

CÓMO RESPONDER A NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES QUE HAN SUFRIDO ABUSO SEXUAL

DIRECTRICES CLÍNICAS DE LA OMS

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
Américas

CÓMO RESPONDER A NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES QUE HAN SUFRIDO ABUSO SEXUAL

DIRECTRICES CLÍNICAS DE LA OMS

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS
Américas

Washington, D.C. 2020

Cómo responder a niños, niñas y adolescentes que han sufrido abuso sexual. Directrices clínicas de la OMS

© Organización Panamericana de la Salud, 2020

ISBN: 978-92-75-32182-9
eISBN: 978-92-75-22182-2

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Organizaciones intergubernamentales de Creative Commons (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.es>).



Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra con fines no comerciales, siempre que se utilice la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons y se cite correctamente, como se indica a continuación. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) respalda una organización, producto o servicio específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OPS.

Adaptaciones: si se hace una adaptación de la obra, debe añadirse la siguiente nota de descargo junto con la forma de cita propuesta: "Esta publicación es una adaptación de una obra original de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Las opiniones expresadas en esta adaptación son responsabilidad exclusiva de los autores y no representan necesariamente los criterios de la OPS".

Traducciones: si se hace una traducción de la obra, debe añadirse la siguiente nota de descargo junto con la forma de cita propuesta: "La presente traducción no es obra de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La OPS no se hace responsable del contenido ni de la exactitud de la traducción".

Forma de cita propuesta: Cómo responder a niños, niñas y adolescentes que han sufrido abuso sexual. Directrices clínicas de la OMS. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2020. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Datos de catalogación: pueden consultarse en <http://iris.paho.org>.

Ventas, derechos y licencias: para adquirir publicaciones de la OPS, véase www.publications.paho.org. Para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase www.paho.org/permissions.

Materiales de terceros: si se desea reutilizar material contenido en esta obra que sea propiedad de terceros, como cuadros, figuras o imágenes, corresponde al usuario determinar si se necesita autorización para tal reutilización y obtener la autorización del titular del derecho de autor. Recae exclusivamente sobre el usuario el riesgo de que se deriven reclamaciones de la infracción de los derechos de uso de un elemento que sea propiedad de terceros.

Notas de descargo generales: las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OPS, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la OPS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La OPS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación. No obstante, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OPS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Índice

Agradecimientos	v
Siglas y abreviaturas	vi
Glosario	vii
Resumen	1
Resumen de los principios orientadores	2
Resumen de las recomendaciones (R) y enunciados de prácticas adecuadas (PA))	2
1. Antecedentes	7
A. Magnitud del abuso sexual de niños y adolescentes	7
B. Consecuencias para la salud del abuso sexual de niños, niñas y adolescentes	7
C. Utilización de los servicios de salud por niños y adolescentes víctimas de abuso sexual	8
D. Objetivos y justificación de esta directriz	9
E. Público destinatario	9
F. Alcance de la directriz	10
2. Métodos	12
A. Participantes en la formulación de la directriz	12
B. Declaración de intereses por los colaboradores externos	12
C. Determinación de las preguntas prioritarias de investigación y los resultados: actividad de determinación del alcance	13
D. Valores y preferencias para fundamentar las prácticas adecuadas y los principios orientadores	13
E. Recuperación de la evidencia	14
F. Evaluación de la calidad, síntesis y clasificación de la evidencia	14
G. Formulación de recomendaciones	15
H. Preparación y arbitraje de los documentos	16
3. Principios orientadores derivados de principios éticos y normas de derechos humanos	17
A. Principio de los mejores intereses del niño, niña o adolescente	17
B. Principio de evolución de las capacidades del niño, niña o adolescente	18
C. Principio de no discriminación	19
D. Principio de participación	19
4. Recomendaciones y enunciados de prácticas adecuadas	20
A. Atención y apoyo de primera línea centrados en el niño o el adolescente	20

B.	Anamnesis, exploración física y documentación de los resultados	22
C.	Tratamiento profiláctico posexposición al VIH y adhesión al mismo	26
D.	Prevención y manejo del embarazo en niñas que han sufrido abuso sexual	32
E.	Tratamiento profiláctico posexposición para las ITS curables y prevenibles mediante la vacunación	34
F.	Intervenciones de salud psicológica y mental a corto y largo plazo	38
G.	Principios éticos y normas de derechos humanos para la notificación sobre el abuso sexual de niños o adolescentes	44
5.	Consideraciones acerca de la aplicación de esta directriz	48
A.	Facilitar la aceptación oportuna de los servicios	48
B.	Crear un entorno de prestación de servicios propicio y favorable para los prestadores de atención de salud	49
6.	Consecuencias de la investigación	52
A.	Atención de salud y apoyo de primera línea centrados en el niño o adolescente	52
B.	Anamnesis, exploración física y documentación de los resultados	52
C.	Tratamiento profiláctico posexposición al VIH y adhesión al mismo	52
D.	Tratamiento profiláctico posexposición para las infecciones de transmisión sexual curables y prevenibles mediante la vacunación	53
E.	Intervenciones de salud psicológica y mental a corto y largo plazo	53
F.	Principios éticos y normas de derechos humanos para la notificación del abuso sexual de niños o adolescentes	53
G.	Consideraciones acerca de la aplicación	53
7.	Difusión, aplicación, seguimiento y evaluación	55
8.	Actualización de la directriz	57
	Referencias	58
	Anexo 1. Participantes en la formulación de la directriz	73
	Grupo de Orientación de la OMS	73
	Grupo de Formulación de la Directrices	74
	Observadores	75
	Anexo 2. Consecuencias del rigor de la recomendación	77
	Anexo 3. Tratados internacionales y regionales de derechos humanos y documentos de consenso que contienen medidas preventivas pertinentes al problema del abuso sexual de niños y adolescentes	78
	Anexo 4. Lista de materiales complementarios en anexos en la web	80

Agradecimientos

El Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas (RHR), de la Organización Mundial de la Salud (OMS), elaboró este documento de directrices bajo la dirección de Claudia García-Moreno. La coordinación de la elaboración estuvo a cargo de Avni Amin (funcionario técnico responsable) y de Megin Reijnders. El Grupo de Orientación de la OMS, integrado por Avni Amin, Alexander Butchart, V. Chandra-Mouli, Nathan Ford, Mary Lynn Gaffield, Claudia García-Moreno, Rajat Khosla, Berit Kieselbach, Christopher Mikton, Martina Penazzato, Megin Reijnders, David Ross, Chiara Servili, Satvinder Singh, Mark Van Ommeren y Teodora Wi, reconoce con gratitud las contribuciones de todos los miembros del Grupo de Elaboración de las Directrices (GED): Maha Almuneef, Sialondwe Mujimba Derrick, Lina Akinyi Digolo, Asvini Fernando, María Herczog, Christopher Hobbs, Virginia Francis Iliff, Elizabeth J. Letourneau, Harriet MacMillan (Copresidente), Bernadette J. Madrid (Copresidente), Ben Mathews, Neil McKerrow, Pratima Mittal, Asha Pemberton-Gaskin y Meggy Verputten. También reconocemos la orientación brindada por Cicely Marston, como Metodólogo GRADE.

El RHR también agradece a las siguientes personas que participaron en la reunión del GED como observadores: Jessie Gleckel (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades [CDC], Estados Unidos), Rebecca Gordon (Together for Girls) y Amelia Peltz (Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional [USAID]), así como a los siguientes contribuyentes externos quienes tuvieron a cargo del arbitraje editorial de la directriz: Christine Amisi, Irene Guat Sim Cheah, Vikas Choudhry, Aaron Miller, Emily Monaghan, Ana María Aguirre Monteverde y Richard Roylance.

Deseamos expresar nuestro agradecimiento especial a los equipos de revisión sistemática: Kerry Scott (Jefe de equipo), Elena Broaddeus y Sara Beckham (análisis cualitativos de las prácticas adecuadas relacionadas con el apoyo de primera línea; anamnesis, exploración física, documentación, facilitación de la aceptación de los servicios y creación de un entorno propicio para su prestación); Zara Shubber (Jefe de equipo) y Nathan Ford (revisión sistemática de la adhesión a la profilaxis posexposición al VIH); Philippe Mayaud (Jefe de equipo) y Helen Kelly (prevención y tratamiento de las ITS); Jill McTavish (Jefe de equipo), Donna Fitzpatrick y Ali Usman (intervenciones psicológicas); y Ben Mathews (Jefe de equipo) y Juliet Davis (prácticas adecuadas relacionadas con la notificación del abuso sexual infantil).

La directriz fue escrita por Avni Amin, Megin Reijnders y Susanne Carai y revisada por Claudia García-Moreno.

El Grupo de Orientación de la OMS quisiera agradecer a la Secretaría del Comité de Examen de Directrices de la OMS por su apoyo general durante el proceso de formulación de la directriz, con un agradecimiento especial a Susan L. Norris.

Apreciamos las contribuciones de las siguientes personas a la formulación de esta directriz: Penny Howes (revisión), Sue Hobbs (diseño y maquetación), Philippa May (corrección de pruebas).

La formulación de esta directriz fue financiada mediante una subvención del Plan de Emergencia del Presidente de Estados Unidos para el Alivio del SIDA (PEPFAR) y del Programa Especial de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre Reproducción Humana (HRP), del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), el Fondo de las Naciones Unidas para los Niños (UNICEF), la OMS y el Banco Mundial.

