIOS DE RECUPERACIÓN

1. **Programa de Recuperación**– Prestación coordinada de servicios individualizados según las necesidades y preferencias de las personas con diagnósticos de salud mental o adicciones. Capacitan participantes para que desarrollen, adquieran y fortalezcan las destrezas necesarias para su vida en comunidad, mediante talleres y/o actividades sobre autocuidado, socialización, conocimiento y manejo de su condición

de salud mental. Se trabaja en un ambiente controlado, seguro y confidencial para facilitar el plan individualizado de recuperación para cada participante.

2. **Centros Transicionales hacia la Vida Independiente:** Servicios transicionales de vivienda dirigidos a desarrollar las destrezas para su reinserción en la comunidad. La meta es dirigir en el proceso de reintegrarse adecuadamente a la comunidad como ciudadanos productivos.
3. **Proyecto Camino a Casa**- Dirigido a personas sin hogar con trastornos de salud mental y sustancias que puedan ser ubicados en vivienda independiente.
4. **Programa Transicional de Hogares**- Hogar transicional de tratamiento enfocado en la recuperación y reinserción social y comunitaria. El servicio se fundamenta en la necesidad del participante y está dividido por niveles de cuidado.
5. **Programa de Vida Independiente:** Vivienda permanente con apoyo de los servicios de recuperación para adultos con diagnósticos de salud mental

F. SERVICIOS DE APOYO Y ALCANCE COMUNITARIO:

1. **Programa PATH-** Servicios dirigidos a personas con problemas de salud mental crónicos y con doble diagnóstico que son personas sin hogar o están en riesgo de convertirse en tales.
2. **Programa "De Vuelta a la Vida: Sanación y Hogar** -El programa es uno de vivienda transitoria para varones con servicios de apoyo y de alcance comunitario a personas sin hogar que se hayan recuperado de un diagnóstico de adicción.
3. **Programa "De Vuelta a la Vida: Sanación y Hogar II** - dirigido a facilitar que personas sin hogar obtengan y retengan una vivienda permanente. Ofrece servicios a varones de apoyo para integración a la comunidad y fortalecer destrezas de vida independiente.
4. **Proyecto CABHI (Cooperative Agreements to Benefit Homeless Individual)-** Personas con diagnostico concurrente en salud mental y adicción. Ubica a los participantes en una vivienda permanente y se les brinda tratamiento de salud mental, adicción, y otros servicios que requiera el paciente para su recuperación.

G. SERVICIOS DE USO Y CONSUMO DE SUSTANCIAS

1. **PROGRAMAS DE ALCOHOLISMO**
   - **Programa de Evaluación y Tratamiento a Conductores Ebrios (Ley 22)**-Ofrece servicios de evaluación, diagnóstico y tratamiento a personas de 18 años o más que han sido convictos por conducir bajo los efectos de bebidas embriagantes o consumo de sustancias ilegales (Violación al Artículo 7.02 o 7.03 de la Ley de Vehículos y Tránsito).

2. **Programa de Jugadores Comupulsivos**- Ofrece servicios de orientación, tratamiento y recuperación a personas mayores de 18 años de edad que

experimentan una adicción a los juegos de azar (casino, tragamonedas, carreras de caballos, lotería tradicional, lotería electrónica, apuesta en deportes, raspa y gana, bingo, cartas, entre otros) o que tienen problemas relacionados a los mismos.

3. **Clínicas de Tratamiento Asistido con Metadona** - Desarrollado para atender las necesidades de las personas con trastornos de adicción a opiáceos en un escenario ambulatorio. Los servicios incluyen desintoxicación ambulatoria, mantenimiento, y tratamiento individualizado a través de un equipo interdisciplinario. Las Clínicas ubican en los municipios de Aguadilla, Cayey, Caguas, Bayamón, Ponce y San Juan. Además, existen unidades de medicación en Arecibo, Mayagüez y las Cárceles de Ponce y Bayamón.
4. **"Offender Reentry Program" (ORP)** – Servicios de transición y enlace a tratamiento para adultos (hombres y mujeres) en proceso de excarcelación.
5. **Strategic Targeted Response" (STR)**- Fortalecimiento de servicios

H. PROGRAMA DE SERVICIOS DE EVALUACIÓN Y RECUPERACIÓN AL EMPLEADO (SERE) – Servicios de evaluación, coordinación y servicios a empleados, mayores de 18, referidos por las agencias públicas e instituciones privadas, que arrojen resultados positivos al uso de sustancias controladas en muestras toxicológicas en su área de trabajo. También, ofrece diversos servicios a empleados que han sido referidos por presentar dificultades en la ejecución de sus funciones laborales debido a algún trastorno mental o situación laboral. Tel. (787) 753-4665. Horario: 7:30am - 4:00pm (lunes a viernes). Ubicación SERE Mayagüez/Ponce: Centro de Salud Mental de Mayagüez, Centro Médico de Mayagüez. Tel. (787) 833-0663, ext. 217, 200. Horario: 8:00am - 4:30pm (lunes a viernes).

I. PROCER – Servicios especializados de apoyo, evaluación y tratamiento para personas con un primer episodio psicótico. Ubicado en Mayagüez.

J. SALAS ESPECIALIZADAS

1. **Corte de Drogas** - Salas Especializadas en los Tribunales que persiguen lograr la recuperación y rehabilitación de las personas que cometen delitos no violentos por razón de uso y abuso de sustancias controladas, ofreciéndoles la oportunidad de un desvío a tratamiento.
2. **Salud Mental**- Salas Especializadas en los Tribunales de San Juan, Mayagüez y Utuado que persiguen lograr la recuperación y rehabilitación de las personas con trastornos de salud mental evitando la hospitalización a través de alternativas de cuidado menos restrictivas.
   * **"Assisted Outpatient Treatment" (AOT)-** Programa especializado en salud mental dirigido al manejo de la condición manteniéndose en la comunidad. Ubicado en Mayagüez.

II. ADMINISTRACIÓN AUXILIAR DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL

A. División de Servicios Comunitarios:

Se encarga de diseñar, implementar y evaluar el desarrollo de los servicios de prevención a poblaciones: como niños, jóvenes, familias, líderes, maestros, personal de agencias y organizaciones públicas y privadas. Esto se realiza mediante diversas estrategias de prevención como lo son las de educación, orientación, identificación de problema y referido, alternativas preventivas, movilización comunitaria y ambiente. Cuenta con doce (12) Áreas de Servicios que se encargan de implementar el plan de trabajo basado en datos epidemiológicos de las respectivas áreas y los servicios directos a los grupos poblacionales. Las áreas de servicios de Prevención son: Arecibo (787) 878-0537, Moca (787-891-3075), Bayamón (787-787-3077), Caguas (787-744-6661), Carolina (787-762-4565), Fajardo (787-863-4273), Guayama (787-864-02979), Humacao (787-852-00155), Mayagüez (787-831-4224), Ponce (787-842-6646), San Juan (787-767-0640) y Utuado (787-894-5215).

Servicios:

1. **Adiestramientos** - Se adiestra a organizaciones de base comunitaria en la implementación del Modelo de Prevención Estratégica (MPE) para la reducción del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas (ATOD) en su comunidad. Además de, diversificar, ampliar y fortalecer las estrategias de prevención mediante la capacitación sobre Factores de Riesgo y Protección enfatizando en el aumento de los factores de protección como medida preventiva de uso de sustancias.
2. **Educación:**
   a) **"Habilidades para la Vida"-** Programa de Educación Emocional que busca prevenir comportamientos de riesgo y promover estilos de vida saludable. Va dirigido niños y niñas de 4 a 8 años.
   b) **Toward No Drug Use (TND)** - Programa con base científica dirigido a la prevención del uso y abuso de drogas entre Jóvenes de 14 a 19 años.
   c) **All Stars** -Programa con base científica dirigido a la prevención del uso de sustancias y conducta violenta entre niños y niñas de 9 a 13 años.
   d) **Class Action** - Programa basado en evidencia dirigido a jóvenes de 14 a 19 años que educa al adolescente sobre las consecuencias legales del uso y abuso del alcohol y cambiar su percepción con relación al mismo.
   e) **Media Ready** - Es un programa de alfabetización mediática basado en evidencias para jóvenes de 9 a 13 años, diseñado para retrasar o prevenir el inicio del consumo de sustancias, particularmente con respecto al consumo de alcohol y tabaco por menores de edad.
   f) **Media Detective** - Es un programa de alfabetización mediática basado en evidencias para estudiantes de 8 a 10 años, diseñado para retrasar o prevenir la aparición del consumo de alcohol y tabaco.

g) **Por Amor a tus Hijos** - Taller dirigido a padres con hijos diagnosticado con trastornos de conducta, que utiliza múltiples estrategias dirigidas a brindar información y recomendaciones para el manejo adecuado de los pensamientos, las emociones y el comportamiento de sus hijos.

h) **Criar Hijos de Carácter** -Taller dirigido a los padres y cuidadores de niños (as) y adolescentes para ayudarlos a desarrollar destrezas de crianzas efectivas en el hogar y compromiso con la disminución de los factores de riesgo asociados al uso de alcohol, tabaco y otras drogas.

i) **Háblele a sus Hijos Sobre el Alcohol** - Taller dirigido a los padres y cuidadores de niños (as) y adolescentes para ayudarlos a desarrollar destrezas de crianzas y comunicación efectiva en el hogar y compromiso con la disminución de los factores de riesgo asociados al uso de alcohol y violencia.

j) **Lección de Esperanza** - Taller de capacitación dirigido a Maestros su propósito es ofrecer información acerca del tipo de comportamiento en los menores que podría sugerir un trastorno relacionado con la salud mental. Este programa sugiere herramientas útiles para el manejo de conductas de riesgo en el escenario escolar y provee orientación para realizar referidos temprano.

k) **Programa Alcanza lo Mejor de Ti** - Programa educativo dirigido a los servidores públicos de las agencias, corporaciones y municipios en coordinación con los Programas de Ayuda al Empleado (PAE) con el propósito de promover la salud conductual, que incluye la prevención de los problemas de salud mental y emocional maximizando las fortalezas identificadas por cada servidor público para una alta productividad, un ambiente laboral saludable y relaciones interpersonales positivas.

3. **<u>Diseminación de Información</u>**

a) **Medios de comunicación** - educación y orientación a familias y comunidades sobre temas relacionados a prevención de uso y abuso de sustancias incluyendo alcohol, temas relacionados a salud mental y prevención de violencia, utilizando los medios de comunicación masiva.

b) **Orientaciones a la comunidad en general** - Alertamos a la comunidad sobre las consecuencias del uso de alcohol, tabaco y otras drogas (ATOD) y la importancia de rechazar su uso, estableciendo prioridad en edades tempranas o en menores de 18 años.

- Orientaciones de: Alcohol, Tabaco, Otras Drogas, TESAF (Trastorno del Espectro del Síndrome de Alcoholismo Fetal).
- Desarrollo de talleres creativos para estudiantes de escuela elemental sobre mensajes positivos dirigidos a desalentar el uso de tabaco y sus derivados, entre sus pares.
- Orientaciones las personas de edad avanzada y sus cuidadores, sobre el uso apropiado de los medicamentos.

- Orientaciones y talleres educativos dirigidos al pensamiento crítico y desarrollo de destrezas y habilidades para desalentar la violencia.
    - "Bullying"- nivel elemental e intermedia
    - "Grooming"- nivel intermedia y superior
    - Relaciones de pareja
    - Solución de conflictos
    - Ira

4. **Ambiente** – Promoción para que los negocios con licencia para la venta de productos derivados del tabaco, cumplan con las Ley 128 del 13 de diciembre 1993, Ley 1 del 31 de enero de 2011, según enmendada del Código de Rentas Interna, Ley 41 del 26 de marzo de 2015 y la Ley 62 del 5 de agosto de 1998 que prohíben la venta de cigarrillos y otros productos derivados del tabaco a menores de 18 años. Además, reducir la accesibilidad de productos de tabaco a menores de edad cumpliendo con las leyes estatales, federales y los Códigos de Orden Público (COP).
    - Establecemos alianzas y coordinaciones con agencias de implantación de ley a fin de coordinar esfuerzos y establecer estrategias para reducir la accesibilidad de tabaco o sus derivados a menores de 18 años
    - Llevamos a cabo Estudio de Accesibilidad de Productos de Tabaco a Menores de Edad
5. **Líderes** - Promovemos el liderato juvenil mediante el uso de valores que fomenten conductas y estilos de vida saludables libre de drogas y reducción de violencia.
    - **Proyecto ENFOCO** - Este proyecto promueve cambios en la sociedad puertorriqueña que faciliten el desarrollo sano de los adolescentes y contribuyan a la prevención y reducción de uso de alcohol por menores de edad. Alertan a la comunidad en general mediante conferencias de prensa, participación en programas locales de TV y radio, artículos impresos en la prensa local/regional, apoyado con evidencia visual.
6. **Propuesta Strategic Prevention Framework – Partnership for Success (SPF-PFS)** - atiende la problemática de uso y abuso de alcohol entre niños y jóvenes puertorriqueños utilizando un enfoque de salud pública (salubrista) basado en la planificación estratégica y promoviendo la implantación de intervenciones de prevención basadas en evidencia científica, así como la utilización de datos epidemiológicos a través de todo el proceso para tomar decisiones informadas. El proceso está basado en el Modelo de Prevención Estratégica. Son 6 las organizaciones que la ASSMCA ha contratado para implantar este proyecto. Estas organizaciones estarán implantando 2 estrategias ambientales: Check ID y la Campaña de Mercadeo Social Cumplo con Ellos. Persigue como objetivos:
    - Prevenir el inicio y reducir la progresión del abuso de sustancias.
    - Reducir problemas relacionados con el abuso de sustancias.
    - Fortalecer la infraestructura de prevención a nivel estatal y comunitario.
    - Potenciar, redirigir y alinear el flujo, financiamiento y los recursos para prevención.

7. **División de Prevención en escenarios de trabajo (PAE)-** Los Programas de Ayuda al Empleado tienen como meta el prevenir, identificar a tiempo y manejar adecuadamente situaciones que provoca problemas ocupacionales, además, asiste en el proceso de educar, prevenir y fomentar estilos de vida saludables para el trabajador y su familia. La Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción tiene la responsabilidad de implantar los programas preventivos y de rehabilitación para el uso, abuso de alcohol u otras drogas y los problemas de salud mental, por ende, cuenta con personal especializado para asesorar y ofrecer ayuda técnica en el desarrollo de Programas de Ayuda al Empleado y en otras estrategias dirigidas a mejorar la calidad de los lugares de trabajo.

Información de contacto
Website: www.assmca.pr.gov
Cuadro Telefónico: (787) 763-7575 Fax: (787) 765-5888
Dirección Postal: P.O. Box. 607087 Bayamón, PR 00960-7087
Dirección física: Carretera #2 Km 8.2 Bo. Juan Sánchez
Antiguo Hospital Mepsi Center Bayamón, PR

Apéndice #10

PROTOCOLO DE EXAMEN MÉDICO-FORENSE A SOSPECHOSO/A DE AGRESIÓN SEXUAL

Las personas sospechosas de una agresión sexual también pueden ser examinadas para la recopilación de evidencia médico-forense. Este examen puede proveer información útil para corroborar aspectos de la investigación y puede ayudar a vincular a la persona sospechosa con el crimen. Por ejemplo: si la víctima (mujer) estaba menstruando al ser atacada y el sospechoso (hombre) no se ha bañado; una muestra de la sangre del pene del agresor, si este no utilizó protección, serviría para vincularle con el delito. Si durante el ataque sexual una víctima inflige heridas a la persona que le agrede, este/a puede quedar con marcas o laceraciones en su cuerpo. En tal caso, un examen físico a la persona agresora facilitaría evidencia para corroborar la versión de la víctima. Ej. Si le mordió, se puede tomar fotografía o video de la mordida.

El examen médico forense a la persona sospechosa de agresión sexual, también **debe realizarse en el menor tiempo posible,** antes que se degrade el material biológico y desaparezca la evidencia que puede recopilarse. Para la recopilación de evidencia forense, puede utilizarse el mismo equipo (kit) de colección de evidencia forense que se utiliza para la víctima. Como parte del examen médico y forense debe evaluarse también la presencia de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), así como la presencia del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Si el/la sospechoso/a de la agresión <u>se somete voluntariamente</u> al examen y a las pruebas de ITS y VIH, los consentimientos deben ser firmados por este/a. **El sospechoso y la víctima no se deben encontrar nunca en la facilidad médica.**

La meta del examen médico legal de la persona sospechosa es realizar un examen forense de acuerdo con los protocolos locales y asegurar documentación de una manera apropiada. Se recomienda la presencia de Agentes del Orden Público (Policía) en el proceso de examen y recolección de evidencia de la persona agresora, para la seguridad de los evaluadores forenses. El/ la evaluador/a que realiza estos exámenes de personas sospechosas de agresión sexual debe estar al tanto y ser advertido de las implicaciones legales.