Siglas y abreviaturas

ARV	medicamento antirretroviral
CDC	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Estados Unidos)
DIU-Cu	dispositivo intrauterino de cobre
EMDR	desensibilización por movimientos oculares y reprocesamiento (por su sigla en inglés)
GED	Grupo de Elaboración de las Directrices
GRADE	Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation (clasificación de las recomendaciones, la valoración, la formulación y la evaluación)
ITS	infección de transmisión sexual
LGBTI	personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e intersexo
mHealth	salud móvil
mhGAP	Programa de acción para superar las brechas en salud mental (OMS)
OMS	Organización Mundial de la Salud
PICO	población, intervención, comparador, resultado
PITP	psicoterapia interpersonal
PEP	profilaxis posexposición (para el VIH) (por su sigla en inglés)
RRTF	reducción del riesgo mediante la terapia familiar
TCC	terapia cognitivo-conductual
TCC-CT	terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma
TEPT	trastorno de estrés postraumático
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
VIH	virus de la inmunodeficiencia humana
VPH	virus del papiloma humano

Glosario

Abuso sexual infantil: Participación de un niño o adolescente en una actividad sexual que no entiende plenamente y con respecto a la que no está capacitado para dar su consentimiento informado, o para la cual no está preparado de acuerdo con su nivel de desarrollo y no puede dar su consentimiento, o que infringe las leyes o tabús de la sociedad. Los niños y las niñas pueden ser objeto de abuso sexual perpetrado tanto por adultos como por otros niños o niñas que, en virtud de su edad o etapa de desarrollo, se encuentran en una posición de responsabilidad, confianza o poder sobre la víctima. Este abuso comprende el incesto que consiste en el abuso por un familiar o pariente cercano. El abuso sexual incluye la intención de gratificar o satisfacer las necesidades del perpetrador o de un tercero, lo que incluye la búsqueda de poder sobre el niño (3). Los adolescentes también pueden experimentar abuso sexual a manos de sus pares, en especial en el contexto de las citas amorosas o las relaciones íntimas. Con frecuencia se distinguen tres tipos de abuso sexual infantil: a) abuso sexual sin contacto (por ejemplo, amenazas de abuso sexual, acoso sexual verbal, solicitud de favores sexuales, exposición indecente, exposición del niño a la pornografía); b) abuso sexual con contacto, lo que incluye las relaciones sexuales (es decir, agresión o violación sexual, ver más adelante); y c) abuso sexual con contacto que excluye las relaciones sexuales, pero incluye otros actos como contacto inapropiado, estimulación por medio de caricias y besos. A menudo, el abuso sexual infantil se hace sin fuerza física, pero más bien por medio de la manipulación (por ejemplo, psicológica, emocional o material). Podría ocurrir con frecuencia, a lo largo de semanas o hasta años, como episodios repetidos que se tornan más invasivos con el transcurso del tiempo, pero también puede ocurrir una sola vez (4).

Adolescente: Toda persona de una edad comprendida entre los 10 y los 19 años, de conformidad con la definición de las Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud (7). La definición de adolescente se solapa con la de niño (véase más abajo). Los “adolescentes jóvenes” se definen como los que tienen una edad comprendida entre los 10 y los 14 años y “adolescentes mayores” son aquellos cuyas edades se encuentran entre los 15 y los 19 años.¹

Agresión sexual: Uso de la fuerza física o de otro tipo para intentar o lograr una penetración sexual. Abarca la violación, definida como la penetración forzada de la vulva, la vagina o el ano, aplicando la fuerza física u otra forma de coacción, con un pene, otra parte del cuerpo o un objeto. También puede incluir la penetración oral (12). La definición legal de violación puede variar, lo que puede tener consecuencias para los aspectos médicos y legales de la atención y para que las personas sobrevivientes sean trasladadas a los establecimientos de salud. El agresor puede ser cualquier persona (es decir, un adulto u otro niño o adolescente, conocido por la víctima o un desconocido). La agresión sexual, incluida la violación de niños, niñas o adolescentes, es una forma específica de abuso sexual infantil. Esta última tiene una definición más amplia que abarca los actos sexuales sin penetración y sin contacto (véase más arriba).

Apoyo de primera línea: Se refiere al nivel mínimo de apoyo (principalmente psicológico) y la aceptación de su experiencia que deben recibir todos los niños, niñas y adolescentes que revelan una situación de abuso sexual a un prestador de atención de salud o a otro prestador de servicios. Este apoyo tiene muchos elementos comunes con lo que se denomina “primeros auxilios psicológicos”, en el contexto de situaciones de emergencia que generan experiencias traumáticas (10).

¹ En esta versión en español el término abarca a los adolescentes de ambos sexos, a menos que se indique otra cosa.

Atención sensible a las cuestiones de género: Se refiere a ser consciente de la manera en que las diferencias de poder, situación, acceso a los recursos y su control configuran la manera en que las sociedades tratan a las mujeres y los hombres, o a las niñas y los niños, de forma desigual y cómo esta desigualdad configura las diferentes exposiciones al abuso o el acceso a los recursos de protección de la salud, la manera en que el sistema de salud los trata, y cómo las sociedades tratan o estigmatizan a las personas sobrevivientes del abuso. También exige que los prestadores de atención de salud eviten reforzar estas desigualdades y promuevan la igualdad de género (11).

Consentimiento para recibir atención clínica: El consentimiento informado es el acuerdo voluntario de una persona, que está capacitada legalmente para dar su consentimiento y poder recibir atención clínica. La edad reconocida por la ley para que una persona pueda dar su consentimiento y recibir atención clínica varía entre los países y por tipo de tratamiento y atención. Para poder dar su consentimiento informado, la persona deberá recibir información suficiente (y en un lenguaje que sea apropiado) acerca de todas las opciones disponibles y de sus beneficios y consecuencias, a fin de poder elegir lo que más le convenga; recibir una explicación acerca de lo que le va a suceder; saber que tiene derecho a rechazar cualquier parte de la atención; y, además, deberá saber qué información se intercambiará y con quién, así como los límites de la confidencialidad. La persona también deberá tener la capacidad de conocer y comprender la naturaleza de la atención que se le está ofreciendo y de sus beneficios y consecuencias. Por lo general, los progenitores o tutores legales son responsables de dar el consentimiento informado hasta que el niño, niña o adolescente sea capaz legalmente de dar su consentimiento para recibir la atención clínica pertinente (9). Sin embargo, en las situaciones en que se procura hacer lo más conveniente para el niño, niña o adolescente, debe buscarse el consentimiento informado de ese niño o adolescente.

Niño: Toda persona menor de 18 años, de conformidad con la Convención sobre los Derechos del Niño, emanada de las Naciones Unidas (2). La definición de niño se solapa con la de adolescente. A todo lo largo de esta directriz se usan los términos “niño” o “niños y adolescentes”, pero estos abarcan a los adolescentes solo hasta los 18 años.²

Notificación obligatoria: Se refiere a la legislación aprobada por algunos países o estados que exige a ciertas personas, como los prestadores de atención de salud, los maestros y los trabajadores sociales, que informen (por lo general, al organismo de protección infantil o a la policía) los casos conocidos y los razonablemente sospechosos de los tipos especificados de abuso y descuido de menores, lo que suele incluir el abuso sexual infantil.

Terapia cognitivo-conductual (TCC): Esta terapia se fundamenta en el concepto de que los pensamientos, y no los factores externos, como las personas o los eventos, son los que dictan los sentimientos y comportamientos de una persona. Las personas pueden tener pensamientos poco realistas o distorsionados que, si no se controlan, podrían conducir a un comportamiento poco útil. La TCC tiene normalmente un componente cognitivo (que ayuda a la persona a desarrollar la capacidad para identificar y rechazar los pensamientos negativos poco realistas), así como un componente conductual (que apunta a que se hagan las cosas de otro modo; por ejemplo, al ayudar a la persona a que participe en actividades más satisfactorias) (5).

Terapia cognitivo-conductual (TCC) centrada en el trauma: Las intervenciones cognitivo-conductual centradas en el trauma responden a la idea de que las personas expuestas a uno o varios eventos traumáticos y que presentan síntomas de estrés traumático agudo tienen creencias y pensamientos poco útiles relacionados con el evento y sus consecuencias. Estos pensamientos y creencias dan lugar a que se evite de manera poco útil todo lo que recuerde el evento (o eventos) y persiste un sentido de amenaza constante. La TCC suele incluir el tratamiento de exposición (por ejemplo, con situaciones imaginadas o en vivo) o el cuestionamiento directo de las creencias y los pensamientos poco útiles relacionados con

² En esta versión en español el término abarca tanto a los niños como a las niñas, a menos que se indique otra cosa.

el trauma. En esta directriz, el término “terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma” se usa para definir una amplia gama de intervenciones cognitivo-conductuales que atienden el trauma, incluida la TCC-CT de Cohen y asociados (8), así como todo tipo de tratamiento de exposición prolongada.

Terapia cognitivo-conductual (TCC): Esta terapia se fundamenta en el concepto de que los pensamientos, y no los factores externos, como las personas o los eventos, son los que dictan los sentimientos y comportamientos de una persona. Las personas pueden tener pensamientos poco realistas o distorsionados que, si no se controlan, podrían conducir a un comportamiento poco útil. Por lo general, la TCC consta de un componente cognitivo (que ayuda a la persona a desarrollar la capacidad para identificar y rechazar los pensamientos negativos poco realistas) y de un componente conductual (que apunta a que se hagan las cosas de otro modo; por ejemplo, al ayudar a la persona a que participe en actividades más satisfactorias) (5).

Resumen

El abuso sexual, que abarca la agresión sexual o la violación, de niños y adolescentes es un grave problema de salud pública en todo el mundo y una violación de los derechos humanos que tiene muchas consecuencias para la salud a corto y a largo plazo. Las consecuencias físicas, sexuales, para la salud reproductiva y la salud mental de ese abuso son de amplio alcance y deben abordarse. Los datos recabados en diferentes entornos indican que los niños y adolescentes están representados desproporcionadamente entre los casos de abuso sexual que se llevan a la atención de los prestadores de atención de salud.

En esta directriz se formulan recomendaciones dirigidas en especial a los prestadores de atención de salud que se encuentran en la primera línea de acción (por ejemplo, médicos generales, enfermeras, pediatras, ginecólogos), que atienden a niños y adolescentes hasta la edad de 18 años, que han sufrido, o podrían haber sufrido algún tipo de abuso sexual, como la agresión sexual o la violación. También puede ser útil para otros cuadros de prestadores especializados de atención de salud que tienen probabilidad de atender a niños o adolescentes. En la directriz, aunque es de alcance mundial, se asigna particular importancia a su aplicación en entornos de atención de salud de los países de ingresos bajos y medianos, teniendo en cuenta que allí los recursos de atención de salud son más limitados. Por consiguiente, en la redacción se tuvo en cuenta la factibilidad de poner en práctica las recomendaciones en entornos de escasos recursos.

Con esta directriz se procura formular recomendaciones basadas en la evidencia para prestar atención clínica de calidad a niños y adolescentes que han sufrido, o podrían haber sufrido, abuso sexual, a fin de mitigar las consecuencias negativas para la salud y mejorar su bienestar. Los objetivos son apoyar a los prestadores de atención de salud para que presten atención clínica de calidad, inmediata y de largo plazo, y apliquen prácticas éticas adecuadas, basadas en los derechos humanos y centradas en el trauma. Donde sea pertinente para la prestación de la atención clínica y donde hay evidencia de respaldo se señalan las diferencias basadas en el sexo y las desigualdades determinadas por el género.

La directriz se formuló según las normas y los requisitos especificados en el manual de la OMS para la elaboración de directrices, segunda edición.³ El proceso incluyó: a) la determinación de las preguntas de investigación fundamentales y sus resultados; b) la recuperación de la evidencia, lo que incluyó la ejecución de revisiones sistemáticas; c) la síntesis de la evidencia; d) la evaluación de la calidad, efectuada por un Grupo de Elaboración de las Directrices (GED); y e) la formulación de recomendaciones con el GED y aportes de un Grupo de Revisión Externa. No se detectaron conflictos de intereses importantes para el GED ni el Grupo de Revisión Externa. El documento también comprende principios generales que sustentan la práctica clínica y que se derivan de normas internacionales éticas y de derechos humanos. Incluye enunciados de prácticas adecuadas que se basan tanto en los principios orientadores como en los valores y las preferencias de las personas sobrevivientes, sus cuidadores y los prestadores de atención de salud. Las recomendaciones se fundamentan en las recomendaciones vigentes de la OMS, así como en el nuevo contenido elaborado como parte de este proceso de formulación de directrices. A continuación, se resumen los principios orientadores, las recomendaciones y los enunciados de las prácticas adecuadas.

³ OMS. Manual para la elaboración de directrices, segunda edición. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015. https://www.who.int/publications/guidelines/WHO_hb_for_guideline_development_2ed_Spanish.pdf.

Resumen de los principios orientadores

Sobre la base de las normas establecidas por las Naciones Unidas en la Convención sobre los Derechos del Niño⁴ y otros instrumentos de derechos humanos, los siguientes principios generales deben observarse al dispensar atención a niños y adolescentes que han sufrido, o podrían haber sufrido, abuso sexual.

PRINCIPIOS ORIENTADORES

- Atención a los mejores intereses del niño o adolescente mediante la promoción y la protección de su seguridad, la prestación de atención sensible a las necesidades, además de la protección y la promoción de la privacidad y la confidencialidad.
- Abordar las capacidades de evolución del niño o adolescente al suministrarles información que sea apropiada para su edad; buscar el consentimiento informado según corresponda; respetar su autonomía y sus deseos; y ofrecer opciones en el curso de la atención médica, según corresponda.
- Observar la no discriminación en la prestación de servicios de salud, independientemente de sexo, raza, etnicidad, religión, orientación sexual, identidad de género, discapacidad o estado socioeconómico.
- Garantizar la participación del niño o adolescente en las decisiones que tengan consecuencias para su vida, al solicitar sus opiniones y tenerlas en cuenta, además de incluirlos en el diseño y la prestación de los servicios médicos.

Resumen de las recomendaciones (R) y enunciados de prácticas adecuadas (PA)

RECOMENDACIONES Y ENUNCIADOS DE PRÁCTICAS ADECUADAS

A. ATENCIÓN DE SALUD Y APOYO DE PRIMERA LÍNEA CENTRADOS EN EL NIÑO O ADOLESCENTE

PA1	<p>Los prestadores de atención de salud deben prestar apoyo de primera línea que sea sensible a las cuestiones de género y esté centrado en el niño o adolescente, en respuesta a una revelación de abuso sexual. Esto comprende:</p> <ul style="list-style-type: none"> • escuchar con respeto y empatía la información que suministra el niño o adolescente; • indagar acerca de las preocupaciones o inquietudes y las necesidades del niño o adolescente, además de responder a todas sus preguntas; • dar una respuesta que no emita juicios y que muestre aceptación; • adoptar medidas para mejorar su seguridad y reducir al mínimo los daños, en especial los resultantes de la revelación y, si existe la probabilidad de que continúe el abuso, esto incluye asegurar la privacidad visual y auditiva, cuando sea posible; • dar apoyo emocional y práctico al facilitar el acceso a los servicios psicosociales; • suministrar información adecuada para la edad acerca de lo que se hará para darles la atención que necesitan, incluso si su revelación del abuso tendrá que comunicarse a las autoridades pertinentes designadas; • asistirlos de manera oportuna y de conformidad con sus necesidades y deseos; • asignar prioridad a las necesidades médicas y al apoyo de primera línea inmediatos; • hacer que el entorno y la manera en que se prestan los servicios sean apropiados para la edad, así como sensibles a las necesidades de quienes afrontan discriminación resultante, por ejemplo, de la discapacidad o la orientación sexual; • reducir al mínimo la necesidad de que el niño o adolescente tenga que acudir a varios lugares distintos para recibir atención dentro del mismo establecimiento de salud; • empoderar a los cuidadores no abusivos con información que les permita comprender los posibles síntomas y comportamientos que el niño o adolescente podría mostrar en los próximos días o meses y saber cuándo deben solicitar ayuda adicional.
-----	---

⁴ Convención de los Derechos del Niño. Nueva York: Naciones Unidas; 1989 <http://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/crc.pdf>

B. ANAMNESIS, EXPLORACIÓN FÍSICA Y DOCUMENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

PA2	<p>De acuerdo con el principio de “no hacer daño”, cuando se está realizando la anamnesis y, de ser necesario, si se está haciendo una entrevista forense, los prestadores de atención de salud deben buscar reducir al mínimo el trauma y toda dificultad adicional para los niños y adolescentes que revelen abuso sexual. Esto incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • reducir al mínimo la necesidad de repetir varias veces su relato; • entrevistarlos solos (es decir, separados de sus cuidadores), mientras se ofrece que esté presente otra persona adulta como apoyo; • establecer la confianza y la buena comunicación al preguntar primero acerca de temas neutrales; • efectuar una evaluación integral de su salud física y emocional, a fin de facilitar las decisiones apropiadas para llevar a cabo exámenes e investigaciones, evaluar las lesiones y suministrar tratamiento o derivar a otros profesionales; • hacer preguntas claras, de respuesta abierta, sin repeticiones; • usar un lenguaje y términos que sean apropiados para la edad y no estigmatizantes; • permitir que el niño o adolescente responda de la manera que prefiera, por ejemplo, escribiendo, dibujando o ilustrando con ejemplos.
PA3	<p>Al hacer exploraciones físicas y, si fuese necesario, investigaciones forenses, los prestadores de atención de salud deben procurar reducir al mínimo otros daños, el trauma, el temor y la angustia, además de respetar la autonomía y los deseos del niño o adolescente. Esto incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • aumentar al máximo los esfuerzos para que se les haga solamente una exploración física; • suministrar información acerca de las consecuencias de un resultado positivo o negativo; • reducir al mínimo los retrasos mientras se hace la exploración física, de conformidad con los deseos del niño o adolescente; • antes de cada paso, explicar lo que se hará; • cuando sea posible, ofrecerle al niño o adolescente la posibilidad de elegir el sexo de la persona que realizará la exploración; • asegurarse de que haya otra persona adulta presente durante la exploración física; • utilizar apoyos visuales y términos adecuados para la edad cuando se explican los procedimientos de la exploración física; • utilizar instrumentos de examen y posiciones que reduzcan al mínimo el malestar físico y la angustia psicológica; • asegurarse de que la recolección de evidencia forense esté basada en el relato del abuso y en el tipo de evidencia que puede recogerse, almacenarse y analizarse; • no efectuar pruebas para determinar la virginidad (prueba de dos dedos o examen vaginal), ya que esto aumenta la angustia y no muestra si el abuso tuvo lugar o no; • no usar sistemáticamente los espéculos, los anoscopios ni los exámenes digitales o bimanuales de la vagina o el recto de prepúberes, a menos que esté indicado médicamente; si se usan, deberá considerarse la sedación o la anestesia general.
PA4	<p>Los prestadores de atención de salud deben documentar de manera completa y exacta los resultados de la anamnesis, la exploración física y las pruebas forenses, así como otra información pertinente para el seguimiento apropiado y el apoyo a las personas sobrevivientes cuando buscan acceso a los servicios legales y de policía, al tiempo que se protege la confidencialidad y se reducen al mínimo las dificultades para el niño o adolescente y sus cuidadores. Esto incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • utilizar un formato estructurado para registrar los resultados; • registrar declaraciones literales para que la documentación sea exacta y completa; • anotar las discrepancias entre el relato del niño o adolescente y el de los cuidadores, si las hubiera, sin interpretarlas; • registrar una descripción detallada y exacta de los síntomas y las lesiones; • en los casos en que no se encuentre evidencia física, señalar que la ausencia de la evidencia física no significa que el abuso no ocurrió; • documentar el estado emocional del niño o adolescente, pero observar que ningún estado particular es indicativo de abuso sexual; • buscar el consentimiento informado, según corresponda, para tomar alguna fotografía o grabar videos, después de explicar cómo se usarán; • manejar confidencialmente toda la información recopilada.

C. TRATAMIENTO PROFILÁCTICO POSEXPOSICIÓN AL VIH Y ADHESIÓN AL MISMO

		CALIDAD DE LA EVIDENCIA	RIGOR DE LA RECOMENDACIÓN
R1	La profilaxis posexposición al VIH (PEP por su sigla en inglés) debe ofrecerse, según corresponda, a los niños y adolescentes que hayan sido objeto de violación que incluya penetración oral, vaginal o anal con un pene y que acudan a los servicios dentro de las 72 horas que siguen al incidente.	Evidencia indirecta	Categórica
R2	Debe entregarse una receta que cubra 28 días de los medicamentos antirretrovirales (ARV) para la profilaxis posexposición al VIH, después de la evaluación inicial del riesgo.	Baja	Categórica
R3	Se prefiere un esquema de tratamiento triple (es decir, con tres medicamentos) con antirretrovirales, pero un esquema de dos medicamentos también es eficaz.	Muy baja	Condicional
R4	El asesoramiento sobre la adhesión al tratamiento debe ser un elemento importante del tratamiento profiláctico después de la exposición al VIH para las personas sobrevivientes de agresión o violación sexual.	Muy baja	Categórica

D. PREVENCIÓN Y MANEJO DEL EMBARAZO EN NIÑAS QUE HAN SUFRIDO ABUSO SEXUAL

		CALIDAD DE LA EVIDENCIA	RIGOR DE LA RECOMENDACIÓN
R5	Ofrecer anticoncepción de urgencia a las niñas que han sido violadas, con penetración vaginal del pene y que acudan a los servicios dentro de las 120 horas (5 días) siguientes al incidente.	Moderada	Categórica
PA5	Si una niña está embarazada como consecuencia de la violación, debería ofrecérsele un aborto en condiciones seguras en la medida en que la ley lo permita.		