Como parte de la evaluación médica y forense el/la evaluador/a debe:

1) **Obtener información del historial**: datos necesarios ofrecidos por el/la agente cómo fecha, hora y lugar del asalto, descripción del tipo de agresión, si el/la agresor/a se ha bañado. También información relacionada con el caso; por ejemplo si la víctima estaba menstruando o información ofrecida por la víctima de marcas o tatuajes del agresor/a, así como heridas, golpes, mordidas infligidas por la víctima mientras se defendía.
2) **Obtener consentimiento** u orden judicial para el examen médico, recolección de especímenes, pruebas de ITS y VIH.
3) **Realizar entrevista** médica, si el agresor coopera, y obtener datos de medicamentos, alergias, condiciones de salud, historial de operaciones, historia de infección urinaria reciente o alguna condición anal o genital, historial de vasectomía.

4) **Recolectar ropa, zapatos** (si no ha sido recopilada previamente al ser arrestado). Desvestir sobre papel camilla. Examinar y empacar cada pieza individualmente en bolsa de papel, sin sacudir las piezas de ropa.
5) **Observar conducta** - comportamiento, afecto, habla, coordinación, mano diestra, aliento, olor corporal, tatuajes, cicatrices, heridas, marcas de nacimiento, marcas de agujas lesiones.
6) **Realizar examen físico general** - estatura, peso, signos vitales, pupilas, ojos, nariz, cabello (textura / color), vello facial.
7) **Realizar un examen detallado** - Si está positivo para manchas o secreciones secas, semen o sangre, debe usar un hisopo humedecido en agua destilada para recolectar las secreciones. También deberá recoger muestra de marcas de mordeduras para muestra de saliva. Para este examen puede de todo el cuerpo debe utilizar una lámpara de "Wood" u otra fuente de luz alterna.
8) **Examinar la cabeza y cavidad oral** - revisar mucosa oral y "frenulum" y tomar muestra de secreciones de la boca utilizando hisopos ("swabs") y muestras de saliva. Recoger material extraño, "debris", fibras, muestras de cabello y vello facial.
9) **Recoger evidencia de vello corporal**, si es apropiado.
10) **Recoger muestra de raspado de uñas** - de mano izquierda y mano derecha. También puede obtener muestra de uñas cortadas.
11) **Examinar área genital / anal** - inspeccionar pene, escroto, perineo, ano, recto, recoger muestras de secreciones en el área, obtener muestra en hisopo del pene por delante y detrás y área del glande, si no está circuncidado debajo de la piel, recolectar vello púbico halado y vello púbico peinado (empacar la peinilla utilizada), inspeccionar la presencia de materiales extraños, sangre, heces, lubricante en el pene así como signos de heridas, laceraciones, abrasiones, etc. Obtener muestra de área anal con hisopos (swabs), si es indicado.
12) **Fotografiar** traumas que no sean del área genital. Cotejar la presencia de marcas o heridas de defensa causadas por la víctima.
13) **Tomar muestras para laboratorios:** de alcohol en la sangre, toxicología, ITS (gonorrea, clamidia, sífilis, VIH, Hepatitis panel, herpes, cultivo de gonorrea de la garganta.
14) **Documentar:** todos los hallazgos, de manera objetiva y en los formularios apropiados. (Puede utilizar el formulario que se incluye en el kit de recolección de evidencia forense, especificando que la información es de la persona sospechosa de agresión sexual y no de la víctima). Deberá incluir información de todos los especímenes recopilados y la fecha y hora en que fueron recogidos. Anotar procedimientos utilizados, ej. fotografías, colposcopio. Incluir copia de los consentimientos u orden del tribunal en el record.
15) **Identificar** - todo el material recogido y sellar, debidamente. Mantener la cadena de custodia de evidencia.
16) **Entregar evidencia** - al/a la agente de la Policía a cargo de la investigación que esté debidamente identificado. Este/a se encargará del traslado de la evidencia al laboratorio criminal para el análisis correspondiente.

Referencia: Crowley, Sharon R. (1999) Sexual Assault: The Medical-Legal Examination. Stamford, CT: Appleton & Lange

Apéndice #11

LEYES Y REGLAMENTOS APLICABLES EN CASOS DE AGRESIÓN SEXUAL

1. Ley 146 del 30 de julio de 2012, según enmendada - Código Penal de Puerto Rico de 2012.
2. Ley 246 del 16 de diciembre de 2011, según enmendada - "Ley para la Seguridad, Bienestar y Protección de Menores".
3. Ley 54 del 15 de agosto de 1989, según enmendada - Ley de Prevención e Intervención con la Violencia Doméstica, según enmendada.
4. Ley 284 del 21 de agosto de 1999 "Ley contra el acecho en Puerto Rico".
5. Ley 408 del 2 de octubre de 2000, según enmendada "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", según enmendada.
6. Ley Cobra, Artículo de EMTALA.
7. HIPAA : Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud
8. Ley Núm. 72 de 7 de septiembre de 1993- Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico, según enmendada.
9. Ley 194 – Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente
10. Ley 183 del 29 de Julio de 1998: Ley para la Compensación a Víctimas de Delito, según enmendada

Derechos de las víctimas en el Proceso Judicial:

1. Ley 54 (artículo 2.1) - Ordenes de protección
2. Ley núm. 77 del 9 de julio de 1986- Ley para la Protección de Víctimas y Testigos
3. Ley núm. 408 del 2000- Carta de Derechos de Adultos que reciben servicios de Salud Mental
4. Ley núm. 180 del 23 de diciembre de 2001
5. Ley núm. 349 del 2 de septiembre de 2000- derechos de las personas portadoras de VIH/SIDA
6. Regla 131 de las Reglas de Procedimiento Criminal
7. Regla 21 de las Reglas de Evidencia
8. Regla 154 de Procedimiento Criminal, Ley núm. 23 del 11 de noviembre de 1994, 34 L.P.R.A. Ap. II
9. Orden de Protección al amparo de la Ley Contra el Acecho, Ley núm. 284 del 21 de agosto de 1999.
10. Orden de Protección al amparo de la Regla 218 de las Reglas de Procedimiento Criminal.
11. Ley 22 del 22 de abril de 1988: Carta de derechos a víctimas y testigos de delito
12. Regla 131A de las de Procedimiento Criminal- permite el uso de circuito cerrado bajo ciertas condiciones.
13. Ley 77 del 9 de julio de 1986
14. Regla 26A de Evidencia
15. Regla 21 de Evidencia y Regla 154.1 de Procedimiento Criminal
16. Ley 28 del 1 de junio de 1997- Registro de Convictos de Agresión Sexual
17. Ley 151 del 31 de octubre de 2001- derechos de la víctima ante la Junta de Libertad bajo Palabra.

Apéndice # 12

SINOPSIS DE LEYES

A. **Código Penal de Puerto Rico de 2012** - Ley Núm. 146 de 2012, según enmendada por Ley Núm. 246 del 26 de diciembre de 2014, Ley de Enmiendas Significantes. (Artículos 130, 131,132, 133, 134, 135, 136, 137, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 160)

Artículo 130 - Agresión sexual - Será sancionada con pena de reclusión por un término fijo de cincuenta (50) años, más la pena de restitución, salvo que la víctima renuncie a ello, toda persona que a propósito, con conocimiento o temerariamente lleve a cabo, o que provoque que otra persona lleve a cabo, un acto orogenital o una penetración sexual vaginal o anal ya sea ésta genital, digital, o instrumental, en cualquiera de las circunstancias que se exponen a continuación:

(a) Si la víctima al momento del hecho no ha cumplido dieciséis (16) años de edad, salvo cuando la víctima es mayor de catorce (14) años y la diferencia de edad entre la víctima y el acusado es de cuatro (4) años o menos.
(b) Si por enfermedad o incapacidad mental, temporal o permanentemente, la víctima está incapacitada para comprender la naturaleza del acto en el momento de su relación.
(c) Si la víctima fue compelida al acto mediante el empleo de fuerza física, violencia, intimidación o amenaza grave o inmediato daño corporal.
(d) Si la víctima se le ha anulado o disminuido sustancialmente, sin su conocimiento o sin su consentimiento, su capacidad de consentir a través de medios hipnóticos, narcóticos, deprimentes o estimulantes o de sustancias o medios similares.
(e) Si a la víctima se le obliga o induce mediante maltrato, violencia física o psicológica a participar o involucrarse en una relación sexual no deseada con terceras personas.

Será sancionada con pena de reclusión por un término fijo de veinticinco (25) años, más la pena de restitución, salvo que la víctima renuncie a ello, toda persona que a propósito, con conocimiento o temerariamente lleve a cabo, o que provoque que otra persona lleve a cabo, un acto orogenital o una penetración sexual vaginal o anal ya sea ésta genital, digital, o instrumental, en cualquiera de las circunstancias que se exponen a continuación:

(f) Si al tiempo de cometerse el acto, la víctima no tuviera conciencia de su naturaleza y esa circunstancia fuera conocida por el acusado.
(g) Si la víctima se somete al acto mediante engaño, treta, simulación u ocultación en relación a la identidad del acusado.
(h) Cuando la persona acusada se aprovecha de la confianza depositada en ella por la víctima mayor de dieciséis (16) años con la cual existe una relación de superioridad por razón de tenerla bajo su custodia, tutela, educación primaria, secundaria o especial tratamiento médico o psicoterapéutico, consejería de cualquier índole, o por existir una relación de liderazgo de creencia religiosa con la víctima o de cualquier otra índole con la víctima.

El Tribunal podrá considerar en la imposición de la pena las siguientes circunstancias agravantes a la pena:

(1) se cometa en el hogar de la víctima, o en cualquier otro lugar donde ésta tenga una expectativa razonable de intimidad;
(2) resulte en un embarazo; o
(3) resulte en el contagio de alguna enfermedad venérea, siendo este hecho conocido por el autor.
(4) si la conducta tipificada en el inciso (c) de este Artículo se comete en contra de la persona de quien el autor es o ha sido cónyuge o conviviente, o ha tenido o tiene relaciones de intimidad o noviazgo, o con la que tiene un hijo en común.

Si la conducta tipificada en el inciso (a) se comete por un menor que no ha cumplido dieciocho (18) años de edad, será sancionado con pena de reclusión por un término fijo de ocho (8) años, de ser procesado como adulto. Esta pena de reclusión no aplicará cuando la víctima sea mayor de catorce (14) años y la diferencia de edad entre la víctima y el acusado es de cuatro (4) años o menos, conforme se dispone en el inciso (a) de este Artículo."

Artículo 131- Incesto. Serán sancionadas con pena de reclusión por un término fijo de cincuenta (50) años, aquellas personas que tengan una relación de parentesco, por ser ascendiente o descendiente, por consanguinidad, adopción o afinidad, o colateral por consanguinidad o adopción, hasta el tercer grado, o por compartir o poseer la custodia física o patria potestad y que a propósito, con conocimiento o temerariamente lleven a cabo un acto orogenital o una penetración sexual vaginal o anal, ya sea ésta genital, digital o instrumental.
El Tribunal podrá considerar en la imposición de la pena las siguientes circunstancias agravantes a la pena:
(a) resulte en un embarazo; o
(b) resulte en el contagio de alguna enfermedad venérea, siendo este hecho conocido por el autor.

Si la parte promovente de la conducta fuere un menor que no ha cumplido dieciocho (18) años de edad, será sancionado con pena de reclusión por un término fijo de ocho (8) años, de ser procesado como adulto."

Artículo 132- Circunstancias esenciales de los delitos de agresión sexual e incesto.
El delito de agresión sexual o de incesto consiste esencialmente en la agresión inferida a la integridad física, síquica o emocional y a la dignidad de la persona.
Cualquier acto orogenital o penetración sexual, vaginal o anal, ya sea ésta genital, digital o instrumental, por leve que sea, bastará para consumar el delito.

Artículo 133- Actos lascivos. Toda persona que a propósito, con conocimiento o temerariamente, sin intentar consumar el delito de agresión sexual descrito en el Artículo 130, someta a otra persona a un acto que tienda a despertar, excitar o satisfacer la pasión o deseos sexuales del imputado, en cualquiera de las circunstancias que se exponen a continuación, será sancionada con pena de reclusión por un término fijo de ocho (8) años, más la pena de restitución, salvo que la víctima renuncie a ello:

(a) Si la víctima al momento del hecho es menor de dieciséis (16) años de edad.
(b) Si la víctima fue compelida al acto mediante el empleo de fuerza, violencia, amenaza de grave o inmediato daño corporal, o intimidación, o el uso de medios hipnóticos, narcóticos, deprimentes o estimulantes o sustancias o medios similares.
(c) Si la víctima, por enfermedad o defecto mental temporero o permanente, estaba incapacitada para comprender la naturaleza del acto.
(d) Si la víctima fue compelida al acto mediante el empleo de medios engañosos que anularon o disminuyeron sustancialmente, sin su conocimiento, su capacidad de consentir.
(e) Si al tiempo de cometerse el acto, la víctima no tuviera conciencia de su naturaleza y esa circunstancia fuera conocida por el acusado.
(f) Si el acusado tiene una relación de parentesco con la víctima, por ser ascendiente o descendiente, por consanguinidad, adopción o afinidad, o colateral por consanguinidad o adopción, hasta el tercer grado, o por compartir o poseer la custodia física o patria potestad.
(g) Cuando la persona acusada se aprovecha de la confianza depositada en ella por la víctima por existir una relación de superioridad por razón de tenerla bajo su custodia, tutela, educación primaria, secundaria, universitaria o especial, tratamiento médico o psicoterapéutico, consejería de cualquier índole, o por existir una relación de liderazgo de creencia religiosa o de cualquier índole con la víctima.

Cuando el delito se cometa en cualquiera de las modalidades descritas en los incisos (a) y (f) de este Artículo, o se cometa en el hogar de la víctima, o en cualquier otro lugar donde ésta tenga una expectativa razonable de intimidad, la pena del delito será de reclusión por un término fijo de quince (15) años más la pena de restitución, salvo que la víctima renuncie a ello."

Los delitos de **agresión sexual, incesto y actos lascivos** prescriben a los veinte (20) años (ver Código Penal de Puerto Rico 2012, Artículo 87 – Prescripción, inciso (e).

Artículo 134- Bestialismo Toda persona que lleve a cabo, o que incite, coaccione o ayude a otra a llevar a cabo cualquier forma de penetración sexual con un animal, será sancionada con pena de reclusión por un término fijo de tres (3) años.

Artículo 135- Acoso sexual. Toda persona que en el ámbito de una relación laboral, docente o de prestación de servicios, solicite favores de naturaleza sexual para sí o para un tercero, y sujete las condiciones de trabajo, docencia o servicios a su cumplimiento, o mediante comportamiento sexual provoque una situación con conocimiento de que resultará intimidatoria, hostil o humillante para la víctima, incurrirá en delito menos grave."

Artículo 143.- Definiciones. A los efectos de esta Sección, los siguientes términos o frases tienen el significado que a continuación se expresa:

(a) Conducta obscena. Es cualquier actividad física del cuerpo humano, bien sea llevada a cabo solo o con otras personas, incluyendo, pero sin limitarse, a cantar, hablar, bailar, actuar,

simular, o hacer pantomimas, la cual considerada en su totalidad por la persona promedio y, según los patrones comunitarios contemporáneos:

(1) apele al interés lascivo, o sea, interés morboso en la desnudez, sexualidad o funciones fisiológicas;

(2) represente o describa en una forma patentemente ofensiva conducta sexual; y

(3) carezca de un serio valor literario, artístico, religioso, científico o educativo.

La atracción de la conducta al interés lascivo se juzgará en relación al adulto promedio, a menos que se desprenda de la naturaleza de dicha conducta o de las circunstancias de su producción, presentación, o exhibición que está diseñada para grupos de desviados sexuales, en cuyo caso la atracción predominante de la conducta se juzgará con referencia al grupo a quien va dirigido.

En procesos por violación a las disposiciones de esta Sección en donde las circunstancias de producción, presentación o exhibición indican que el acusado está explotando comercialmente la conducta obscena por su atracción lasciva, dichas circunstancias constituyen prueba prima facie de que la misma carece de un serio valor literario, artístico, religioso, científico o educativo.

Cuando la conducta prohibida se lleve a cabo para o en presencia de menores, será suficiente que el material esté dirigido a despertar un interés lascivo en el sexo.

(b) Conducta sexual. Comprende:

(1) representaciones o descripciones patentemente ofensivas de actos sexuales consumados, normales o pervertidos, actuales o simulados, incluyendo relaciones sexuales, sodomía y bestialismo, o

(2) representaciones o descripciones patentemente ofensivas de masturbación, copulación oral, sadismo sexual, masoquismo sexual, exhibición lasciva de los genitales, estimular los órganos genitales humanos por medio de objetos diseñados para tales fines, o funciones escatológicas, así sea tal conducta llevada a cabo individualmente o entre miembros del mismo sexo o del sexo opuesto, o entre humanos y animales.

(c) Material. Es cualquier libro, revista, periódico u otro material impreso, escrito, o digital, o cualquier retrato, fotografía, dibujo, caricatura, película de movimiento, cinta cinematográfica u otra representación gráfica; o cualquier representación oral o visual transmitida o retransmitida a través de cables, ondas electromagnéticas, computadoras, tecnología digital o cualesquiera medios electrónicos o de comunicación telemática; o cualquier estatua, talla o figura, escultura; o cualquier grabación, transcripción o reproducción mecánica, química o eléctrica o cualquier otro artículo, equipo o máquina.

(d) Material nocivo a menores. Es todo material que describa explícitamente la desnudez del cuerpo humano, manifestaciones de conducta sexual o excitación sexual, o de una manera que al considerarse en parte o en la totalidad de su contexto:

(1) apele predominantemente al interés lascivo, vergonzoso o morboso en los menores;

(2) resulte patentemente ofensivo de acuerdo a los criterios contemporáneos de la

comunidad adulta conforme a los mejores intereses de los menores; y
(3) carezca de un serio valor social para los menores.

(e) Material obsceno. Es material que considerado en su totalidad por una persona promedio y que al aplicar patrones comunitarios contemporáneos:
(1) apele al interés lascivo, o sea, a un interés morboso en la desnudez, sexualidad o funciones fisiológicas;
(2) represente o describa en una forma patentemente ofensiva conducta sexual; y
(3) carezca de un serio valor literario, artístico, religioso, científico o educativo.

La atracción del material al interés lascivo en el sexo se juzga en referencia al adulto promedio, a menos que se desprenda de la naturaleza del material, o de las circunstancias de su diseminación, distribución o exhibición, que está diseñado para grupos de desviados sexuales, en cuyo caso dicha atracción se juzgará con referencia al grupo a quien va dirigido.

En procesos de violación a las disposiciones de esta Sección, donde las circunstancias de producción, presentación, venta, diseminación, distribución, o publicidad indican que el acusado está explotando comercialmente el material por su atracción lasciva, la prueba de este hecho constituirá prueba prima facie de que el mismo carece de serio valor literario, artístico, religioso, científico o educativo. Cuando la conducta prohibida se lleve a cabo para o en presencia de menores será suficiente que el material esté dirigido a despertar un interés lascivo en el sexo.

(f) Pornografía infantil. Es cualquier representación de conducta sexual explícita, todo acto de masturbación, abuso sadomasoquista, relaciones sexuales reales o simuladas, relaciones sexuales desviadas, bestialismo, homosexualismo, lesbianismo, actos de sodomía, o exhibición de los órganos genitales llevados a cabo por personas menores de dieciocho (18) años de edad.

(g) Abuso sadomasoquista. Son actos de flagelación o tortura por parte de una persona a otra o a sí misma, o la condición de estar encadenado, atado o de cualquier otro modo restringido, como un acto de gratificación o estimulación sexual.

Artículo 144.- Envío, transportación, venta, distribución, publicación, exhibición o posesión de material obsceno. Toda persona que a sabiendas envíe o haga enviar, o transporte o haga transportar, o traiga o haga traer material obsceno a Puerto Rico para la venta, exhibición, publicación o distribución, o que posea, prepare, publique, o imprima cualquier material obsceno en Puerto Rico, con el propósito de distribuirlo, venderlo, exhibirlo a otros, o de ofrecerlo para la distribución o la venta, incurrirá en delito menos grave.

Si el delito descrito en el párrafo anterior se lleva a cabo para o en presencia de un menor o se emplea o usa a un menor para hacer o ayudar en la conducta prohibida, será sancionada con pena de reclusión por un término fijo de tres (3) años. Si la persona convicta es una persona jurídica será sancionada con pena de multa hasta diez mil dólares ($10,000).

Las disposiciones de este Artículo, en relación con la exhibición de, o la posesión con la intención de exhibir cualquier material obsceno, no se aplican a ningún empleado, proyeccionista u operador de un aparato cinematográfico, que ha sido empleado y quien está desempeñándose dentro del ámbito de su empleo, siempre y cuando tal empleado, proyeccionista u operador no tenga interés propietario de clase alguna en el lugar o negocio en donde está empleado.

Artículo 145.- Espectáculos obscenos. Toda persona que a sabiendas se dedique a, o participe en la administración, producción, patrocinio, presentación o exhibición de un espectáculo que contiene conducta obscena o participe en una parte de dicho espectáculo, o que contribuya a su obscenidad, incurrirá en delito menos grave.

Si el comportamiento descrito en el párrafo anterior se lleva a cabo para o en presencia de un menor será sancionada con pena de reclusión por un término fijo de tres (3) años. Si la persona convicta es una persona jurídica será sancionada con pena de multa hasta diez mil dólares ($10,000)."

Artículo 146.- Producción de pornografía infantil. Toda persona que a sabiendas promueva, permita, participe o directamente contribuya a la creación o producción de material o de un espectáculo de pornografía infantil será sancionada con pena de reclusión por un término fijo de quince (15) años, más la pena de restitución, salvo que la víctima renuncie a ello. Si la persona convicta es una persona jurídica será sancionada con pena de multa hasta cincuenta mil dólares ($50,000)."

Artículo 147.- Posesión y distribución de pornografía infantil. Toda persona que a sabiendas posea o compre material o un espectáculo de pornografía infantil será sancionada con pena de reclusión por un término fijo de doce (12) años, más la pena de restitución, salvo que la víctima renuncie a ello. Si la persona convicta es una persona jurídica será sancionada con pena de multa hasta cuarenta mil dólares ($40,000), más la pena de restitución, salvo que la víctima renuncie a ello.

Toda persona que a sabiendas imprima, venda, exhiba, distribuya, publique, transmita, traspase, envíe o circule material o un espectáculo de pornografía infantil será sancionada con pena de reclusión por un término fijo de quince (15) años. Si la persona convicta es una persona.

Artículo 148.- Utilización de un menor para pornografía infantil. Toda persona que use, persuada o induzca a un menor a posar, modelar o ejecutar conducta sexual con el propósito de preparar, imprimir o exhibir material de pornografía infantil o a participar en un espectáculo de esa naturaleza será sancionada con pena de reclusión por un término fijo de quince (15) años, más la pena de restitución, salvo que la víctima renuncie a ello. Si la persona convicta es una persona jurídica será sancionada con pena de multa hasta cincuenta mil dólares ($50,000), más la pena de restitución, salvo que la víctima renuncie a ello.

Será sancionada con pena de reclusión por un término fijo de veinte (20) años, más la pena de restitución, salvo que la víctima renuncie a ello:

(a) cuando el acusado tenga relaciones de parentesco con la víctima, por ser ascendiente o descendiente, por consanguinidad, adopción o afinidad, hasta el tercer grado, o por compartir o poseer la custodia física o patria potestad; o
(b) cuando se cometa en el hogar o lugar dedicado al cuidado de la víctima.

Artículo 149.- Exhibición y venta de material nocivo a menores. Incurrirá en delito menos grave:

(a) Toda persona a cargo de la supervisión, control o custodia de un establecimiento comercial o de negocios que a sabiendas exhiba, despliegue o exponga a la vista cualquier material nocivo a los menores en aquellas áreas del establecimiento o áreas circundantes donde un menor de edad tiene acceso como parte del público en general.
(b) Toda persona a cargo de la supervisión, custodia o control de una sala de teatro donde se proyectan cintas cinematográficas que contengan material nocivo a menores y que a sabiendas venda un boleto de entrada o de otra manera permita la entrada de un menor a dicho establecimiento.
(c) Toda persona que a sabiendas venda, arriende o preste a un menor material conteniendo información o imágenes nocivas a éstos, será sancionada con una pena de reclusión por un término fijo de tres (3) años. Si la persona convicta en esta modalidad es una persona jurídica será sancionada con pena de multa hasta diez mil dólares ($10,000).

Para fines de este Artículo, establecimiento comercial o de negocios incluye, sin limitarse, a barras, discotecas, café teatro y otros lugares de diversión afines.

Conforme a lo dispuesto en el Artículo 46 de este Código, se impondrá responsabilidad criminal a la persona jurídica titular o responsable de la administración del establecimiento."

Artículo 150.- Propaganda de material obsceno o de pornografía infantil. Incurrirá en delito menos grave toda persona que prepare, exhiba, publique, anuncie o solicite de cualquier persona que publique o exhiba un anuncio de material obsceno o que en cualquier otra forma promueva la venta o la distribución de tal material.

Si la conducta descrita en el párrafo anterior, ocurre en presencia de un menor, la persona será sancionada con pena de reclusión por un término fijo de tres (3) años. Si la persona convicta es una persona jurídica será sancionada con pena de multa hasta diez mil dólares ($10,000).

Cuando el material sea de pornografía infantil, la persona será sancionada con pena de reclusión por un término fijo de ocho (8) años. Si la persona convicta es una persona jurídica será sancionada con pena de multa hasta treinta mil dólares ($30,000)."

Artículo 151.- Venta, distribución condicionada. Incurrirá en delito menos grave toda persona que, como condición para la venta, distribución, consignación o entrega para la reventa de cualquier diario, revista, libro, publicación u otra mercancía:

(a) requiera que el comprador o consignatario reciba cualquier material obsceno;
(b) deniegue, revoque o amenace con denegar o revocar una franquicia; o
(c) imponga una penalidad monetaria o de otra clase por razón de tal persona negarse a aceptar tal material o por razón de la devolución de tal material.

Cuando el material sea de pornografía infantil, la persona será sancionada con pena de reclusión por un término fijo de ocho (8) años. Si la persona convicta es una persona jurídica será sancionada con pena de multa hasta treinta mil dólares ($30,000)."

Artículo 152.- Transmisión o retransmisión de material obsceno o de pornografía infantil. Toda persona que a sabiendas distribuya cualquier material obsceno a través de cualquier medio de comunicación telemática u otro medio de comunicación, incurrirá en delito menos grave.
Cuando el material sea de pornografía infantil, la persona será sancionada con pena de reclusión por un término fijo de ocho (8) años. Si la persona convicta es una persona jurídica será sancionada con pena de multa hasta treinta mil dólares ($30,000)."

Artículo 153.- Confiscación. El Secretario de Justicia, el Superintendente de la Policía o el Secretario de Hacienda por conducto de sus delegados o agentes del orden público, pueden incautarse de propiedad o interés que cualquier persona ha adquirido en violación a las disposiciones de esta Sección, sujeto al procedimiento establecido por la Ley Uniforme de Confiscaciones de 2011, Ley 119-2011.

Artículo 154.- Destrucción de material. Cuando medie convicción y sentencia firme por cualquier delito comprendido en esta Sección, el tribunal ordenará que se destruya cualquier material o anuncio obsceno o de pornografía infantil que haya motivado la convicción del acusado y que se encuentre en poder o bajo control del tribunal, del ministerio público o de un funcionario del orden público.

Artículo 160.- Trata humana. Toda persona que mediante la captación, el transporte, el traslado, la acogida o recepción de personas y que recurriendo al uso de la fuerza, amenaza, coacción, secuestro, fraude, engaño, abuso de poder, u otras situaciones de vulnerabilidad, ofrezca o reciba la concesión o recepción de pagos o beneficios con el fin de obtener el consentimiento de una persona que tenga autoridad sobre otra para que ésta ejerza la mendicidad, cualquier clase de explotación sexual, pornografía, trabajo o servicio forzado, servidumbre por deudas, matrimonio servil, adopción irregular, esclavitud o sus prácticas análogas, la servidumbre o extracción de órganos, aun con el consentimiento de la víctima, será sancionada con pena de reclusión por un término fijo de quince (15) años.

Cuando la persona que comete el acto fuere el padre o madre, encargado o tutor legal de la víctima menor de edad será sancionada con pena de reclusión por un término fijo de veinte (20) años."

B. Ley 54 para la Prevención e Intervención con la Violencia Doméstica

La Ley para la Prevención e Intervención con la Violencia Doméstica, según enmendada, conocida como la **Ley 54 del 15 de agosto de 1989,** trata sobre la violencia doméstica en relación de pareja. Esta ley permite mecanismos de protección mayores a los provistos en el Código Civil, en las Reglas de Procedimientos Civil y en las Reglas de Procedimiento Criminal. Ha sido enmendada para añadir a los policías municipales entre los oficiales del orden público encargados de implantar la Ley y para establecer como agravante la agresión a una mujer embarazada.

La Ley 54 establece medidas dirigidas a prevenir y combatir la violencia doméstica en Puerto Rico. Tipificar los delitos de Maltrato, Maltrato Agravado, Maltrato mediante amenaza, maltrato mediante restricción de la libertad y Agresión Sexual Conyugal y fija penalidades. Faculta a los tribunales a expedir órdenes de protección para las víctimas de violencia doméstica y establece un procedimiento fácil y expedito para el trámite y adjudicación de dichas órdenes. Entre las medidas dirigidas a la prevención de la violencia doméstica, ordena a Oficina de la Procuradora de las Mujeres a divulgar y orientar a la comunidad sobre los alcances de esta ley y para asignar fondos. Se protegen las víctimas de violencia doméstica y se excluyen las relaciones de pareja que no hayan sostenido relaciones sexuales.

Garantías procesales bajo esta ley:
Uso de la Carta de derechos de las víctimas y testigos del delito.
Protocolo de Intervención con Víctimas de Violencia Doméstica.
Para solicitar una Orden de Protección no es necesario radicar cargos criminales.
Se solicita ante cualquier Juez/a del Tribunal de Primera Instancia (Juez/a de Distrito o Juez/a Superior) o ante el Juez/a Municipal.

La persona perjudicada puede solicitar una Orden de Protección por sí misma mediante un agente del Orden Público (policía), de su representante legal o de una tercera persona (en casos de impedimento físico, mental o de otro tipo). En la Secretaría del Tribunal se proveerá ayuda y los formularios necesarios para que la persona pueda solicitar una Orden de Protección.

Personas protegidas:
Se define el término relación de pareja como la relación entre cónyuges (matrimonio legal), ex-cónyuges (divorciados), personas que cohabitan o han cohabitado, personas que sostienen o han sostenido una relación consensual similar a la de los cónyuges y a las personas que han procreado un hijo o una hija.

Definición de los delitos:
1. **Maltrato:** Emplear fuerza, violencia física o sicológica, intimidación o persecución contra la pareja para causarle daño físico a su persona, a sus bienes, o a otra persona para causarle grave daño emocional.

2. **Maltrato agravado**: El maltrato pasa a ser maltrato agravado cuando se da una de las siguientes condiciones:

- El maltrato a la pareja se cometiere en el lugar donde vive o está albergada.
- Cuando se causa grave daño físico
- Cuando se cometiere con arma mortífera, aunque no hubiere la intención de matar o mutilar.
- Cuando se cometiere en la presencia de menores de edad
- Cuando se cometiere luego de haberse expedido una Orden de Protección
- Cuando se presiona u obliga a la persona a drogarse o intoxicarse con alcohol, y
- Cuando a la misma vez que se comete la agresión se maltrata a un menor.

3. Maltrato mediante amenaza: Cuando se amenaza a la pareja con causarle daño a ella, sus bienes o a las personas queridas.

4. Maltrato mediante restricción de la libertad: Cuando se utiliza la violencia o la intimidación para limitar la libertad de la pareja o que se utilice el pretexto de que esta padece de enfermedad o incapacidad mental para restringir su libertad.

5. Agresión sexual conyugal: Cuando se obliga a la pareja a realizar actos sexuales que no desea:
Mediante la fuerza, violencia, intimidación o amenaza de grave o inmediato daño corporal.
Usando hipnotismo, drogas, alcohol u otra sustancia o medios similares que reducen su capacidad de consentir.
Estando la persona, física o mentalmente incapacitada para consentir la relación sexual, y
Presionándola u obligándola a tener relaciones sexuales no deseadas con otra persona.

Mediante la **Ley 54 del 15 de agosto de 1989,** se impondrá pena de reclusión a toda persona que incurra en una relación sexual no consentida con su cónyuge o ex cónyuge, o con la persona con quien cohabite o haya cohabitado, o con quien sostuviere o haya sostenido una relación consensual, o la persona con quien haya procreado hijo o hija, en cualesquiera de las circunstancias siguientes:

Si se ha compelido a incurrir en conducta sexual mediante el empleo de fuerza, violencia, intimidación o amenaza de grave e inmediato daño corporal; o

Si se ha anulado o disminuido sustancialmente, sin su consentimiento su capacidad de resistencia a través de medio hipnóticos, narcóticos, deprimentes o estimulantes o sustancias o medios similares; o

Si por enfermedad o incapacidad mental temporal o permanente estuviere la persona incapacitada para comprender la naturaleza del acto en el momento de su realización; o

Si la obligare o indujere mediante maltrato y/o violencia psicológica al cónyuge o cohabitante a participar o involucrarse en relación sexual no deseada con terceras personas.