E. TRATAMIENTO PROFILÁCTICO POSEXPOSICIÓN PARA INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL CURABLES Y PREVENIBLES MEDIANTE LA VACUNACIÓN

		CALIDAD DE LA EVIDENCIA	RIGOR DE LA RECOMENDACIÓN
R6	Se sugiere el tratamiento de sospecha (o profiláctico) para gonorrea, clamidiosis y sífilis en niños y adolescentes que hayan sido objeto de abuso sexual, lo que comprende el contacto oral, genital o anal con un pene, o el sexo oral, en particular en entornos donde las pruebas de laboratorio no sean factibles.	Muy baja, evidencia indirecta	Condicional
R7	En los niños y adolescentes que hayan sido objeto de abuso sexual y que presenten síntomas clínicos, se recomienda el manejo sintomático del caso para el exudado vaginal/uretral (gonorrea, clamidiosis, tricomoniasis) y para las úlceras genitales (virus del herpes simple, sífilis y chancro blando), en particular en los entornos donde las pruebas de laboratorio no son factibles.	Muy baja, evidencia indirecta	Condicional
R8	Debe ofrecerse la vacunación contra la hepatitis B sin inmunoglobulina antihepatitis B, de acuerdo con las directrices nacionales.	Muy baja, evidencia indirecta	Categórica
R9	Debe ofrecerse la vacunación contra el virus del papiloma humano debe ofrecerse a las niñas en el grupo de 9 a 14 años, de acuerdo con las directrices nacionales.	Moderada	Categórica

F. INTERVENCIONES DE SALUD PSICOLÓGICA Y MENTAL A CORTO Y LARGO PLAZO

PA6	En los niños y adolescentes que fueron objeto de abuso sexual recientemente y que presenten síntomas de estrés traumático agudo (dentro del primer mes), los prestadores de atención de salud deben ofrecer o seguir ofreciendo apoyo de primera línea que sea sensible a las cuestiones de género y esté centrado en el niño o adolescente, según se describe en el enunciado 1 de prácticas adecuadas .		
-----	---	--	--

		CALIDAD DE LA EVIDENCIA	RIGOR DE LA RECOMENDACIÓN
R10	No debe usarse la intervención psicológica breve o <i>debriefing</i> para reducir el riesgo de síntomas de estrés postraumático, ansiedad o depresión.	Muy baja	Categórica
R11	Debe considerarse la terapia cognitivo-conductual (TCC) centrada en el trauma para los niños y adolescentes que hayan sufrido abuso sexual y presenten síntomas de trastorno de estrés postraumático (TEPT).	Muy baja	Condicional
R12	Cuando sea seguro y apropiado incluir al menos a un cuidador no abusivo, debe considerarse la TCC centrada en el trauma tanto para: a) los niños y adolescentes que hayan sufrido abuso sexual y presenten síntomas de TEPT, como para b) su cuidador (o cuidadores) no abusivo(s).	Baja	Condicional
R13	Las intervenciones psicológicas, como la TCC, pueden ofrecerse a los niños y adolescentes con trastornos del comportamiento, además de la capacitación para mejorar las aptitudes de sus cuidadores no abusivos.	Baja	Condicional
R14	Las intervenciones psicológicas, como la TCC y la psicoterapia interpersonal (PITP), podrían ser adecuadas para los niños y adolescentes con trastornos emocionales, además de la capacitación para mejorar las aptitudes de sus cuidadores no abusivos.	Baja	Condicional

G. PRINCIPIOS ÉTICOS Y NORMAS DE DERECHOS HUMANOS PARA LA NOTIFICACIÓN SOBRE EL ABUSO SEXUAL DE NIÑOS O ADOLESCENTES

GP7	<p>Si los prestadores de atención de salud tienen que cumplir con un requisito legal o normativo, o se guían por una responsabilidad ética de notificar los casos conocidos o presuntos de abuso sexual de niños o adolescentes, deben equilibrar la necesidad de tener en cuenta los mejores intereses de ese niño o adolescente y la evolución de su capacidad para tomar decisiones autónomas. Esto incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • evaluación de las consecuencias que acarrea la notificación del abuso para la salud y la seguridad del niño o adolescente y adopción de medidas para promover su seguridad; • protección de la privacidad (por ejemplo, al tratar con los medios de comunicación); • promoción de la salud, al ofrecer atención médica y apoyo de primera línea inmediatos; • suministro de información acerca de la obligación de notificar el abuso y los límites de la confidencialidad; • documentación del proceso de notificación y mantenimiento de la confidencialidad de la información documentada. <p>Los gerentes de los servicios de salud y los responsables de las políticas deben:</p> <ul style="list-style-type: none"> • conocer bien todo requisito legal para la notificación de casos conocidos o presuntos de abuso; • facilitar las oportunidades de que los prestadores de atención de salud reciban capacitación acerca de cómo y cuándo notificar el abuso; • atender las creencias y valores de los prestadores de atención de salud que podrían influir de manera desfavorable en los métodos que utilizan para notificar el abuso; • establecer sistemas y normas para el registro y el intercambio de información que protejan la confidencialidad; • trabajar con otros organismos o instituciones, entre ellos, los servicios de protección infantil y la policía, a fin de coordinar una respuesta apropiada. <p>Entre las acciones que no concuerdan con el principio de la evolución de las capacidades se encuentran:</p> <ul style="list-style-type: none"> • notificar la actividad sexual consensual entre adolescentes, a menos que esté en riesgo la seguridad de ese adolescente; • informar a los progenitores o cuidadores en los casos en que los adolescentes, según su edad y madurez, expresen su preferencia de que sus progenitores o cuidadores no participen, a menos que esté en riesgo la seguridad del adolescente.
-----	--

CONSIDERACIONES ACERCA DE LA APLICACIÓN

A. FACILITAR LA ACEPTACIÓN OPORTUNA DE LOS SERVICIOS

PA8	<p>Los prestadores de atención de salud, incluidos los que trabajan en las comunidades, deben facilitar la aceptación oportuna de los servicios por los niños y adolescentes que han sufrido abuso sexual. Esto comprende:</p> <ul style="list-style-type: none"> • aumentar la conciencia del público acerca de los signos, los síntomas y las consecuencias para la salud del abuso sexual y de la necesidad de solicitar atención oportuna; • asegurar la disponibilidad de una atención integral e integrada que reduzca la necesidad de acudir a varios lugares diferentes para recibir la atención; • divulgar la disponibilidad de los servicios, en especial entre las personas que están marginadas y tienen menos acceso; • reducir el estigma relacionado con el abuso sexual y mejorar la aceptabilidad de los servicios; • abogar ante los responsables de las políticas y los gerentes a fin de reducir los obstáculos prácticos y de política que impiden el acceso a la atención; • fortalecer las derivaciones dentro y entre los servicios de salud y los servicios de otros sectores (por ejemplo, policía, protección infantil y servicios legales).
-----	--

B. CREAR UN ENTORNO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROPICIO Y FAVORABLE PARA LOS PRESTADORES DE ATENCIÓN DE SALUD

PA9	<p>Los gerentes de los servicios de salud y los responsables de las políticas deben crear un entorno propicio y favorable para que los prestadores de atención de salud desempeñen sus tareas y cumplan sus responsabilidades con respecto al cuidado de niños y adolescentes que han sufrido abuso sexual. Esto incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • poner a disposición y asignar prioridad a la prestación de atención de alta calidad en los entornos de atención de salud a los niños y adolescentes que han sufrido abuso sexual; • facilitar la capacitación, la supervisión y la tutoría constantes; • atender las necesidades para que la dotación de personal, la infraestructura, los suministros y los recursos financieros sean suficientes; • brindar apoyo a los prestadores de atención de salud cuando tienen que comparecer ante los tribunales en nombre de las personas sobrevivientes; • apoyar a los prestadores de atención de salud para prevenir y hacer frente al desgaste y al trauma indirecto; • fortalecer las derivaciones y la vinculación con otros servicios de apoyo y afines para facilitar un enfoque multidisciplinario y multisectorial de la atención; • poner a disposición herramientas o guías de uso (por ejemplo, protocolos o vías de atención clínica) a fin de orientar la prestación sistemática de la atención; • efectuar el seguimiento y la evaluación de la prestación de la atención.
-----	---

1. Antecedentes

A. Magnitud del abuso sexual de niños, niñas y adolescentes

El abuso sexual, incluida la agresión o violación sexual, de niños y adolescentes, es un grave problema de salud pública en todo el mundo y una violación de los derechos humanos que tiene numerosas consecuencias para la salud tanto a corto como a largo plazo. Según una revisión sistemática y un metanálisis del 2011 acerca de la prevalencia del abuso sexual infantil en todo el mundo, la prevalencia en las niñas se sitúa en alrededor de 20% y en los niños en alrededor de 8% (13). Otro metanálisis del 2013 acerca de la prevalencia actual del abuso sexual infantil (<18 años de edad) en todo el mundo indica que alrededor de un 9% de las niñas y 3% de los niños son víctimas de relaciones sexuales intentadas o completadas (orales, vaginales o anales), mientras que 13% de las niñas y 6% de los niños sufren alguna forma de abuso sexual por contacto (14).

Los datos de varias encuestas sobre la violencia contra los niños en nueve países de ingresos bajos y medianos,⁵ en las que se entrevistó a niños y jóvenes de 13 a 24 años, mostraron que en los entrevistados de 8 a 24 años, la prevalencia de alguna forma de violencia sexual en la niñez (de 0 a 17 años) variaba desde 4,4% hasta 37,6% en las niñas en Camboya y Swazilandia, respectivamente (15–17). Esta prevalencia fue de más de 25% para la mayoría de los nueve países. En el caso de los niños, la prevalencia de alguna forma de violencia sexual en la niñez (de 0 a 18 años) variaba desde 5,6% en Camboya hasta 8,9% en Zimbabwe y 21,2% en Haití (15). La prevalencia en el curso de la vida de relaciones sexuales forzadas físicamente o presionadas u obligadas en niñas (de 0 a 18 años) iba desde un mínimo de 1,5% en Camboya hasta la elevada cifra de 17,5% en Swazilandia. En el caso de los niños, esta cifra oscilaba de 0,2% en Camboya hasta 7,6% en Haití (15). Un estudio del 2014 basado en tres encuestas telefónicas nacionales de jóvenes (de 15 a 17 años) en Estados Unidos reveló que 26,6% de las niñas y 5,1% de los niños habían sufrido algún tipo de abuso sexual o agresión sexual para la edad de 17 años (18).