La pena a imponerse por este delito, excepto la modalidad a que se refiere el Inciso (A) de este Artículo, será de reclusión por un término fijo de 15 años. De mediar circunstancias, la

pena fija establecida podrá ser aumentada hasta un máximo de veinticinco (25) años, de mediar circunstancias atenuantes, podrá reducirse hasta un mínimo de diez (10) años.

La pena a imponerse por la modalidad del delito a que se refiere en el inciso (a) de este Artículo, será de reclusión por un término fijo de treinta (30) años. De mediar circunstancias agravantes, la pena fija establecida podrá ser aumentada hasta un máximo de cincuenta (50) años, de mediar circunstancias atenuantes, podrá ser reducida hasta un mínimo de veinte (20) años.

Cuando la modalidad del delito descrito en el Inciso (a) de este Artículo se cometiere mientras el autor del delito hubiere penetrado al hogar de la víctima sin el consentimiento de ésta o a una casa o edificio residencial donde estuviere la víctima o, al patio, terreno o área de estacionamiento de éstos, y cuando los cónyuges o cohabitantes estuvieren separados y residiendo en viviendas diferentes o hubieren iniciado una acción legal de divorcio, la pena del delito será de reclusión por un término fijo de sesenta (60) años. De mediar circunstancias agravantes, la pena fija establecida podrá ser aumentada hasta un máximo de noventa y nueve (99) años, de mediar circunstancias atenuantes, podrá ser reducida hasta un mínimo de cuarenta (40) años.

C. HIPPA: Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud

HIPPA provee disposiciones de privacidad e información estandarizada que permitirán el manejo uniforme, privado y confidencial de la información médica. Surge del reglamento emitido por el Departamento de Salud Federal y aplica a profesionales que transmiten o reciben información médica de asegurados.

HIPPA dispone criterios en torno a la portabilidad, confidencialidad y codificación de la información en los expedientes médicos. Establece los siguientes criterios:

- Privacidad como el derecho de las personas a mantener la información relativa a su salud sin ser divulgada.
- Confidencialidad como la certeza de que sólo tendrán acceso a esta información un determinado dominio, rango o nivel de personas, con permiso de la persona y con una razón válida.
- Seguridad como la capacidad de controlar el acceso a la información, proteger para que la diseminación sea sólo a personas autorizadas y prevenir la alteración, destrucción y/o pérdida de la información.

D. Ley 408 del 2 de octubre de 2000 "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", según enmendada.

La Ley actualizó las necesidades de tratamiento, recuperación y rehabilitación; protege a las poblaciones afectadas por trastornos mentales con unos servicios adecuados a la persona; consigna sus derechos a recibir los servicios de salud mental, incluyendo los de los menores de edad; promueve la erradicación de los prejuicios y estigmas contra la persona que padece de trastornos mentales; provee unas guías precisas a los profesionales de la salud mental sobre los derechos de las personas que reciben servicios de salud mental; determina los procesos necesarios para salvaguardar los derechos que mediante esta Ley se establecen. La

Ley además armoniza los cambios que de las instituciones que proveen servicios con el establecimiento de la Reforma de Salud; resalta y establece los principios básicos y los niveles de cuidado en los servicios prestados; y destaca los aspectos de recuperación y rehabilitación como parte integrante del tratamiento así como la prevención.

E. Ley 284 del 21 de agosto de 1999 "Ley contra el acecho en Puerto Rico"

La "Ley contra el acecho en Puerto Rico" define como conducta constitutiva de acecho aquella que induzca temor en el ánimo de una persona prudente y razonable de sufrir algún daño físico en su persona, sus bienes o en la persona de un miembro de su familia.

El acecho, según la ley, constituye una forma de actividad criminal compuesta de una serie de actos que al ser examinados individualmente, pueden parecer un comportamiento legal ej. Enviar flores, escribir cartas de amor y esperar por una persona fuera de su lugar de trabajo o de su casa. Actos que de por sí no constituyen conducta criminal. Sin embargo, estos actos unidos a intentos de atemorizar, intimidar o hacer daño a una persona o miembro de su familia o a su propiedad, pueden constituir un patrón de conducta ilegal.

El acecho, contra una persona puede ocurrir en una amplia variedad de situaciones o en diversos tipos de relaciones, no necesariamente de naturaleza íntima. Este puede ser perpetrado por un mero conocido de la víctima, un antiguo compañero de trabajo o por un desconocido. Las motivaciones del ofensor pueden incluir atracción intensa u odio extremo, deseos de control, obsesión, celos y coraje, entre otras.

F. Ley 183 del 29 de Julio de 1998: Ley de Compensación A Víctimas de Delito, según enmendada

Esta Ley autoriza y concede pagos a las víctimas de determinados delitos, que como consecuencia directa de éstos sufran daño corporal, enfermedad o muerte. Los delitos contemplados son: asesinato, agresión sexual, violencia doméstica, maltrato a menores, homicidio involuntario, imprudencia crasa al conducir vehículo de motor, secuestro, robo de menores, mutilación incesto y actos lascivos e impúdicos. La ley autoriza compensación hasta un máximo de $4,000 por persona o $6,000 por familia. También se conceden beneficios a aquellas personas que sufren daño o mueran al ser atacados por evitar o tratar de evitar la comisión de un delito. Puede ser la víctima directa o pareja por unión legal, unión consensual que resida con la víctima, lazos consanguíneos hasta tercer grado o dependientes.

Elegibilidad:
-Víctima directa.
-Pareja por unión legal, unión consensual que resida con la víctima, lazos consanguíneos hasta tercer grado o dependientes.

Requisitos:
-Informar al orden público de la comisión del Delito en un período de 72 horas*.

-Cooperar con las autoridades en el procesamiento de los responsables.
-Completar la solicitud de compensación / reclamar los beneficios dentro de los seis meses siguientes a la fecha de la comisión del delito.
- Acompañar la solicitud con los documentos pertinentes a su reclamación.

* En situaciones de agresión sexual no se requiere que la víctima haga querella a la policía, basta con que la persona acuda a recibir asistencia médica.

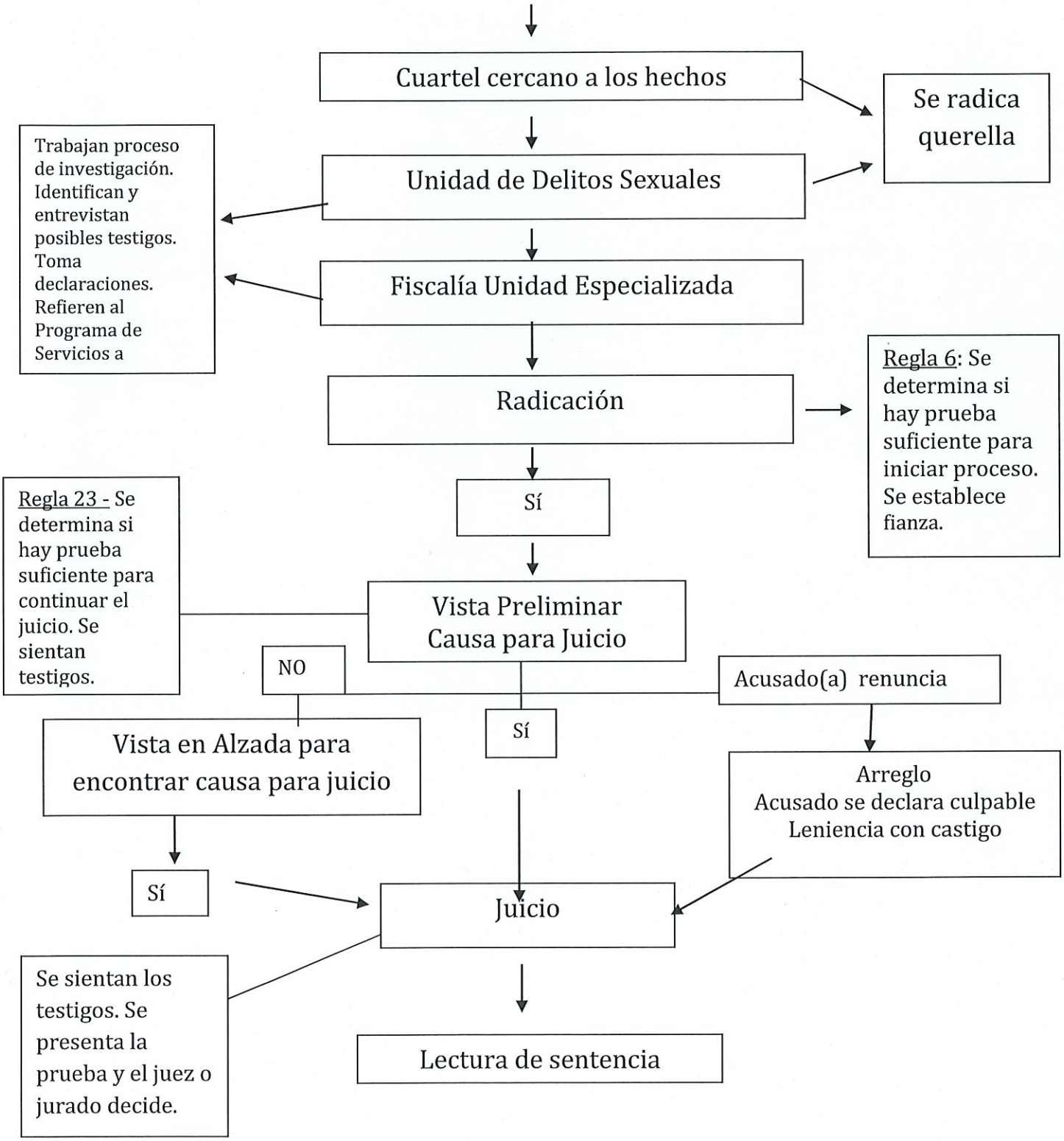
Exclusiones:
La ley no aplica cuando la víctima ha provocado o consentido el delito, si está cumpliendo sentencia o probatoria, cuando la víctima estuviese cometiendo acto delictivo al momento de los hechos, si los hechos ocurrieron antes del 1ero de julio de 1998, si otro programa ha compensado ya el daño, o cuando el beneficio resulte a favor en alguna medida al que cometió el delito.

Compensaciones a pagarse:
gastos médicos que incluyen tratamiento médico, tratamiento psicológico y psiquiátrico, servicios de hospitalización y de cuidado médico, rehabilitación, ambulancia, medicamentos, equipo médico, protético, espejuelos, aparatos dentales y gastos de transportación para acudir a citas médicas y de tratamiento, gastos por servicios funerarios, hasta un máximo de $1,500, pérdida de ingresos hasta $4,000 por persona o $6,000 por familia, prendas de vestir hasta un máximo de $200, beneficios y compensaciones a víctimas que incluyen: $1,000 para limpieza de escena de crimen; $3,500 para gastos de relocalización; cuantía por pérdida de sustento; y $1,000 por reclamante para gastos de servicios psicológicos y psiquiátricos.

Para información adicional puede comunicarse a:
Oficina de Compensación y Servicios a Víctimas y Testigos de Delito
Dirección postal: P.O. Box 9020192 San Juan, Puerto Rico 00902-0192
Teléfonos: (787) 721-2900, 787-722-7500, (787) 721-3997, (787) 729-2276
Fax: 787-722-5862, (787) 723-8675
Website: http://www.justicia.pr.gov

Apéndice # 13

DIAGRAMA DEL PROCESO LEGAL EN CASO DE AGRESIÓN SEXUAL



Apéndice # 14

MANIFESTACIONES DE LA VIOLENCIA SEXUAL

- **Agresión sexual** - acto no consentido, de penetración vaginal, anal o digita. Está contemplada dentro del delito de agresión sexual, artículo 130, Código Penal de Puerto Rico 2012, e incluye penetración con pene, dedos, objetos u acto orogenital.

- **Actos lascivos o impúdicos** - acto no consentido de tocamientos sobre los pechos, genitales u otras áreas del cuerpo, el frotamiento de genitales (del pene con los genitales de la mujer o viceversa) aun cuando la persona estuviere vestida, etc. Está contemplado como delito en el Artículo 133, Código Penal de Puerto Rico 2012.

- **Incesto** - mantener un acto orogenital o una penetración sexual vaginal o anal, ya sea ésta genital, digital o instrumental, con quien se tiene una relación de parentesco, por ser ascendiente o descendiente, por consanguinidad, adopción o afinidad, o colateral por consanguinidad o adopción, hasta el tercer grado, o por compartir o poseer la custodia física o patria potestad. Está contemplado como delito en el Artículo #131 del Código Penal de Puerto Rico 2012.

- **Agresión Sexual Conyugal** - relación sexual no consentida con su cónyuge o ex cónyuge, o con la persona con quien cohabite o haya cohabitado, o con quien sostuviere o haya sostenido una relación consensual, o la persona con quien haya procreado hijo o hija. Está contemplado como delito en el Artículo 3.5, de la Ley 54 del 15 de agosto de 1989 conocida como Ley para la Prevención e Intervención con la Violencia Doméstica.

- **Pornografía infantil** - cualquier representación (fotografías, filmes, etc.) de conducta sexual explícita llevados a cabo por personas menores de dieciocho (18) años de edad; con el fin de obtener ganancias comerciales. Está contemplado como delito en el Artículo #131 del Código Penal de Puerto Rico, 2012.

- **Explotación sexual** - cuando una persona es obligada, mediante el uso de la fuerza, amenaza, coacción, secuestro, fraude, engaño, abuso de poder, u otras situaciones de vulnerabilidad, a realizar actos sexuales, para recibir la concesión o recepción de pagos o beneficios. Está contemplado como delito en el Artículo #160 sobre "Trata Humana" del Código Penal de Puerto Rico 2012.

- **Acoso Sexual** - comportamiento sexual provoque una situación intimidatoria, hostil o humillante para la víctima y solicitar favores de naturaleza sexual, para sí o para un tercero, en el ámbito de una relación laboral, docente o de prestación de servicios y sujetar las condiciones de trabajo, docencia o servicios a su cumplimiento. Está contemplado como delito en el Artículo #135 del Código Penal de Puerto Rico 2012.

- **Hostigamiento Sexual en el empleo** - Constituye hostigamiento sexual en el empleo, cualquier conducta sexual indeseada que ocurre en la relación de empleo y afecta las

oportunidades de empleo, el empleo mismo, sus términos y condiciones o el ambiente de trabajo de la persona. Este se manifiesta de diversas formas desde insinuaciones de tipo sexual directa o indirectas que pueden llegar desde los actos más sutiles y disimulados de contacto físico hasta la agresión sexual simple o agravada. Está tipificado como delito en la Ley Núm. 17 del 22 de abril de 1988.

- **Crimen cibernético** - incluye actividades como la pornografía infantil y el ciberacoso (acoso en Internet). Se refiere a delitos que abarcan desde actividades criminales contra datos, fraude, el acceso no autorizado, hasta las infracciones de contenidos y de copyright.

Apéndice #15

Enfermería Forense en Casos de Agresión Sexual

El Modelo de Enfermería Forense en Agresión Sexual , ha probado ser exitoso, tanto en la intervención con la víctima como en el encausamiento de los agresores.

SANE son enfermeros/as registrados/as, que han completado una educación especializada y ofrecen cuidado médico-forense a pacientes que han tenido alguna experiencia de violencia sexual o abuso.

SANE trabaja en colaboración con otros profesionales que brindan servicios a las víctimas de violencia sexual como: policías, personal de laboratorio, activistas, entre otros.

SANE puede testificar en procesos legales relacionados al examen e intervención con víctima de agresión sexual.

- **SANE -A** – Especializado/a en manejo de situaciones de agresión sexual de personas adultas.
- **SANE-P** – especializado en manejo de situaciones de abuso sexual de menores.

El Protocolo de Intervención con Víctimas de Agresión Sexual del Departamento de Salud reconoce (desde 2003) al personal SANE como profesionales que pueden realizar el examen forense a víctimas de agresión sexual.

Actualmente en Puerto Rico existen instituciones educativas que ofrecen certificación en el modelo SANE:

- **Escuela de Enfermería del Recinto de Ciencias Médicas- Universidad de Puerto Rico** – Certificado en Enfermería Forense en Agresión Sexual - Adultos y Adolescentes, basada en las guías y estándares establecidos por la Asociación Internacional de Enfermería Forense, IAFN, por sus siglas en inglés).
  Contacto:doris.hernandez1@upr.edu o llamar al teléfono 787-620-8434.
- **División de Extensión Educativa Colegio Universitario de San Juan** - Certificado Profesional Sub graduado en Enfermería Forense.
  Contacto: 787-480-2451, 2452, 2380, 6206/ ttoro@sanjuanciudadpatria.com

Puede encontrar información adicional acerca de SANE en: www.forensicnurses.org

Apéndice #16

Cernimiento de Trata Humana

NHTRC | NATIONAL HUMAN TRAFFICKING RESOURCE CENTER

1-888-373-7888

Human Trafficking Assessment Tool for Medical Professionals

Patient Accesses Medical Services

Medical Services are Provided

Consider these Red Flags*:

- » Someone else is speaking for the patient
- » Patient is not aware of his/her location, the current date, or time
- » Patient exhibits fear, anxiety, PTSD, submission, or tension
- » Patient shows signs of physical/sexual abuse, medical neglect, or torture
- » Patient is reluctant to explain his/her injury

If any of these red flags are present, discuss with the patient:

- » Speak with the patient alone
- » Bring in a social worker or advocate whenever possible
- » Use a professional, neutral interpreter if needed

1. Have you been forced to engage in sexual acts for money or favors?
2. Is someone holding your passport or identification documents?
3. Has anyone threatened to hurt you or your family if you leave?
4. Has anyone physically or sexually abused you?
5. Do you have a debt to someone you cannot pay off?
6. Does anyone take all or part of the money you earn?