Los adolescentes que forman parte de la población lesbiana, gay, bisexual, transgénero o intersexo (LGBTI) quizá sean desproporcionadamente más vulnerables al abuso sexual debido a la discriminación basada en la orientación sexual y la identidad de género. Sin embargo, esta es un área emergente de investigación, en particular en los países de ingresos bajos y medianos. Por lo tanto, la evidencia es muy limitada en cuanto a la magnitud o las consecuencias del abuso sexual en este subgrupo específico.

B. Consecuencias para la salud del abuso sexual de niños, niñas y adolescentes

Según una revisión sistemática del 2009, las consecuencias para la salud asociadas con el abuso sexual de niños y adolescentes pueden ser físicas, como los efectos sobre la salud sexual y reproductiva, conductual y de salud mental (19). Las consecuencias físicas para la salud incluyen lesiones y trastornos del aparato digestivo (20). En cuanto a las niñas, las consecuencias del abuso sexual para la salud sexual y reproductiva incluyen el riesgo de embarazo, los trastornos ginecológicos como el dolor pélvico crónico no cíclico, irregularidades menstruales, dismenorrea, infecciones genitales e infecciones de transmisión sexual (ITS), como el VIH (20–23). Varios estudios han mostrado que los niños y las niñas que han sufrido abuso sexual tienen mayores

⁵ Camboya, Haití, Kenya, Malawi, República Democrática Popular de Lao, República Unida de Tanzania, Swazilandia, Zambia y Zimbabwe.

probabilidades de incurrir en comportamientos de riesgo, como los riesgos sexuales y el abuso del alcohol y las drogas en etapas posteriores de la vida, lo que lleva a resultados negativos para la salud en la edad adulta (24–27).

El abuso sexual infantil tiene consecuencias para la salud mental a corto y a largo plazo, como un diagnóstico de por vida de estrés postraumático, ansiedad, depresión, síntomas de externalización, trastornos de los hábitos de alimentación, problemas con las relaciones interpersonales, trastornos del sueño e ideas y comportamientos suicidas y de autoagresión (19, 28). Un estudio de mujeres adultas que estuvieron expuestas al abuso sexual cuando eran niñas reveló que las que habían sido objeto de abuso en numerosas ocasiones a lo largo de un período prolongado tenían niveles más altos de síntomas de salud mental, en comparación con las que sufrieron abusos solo en un momento de su vida (29). Otro estudio de mujeres estadounidenses adultas (de 18 a 64 años) con antecedentes de abuso tanto físico como sexual en la niñez reveló una mayor utilización anual de los servicios de atención de salud (servicios de salud mental, atención primaria y farmacia) y costos más elevados (36% más altos para las personas con antecedentes de abuso sexual y físico, mientras que estos costos eran 16% más altos si el abuso sexual había ocurrido solamente en la niñez), muchos años después del abuso (30). Los efectos sobre la salud del abuso sexual infantil quizá sean exacerbados cuando el perpetrador tiene una relación cercana o influyente con el niño y el abuso es de mayor gravedad, duración y frecuencia (31–33).

C. Utilización de los servicios de salud por niños y adolescentes víctimas de abuso sexual

Los niños y adolescentes que han sufrido abuso sexual podrían suscitar la atención de un prestador de servicios de salud por distintos medios (4). Es posible que acudan a los servicios porque necesitan una exploración física de rutina o tienen algún trastorno de salud o queja relacionada o no con el abuso. Otra posibilidad es que un cuidador, que sospecha el abuso sexual, o alguien de una institución oficial, solicite una evaluación médica para iniciar una investigación. Sin embargo, los datos indican que es escaso el número de niños que experimentan abuso sexual que buscan o reciben algún tipo de servicios. Por ejemplo, las encuestas sobre violencia contra los niños mencionada más arriba mostraron que en la mayoría de los nueve países donde están disponibles los resultados, menos de 10% de las personas sobrevivientes del abuso sexual recibieron algún tipo de servicio, ya fuese de salud, servicios legales, de policía o de apoyo en forma de asesoramiento (15). En comparación con los otros países encuestados, Swazilandia ⁶ tenía la mayor proporción de sobrevivientes infantiles del abuso sexual que había recibido algún servicio, 24% (15). En Kenya, 2% de los niños y 6,8% de las niñas (18 a 24 años) que habían experimentado abuso sexual buscaron servicios antes de llegar a los 18 años de edad. Sin embargo, solo 0,4% de los niños y 3,4% de las niñas en realidad recibieron servicios. Por otro lado, 31% de las niñas expuestas al abuso indicaron que les hubiera gustado recibir algún servicio más de atención de salud en relación con la violencia sexual que habían sufrido (34). En Haití, 10% de las niñas y 6,6% de los niños víctimas de abuso sexual recibieron servicios, la mayoría de los cuales fueron servicios médicos (es decir, 8,8% de las niñas y 5% de los niños) (35).

Un estudio llevado a cabo en Estados Unidos en el 2008 reveló que, en 19% de los casos de abuso sexual infantil perpetrado por un adulto no especificado, se notificó la situación a las autoridades médicas, mientras que esta cifra fue de 7,4% cuando el agresor había sido un adulto conocido (36). Estos datos ponen de manifiesto que hay necesidad de: a) trabajar con las comunidades para mejorar la búsqueda de atención oportuna por las personas sobrevivientes del abuso y sus cuidadores; b) concientizar a los prestadores de atención de salud acerca del abuso sexual infantil, sus consecuencias para la salud y cómo reconocerlo; c)

⁶ En Swazilandia, la encuesta se hizo solamente en niñas.

mejorar la respuesta por los prestadores de atención de salud hacia los niños y adolescentes que solicitan los servicios; y d) mejorar la coordinación y las derivaciones oportunas entre los servicios de salud y otros servicios o autoridades donde se identifican o adonde se trasladan los niños y adolescentes que han sufrido abuso sexual.

D. Objetivos y justificación de esta directriz

El objetivo de esta directriz es formular recomendaciones basadas en la evidencia para prestar atención clínica de calidad a niños y adolescentes que han sido, o podrían haber sido, objeto de abuso sexual, a fin de mitigar las consecuencias negativas para la salud y mejorar su bienestar. Responde a una inquietud importante de salud pública y de derechos humanos, aborda las brechas en la respuesta del sector de la salud ante el abuso sexual de niños y adolescentes, y procura contribuir a mejorar la salud infantil y la salud sexual, reproductiva y mental de los adolescentes.

Objetivos específicos

Los objetivos son apoyar a los prestadores de atención de salud para que:

1. ofrezcan atención clínica de calidad, tanto inmediata como de largo plazo;
2. apliquen prácticas éticas adecuadas,⁷ basadas en los derechos humanos y centradas en el trauma.

Por qué se elaboró esta directriz

El abuso sexual de niños y adolescentes es un grave problema de salud pública y una violación de los derechos humanos fundamentales, entre otros, el derecho a la vida, el derecho a la protección ante todas las formas de violencia y el derecho a disfrutar del grado máximo de salud que se pueda lograr. Las consecuencias físicas de ese abuso, lo que incluye la salud sexual y reproductiva y la salud mental, son muy amplias y deben abordarse. Los datos de diferentes entornos indican que los niños y adolescentes están representados desproporcionadamente entre los casos de agresión sexual que se ponen en conocimiento de los prestadores de atención de salud (37, 38). Según destacan los datos anteriores, las personas sobrevivientes del abuso sexual a menudo no reciben servicios de salud. Los prestadores de atención de salud deben prepararse para responder de manera apropiada al abuso sexual de niños y adolescentes, a fin de mitigar las repercusiones en la salud y otros aspectos, además de mejorar la salud y el bienestar de estas personas.

Por razones similares, en el 2013, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó las primeras directrices clínicas y de política destinadas al sector de la salud a fin de responder a la violencia de pareja y la violencia sexual contra la mujer. En ellas se formulan recomendaciones para la detección y la atención clínica de las mujeres adultas que sufren de violencia de pareja y de violencia sexual, así como para la capacitación de los trabajadores y la prestación y la administración de los servicios (39). Estas directrices se han difundido ampliamente en los países y, durante este proceso, se solicitó a la OMS que formulara también orientaciones específicas para abordar el abuso sexual en niños y adolescentes.

E. Público destinatario

En esta directriz se formulan recomendaciones dirigidas en especial a los prestadores de atención de salud de primera línea (por ejemplo, médicos generales, enfermeras, parteras,

⁷ Se refiere a la atención y el tratamiento que responde a los efectos del trauma; destaca la seguridad física, psicológica y emocional; y ayuda a las personas sobrevivientes a recuperar un sentido de control y empoderamiento.

ginecólogos, pediatras) para que presten atención clínica de alta calidad y basada en la evidencia a niños y adolescentes que han sufrido, o podrían haber sufrido, abuso sexual, lo que abarca la agresión sexual y la violación. Entre estos prestadores se encuentran los que trabajan en los programas y servicios de salud sexual y reproductiva, infección por el VIH y salud mental. Sin embargo, la directriz también puede ser útil para otros prestadores de servicios (por ejemplo, trabajadores sociales y prestadores de apoyo psicosocial), como los especialistas que tienen probabilidades de tratar a niños o adolescentes. La directriz también incluye consideraciones acerca de las prácticas adecuadas para abordar los temas éticos y de derechos humanos, así como consideraciones de la aplicación, dirigidas a los responsables de las políticas y los gerentes, a fin de facilitar y apoyar la atención clínica a niños y adolescentes que han sido, o podrían haber sido objeto de abuso sexual. La directriz, a pesar de ser mundial, se ocupa en particular de su aplicabilidad en entornos de atención de salud en los países de ingresos bajos y medianos, teniendo en cuenta la limitación en los recursos disponibles. Por consiguiente, se tuvo en cuenta la factibilidad de poner en práctica las recomendaciones en entornos de escasos recursos.