If YES to any of the above questions or if other indicators of human trafficking are present:
Call the National Human Trafficking Resource Center (NHTRC) hotline at **1-888-373-7888**
Ask for assistance with assessment and next steps (following all HIPAA & mandatory reporting regulations)
The NHTRC Hotline is a confidential hotline, is operated 24/7, and has access to 200+ languages

If NO to above questions:
Refer to local social services as appropriate

Assessment of Potential Danger
The NHTRC can assist in assessing the current level of danger. Be attentive to the immediate environment for safety concerns and follow hospital protocols if there are safety threats. Questions to consider:

- » Is the trafficker present?
- » What does the patient believe will happen if they do not return?
- » Does the patient believe anyone else (including family) is in danger?
- » Is the patient a minor?

No perceived danger:
The NHTRC can help determine next steps and referrals.

If there is perceived danger and the patient wants help:
Discuss with the Hotline next steps. You may need to involve law enforcement for victim safety. The NHTRC can assist in determining sensitive law enforcement contacts.

Local Resources:
Refer to existing community resources included in a response protocol as needed, as the NHTRC may not have all local referrals in their database. If there is no current response protocol in place, consider establishing one.

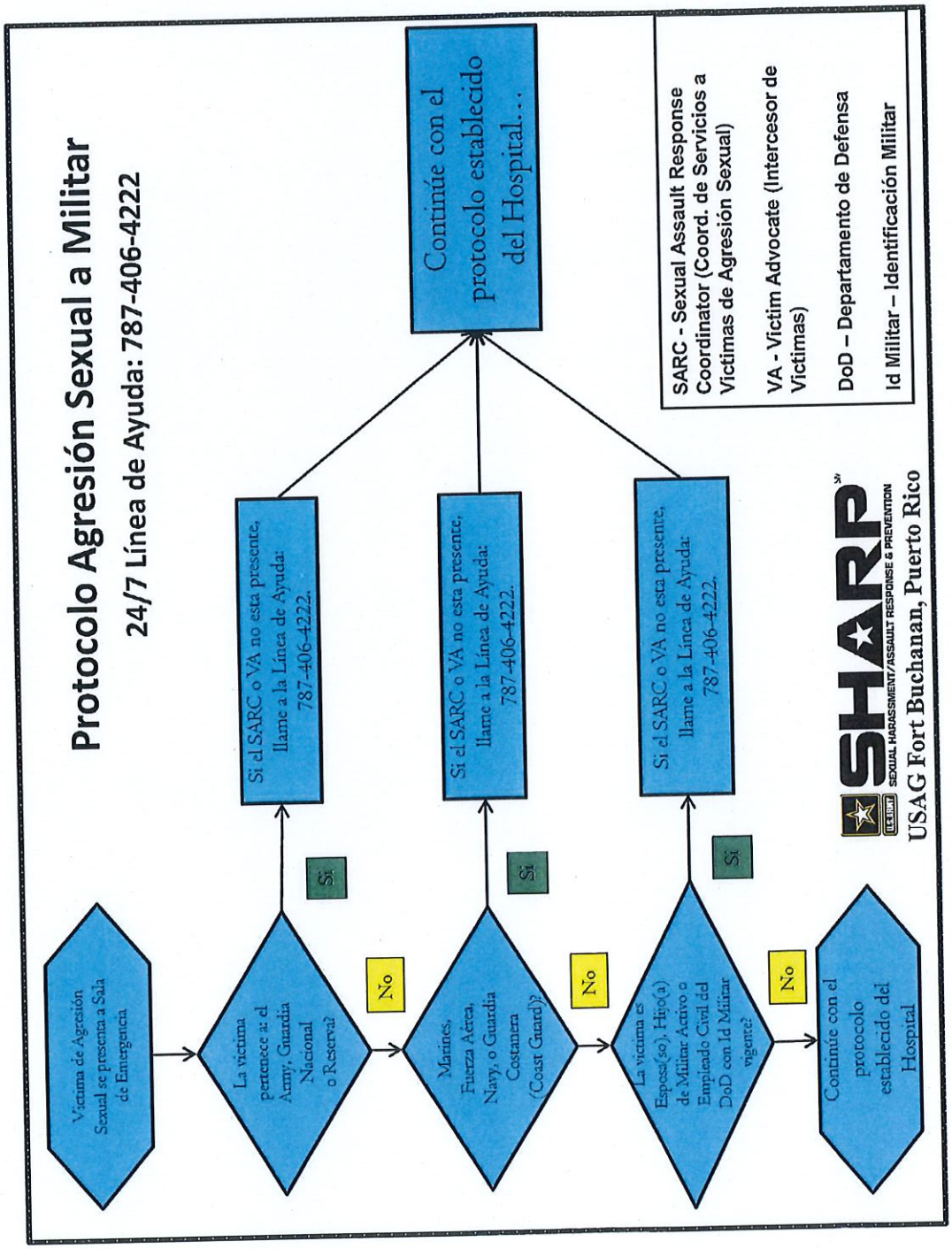
**For more red flags and indicators see the NHTRC's Comprehensive Assessment Tool and Identifying Victims of Human Trafficking document for healthcare providers.*

Report Online or Access Resources & Referrals: www.traffickingresourcecenter.org
Call: 1-888-373-7888 (24/7) Email: nhtrc@polarisproject.org

This publication was made possible in part through Grant Number 90ZV0102 from the Anti-Trafficking in Persons Division, Office of Refugee Resettlement, U.S. Department of Health and Human Services (HHS). Its contents are solely the responsibility of the authors and do not necessarily represent the official views of the Anti-Trafficking in Persons Division, Office of Refugee Resettlement, or HHS.

Apéndice #17

Diagrama del protocolo de manejo de casos de agresión sexual a militares



Apéndice #18

FORMULARIOS

21-A	Consentimiento para Tratamiento de Emergencia
21-B	Consentimiento para Tratamiento de Anticoncepción de Emergencia
21-C	Autorización para Recolección y Divulgación de Evidencia e Información (Paso 1 de Kit)
21-D	Información de la Agresión e Historial de la Víctima (Paso 2 - del Kit de recolección de evidencia forense)
21-E	Informe Médico Hospitalario: Agresión Sexual (después de 7 días)
21-F	Instrucciones de alta después de examen forense por agresión sexual
21-G	Formulario Solicitud de Compensación A Víctimas de Delito
21-H	Formulario para Investigación del Agente en Casos de Agresión Sexual
21-I	Registro Mensual de Evaluaciones Forenses de Agresión Sexual

Apéndice # 18-A

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE EMERGENCIAS

Yo, _____, entiendo que tengo una condición que requiere cuidado de emergencia, por la presente autorizo al Hospital _____, de (sitio) _____ a proveer dicho cuidado, limitado a diagnósticos y a tratamientos de emergencia, y a que esos tratamientos se me administren por y bajo la supervisión de la/ del _____ y/o las/los ayudantes y asistentes que ella/ él pueda seleccionar.

***INICIO* al lado de las premisas con las cuales estoy de acuerdo y *TACHO* las restantes**

(_____) Entiendo que la **medicina no es una ciencia exacta** y reconozco que no se me ha dado garantía alguna en cuanto al resultado del diagnóstico y tratamiento de emergencia, a lo que aquí estoy dando consentimiento.

(_____) Reconozco que me ha sido explicado, que el diagnóstico y tratamiento que me sean administrados se **limitan al cuidado inmediato de emergencia**, y que puede ser necesario para mí, el seleccionar otro médico, u otro profesional de la salud, para obtener de él un diagnóstico completo y seguir el tratamiento que ella/él pueda prescribir.

(_____) Autorizo la **obtención de evidencia** (historial, examen, fotos y muestras del examen médico) y las **entreguen, con las copias del informe** requerido, a las agencias gubernamentales relacionadas con la disposición legal del caso.

Certifico que he leído o me han leído y entiendo perfectamente este consentimiento, que se me hicieron todas las explicaciones y advertencias a que se hace referencia en el mismo, y que toda la información correspondiente ha sido suministrada.

Paciente o Representante Autorizado

_____
Nombre/ Firma del Paciente

Testigo: Fecha_____ Hora_____ am, pm

_____
Nombre/Firma/Relación con el paciente

Evaluador Forense:

_____
Nombre/Licencia/Firma

Testigo: Fecha_____ Hora_____ am, pm

_____
Nombre/Firma/Posición

Apéndice #18-B

CONSENTIMIENTO PARA ADMINISTRAR TRATAMIENTO DE ANTICONCEPCION DE EMERGENCIA

Yo, _____, por la presente autorizo al Hospital _____, de (sitio) _____ a proveer tratamiento de anticoncepción de emergencia debido a situación de agresión sexual y a que este tratamiento se me administre por y bajo la supervisión de la/ del _____ y/o las/los ayudantes y asistentes que ella / él pueda seleccionar.

INICIO al lado de las premisas con las cuales estoy de acuerdo y TACHO las restantes

(_____) Entiendo que la **medicina no es una ciencia exacta** y reconozco que no se me ha dado garantía alguna en cuanto al resultado del tratamiento de emergencia, a lo que aquí estoy dando consentimiento.

(_____) Reconozco que me ha sido explicado, que el tratamiento que me sea administrado se **limita al cuidado inmediato de emergencia**, y que puede ser necesario para mí, el seleccionar otro médico, u otro profesional de la salud, para continuar el tratamiento.

Certifico que he leído o me han leído y entiendo perfectamente este consentimiento, que se me hicieron todas las explicaciones y advertencias a que se hace referencia en el mismo, y que toda la información correspondiente ha sido suministrada.

Paciente o Representante Autorizado

_____
Nombre/ Firma del Paciente

Testigo: Fecha_____ Hora_____ am, pm

_____
Nombre/Firma/Relación con el paciente

Evaluador Forense:

_____
Nombre/Licencia/Firma

Testigo: Fecha_____ Hora_____ am, pm

_____
Nombre/Firma/Posición

Apéndice#18 – C

PASO 1 **AUTORIZACION PARA RECOLECCION Y DIVULGACION DE EVIDENCIA E INFORMACION**

Número de Kit: _____

Número de Record: _____

Hospital: _____

Yo, _____, libremente autorizo y permito a _____, MD / enfermera(o) forense, a sus asistentes y asociados a realizar una evaluación para recoger evidencia relacionada con la agresión sexual informada por mí. Este procedimiento me ha sido explicado completamente y entiendo que la evaluación incluye pruebas para identificar la presencia de espermatozoides y enfermedades de transmisión sexual, así como la observación clínica de evidencia física de penetración o lesiones en mi persona y la recolección de muestras de sangre y especimenes para análisis de laboratorio.

Comprendo cabalmente la naturaleza de la evaluación y el hecho de que la información que se obtenga de la misma puede ser utilizada como evidencia en corte o en conexión con leyes y reglamentos de salud pública.

Yo autorizo no autorizo al hospital y a sus representantes a divulgar información relacionada con los resultados de laboratorios, expediente médico e información relacionada a este incidente, incluyendo fotografías, a los agentes y oficiales de la Policía que corresponde, y por este medio libero y eximo al hospital y sus agentes de cualquier reclamación de daño que pueda resultar de la divulgación de esta información.

Yo autorizo no autorizo al hospital y sus representantes a recolectar evidencia forense con el Kit de Evaluación Forense (Rape Kit) y a enviarla al Instituto de Ciencias Forenses para el análisis correspondiente.

Yo autorizo no autorizo que se haga contacto conmigo a la dirección y/ o teléfono provisto por mí, si es necesaria la recolección de evidencia forense adicional.

_____

Firma

Testigo: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

_____

Nombre de custodio (si aplica):_____

Firma: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

_____

Expediente médico (copia blanca) Rape Kit (copia amarilla) Policía (copia rosada)

Apéndice # 18-D

Información de la Agresión e Historial de la Víctima (Paso 2) del Kit recolección de evidencia forense

PASO 2 **INFORMACION DE LA AGRESION E HISTORIAL DE LA VICTIMA**

(LETRA DE MOLDE) Número de Kit: _____

1. Nombre de la víctima: _____ 2. Fecha de nacimiento: _____
3. Género: [F] [M] 4. Grupo étnico: _____
5. Estado Civil [Soltero/a] [Casado/a] [Separado/a] [Divorciado/a] [Viudo/a]
6. Fecha y hora de la referida agresión: _____ - _____ - _____ _____: _____ am/pm
7. Fecha y hora de la evaluación forense: _____ - _____ - _____ _____: _____ am/pm
8. Médico(a) que evalúa: _____ #LIC. _____ 9. Enfermera: _____ #LIC. _____
10. Entre la agresión sexual y la evaluación forense, la víctima se ha:

[ ]	Bañado/duchado	[ ]	Usado enjuagador bucal	[ ]	Defecado
[ ]	Usado ducha vaginal	[ ]	Cambiado de ropa	[ ]	Vomitado
[ ]	Lavado los dientes	[ ]	Orinado	[ ]	Otro

	Intentó	Penetró	Eyaculó	No seguro/a
11. Hubo penetración de:				
Vagina				
Ano				
Boca				

12. Contacto Sexual Oral/Genital [ ] [ ] Felacio (pene) [ ] Cunnilingus (vagina)
13. El agresor utilizó: [ ] Lubricante [ ] Condón [ ] Objeto Explique: _____
14. ¿Estaba la víctima menstruando al momento de la agresión?
15. ¿Algún coito consensual en las últimas 72 horas? _____Si _____No
    Si contesta sí, Fecha: _____ - _____- _____ y Hora _____ am/pm
    Si contesta sí, ¿se usó condón?
16. ¿La víctima está embarazada? _____Si _____No
    Si contesta sí, período de embarazo: _____
17. ¿Alguna herida a la víctima que haya resultado en sangrado?
    Si contesta sí, describa: _____
18. Número de agresores: _____ 19. Grupo étnico de agresor (si conoce): _____
20. Edad de agresor(es): _____
21. Relación del agresor con la víctima: [ ] Desconocido [ ] Conocido [ ] [ ]
    [ ] Familiar; especifique: _____
22. ¿Alguna herida al agresor que terminara en sangrado? _____Sí _____No _____Desconoce
    Si contesta sí, describa: _____
23. ¿La Víctima ingirió algún medicamento antes o después de la agresión? _____Sí _____No
    Si contesta sí, describa: _____
24. ¿Se utilizó método de coerción/intimidación? _____Sí _____No Si contesta sí, ¿Cuál?
    ____Cuchillo ____Arma de Fuego ____Golpes ____Puños ____Amenaza Verbal Otro: _____
25. Estado emocional de la víctima; i.e., llorando, con coraje, agitada, letárgica, asustada, sorprendida, deprimida, etc.: _____
26. Descripción de apariencia física de la víctima; i..e., ropa rota, zapato(s) falta(n), etc.: _____
27. Descripción de la agresión según víctima (Solicitar a vicitma que narre todo la que pasó desde el momento antes de la agresión sexual): _____

Firma Evaluador(a): _____ Licencia: _____ Fecha: _____

Expediente médico (copia blanca) Rape Kit – (copia amarilla) Policía (copia rosada)

SIRCHIE® FINGER PRINT LABORATORIES, INC. CAT. NO. PR102

Apéndice # 18-E

Informe Médico: Agresión Sexual

(Para ser utilizado en evaluaciones después de los 7 días de la agresión sexual)

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

A. Institución / Profesionales:

Hospital_____ Fecha/Hora del examen: ___/___/___; am, pm
Médico: Nombre_____ #Licencia_____
Enfermero/a: Nombre _____ #Licencia_____
Trabajadora Social: Nombre_____ #Licencia_____

B. Persona atendida:

Nombre_____ Sexo ___ Edad ____ Estado Civil _____
Dirección_____
Teléfono _____ Lugar de Trabajo/Estudio_____
_____

C. Persona que acompaña a la/el paciente al momento del examen médico:

Nombre_____ Sexo ___ Edad ____ Estado Civil _____
Dirección_____
Teléfono _____ Lugar de Trabajo/Estudio_____
_____

D. Persona que trajo paciente al hospital:

Nombre_____ Sexo ___ Edad ____ Estado Civil _____
Dirección_____
Teléfono _____ Lugar de Trabajo/Estudio_____
_____