F. Alcance de la directriz

El alcance de esta directriz es el siguiente:

- **Población:** todos los niños de ambos sexos, incluidos los adolescentes de ambos sexos, de edades comprendidas entre los 0 y 18 años que han sufrido, o podrían haber sufrido, abuso sexual. La directriz tiene en cuenta la vulnerabilidad desproporcionada de los niños y adolescentes que podrían enfrentar discriminación.
- **Intervenciones:** toda intervención pertinente para la prestación de atención clínica de calidad, lo que abarca la atención de salud mental y la atención inmediata, a corto y largo plazo. También comprende las prácticas adecuadas para reducir al mínimo los daños y el trauma cuando se establece la anamnesis, se hace la exploración física y se prepara la documentación, además de las consideraciones éticas y de seguridad para la notificación a las autoridades competentes. Se indican las consideraciones de la puesta en práctica relacionadas con la aceptación de los servicios, la capacitación de los prestadores de atención de salud y la creación de un entorno propicio o favorable para facilitar la prestación de la atención. Todo esto se enmarca en principios orientadores éticos y fundamentados en los derechos humanos.
- **Intervenciones abordadas en otras directrices:** las recomendaciones relacionadas con la detección del maltrato sexual de niños o adolescentes formarán parte de una directriz complementaria acerca de la respuesta clínica a otras formas de abuso de los niños que la OMS tiene previsto publicar en el 2018.⁸
- **Resultados:** los resultados principales guardan relación con el mejoramiento de la salud y el bienestar del niño y el adolescente, lo que comprende la prevención de la discapacidad de largo plazo y el funcionamiento mejorado. Los resultados secundarios se relacionan con la aceptación de los servicios por las personas sobrevivientes y el bienestar de los cuidadores no abusivos.

El alcance de esta directriz excluye lo siguiente:

- **Población:** niños y adolescentes que han sido objeto de otras formas de maltrato infantil como maltrato físico o emocional o descuido, en ausencia de abuso sexual; mutilación

⁸ La directriz complementaria está en proceso de elaboración en la OMS por el Departamento de Manejo de las Enfermedades no Transmisibles, Discapacidad y Prevención de la Violencia y los Traumatismos, y más adelante se combinará con esta directriz.

genital femenina; trata de personas; y coacción reproductiva (por ejemplo, manipular los métodos anticonceptivos), en ausencia del abuso sexual.

- **Intervenciones:** las intervenciones que no son clínicas, por ejemplo, pertinentes para la prestación de atención y servicios de salud afines para niños y adolescentes sometidos al abuso sexual, fuera de los servicios de salud (por ejemplo, servicios de protección infantil, legales o sociales). Esta directriz no incluye recomendaciones de políticas relacionadas con los modelos de prestación de servicios ni con los métodos de capacitación. Las intervenciones para los perpetradores se abordarán en la directriz complementaria acerca de otras formas de maltrato infantil que se publicará en el 2018 (vease nota al pie de la página 10) y, por consiguiente, no se abordan aquí.

2. Métodos

Esta directriz se formuló según los requisitos especificados en el *Manual de la OMS para la elaboración de directrices*, segunda edición (40). El proceso comprendió: *a)* determinación de las preguntas y los resultados esenciales para la investigación; *b)* recuperación de la evidencia, lo que incluyó efectuar revisiones sistemáticas; *c)* síntesis de la evidencia; *d)* evaluación de la calidad, por un Grupo de Elaboración de las Directrices (GED); y *e)* formulación de recomendaciones con el GED y los aportes de los revisores expertos.

A. Participantes en la formulación de la directriz

El proceso de formulación de la directriz fue guiado por tres grupos principales (véase el **anexo 1** donde figuran los nombres de las personas y sus cargos):

- a. Un Grupo de Orientación formado por un grupo de funcionarios de la OMS de los departamentos pertinentes. Un metodólogo asesoró al Grupo de Orientación en el examen de los protocolos y los cuadros de clasificación de las recomendaciones, evaluación, desarrollo y análisis (sistema GRADE) (41), generados por los equipos de revisión sistemática.
- b. Un Grupo de Elaboración de las Directrices (GED), formado por 15 interesados directos internacionales externos (no de la OMS), como expertos de contenido, expertos e investigadores clínicos en el ámbito de la violencia sexual contra los niños, quienes asesoraron acerca del alcance de la directriz y ayudaron a formular las recomendaciones; asimismo, fueron invitados como observadores varios organismos y asociados de las Naciones Unidas que tienen probabilidad de aplicar la directriz.
- c. Un Grupo de Revisión Externa de interesados directos internacionales pertinentes quienes hicieron la revisión experta del documento final para asegurar su claridad y exactitud, además de asesorar en las cuestiones contextuales y en las implicaciones para la ejecución.

B. Declaración de intereses por los colaboradores externos

A todos los miembros del GED y a otros colaboradores externos se les exigió que llenaran un formulario normalizado de la OMS de declaración de intereses antes de participar en el proceso de formulación de directrices y en las reuniones pertinentes. El Grupo de Orientación de la OMS examinó todos los formularios de declaración de intereses y evaluó todo conflicto de intereses antes de invitar a los expertos a participar en la formulación de la directriz, de conformidad con las pautas de la OMS para la declaración de intereses (42) y los requisitos de la oficina de la OMS de Conformidad, Gestión de Riesgos y Ética (CRE). Además, de acuerdo con los reglamentos acerca de la transparencia, durante dos semanas se colocaron en el sitio web de la OMS biografías cortas de todos los miembros del GED, antes de invitarlos a participar. Ninguno de los participantes en la reunión declaró un conflicto de intereses que fuese considerado lo suficientemente significativo para entrañar algún riesgo en el proceso de elaboración de la directriz o reducir su credibilidad (40). Varios observadores participaron en la segunda reunión del GED cuando se presentó la evidencia y se formularon las recomendaciones. Ellos hicieron aportes previa solicitud, pero no participaron en la formulación de las recomendaciones. En el anexo 1 de la web figura un resumen de las declaraciones de interés y de la manera en que se manejaron los conflictos de intereses. El Grupo de Orientación de la OMS no detectó ningún conflicto de intereses significativo que exigiera un examen adicional por la oficina de la OMS de CRE.

C. **Determinación de las preguntas prioritarias de investigación y los resultados: actividad de determinación del alcance**

El alcance de la directriz fue establecido por el Grupo de Orientación de la OMS, basado en el examen de la bibliografía disponible, que abarcaba las directrices pertinentes de la OMS y otras. La primera reunión del GED se celebró en febrero del 2016, a fin de presentar y examinar el alcance de la directriz y acordar cuáles serían las preguntas prioritarias para la investigación, utilizando el formato de población, intervención, comparador, resultado (PICO, por su sigla en inglés). Estas preguntas responden a: *a)* intervenciones farmacológicas para la prestación de atención clínica inmediata, y *b)* intervenciones psicológicas a corto y a largo plazo (la lista de preguntas prioritarias acordadas por el GED está disponible previa solicitud).

Después de la primera reunión del GED, las preguntas del formato PICO para los resultados fundamentales e importantes para las intervenciones psicológicas⁹ fueron clasificadas por el GED mediante una encuesta en línea. Se solicitó al GED que clasificara la importancia de los resultados para las intervenciones psicológicas según una escala del 1 al 9. Los resultados, cuya puntuación promedio se encontraba entre 7 y 9 se clasificaron como “fundamentales” y aquellos con una puntuación entre 4 y 6 se consideraron “importantes”, pero no “fundamentales”.¹⁰ El GED estuvo de acuerdo en que, para los siguientes temas, las directrices de la OMS y las recomendaciones existentes eran aplicables a la población destinataria de esta directriz. Esto incluye: *a)* prevención y manejo del embarazo; *b)* vacunas para prevenir las ITS; *c)* prevención de la infección por el VIH, y oferta de profilaxis posexposición, dosificación y esquema; y *d)* algunas intervenciones de salud mental. La decisión de usar las recomendaciones existentes de la OMS para estos temas se fundamentó en que estas recomendaciones estaban basadas en revisiones sistemáticas recientes y probablemente no eran diferentes para la población destinataria de esta directriz. Se acordó utilizar un total de cuatro nuevas preguntas prioritarias (con el formato PICO), para formular las recomendaciones.

D. **Valores y preferencias para fundamentar las prácticas adecuadas y los principios orientadores**

Además, se llevaron a cabo dos revisiones de la bibliografía tanto de estudios cualitativos como cuantitativos para determinar: *a)* los valores y las preferencias de las personas sobrevivientes, sus cuidadores y los prestadores de atención de salud, y *b)* las prácticas y preferencias relacionadas con la notificación del abuso sexual a las autoridades pertinentes designadas. Estas revisiones de la bibliografía, junto con las normas internacionales relacionadas con los derechos humanos, la ética y la igualdad de género, fundamentaron la formulación de: *a)* principios orientadores, *b)* enunciados de prácticas adecuadas para la prestación de la atención clínica, notificación del abuso y consideraciones acerca de la puesta en práctica, y *c)* observaciones formuladas para llevar a la práctica las recomendaciones. Los temas establecidos acerca de las prácticas adecuadas de notificación y los principios orientadores fueron: *a)* apoyo de primera línea a la revelación del abuso sexual; *b)* realización de la anamnesis, la exploración física y los métodos de documentación para reducir al mínimo el daño y el trauma; *c)* normas éticas y de derechos humanos para la notificación del abuso; *d)* facilitación de la aceptación oportuna de los servicios; y *e)* creación de un entorno propicio y favorable para la prestación de los servicios a fin de que los prestadores de atención de salud puedan cumplir sus responsabilidades. Se consideraron estos temas para los enunciados de las prácticas adecuadas, según la premisa de que las acciones resultantes de las normas éticas y de derechos humanos no pueden someterse a los métodos experimentales. Además, en

⁹ Para todas las preguntas del formato PICO relacionadas con las intervenciones farmacológicas, hubo menos de tres resultados. En consecuencia, no se efectuó una clasificación de resultados fundamentales e importantes.

¹⁰ La lista de preguntas para la encuesta en línea y las puntuaciones promedio de los resultados están disponibles previa solicitud.

los casos en que las acciones se fundamentaban en el buen juicio práctico, como la salud pública y el ejercicio de la medicina, y entrañaban muy poco o ningún riesgo para la salud o la seguridad, estas también se incorporaron en los enunciados de prácticas adecuadas.