II. RAZÓN POR LA CUAL NECESITA ATENCIÓN MÉDICA:

A. Historial general: utilice palabras que la/el paciente utilice

_____
_____
_____
_____
_____
_____

B. Historial descriptivo del evento que trae a la vista médica:

1. ¿Cuándo ocurrió? :_____
   Recuerda no___: por qué_____
   sí___: fecha: ___/___/___; hora _____ (am) (pm) (aproximado)

2. ¿Dónde ocurrió? :_____
   Dirección: _____
   Relación con la/el paciente: _____

3. ¿Qué ocurrió? :_____
   Descripción detallada (a fin de realizar examen y seguimiento adecuado):
   _____
   _____
   _____

4. Signos/síntomas relacionados al evento: _____
   _____
   _____

5. Eventos previos relacionados: No___
   Sí ___: desde cuándo_____ frecuencia _____

6. ¿Quién lo hizo? :_____
   Persona que causó el evento: desconocida _____
   Nombre_____ Sexo____ Edad_____ Estado Civil_____
   Dirección_____
   _____
   Teléfono_____ Lugar de Trabajo/Estudio_____
   _____
   Relación con la/el paciente: actual: _____ previa: _____
   Tiene armas: no_____ sí_____: descripción_____
   Nombre de personas presentes/cerca al ocurrir el incidente:
   _____
   _____

7. ¿Cómo ocurrió? :_____
   _____
8. ¿Cómo empezó: _____
   _____
9. ¿Cómo terminó: _____
   _____
10. ¿Qué se utilizó para ocasionar daño:_____
    _____

III. HISTORIAL DE SALUD PERTINENTE:

A. LMP (última menstruación) _____

B. Condiciones crónicas que padece: _____

_____

C. Medicamentos que requiere tomar: _____

_____

D. Médicos de referencia: _____

_____

IV. EXAMEN MÉDICO FORENSE

A. Queja principal: _____

_____

B. Aspecto general (describir en qué se basa la observación)

_____

_____

C. Descripción física del/la paciente

1. Condición de la ropa	Sí	No
a) rasgada	( )	( )
b) ensangrentada	( )	( )
c) ausencia de alguna pieza de vestir	( )	( )
d) indique si se cambió de ropa después del incidente	( )	( )
e) comentarios: _____		

2. Señales físicas de trauma	Sí	No
a) cabeza	( )	( )
b) cuello	( )	( )
c) tórax	( )	( )
d) abdomen	( )	( )
e) pelvis	( )	( )
f) espalda	( )	( )
g) extremidades superiores	( )	( )
h) extremidades inferiores	( )	( )
i) genitales	( )	( )

3. Descripción de los hallazgos físicos: tamaño, forma, color, dibujo figura humana.

a) cabeza (rostro, ojos, boca, oídos, nariz, dientes): _____

_____.

b) cuello:_____
_____.

c) torax:_____
_____.

d) abdomen:_____
_____.

e) pelvis:_____
_____.

f) espalda: _____
_____.

g) extremidades superiores:_____
_____.

h) extremidades inferiores: _____
_____.

i) genitales: _____
_____.

V. HALLAZGOS FÍSICOS PREVIOS A LA AGRESION SEXUAL (INFORMADOS OBSERVADOS)

A. Descripción: (¿Qué, Cómo, Cuándo, Quién, Dónde?)

_____
_____
_____

B. ¿Recibió atención médica?
No___, Por qué_____
Sí____, Hospital _____ Médico:_____

VI. IMPRESIÓN CLÍNICA:

A. Hallazgos/Observaciones:

_____
_____
_____
_____.

B. Historial consistente con hallazgos:

Sí____, ¿Por qué? _____

_____

No____, ¿Por qué? _____

_____

C. Diagnóstico (incluir diagnóstico diferencial):

_____

VII. ÓRDENES MÉDICAS

A. Laboratorios:

_____

_____

B. Radiología:

_____

_____

C. Consultas:

_____

_____

D. Orientación sobre plan de emergencias: Sí ( ) No ( ), ¿Por qué?

_____

_____

E. Referidos:

_____

_____

F. Seguimiento recomendado/cita:

_____

_____

_____ _____

Fecha Nombre/Firma/Licencia de la/el médico

Este documento sólo será entregado al policía/agente investigador o persona designada por el fiscal investigador, quien deberá firmar haberlo recibido, en letra legible, y hacer constar la fecha y hora en que lo recibe y de quién lo recibe.

Apéndice # 18-F

INSTRUCCIONES DE ALTA DESPUÉS DE EXAMEN FORENSE POR AGRESIÓN SEXUAL

(Paciente: Lea y siga las instrucciones de esta hoja cuidadosamente.
Muestre esta hoja al personal de la clínica, cuando acuda a consulta de seguimiento)

I. Análisis / laboratorios realizados el día de hoy:

___embarazo (HCG)
___Pap smear (para detección de HPV, espermatozoides.
___Prueba clamidia: ( ) cultivo, ( ) otra : _____
___Prueba gonorrea: ( ) cultivo, ( ) otra : _____
___Wet prep. (para evaluación de *Vaginitis*, candida, tricomas, espermatozoides mótiles, etc.
___Prueba sífilis
___Prueba Hepatitis Panel –B, C
___Prueba VIH
___Prueba de grupo sanguíneo
___Estudio toxicológico
___otros: _____

II. Se le proporcionaron los siguientes tratamientos en día de hoy:

___ Ceftriaxone 125 mg., I.M.,una dosis
___ Metronidazole 2g oral una dosis
___ Doxycyclina 100 mg., oral, dos veces al día, por 7 días
___ **Prevención de Embarazo**: ( ) Ovral, ( ) Lo / Ovral, ( ) Nordette, ( ) Levlen, ( ) Triphasil ( ) Tri-levlen ( ) Plan B /Lenorgestrel ( ) otro: _____
___ **Prevención de VIH / Antiretrovirales**: ( ) Efavirenz, ( ) Lamivudine( ) Emtricitabine, ( ) Zidovudine, ( ) Lopinavir/ritonavir ( ) Otros: _____

III. Se le coordinó/refirió para evaluación de seguimiento en: _____
(especificar tiempo) en _____
(especificar lugar).

IV. Recibirá los siguientes medicamentos, los cuales deben ser tomados según se indique:

___ Doxycyclina 100 mg., oral, dos veces al día, por 7 días
___ Segunda dosis para Prevención de Embarazo: ( ) Ovral, ( ) Lo/Ovral, ( ) Nordette, ( ) Levlen, ( ) Triphasil ó ( ) Tri-levlen, ( ) Plan B / Lenorgestrel ( ) otro:_____.
___ Prevención de VIH / Antiretrovirales: ( ) Efavirenz, ( ) Lamivudine( ) Emtricitabine, ( ) Zidovudine, ( ) Lopinavir/ritonavir ( ) Otros:_____.
___ Medicamento para nauseas vómitos
___ Otros: _____

Nota: Si tiene dolor abdominal intenso, dolor de pecho, falta de respiración, desecho vaginal ó cualquier preocupación de la salud, debe consultar a un médico de inmediato.

Certifico que se me ha dado copia de estas instrucciones. He leído y entiendo mis instrucciones

Paciente o Representante Autorizado

_____
Nombre/ Firma del Paciente
Fecha_____ **Hora**_____ **am / pm**

Testigo:

_____
Nombre/Firma/Relación con el paciente
Fecha_____ **Hora**_____ **am / pm**

Evaluador(a) Forense:

_____ _____
Nombre / Firma Número de Licencia

Fecha_____ **Hora**_____ **am / pm**

Apéndice # 18-G

SOLICITUD DE COMPENSACIÓN A VÍCTIMAS DE DELITO

Favor de leer la hoja de "Documentos Requeridos para Solicitar Beneficios" y completar toda la información que requiere esta "Solicitud de Compensación", según le aplique. Las consecuencias de no proporcionar la información solicitada junto a los documentos requeridos podrían dar como resultado la denegación de su solicitud. De necesitar ayuda para completar este documento, favor de comunicarse al (787) 722-7500 o al (787) 721-3997.

PARTE 1 - BENEFICIOS SOLICITADOS / BENEFITS REQUESTED

- ☐ Gastos Fúnebres (Funeral Expenses)
- ☐ Pérdida de Ingresos (Loss of Income)
- ☐ Gastos Psicológicos/Psiquiátricos (Psychological / Psychiatric Services Expenses)
- ☐ Gastos de Relocalización (Relocation Expenses)
- ☐ Limpieza de Escena (Crime Scene Cleanup Expenses)
- ☐ Gastos Médicos (Medical Expenses)
- ☐ Gastos de Transportación (Transportation Expenses)
- ☐ Pérdida de Sustento (Loss of Support)
- ☐ Gastos Legales (Legal Services Expenses)

PARTE 2 - INFORMACIÓN DE LA VÍCTIMA – (VICTIM'S INFORMATION)

Apellidos Paterno (Victim's First Name) | Apellido Materno (Victim's Last name) | Nombre (Name) | Inicial

Dirección Postal (Mail Address) | Ciudad (City) | Estado (State) | Zona Postal (Zip Code)

( ) Teléfono del Trabajo (Work Phone Number) | ( ) Teléfono de la Residencia (Residence Phone Number) | Correo Electrónico (E-Mail) | Raza (Race) ☐

Seguro Social (Completo) (Social Security Number (Complete Number)) | Fecha de Nacimiento (Date of Birth) | Edad (Age) | Género (Gender) ☐ F ☐ M Otros: _____

Indique el número de la raza correspondiente, ver Leyenda (Indicate the number of the corresponding race, see Legend)

Leyenda Raza/Etnia: Favor de colocar el número que corresponda con su raza o etnia y de los reclamantes adicionales, si alguno, en el apartado de Raza. (Legend Race/Ethnicity)

1. Hispano o Latino (Hispanic or Latino)	2. Nativo de Hawaii y Otras Islas del Pacífico (Native Hawaiian and Other Pacific Islander)
3. Indio Americano/Nativo Alaska (American Indian/Alaska Native)	4. Blanco no Latino/Caucásico (White Non-Latino/Caucasian)
5. Asiático (Asian)	6. Alguna otra Raza (Some Other Race)
7. Negro/Afroamericano (Black/African American)	8. Múltiples Razas (Multiple Races)

**Esta información voluntaria es para la persona ofrecerle compensación y es usa en solicitarle para estadísticas y poder cumplir con las normas Federales.

PARTE 3 - INFORMACIÓN DEL (A) RECLAMANTE (CLAIMANTS PERSONAL INFORMATION)

Dejar en blanco si el reclamante y la víctima son la misma persona (Proceed to next question if Victim is the claimant)

Apellidos Paterno (reclamante) (Claimant's First name) | Apellido Materno (Claimant's Last name) | Nombre (Name) | Inicial

Dirección Postal (Mail Address) | Ciudad (City) | Estado (State) | Zona Postal (Zip Code)

( ) Teléfono del Trabajo (Work Phone Number) | ( ) Teléfono de la Residencia (Residence Phone Number) | ( ) Teléfono Alterno (Alternate Phone Number) | Raza (Race) ☐

Relación con la Víctima (Relationship with the victim) | Correo Electrónico (E-Mail) | Género (Gender) ☐ F ☐ M Otros: _____

Indique el número de la raza correspondiente, ver Leyenda (Indicate the number of the corresponding race, see Legend)

Seguro Social (Completo) (Social Security Number (Complete Number)) | Fecha de Nacimiento (Date of Birth) | Edad (Age)

¿Residía el reclamante con la víctima al momento del delito? (Was the claimant living with the victim at the date of the crime?) ☐ Sí ☐ No

PARTE 4 – RECLAMANTES ADICIONALES (ADDITIONAL CLAIMANTS)

¿Está solicitando beneficios en representación de otra persona? ☐ No ☐ Sí
Are you applying benefits from the Office on behalf of another person? No Yes

Nombre de Reclamantes Adicionales Name of Additional Claimants	Edad Age	Sexo Gender	Raza Race	Fecha de Nacimiento Date of Birth	Seguro Social (Completo) Social Security (Complete)	Relación con la Víctima Relationship with the Victim

PARTE 5- INFORMACIÓN SOBRE EL DELITO – (CRIME INFORMATION)

Tipo de Delito, Tentativa o Falta: (Favor de marcar el delito, tentativa o falta que da base a su reclamación)
Type of Attempted Crime or Crime — Please check the attempted crime or crime in virtue of which you are filing your claim

☐ Asesinato Murder	☐ Agresión Sexual Sexual Assault	☐ Secuestro Agravado Aggravated Abduction
☐ Tentativa de Asesinato Attempted murder	☐ Agresión Agravada Aggravated Assault	☐ Secuestro Abduction
☐ Homicidio Negligente Negligent Homicide ☐ Conductor Ebrio /Drunk Driver	☐ Maltrato de Menores Child Abuse	☐ Violencia Doméstica Domestic Violence
☐ Homicidio Homicide	☐ Robo Agravado Aggravated Robbery	☐ Incendio Agravado Aggravated Fire
☐ Actos Lascivos Lewd Acts	☐ Secuestro de menores Children Kidnapping	☐ Apropiacion Ilegal (Cuando la Víctima posea 65 años o más) Ilegal Appropiation (When the Victim posses 65 or more)

Fecha del Delito Date of Crime	Número del Informe de la Policía Police Report Number	Nombre del Agente Investigador Name of the Police Officer that Investigated the Crime Scene	Teléfono Agent's Phone Number

Nombre de la División que Atendió el Delito Division in charge of the investigation	Nombre del Acusado (si es de conocimiento) Name of Defendant (if known)

Nombre del Fiscal o Procurador de Menores asignado al caso. (Si aplica)
Name of Prosecutor Assigned to the Case. (If applicable)

¿Conocía la víctima al agresor(a)? ☐ Sí ☐ No Circunstancias en que lo conoció: _____
Did the victim know the perpetrator? Yes No Circumstances of acquaintance

PARTE 6 – ANTECEDENTES PENALES DE LA VÍCTIMA – (VICTIM'S CRIMINAL BACKGROUND)

¿Se encontraba la víctima llevando a cabo alguna conducta delictiva al momento del delito? ☐ Sí ☐ No ☐ Desconozco
Did the victim was involved in any criminal conduct at the time of the crime? Yes No Unknown

¿Estaba la víctima: cumpliendo alguna sentencia, en probatoria, libertad bajo palabra u otro programa? ☐ Sí ☐ No ☐ Desconozco
Was the victim serving a sentence, on probation, parole or in any another program? Yes No Unknown

Si contestó "Sí" provea información de la institución o agencia que provee la supervisión: _____
If your answer was "yes" please provide the information of the institution or agency providing the supervision

_____

PARTE 7- TRATAMIENTO MÉDICO (MEDICAL TREATMENT)

(Debe presentar recibos, facturas o certificaciones que evidencien la deuda de los gastos reclamados)
(You must submit receipts, invoices or certifications that evidence the amount paid or owed for the requested medical expenses)

A consecuencia del delito, ¿recibió servicios médicos? ☐ No ☐ Sí
Received medical services as a result of the crime No Yes

Facilidad médica en la cual recibió el tratamiento como consecuencia del delito: _____
Medical facility in which the victim received treatment as a result of the crime

¿Tiene seguro médico? Indique cuál _____ Número de Póliza: _____
Do you have health insurance? Indicate which Policy Number

Nombre del médico o facultativo que brindó el tratamiento: _____
Name of physician or other health professional who provided the medical treatment

Descripción del daño físico causado a consecuencia del delito: _____
Description of the physical harm caused as a result of the crime

Descripción del tratamiento que recibe como consecuencia del delito: _____
Description of the treatment received as a result of the crime

_____

¿Se adeudan dichos servicios? ☐ No ☐ Sí Cantidad adeudada: $ _____
Do you owe any amount for these services? No Yes Amount owed

Cantidad pagada por el servicio de salud no cubierta por seguros de salud o planes médicos $ _____
Amount paid for the health service not covered by health insurance

PARTE 8- TRATAMIENTO PSICOLÓGICO / PSIQUIÁTRICO (PSYCHOLOGICAL / PSYCHIATRIC TREATMENT)

(Debe presentar recibos, facturas o certificaciones que evidencien la cantidad pagada o adeudada por el tratamiento psicológico y/o psiquiátrico reclamado)
(You must submit receipts, invoices or certifications that evidence the amount paid or owed for the requested psichological or psychiatric expenses)

A consecuencia del delito, ¿recibió servicios psicológicos? ☐ No ☐ Sí ¿Recibió servicios psiquiátricos? ☐ No ☐ Sí
Received psychological services as a result of the crime. No Yes Received psychiatric services? No Yes

Nombre del médico o facultativo que brindó el tratamiento: _____
Name of physician or other health professional who provided the medical treatment

¿Se adeudan dichos servicios? ☐ No ☐ Sí Cantidad adeudada servicios psicológicos: $ _____ Cantidad adeudada psiquiátricos: $ _____
Do you owe any amount for these services? No Yes Amount owed psychological services Amount owed psychiatric services

Cantidad pagada por el servicio de salud no cubierta por seguros de salud o planes médicos $ _____
Amount paid for the health service not covered by health insurance

PARTE 9 – GASTOS FÚNEBRES Y DE ENTIERRO - (FUNERAL AND BURIAL EXPENSES)

(Incluya copia del contrato, recibos o facturas de los gastos fúnebres)
(Include copy of the contract, receipts or invoices of the funeral/burial expenses)

Nombre de la Funeraria/Cementerio _____ Dirección _____
Name of the Funeral Home/ Burial Home Address

_____ Teléfono _____
Phone Number

Indique la cantidad total del servicio fúnebre y gastos de entierro $ _____ ¿Adeuda los servicios fúnebres? ☐ No ☐ Sí
Indicate the total amount paid for funeral and burial services Do you owe any amount for the the funeral services? No Yes

Nombre de la persona responsable de pagar el servicio funeral o entierro _____
Name of the person responsible for paying the funeral or burial expenses

¿Posee seguro funeral? Indique, nombre de la Compañía aseguradora _____, Núm. de Póliza _____ y cantidad recibida _____.
Did you receive benefits from funeral insurance? Indicate the name of the insurance company, policy number and received amount

¿Recibió alguna donación gubernamental o privada para cubrir los gastos fúnebres y/o de entierro? ☐ No ☐ Sí
Did you receive any government or private donation to cover funeral expenses and/or burial? No Yes

Si contestó "Sí" provea cantidad recibida y nombre de persona o entidad: $ _____ _____
If you answerd "Yes" provide amount received and name of the person or entity Cantidad/Amount Nombre/Name

¿Recibió beneficios por muerte de la Administración de Seguro Social? ☐ No ☐ Sí De aplicar, presente evidencia.
Did you receive death benefits from the Social Security Administration? No Yes To apply, present evidence.