E. Recuperación de la evidencia

Se llevó a cabo una recuperación sistemática e integral de la evidencia para encontrar los estudios publicados relativos a las preguntas del formato PICO priorizadas mediante la actividad de determinación del alcance. Se encontraron revisiones sistemáticas para tres de las cuatro preguntas prioritarias acordadas por el GED, para las que era necesario formular nuevas recomendaciones. Sin embargo, estas revisiones sistemáticas se habían hecho más de dos años antes de la formulación de esta directriz. En consecuencia, se hizo una actualización de las revisiones sistemáticas anteriores. Se encargaron revisiones sistemáticas a varios grupos externos (véase el **anexo 1** donde figuran los nombres). Se prepararon protocolos para cada revisión sistemática, incluso para las actualizaciones de las revisiones anteriores. Los protocolos incluían la pregunta del formato PICO y los criterios para determinación de los estudios, además de las estrategias de búsqueda (con apoyo de la persona a cargo de la biblioteca de la OMS), métodos para evaluar el riesgo de sesgo y un plan para el análisis de los datos. El Grupo de Orientación y el metodólogo de la directriz examinaron y respaldaron los protocolos.

Para determinar cuáles eran los estudios pertinentes, se llevaron a cabo búsquedas sistemáticas en varias bases de datos electrónicas, entre otras, PubMed, Ovid, Medline, CINAHL (EBSCOhost), Web of Science, SCOPUS, African Index Medicus, LILACS, PsycINFO (EBSCOhost), POPLINE, WHOLIS por conducto de LILACS, ERIC (EBSCOhost), Biblioteca NYAM, ClinicalTrials.gov y African Journal Online. Las estrategias de búsqueda utilizadas para encontrar los estudios, así como los criterios específicos para su inclusión o exclusión, se informaron por medio de los elementos de información preferidos para las directrices y el diagrama de flujo de las revisiones sistemáticas y los metanálisis (PRISMA) (43). Estos se describen en los informes completos de las revisiones sistemáticas individuales. También se hicieron búsquedas en español, francés, portugués y mandarín. Para las preguntas relacionadas con los principios orientadores y las prácticas adecuadas, se efectuaron otras revisiones bibliográficas con bases de datos similares a las mencionadas más arriba. Los informes completos de las revisiones sistemáticas y las revisiones bibliográficas para las prácticas adecuadas, incluso sus estrategias de búsqueda pueden consultarse en los anexos en la web 2 a 7.

F. Evaluación de la calidad, síntesis y clasificación de la evidencia

Los revisores sistemáticos hicieron las evaluaciones de la calidad del conjunto de evidencia utilizando, donde correspondía, la metodología GRADE (41). De acuerdo con este método, la calidad de la evidencia para cada resultado fue valorada como “alta”, “moderada”, “baja” o “muy baja”, según el conjunto siguiente de criterios preestablecidos: a) riesgo de sesgo, basado en las limitaciones en el diseño y la ejecución del estudio; b) incongruencia de los resultados; c) carácter indirecto; d) imprecisión; y e) sesgo de publicación (40). En algunos casos, el peso de la evidencia se designa como “evidencia indirecta” cuando no se detectó ninguna evidencia directa para la población o el resultado de interés, o no había ningún estudio que comparase directamente la intervención y el comparador. Sin embargo, estos estudios, que eran principalmente estudios de observación, también estuvieron sujetos a evaluaciones de la calidad basadas en el riesgo de sesgo en la evaluación. Por consiguiente, la decisión de formular la recomendación se deriva de comparaciones indirectas de la intervención y el comparador, de la extrapolación de los datos de otras poblaciones apropiadas o se basan en resultados intermedios. Se elaboraron cuadros del perfil de la evidencia según la metodología GRADE (o “resumen de los resultados”) con cada pregunta prioritaria del formato PICO, para la

cual se contaba con evidencia. Los cuadros de la metodología GRADE incluyen evaluaciones de la calidad basadas en los criterios mencionados para clasificar cada resultado como alto, moderado, bajo o muy bajo. Los cuadros de la metodología GRADE están disponibles como anexos en la web 3b, 5b y 6b.¹¹

G. Formulación de recomendaciones

Antes de la segunda reunión del GED (diciembre del 2016), el Grupo de Orientación formuló un proyecto de enunciado inicial para cada pregunta prioritaria, que sirvió de base para el debate. Durante la reunión, se le presentaron al GED resúmenes de la evidencia, cuadros elaborados según la metodología GRADE y proyectos de enunciados. El GED analizó sistemáticamente y consideró: a) la evidencia (que figura en los cuadros de la metodología GRADE, anexos en la web 3b, 5b y 6b); y b) cada proyecto de enunciado, utilizando un conjunto establecido de criterios (véase el recuadro 1) elaborados en los cuadros “de la evidencia a la decisión” (véanse los anexos en la web 3a al 6a).

RECUADRO 1. FACTORES CONSIDERADOS EN LA FORMULACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES

- Prioridad del problema de salud abordado
- Valores y preferencias de los niños y adolescentes que han sufrido abuso y de los prestadores de atención de salud
- Equilibrio entre beneficios y daños
- Calidad de la evidencia disponible
- Implicaciones de los recursos
- Relación costo-efectividad
- Temas de equidad y de derechos humanos
- Aceptabilidad de la intervención propuesta
- Factibilidad de la intervención propuesta

Cada una de las recomendaciones de esta directriz abarca una orientación (a favor o en contra) y una clasificación del grado de fuerza (véase el **anexo 2** donde figuran las implicaciones de la clasificación). Se utilizaron las siguientes categorías para establecer la clasificación de la fuerza de una recomendación (40):

- *recomendación categórica* significa que hay confianza en que los efectos aconsejables de la adhesión a una recomendación pesan más que los efectos indeseables;
- *recomendación condicional* significa que los efectos aconsejables de la adhesión a una recomendación probablemente pesan más que los efectos indeseables, pero no hay confianza total en esa conclusión.

En la segunda reunión del GED, celebrada en diciembre del 2016, las recomendaciones finales a favor o en contra de una intervención y de su fuerza se decidieron por consenso. Para cada recomendación, de acuerdo con los debates iterativos, se alcanzó el consenso cuando había acuerdo unánime o no se había expresado ningún desacuerdo. No hubo ningún desacuerdo importante que tuviera que resolverse o someterse a votación.

¹¹ No se disponía de evidencia directa para elaborar un cuadro según GRADE para una de las preguntas prioritarias del formato PICO.

H. Preparación y arbitraje de los documentos

Después de la segunda reunión del GED (diciembre del 2016), se preparó un informe. El Grupo de Orientación de la OMS redactó la directriz que contenía todas las recomendaciones (nuevas y existentes), los enunciados de prácticas adecuadas y los principios orientadores. El proyecto completo se envió por correo electrónico a todos los miembros del GEG para recibir otras observaciones y luego al Grupo de Revisión Externa para el arbitraje. Luego de examinar sus declaraciones de interés, se procedió a seleccionar a siete revisores expertos de diferentes regiones de la OMS con pericia en la investigación o la práctica clínica pediátricas, o que representaban a organizaciones que prestaban servicios a niños y adolescentes afectados por el abuso sexual (véase el **anexo 1** donde figuran los nombres). Las observaciones del Grupo de Revisión Externa se limitaron a corregir errores materiales, mejorar la claridad de la redacción y suministrar información contextual. Durante el proceso de examen no surgió ningún desacuerdo importante y no se hicieron modificaciones a la orientación, la fuerza ni al contenido de las recomendaciones.

3. Principios orientadores derivados de principios éticos y normas de derechos humanos

La atención clínica a niños y adolescentes que han sufrido abuso sexual debe guiarse por la obligación de proteger a los niños y adolescentes de ambos sexos de todas las formas de violencia, de prevenirlas y de responder ante ellas. Estas obligaciones se especifican en las normas internacionales de derechos humanos (en el **anexo 3** figura una lista de los instrumentos pertinentes). En varios instrumentos de derechos humanos suscritos por numerosos gobiernos, entre otros, la Convención sobre los Derechos del Niño (2) y la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (44) se reconocen los derechos del niño y el adolescente, así como las responsabilidades de quienes están obligados a proteger y promover esos derechos. En las normas de derechos humanos se especifican las responsabilidades de quienes están obligados a adoptar todas las medidas necesarias (por ejemplo, prestadores e instituciones de atención de salud), a fin de proteger al niño o adolescente de todas las formas de violencia y abuso. Por medio de estas normas se confieren los derechos a la protección,¹² la privacidad,¹³ la participación¹⁴ y la salud,¹⁵ lo que abarca el acceso a la atención y la información para el niño y el adolescente. Los prestadores de atención de salud deben conocer bien estas normas y la manera en que se traducen en las leyes nacionales pertinentes, y aplicarlas como principios orientadores cuando prestan servicios a niños y adolescentes que han sufrido abuso sexual. A continuación se indican los principios orientadores generales derivados de las principales normas internacionales de derechos humanos.

A. Principio de los mejores intereses del niño, niña o adolescente

En la práctica, esto exige que los responsables de hacer cumplir estas normas adopten las medidas indicadas a continuación.

- **Proteger y promover la seguridad:** la promoción y la protección la seguridad física y emocional del niño o adolescente deben ser la consideración principal en todo el ciclo de la atención. Esto significa que, con la participación del niño y el adolescente y sus cuidadores no abusivos, según corresponda, los prestadores de atención de salud tienen que considerar todo daño posible y adoptar o elegir medidas que reduzcan al mínimo las consecuencias negativas para el niño o el adolescente, en especial la probabilidad de la continuación del abuso.
- **Prestar atención sensible:** es necesario escuchar atentamente a los niños y adolescentes que revelan abuso sexual, sin interpretar ni emitir juicio acerca de su relato, aun cuando quizá este sea diferente del de los cuidadores que lo acompañan. Hay que ofrecerles una respuesta empática y libre de prejuicios para asegurarles que no serán culpados por el abuso y que han actuado en la forma apropiada al revelarlo.
- **Proteger y promover la privacidad y la confidencialidad:** la protección de la privacidad mientras se prestan los servicios y el manejo confidencial de toda la información recabada es de especial importancia para promover la seguridad del niño o adolescente. Esto significa que durante la consulta y el examen, solo deberá permitirse la presencia en la habitación de quienes verdaderamente tienen que estar allí (en especial

¹² Convención sobre los Derechos del Niño, artículos 19 y 34.

¹³ Comité del Convenio sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, recomendación general no. 24.

¹⁴ Convención sobre los Derechos del Niño, artículo 12.