¿Recibió compensación por muerte de la Administración de Compensaciones por Accidentes de Automóviles? ☐ No ☐ Sí
Did you receive compensation from the Administration of Automobile Accident Compensation? No Yes

PARTE 10 – GASTOS POR LIMPIEZA DE ESCENA DEL CRIMEN (CRIME SCENE CLEAN UP EXPENSES)

(Debe presentar recibos, facturas y contrato que evidencien la cantidad pagada o adeudada de la Compañía que brindó el servicio)
(You must submit receipts, invoices and contract evidencing the amount paid or payable by the Company which provided the service)

A consecuencia del delito, ¿contrató servicios de Compañía por limpieza de escena? ☐ No ☐ Sí
Are you hiring a Company for Crime Scene Clean up as a result of the crime? No Yes

Nombre de la Compañía que brindó el servicio: _____ Teléfono: _____
Name of the company who provided the service: Phone Number

¿Se adeudan dichos servicios? ☐ Sí ☐ No Cantidad pagada o adeudada por el servicio brindado $ _____
Do you owe any amount for these services? Yes No Amount paid or due for the services

Nombre de la persona responsable de pagar el servicio_____ Teléfono _____
Name of the person responsible for paying these services Phone Number

PARTE 11- PÉRDIDA DE INGRESOS (LOSS OF INCOME)

El reclamante puede completar esta parte si la víctima no puede hacerlo por sí misma.
The claimant can complete this part if the victim can not do it herself.

¿Tenía empleo la víctima al momento del delito? ☐ No ☐ Sí
Was the victim employed at the time of the crime? No Yes

Si contestó "Sí", favor de presentar Certificación de Empleo Oficial. Teléfono: _____
If your answer is "yes" present Employment Certification Phone Number

¿Presentó Planillas de Contribución sobre Ingresos durante el año del delito o el año anterior? ☐ Sí ☐ No
Did you file Income Tax Return for the year of the crime or the year before? Yes No

De contestar "No", someta el formulario "Certificación de Razones por las cuales el contribuyente no está obligado por Ley a rendir la Planilla de Contribución sobre Ingresos de Individuos". (Modelo SC 2781- Departamento de Hacienda)
If your answer is No" you must submit the Form SC2781 from Department fo the Treasury of Puerto Rico.

¿Estuvo usted incapacitado(a) para ejercer labor remunerada como consecuencia del delito? ☐ No ☐ Sí
Were you unable to work as a result of the crime? No Yes

Si contestó "Sí" favor de presentar la Certificación Médica
If your answer is "yes" please present Medical Certification

Fecha en que dejó el empleo luego del delito: Día _____ Mes _____ Año _____
Date you left the job after the crime Day Month Year

Fecha en que regresó al empleo luego del delito: Día _____ Mes _____ Año _____
Date you returned to work after the crime Day Month Year

¿Recibió pago por enfermedad y/o vacaciones? ☐ No ☐ Sí Si contestó "Sí" indique la cantidad recibida $_____
Did you receive payments for sick or vacation leave? No Yes If your answer is "yes" indicate the amount received

¿Recibió beneficios de PAN y/o TANF? ☐ No ☐ Sí De aplicar, presente evidencia.
Did you receive PAN and/or TANF benefits? No Yes To apply, present evidence.

¿Recibió beneficios de la Administración del Seguro Social? ☐ No ☐ Sí De aplicar, presente evidencia.
Did you receive Social Security Administration benefits? No Yes To apply, present evidence.

PARTE 12 – PÉRDIDA DE SUSTENTO (LOSS OF SUPPORT)

El reclamante puede completar esta parte si la víctima es menor de edad o cuando la víctima no puede hacerlo por sí misma.
The claimant can complete this part if the victim is a minor or when the victim can not do it herself.

¿Al momento del delito, la víctima brindaba sustento económico a sus dependientes? ☐ Sí ☐ No
At the time of crime, does the victim provided financial support for dependents? Yes No

Si contestó "Sí" provea la cantidad del sustento Semanal $_____ Quincenal $_____ Mensual $_____
If you answered "Yes" provide the amount of support Weekly Biweekly Monthly

*Debe incluir planilla de contribución sobre ingresos de la víctima en caso de muerte o del agresor en caso de violencia doméstica o maltrato de menores intrafamiliar.
Tax Return form with the victims income must be included in case of death. In domestic violence cases the aggressor tax return must be included.

PARTE 13 – GASTOS LEGALES – (LEGAL EXPENSES)

Para solicitar esta compensación los gastos legales civiles deben estar relacionados al delito.
To apply for this compensation the legal expenses must be related to the crime

Indique el servicio legal por el cual solicita compensación: _____
Indicate the legal services you are requesting compensation for

Nombre, número de abogado, dirección y teléfono del(a) abogado(a) _____
Lawyer's name, address and phone number

_____

Cantidad total de los gastos legales $ _____ ¿Adeuda dichos servicios? ☐ No ☐ Sí
Total amount of the legal expenses Do you owe those services? No Yes

Si contestó "Sí" indique la cantidad pendiente de pago $_____ Número de Caso del Tribunal _____
If your answer was "yes" indicate the amount due. Court Case Number

PARTE 14 – GASTOS DE RELOCALIZACIÓN (RELOCATION EXPENSES)

Favor de presentar evidencia tales como: contrato, recibos, facturas y otros.
Please submit evidence such as contract, receipts, invoices and other.

¿Ha sido usted relocalizado? ☐ Sí ☐ No Indique el motivo: _____
Where you relocated? Yes No Indicate the reason:

PARTE 15 – REFERIDO (REFERRAL)

¿A través de qué agencia conoció de la Oficina de Compensación y Servicios a las Víctimas de Delitos?
Through which agency or private entity did you learn of the Crime Victims and Witnesses Compensation and Services Office?

☐ Anuncio Público, afiche, folleto, etc. Advertisement, posters, brochure, etc.	☐ Albergue Shelter
☐ Funeraria/Cementerio Funeral/Burial Home	☐ Fiscal Prosecutor
☐ Hospital Hospital	☐ Seminario, Charla provisto por la Oficina Training provided by the Office
☐ Policía Police	☐ Otros _____ Other

PARTE 16 – INFORMACIÓN SOBRE LA PERSONA QUE LE AYUDA A LLENAR LA SOLICITUD (INFORMATION ABOUT THE PERSON WHO HELPS YOU FILL OUT THE APPLICATION)

Nombre de la persona que le ayuda con este impreso (Nombre y Apellidos): _____
Name of person helping you with this form (Name and Last name):

Nombre de la organización o agencia donde trabaja la persona: _____
Name of organization or agency where the person works:

Dirección de correo electrónico: _____ Teléfono: _____
E-mail address: Phone Number:

PARTE 17 – INFORMACIÓN DE DEMANDA CIVIL (CIVIL SUIT INFORMATION)

¿Usted ha presentado o piensa presentar una demanda civil relacionada con este crimen? ☐ No ☐ Sí
Have you submitted or plans submit a civil lawsuit related to this crime? No Yes

Atención: Si usted decide entablar una demanda civil, por ley, usted está obligado a notificar a la Oficina de Compensación a Víctimas dentro de 30 días antes de presentar la demanda.
Note: If you decide to file a civil suit, by law, you are required to notify the Victims Compensation Office within 30 days before filing the lawsuit.

Nombre del Abogado: _____ Dirección: _____
Attorney's Name: Address:

Teléfono: _____
Phone Number:

Su Solicitud de Compensación está casi completa. Favor de leer los siguientes puntos y pasar a la próxima página.

- Después de llenar toda la información, **favor de leer la siguiente página detenidamente, firme y coloque la fecha**. Luego, puede entregarla en la Oficina, en la División de Servicios a Víctimas de su respectiva Fiscalía **con todos los documentos requeridos** o envíe a la siguiente dirección: **Oficina de Compensación a Víctimas / PO BOX 9020192, San Juan, P.R. 00902-0192**.
- Recuerde incluir con la Solicitud de Compensación **todos los documentos requeridos**, según el beneficio solicitado.
- Luego de su envío, la Auxiliar Administrativo le enviará una carta para confirmar que su solicitud fue recibida. La carta incluirá el **Número del Caso y Nombre del Técnico de Reclamaciones** que fue asignado para la investigación de su solicitud.
- **El Técnico de Reclamaciones se comunicará con usted cuando comience a trabajar con su caso**; podrá solicitar otros documentos y/o realizar preguntas adicionales, si la información no se incluyó en esta Solicitud.
- **Si su dirección o número de teléfono cambia, es necesario que nos informe**. Para cualquier duda o pregunta acerca de su Solicitud de Compensación puede comunicarse al **(787) 722-7500 o al (787) 721-3997**.

Acuerdo de Subrogación:

Me comprometo a notificar por escrito a la Oficina de Compensación y Servicios a las Víctimas y Testigos de Delito mi intención de presentar una demanda civil como consecuencia de esta actividad criminal, para permitir que la Oficina tenga oportunidad de intervenir. Me comprometo a reembolsar al Fondo de Compensación el total de la indemnización que recibí del fondo si recupero dinero por medio de una demanda civil, un acuerdo con las compañías de seguro o cualquier restitución. Si hubiere pagado una compensación por daños o muerte bajo las disposiciones de esta Ley, el fondo, representado por el Secretario, tendrá derecho a ser resarcido por la persona de la lesión o muerte, por una suma igual a la desembolsada como compensación, más los gastos incurridos en las Costas. En los casos en que la víctima o dependiente presente una acción legal contra la persona responsable de la lesión o muerte y se le otorgue una indemnización, el Tribunal ordenará el pago por separado a favor del Fondo y los reclamantes por las cantidades que a cada cuál correspondan.

Subrogate Agreement:
I hereby agree to notify the Crime Victims and Witnesses Compensation and Services Office in writing on any intention of filing a civil lawsuit as a result of this criminal act, to allow the Office to intervene. I agree to reimburse the Compensation Fund the total amount of the compensation received from the Office if I am awarded any moneys by means of this civil lawsuit, a settlement with an insurance company, or any other restitution. If any compensation for damages or death under the provision of this Law, the Fund, represented by the Attorney General, will have the right to be reimbursed by the injured or deceased person's estate the same amount of compensation money already paid, in addition to any legal fees or costs. In those cases where the victim or dependents file a legal action against the person responsible for the injuries or death and compensation is awarded, the Court will rule independent payments on the pertaining amount in favor of the Fund and the claimants.

Relevo de Información:

Por la presente autorizo a cualquier institución financiera o privada, agencia de servicio social o cualquier oficina del gobierno estatal o federal a revelar información sobre mi situación financiera a la Oficina de Compensación y Servicios a las Víctimas y Testigos de Delito. Por la presente autorizo a cualquier hospital, doctor, institución médica o funeraria para que revele a la Oficina de Compensación y Servicios a las Víctimas y Testigos de Delito toda la información relacionada con los servicios que me fueron provistos. Esta información incluye, pero no se limita a, información financiera e información sobre el diagnóstico y el tratamiento. Por la presente autorizo a mi patrono u otra persona que tenga información relacionada a mi empleo para que revele la información solicitada por la Oficina de Compensación y Servicios a las Víctimas y Testigos de Delito. **Una copia de esta autorización es tan válida como el original.**

Release of Information:
I authorize any financial institution, social service agency or any other state or federal government agency to reveal information regarding my financial situation to the Crime Victims and Witnesses Compensation and Services Office. I hereby authorize any hospital, doctor, medical institution or insurance company to reveal and share any medical information to the Crime Victims and Witnesses Compensation and Services Office. This information includes, but it is not limited to payment of medical expense and information regarding diagnosis and treatment. I also authorize my employer or any other person in possession of information regarding my employment and fiscal information to provide any documents or information requested by the Office. **A copy of this authorization is as valid as the original.**

Afirmación y autorización:

Certifico y afirmo que la información de esta solicitud a la Oficina de Compensación y Servicios a las Víctimas y Testigos de Delito bajo la ley de Puerto Rico es verdadera y correcta a mi mejor saber y entender, y autorizo a la Oficina de Compensación y Servicios a las Víctimas y Testigos de Delito, a cualquier agente o representante de la Oficina, que verifique la información en ella presentada.

Authorization:
I hereby Certify and Affirm that the information included in this application before the Crime Victims and Witnessess Compensation and Services Office is, to the best of my knowledge and belief, true and correct. I also authorize any agent or representative of the Office, to verify the information given.

Nombre en letra de molde Victim or Claimant Printed Name	Firma del reclamante o víctima Victim or Claimant Signature	Fecha Date

Acuerdo de Subrogación:

Me comprometo a notificar por escrito a la Oficina de Compensación y Servicios a las Víctimas y Testigos de Delito mi intención de presentar una demanda civil como consecuencia de esta actividad criminal, para permitir que la Oficina tenga oportunidad de intervenir. Me comprometo a reembolsar al Fondo de Compensación el total de la indemnización que recibí del fondo si recupero dinero por medio de una demanda civil, un acuerdo con las compañías de seguro o cualquier restitución. Si hubiere pagado una compensación por daños o muerte bajo las disposiciones de esta Ley, el fondo, representado por el Secretario, tendrá derecho a ser resarcido por la persona de la lesión o muerte, por una suma igual a la desembolsada como compensación, más los gastos incurridos en las Costas. En los casos en que la víctima o dependiente presente una acción legal contra la persona responsable de la lesión o muerte y se le otorgue una indemnización, el Tribunal ordenará el pago por separado a favor del Fondo y los reclamantes por las cantidades que a cada cuál correspondan.

Subrogate Agreement:
I hereby agree to notify the Crime Victims and Witnesses Compensation and Services Office in writing on any intention of filing a civil lawsuit as a result of this criminal act, to allow the Office to intervene. I agree to reimburse the Compensation Fund the total amount of the compensation received from the Office if I am awarded any moneys by means of this civil lawsuit, a settlement with an insurance company, or any other restitution. If any compensation for damages or death under the provision of this Law, the Fund, represented by the Attorney General, will have the right to be reimbursed by the injured or deceased person's estate the same amount of compensation money already paid, in addition to any legal fees or costs. In those cases where the victim or dependents file a legal action against the person responsible for the injuries or death and compensation is awarded, the Court will rule independent payments on the pertaining amount in favor of the Fund and the claimants.

Relevo de Información:

Por la presente autorizo a cualquier institución financiera o privada, agencia de servicio social o cualquier oficina del gobierno estatal o federal a revelar información sobre mi situación financiera a la Oficina de Compensación y Servicios a las Víctimas y Testigos de Delito. Por la presente autorizo a cualquier hospital, doctor, institución médica o funeraria para que revele a la Oficina de Compensación y Servicios a las Víctimas y Testigos de Delito toda la información relacionada con los servicios que me fueron provistos. Esta información incluye, pero no se limita a, información financiera e información sobre el diagnóstico y el tratamiento. Por la presente autorizo a mi patrono u otra persona que tenga información relacionada a mi empleo para que revele la información solicitada por la Oficina de Compensación y Servicios a las Víctimas y Testigos de Delito. **Una copia de esta autorización es tan válida como el original.**

Release of Information:
I authorize any financial institution, social service agency or any other state or federal government agency to reveal information regarding my financial situation to the Crime Victims and Witnesses Compensation and Services Office. I hereby authorize any hospital, doctor, medical institution or insurance company to reveal and share any medical information to the Crime Victims and Witnesses Compensation and Services Office. This information includes, but it is not limited to payment of medical expense and information regarding diagnosis and treatment. I also authorize my employer or any other person in possession of information regarding my employment and fiscal information to provide any documents or information requested by the Office. **A copy of this authorization is as valid as the original.**

Afirmación y autorización:

Certifico y afirmo que la información de esta solicitud a la Oficina de Compensación y Servicios a las Víctimas y Testigos de Delito bajo la ley de Puerto Rico es verdadera y correcta a mi mejor saber y entender, y autorizo a la Oficina de Compensación y Servicios a las Víctimas y Testigos de Delito, a cualquier agente o representante de la Oficina, que verifique la información en ella presentada.

Authorization:
I hereby Certify and Affirm that the information included in this application before the Crime Victims and Witnessess Compensation and Services Office is, to the best of my knowledge and belief, true and correct. I also authorize any agent or representative of the Office, to verify the information given.

Nombre en letra de molde	Firma del reclamante o víctima	Fecha
Victim or Claimant Printed Name	Victim or Claimant Signature	Date

FORMULARIO DE PAGO DE EXAMEN MÉDICO FORENSE
FORENSIC EXAMINATION PAYMENT FORM

- ✓ **Este formulario debe ser entregado con una factura en la cual se detallen por código y costos individuales los procedimientos y tratamientos efectuados al paciente, la cual debe estar firmada por el médico que lleve a cabo el examen médico forense.** *(This form must be filed with a detailed bill specifying the codes and procedures performed by the doctor that performed the forensic examination.)*
- ✓ **Además, debe someterse con copia de la documentación correspondiente para evidenciar que se llevó a cabo el examen médico forense. Dicha evidencia debe incluir como mínimo los documentos que sustenten que se realizó: (1) un examen para determinar trauma físico; (2) un examen para determinar penetración forzosa; (3) entrevista al(la) paciente; (4) recolección y evaluación de prueba; y (5) prueba para la detección de enfermedades de transmisión sexual.** *(This form must be filed with copy of the pertaining documentation to evidence that the forensic examination was performed. Said evidence must include at a minimum, documents to validate the: 1) examination of physical trauma; 2) determination of penetration or force; 3) patient interview; 4) collection and evaluation of evidence; and 5) examination for sexually transmitted diseases.)*
- ✓ **Asimismo, debe incluir copia de identificación con foto de la víctima. De ser la víctima menor de edad, entonces debe constar identificación con foto de su madre/padre o custodio legal.** (This form must be filed with a photo ID of the victim. If the victim is a minor, then the photo ID should be of its mother/father or legal guardian.)

Nombre Completo del Paciente: _____
atient's Full Name Dos Apellidos (*Last Name*) Nombre(*Name*) Inicial(*Middle Name*)

Nombre del Padre o Custodio Legal: _____ Teléfono: _____
arent or Legal Representative's Name *Phone Number*

Fecha de Nacimiento del Paciente: _____ Seguro Social del Paciente: _____
atient's Date of Birth Día/Mes/Año *(Day/Month/Year)* *(Patient's SSN)*

Dirección Física del Paciente: _____
atient's Physical Address Calle/Apt./Urb. (*Street/Apt./Urb.)* Ciudad(*City*) Estado(*State*) Código Postal (*Zip Code*)

Fecha de la Agresión: _____ Ubicación del Crimen: _____
Date of Assault Día/Mes/Año *(Day/Month/Year)* *Crime Location* Ciudad*(City)* Estado*(State)*

Número de Querella: _____
Police Report Number

Favor de marcar el encasillado que mejor describa el crimen que ocurrió:
Agresión Sexual de Adulto (21 años o más) Agresión Sexual de Menor (20 años o menos)

Please check the box below that best describes the type of crime that occurred:
Adult Sexual Assault (21 years of age or older) *Child Sexual Assault (20 years of age and under)*

Fecha del Examen Médico Forense: _____ Se llevó a cabo un examen médico forense previo Sí(*Yes*) No(*No*)
ate of Forensic Exam Día/Mes/Año *(Day/Month/Year)* Si contestó que sí, indique (*If you answered yes indicate*):

Fecha del examen previo(*Date of previous exam*): _____
Hospital donde se realizó (*Hospital where it was performed*): _____

Nombre del Hospital: _____ Seguro Social Patronal: _____
lospital Name *Employer ID Number*

Dirección del Hospital: _____
ospital's Physical Address Calle/Apt./Urb. (*Street/Apt./Urb.)* Ciudad(*City*) Estado(*State*) Código Postal(*Zip Code*)

Persona Contacto de Facturación: _____ Título: _____
illing Contact Person *Job Position*

Teléfono: _____ Número de Fax: _____ Correo electrónico: _____
hone Number *Fax Number* *Email Address*

_____ _____
Nombre y firma de la persona responsable de Facturación **Fecha**
Name and Signature of Person Responsible from Billing Department) **(Date)**

Si tiene alguna duda o pregunta favor de llamar a la Oficina de Compensación y Servicios a las Víctimas y Testigos de Delito (787) 721-2900, X. 2001.
If you have additional questions, please contact the Crime Victims and Witnesses Compensation and Services Office at (787) 721-2900, ext. 2001.

Apéndice # 18- H

FORMULARIO DE INVESTIGACIÓN DEL AGENTE EN CASOS DE AGRESIÓN SEXUAL

Nombre del agente y número de la placa: _____
Número de querella: _____

DATOS GENERALES DE LA VICTIMA VICTIMA DE AGRESIÓN SEXUAL

Nombre de la víctima: _____
Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____
Dirección: _____
Nombre del padre del menor: _____
Nombre de madre o custodio: _____
Dirección y teléfono: _____

HISTORIAL DEL INCIDENTE

Fecha_____ Hora del incidente_____
Lugar del incidente_____
Nombre del agresor si es conocido: _____
Descripción del agresor si es una persona desconocida: (estatura, color de piel, de ojos y pelo, vestimenta, tono de voz y acento)
_____
_____
Dirección del agresor si es conocida: _____
Antecedentes penales del agresor sospechoso: Sí_____No_____ No tiene _____
Si sospechoso es de nacionalidad extranjera indique cuál: _____
Relato del incidente:
_____
_____
_____
_____
_____

Hubo amenazas: Sí____ No____
Qué tipo de amenazas: _____
Hubo arma de fuego: Sí____ No____
Descripción Arma de Fuego: _____
Hubo arma blanca: Sí____ No____
Descripción Arma Blanca_____
Hizo el agresor mención de un arma blanca o arma de fuego aunque no la mostró: Sí____ No____
Víctima fue inducida al acto sexual mediante el uso de drogas o alcohol: Sí___ No___
Víctima tuvo pérdida de conocimiento: Sí___ No ___
Agresor eyaculó durante la agresión sexual: Sí___ No___ Dónde eyaculó_____
Agresor utilizó un profiláctico durante el acto sexual: _____
Inserción de cuerpos extraños en la vagina o ano: _____

Lesiones físicas (cortaduras, raspasos, fracturas) o hematomas sufridas por la victima antes, durante o después de la agresión sexual: _____

_____

La víctima se cambió de ropa y/o se duchó vaginalmente luego de la agresión sexual:
Sí_____ No_____
Si el agresor utilizó vehículo de motor para cometer el delito: Sí_____ No_____
Descripción del vehículo, incluyendo marca, modelo, color, número de puertas, tablilla)

_____

_____

TESTIGOS

1. Nombre y dirección: _____ Teléfono_____
Contenido del testimonio:

_____

_____

2. Nombre y dirección: _____ Teléfono_____
Contenido del testimonio:

_____

_____

3. Nombre y dirección: _____ Teléfono_____
Contenido del testimonio:

_____

_____

4. Nombre y dirección: _____ Teléfono_____
Contenido del testimonio:

_____

_____

EXAMEN MEDICO

Fecha del examen: _____ Hora: _____
Hospital: _____ Número récord: _____
Nombre doctor que realizó el examen: _____
Número de licencia del doctor: _____
Teléfono, celular, beeper: _____
Nombre de la enfermera que acompañó al doctor durante el examen: _____
Número de licencia de la enfermera: _____
Diagnóstico y hallazgos del examen genital - anal (Describa en detalle la presencia o ausencia de lesiones, hematomas, laceraciones, eritemas, sangrado, fisura y/o secreciones).

_____

_____

_____

Tratamiento médico ofrecido a la víctima:

_____

_____

_____

Nombre, dirección y número de licencia de la Trabajadora Social (Hospital o Línea de maltrato)_____

KIT FORENSE

Se recolectó Kit Forense: Sí____ No____ (Si no se recolectó, explique las razones)

_____

_____

_____

Quién le entregó el kit en el Hospital: _____

Fecha y hora en que recogió el kit: _____

Fecha y hora en que lo entregó en el Instituto de Ciencias Forenses:_____

A quién se lo entregó en el Instituto de Ciencias Forenses:_____

Que profesional en el Instituto analizará la evidencia:_____

Que otro tipo de evidencia entregó en el Instituto de Ciencias Forenses (muestras de cabello, ropa):

_____

_____

_____

ESCENA DEL CRIMEN

Se tomaron fotografías: Sí___ No___, Si no se tomaron explique las razones:

_____

Nombre del agente de servicios técnicos y número de placa:_____

Fecha y hora en que se tomaron las fotografías:_____

Se preparó croquis del lugar del crimen: Sí___ No____

Fecha y hora en que se preparó el croquis: _____

Dibujos preparados por el menor víctima de abuso sexual: Sí____ No___

GESTIONES A REALIZAR:

_____

_____

_____

_____

_____

FINALIZADA TODAS ESTAS GESTIONES EL AGENTE ESTARA LISTO PARA CONSULTAR CON UN FISCAL

© LCDA. NILSA GARCIA, ENERO 2000

Nota. Este formulario no sustituye la PPR-849 (03-10) Informe de Investigación, que completa agente de Delitos Sexuales.

Apéndice #19

DIRECTORIO DE SERVICIOS

I. Líneas de Emergencias:

Nombre de Agencia	Horario	Teléfono
Línea de Ayuda a víctimas de Agresión Sexual (CAVV)	24 horas	(787) 765-2285
Línea de Maltrato (Departamento de la Familia)	24 horas	(787) 749-1333 1-800-981-8333
Línea de Orientación (Departamento de la Familia)	24 horas	(787) 977-8022 1-888-359-7777
Línea de Orientación de la Oficina de la Procuradora de las Mujeres	24 horas	(787) 722-2977
Línea PAS (ASSMCA)	24 horas	1-800-981-0023
Línea Informativa Programa de Orientación sobre VIH Departamento de Salud	24 horas	(787) 765-1010 (787) 765-2929
Linea de Orientacion a victimas de delitos sexuales Policia de Puerto Rico	24 horas	(787) 343-2000

II. Servicios de Intercesoría:

Nombre de Agencia	Ubicación	Teléfono
Centro de Ayuda a Víctimas de Violación Departamento de Salud	San Juan	(787) 765-2929 ext.5940
	Arecibo	(787) 765-2929 ext. 6355
	Caguas	(787) 765-2929 ext. 5598
	Fajardo	(787) 765-2929 ext. 6390
	Mayagüez	(787) 765-2929 ext. 5761
	Ponce	(787) 290-3636
Oficina de la Procuradora de las Mujeres	Hato Rey	(787) 722-2977
Casa Pensamiento de la Mujer del Centro	Aibonito	(787) 735-3200
Centro de la Mujer y Nueva Familia	Barranquitas	(787) 857-4685
Proyecto RAMA Municipio de Carolina	Carolina	(787) 757-2676 (787) 701-2395
Proyecto ESCUDO Municipio de Ceiba	Ceiba	(787) 885-2180 Extensiones: 236, 211, 277
Proyecto MATRIA, Inc.	Caguas	(787) 704-2222
Asociación Puertorriqueña Pro Bienestar de la Familia (Pro Familia)	Hato Rey	(787) 765-7373
Oficina Legal de la Comunidad	Tribunal de San Juan	(787) 761-1600

III. Policía de Puerto Rico:

Nombre	Ubicación	Teléfono
División de Delitos Sexuales y Maltrato a Menores	San Juan	(787) 793-1234 Exts. 3165, 2304 y 3413
División de Violencia Doméstica y Hostigamiento Sexual	San Juan (Cuartel General)	(787) 793-1234 Ext. 3010/ 3011 (787) 749-0101 (línea directa)

IV. Departamento de Justicia:

Nombre	Ubicación	Teléfono
Oficina de Unidades Especializadas de Violencia Doméstica, Delitos Sexuales y Maltrato de Menores	San Juan	(787) 729-2099 (787) 729-2269 / (787) 729-7019
Oficina de Compensación y Servicios a Víctimas y Testigos	San Juan	(787) 729-2106 (787) 729-2059

V. Albergues:

Nombre	Ubicación	Teléfono
Casa de la Bondad	Humacao	(787) 852-7265
Casa Protegida Julia de Burgos, Inc.	San Juan Aguadilla (servicio ambulatorio) Ponce (servicio ambulatorio)	(787) 723-3500 / (787) 723-3582 Línea 24 horas (787) 891-2031 (787) 284-4303
Hogar Clara Lair, Inc.	Albergue 24 horas	(787) 548-0419
Hogar Ruth para Mujeres Maltratadas, Inc.	Vega Alta	(787) 883-1884
Hogar Nueva Mujer Santa María de la Merced, Inc.	Cayey	(787) 548-0711 (787) 263-8980 Línea 24 horas

VI. Otras Ayudas:

Nombre de Organización	**Ubicación**	**Teléfono**
Coordinadora Paz para la Mujer	San Juan	(787) 281-7579, (787) 767-4927 (787) 777-0738
Travelers Aid of Puerto Rico, Inc.	Carolina	(787) 791-1034
Servicios Legales de Puerto Rico (Proyecto Justicia Integral para Mujeres)	San Juan	(787) 728-8686 Ext. 7287 / 7268
Oficina del Procurador de las Personas de Edad Avanzada	San Juan	(787) 721-6121/ (787) 721-8225 (787) 721-5710
Oficina del Procurador de Personas con Impedimentos	San Juan	(787) 725-2333
Oficina del Procurador del Paciente	San Juan	(787) 977-0909
Iniciativa Comunitaria	San Juan	(787) 250-8629
Centro Latinoamericano de Enfermedades de Transmisión Sexual (CLETS)	San Juan	(787) 754-8118
CPTET		

Apéndice 20

GOBIERNO DE PUERTO RICO

Departamento de Salud
Instituto de Prevención y Control de la Violencia/
Centro de Ayuda a Víctimas de Violación

QUERELLA A UNIDAD INTERAGENCIAL CAVV

Profesional que refiere: _____ **Oficina que representa:** _____
Dirección y teléfono(s):_____
Hospital y Municipio / Agencia referido _____
Nombre y Posición Profesional referido:_____
Dirección y Teléfono(s):_____
Fecha de la situación de Incumplimiento que refiere: _____
Número de Caso / HC: _____

Descripción del caso (Edad, Género, Tipo de Agresión, Relación con Agresor, Necesidad de Servicio):

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Razón de Querella (ver leyenda*): **EF** ___, **PE** ___, **L** ___, **RK** ___, **ITS** ___, **N** ___, **NTS** ___,
OT:_____

Situación de incumplimiento referida:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Gestiones realizadas por profesional que refiere:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Propósito del referido:

_____
_____
_____
_____
_____

Firma de profesional que refiere: _____ **Fecha:** _____

Firma Supervisor(a): _____ **Fecha:** _____

----------**PARA USO UNIDAD INTERAGENCIAL**----------

Recibido: _____ **Fecha:** _____

Coordinadora Interagencial CAVV

Número de querella asignado: _____

Acción tomada:

_____
_____
_____
_____

Resultado:

_____
_____
_____

Revisado por Directora CAVV: _____ **Fecha:** _____

Rev. RW febrero 2018

Apéndice #21

Centro de Ayuda a Víctimas de Violación
Secretaría Auxiliar de Salud Familiar, Servicios Integrados
Departamento de Salud
PO BOX 70184, San Juan, PR 00936
Tel: 765-2929 ext.5940
Fax: 787-765-7840

PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN CON VICTIMAS DE AGRESIÓN SEXUAL

Hoja de comentarios y sugerencias

Fecha: _____
Institución/Agencia/Teléfono: _____
Profesional (nombre y funciones): _____
Uso que le da al protocolo (frecuencia y función): _____
Sección del protocolo a referirse (tema/página): _____

Comentarios/Sugerencias:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Firma: _____

IMPORTANTE:
Todo comunicado que recibamos será evaluado. Sus comentarios y sugerencias se tomarán en consideración para enmiendas al protocolo en reedición, envío de anejos y/o comunicación directa con quien lo envía, de ser así solicitado (favor incluir dirección). Agradeceremos toda comunicación recibida.