¹⁵ Convención sobre los Derechos del Niño, artículos 24 y 39.

para garantizar la seguridad del niño o adolescente). Por razones de seguridad, los niños y adolescentes deben ser entrevistados solos, separados del cuidador (véase el **enunciado 2 de prácticas adecuadas**). La información recopilada a partir de las entrevistas y la exploración física debe intercambiarse solamente si es necesario hacerlo y solo después de obtener el consentimiento informado del niño o adolescente, o de los cuidadores, según corresponda. En los casos donde hay límites a la confidencialidad como, por ejemplo, la obligación de notificar los incidentes, esto debe explicarse al niño o adolescente y a sus cuidadores al comienzo de la prestación de los servicios. La información recopilada deberá almacenarse de manera segura (por ejemplo, bajo llave o protegida con una contraseña).

B. Principio de evolución de las capacidades del niño, niña o adolescente

La capacidad¹⁶ del niño o adolescente para comprender la información acerca de la naturaleza de la atención clínica que recibirá y de sus beneficios y consecuencias, así como para tomar decisiones o elegir opciones voluntarias y fundamentadas, evoluciona con su edad y etapa de desarrollo. La evolución de las capacidades del niño o adolescente tendrá que ver con que pueda o no tomar decisiones independientes en cuanto a los problemas de salud. Las instituciones de atención de salud tienen que contar con políticas que apoyen la capacidad del niño o adolescente para tomar decisiones acerca de su atención médica, de conformidad con este principio.¹⁷ En la práctica, los prestadores y las instituciones de atención de salud deben considerar las medidas que se indican a continuación.

- **Suministrar información que sea apropiada para la edad**, así como según otras consideraciones (por ejemplo, sexo, raza, etnicidad, religión, orientación sexual, identidad de sexo, discapacidad y estado socioeconómico). Esto exigirá la adaptación de la información que se ofrece y cómo se la ofrece (por ejemplo, en la elección de las palabras o el lenguaje, en el uso de ayudas visuales) a la edad y etapa de desarrollo del niño o adolescente, lo que abarca su madurez cognitiva, conductual y emocional para comprender la información.
- **Buscar el consentimiento informado según corresponda** a la edad del niño o adolescente y la evolución de sus capacidades, así como a la edad establecida por la ley con respecto a dar su consentimiento para recibir atención clínica y aceptar todas las decisiones y medidas que se adoptarán. En los casos en que el niño o adolescente no tenga la edad establecida por la ley para dar su consentimiento, todavía puede redundar en sus mejores intereses la búsqueda del consentimiento informado. Por ejemplo, en algunas situaciones, el adolescente quizá no quiera solicitar atención si se necesita el consentimiento de sus progenitores o tutores legales. Reconociendo esto, en algunos entornos, se permite que el adolescente mayor de su consentimiento informado en lugar de sus progenitores o tutores legales, o además de ellos. Por otro lado, la Convención sobre los Derechos del Niño reconoce que, de conformidad con la evolución de sus capacidades, el niño tiene derecho a recibir asesoramiento o consejos confidenciales e información, sin el consentimiento de sus progenitores o tutores legales.¹⁸ En las situaciones en las que se determina que se trata del mejor interés del adolescente que necesita la atención y, sobre la base de sus preferencias, los prestadores de atención de salud pueden considerar si incluirán o no a los progenitores o tutores legales.
- **Respetar la autonomía** y los deseos del niño o adolescente (por ejemplo, no forzarlos a dar información o a someterse a un examen) al tiempo que esto se equilibra con la

¹⁶ Se refiere a su madurez y su capacidad cognitiva, comportamental y emocional.

¹⁷ Comité de la Convención sobre los Derechos del Niño, observación general no. 15, párrafo 21.

¹⁸ Comité de la Convención sobre los Derechos del Niño, observación general no. 20, párrafo 39.

necesidad de proteger sus mejores intereses (por ejemplo, proteger y promover su seguridad). En los casos en que los deseos del niño o adolescente no puedan priorizarse, hay que explicarles las razones antes de proceder con los pasos siguientes.

- **Ofrecer opciones** en el transcurso de la atención médica, según corresponda.

C. Principio de no discriminación

De acuerdo con este principio, se exige que se les ofrezca a todo niño y adolescente atención de calidad, sea cual fuere su sexo, raza, etnicidad, religión, orientación sexual, identidad de género, discapacidad o estado socioeconómico. Los prestadores de atención de salud tienen que reconocer y tener en cuenta las desigualdades por razón de sexo y otras desigualdades sociales que podrían aumentar de manera desproporcionada las vulnerabilidades al abuso sexual y representar obstáculos al acceso a los servicios para unos grupos más que para otros. Por consiguiente, es necesario estar atentos a las necesidades específicas de los grupos en situaciones especiales o de vulnerabilidad, por ejemplo, las niñas adolescentes de comunidades pobres, los niños, niñas o adolescentes con discapacidad, los adolescentes LGBTI, o los adolescentes de ambos sexos que forman parte de minorías étnicas y grupos indígenas.

D. Principio de participación

El niño y el adolescente tienen derecho a participar¹⁹ en las decisiones que tienen consecuencias para su vida, de conformidad con la evolución de sus capacidades. En la práctica esto significa que se les debe preguntar lo que piensan y que se deben respetar y tener en cuenta sus opiniones cuando se toman decisiones en relación con la atención clínica que se les ofrece. Por otro lado, los jóvenes quieren, en general, que los consulten, además de ocuparse y participar de manera significativa en el diseño y la prestación de los servicios de salud que utilizan (45).

¹⁹ Comité de la Convención sobre los Derechos del Niño, artículo 12, observación general no. 15, párrafo 21 y observación general no. 20, párrafo 39.

4. Recomendaciones y enunciados de prácticas adecuadas

En esta sección se presentan recomendaciones y enunciados de prácticas adecuadas fundamentados, tanto en el contenido nuevo elaborado como parte de este proceso de formulación de directrices, como en las recomendaciones y enunciados de prácticas adecuadas de la OMS ya existentes y aplicables a la prestación de atención clínica a niños y adolescentes que han sufrido abuso sexual. Se presentan resúmenes de la evidencia y justificaciones de los pasos que llevaron de la evidencia a la recomendación, solo para los casos de recomendaciones y enunciados de prácticas adecuadas que sean nuevos o que se hayan actualizado y elaborado con el fin de someterlos a la consideración del GED para esta directriz. Si se trata de recomendaciones o enunciados existentes de la OMS, se indica al lector que consulte la fuente o directriz original de la OMS si desea conocer mayores detalles. Para las recomendaciones existentes se mantienen la clasificación original de la calidad de la evidencia y el rigor de la recomendación de la directriz fuente de la OMS. Las observaciones acompañantes para las recomendaciones existentes también se basan en la directriz de la OMS que es la fuente original. Sin embargo, donde sea pertinente, se han agregado observaciones especiales relativas a la población de interés. Esta sección se ha estructurado en el orden del flujo en el que debe ofrecerse la atención clínica a niños o adolescentes que hayan sufrido abuso sexual. Los principios orientadores relacionados con los derechos humanos, la equidad y la igualdad de género se integran en la redacción de la recomendación o en el enunciado de prácticas adecuadas y se reflejan en las observaciones acompañantes.

A. Atención y apoyo de primera línea centrados en el niño o el adolescente

Los niños o adolescentes que han experimentado o están experimentando, abuso sexual podrían estar traumatizados y sufrir diversas consecuencias negativas en su salud física y mental que exigen atención y apoyo inmediato y de largo plazo. Pueden experimentar obstáculos al solicitar y tener acceso a la atención que pueden ser, por ejemplo, temor a revelar su experiencia de abuso a un cuidador adulto (en especial, si el perpetrador es un familiar o una persona conocida de la familia), debido al estigma y los sentimientos de vergüenza. Es posible que los cuidadores no sepan cuáles son los signos, los síntomas ni las consecuencias del abuso o dónde hay servicios disponibles. Además, es posible que algunas normas exijan que los cuidadores informen a la policía antes de buscar la atención de salud. Hay un conjunto mínimo de acciones, entre otras, el apoyo de primera línea, que debe guiar la respuesta de atención de salud a los niños o los adolescentes que han sufrido, o podrían haber sufrido abuso sexual.

PA1: ENUNCIADO 1 DE PRÁCTICAS ADECUADAS

Los prestadores de atención de salud deben prestar apoyo de primera línea que sea sensible a las cuestiones de género y esté centrado en el niño o adolescente, en respuesta a una revelación de abuso sexual. Esto incluye lo siguiente:

- escuchar con respeto y empatía la información que suministra el niño o adolescente y sus cuidadores;
- indagar acerca de las preocupaciones o inquietudes y las necesidades del niño o

adolescente y responder a todas sus preguntas; si se revela el abuso, asegurar que se hará lo necesario para reducir al mínimo todo daño;

- dar una respuesta que no emita juicios y que muestre aceptación, para asegurarle al niño o adolescente que no tiene la culpa del abuso y que ha hecho lo más apropiado al revelarlo;
- adoptar medidas, siempre que sea posible, para mejorar la seguridad del niño o adolescente y reducir al mínimo los daños, en especial los resultantes de la revelación y la probabilidad de que siga el abuso; esto comprende asegurar la privacidad visual y auditiva;
- dar apoyo emocional y práctico al facilitar el acceso al apoyo psicosocial para el niño o adolescente y sus cuidadores no abusivos; este apoyo puede consistir en derivaciones a otros profesionales para recibir asesoramiento y servicios sociales, como los de protección infantil, de policía y legales;
- suministrar información y explicaciones adecuadas para la edad a niños y adolescentes y sus cuidadores no abusivos, acerca de qué investigaciones se llevarán a cabo, qué tratamientos se les ofrecerán y si debe notificarse el abuso a las autoridades pertinentes designadas;
- asistirlos de manera oportuna y de conformidad con las necesidades y deseos del niño o adolescente (por ejemplo, triaje cuando sea necesario para evitar largos períodos de espera, pero sin apresurarlos);
- establecimiento de prioridades para las necesidades médicas inmediatas y el apoyo de primera línea;
- hacer que el entorno y la manera en que se prestan los servicios sean apropiados para la edad, así como sensibles a las necesidades de quienes deben hacer frente a la discriminación;
- reducir al mínimo la necesidad del niño o adolescente tenga que acudir a varios departamentos del establecimiento de salud para recibir tratamiento y asegurarse de que vaya acompañado del cuidador o de un adulto mientras se desplaza dentro del establecimiento;
- empoderar a los cuidadores no abusivos con información que les permita comprender los posibles síntomas o comportamientos que el niño o adolescente podría mostrar en los próximos días o meses y saber cuándo deben solicitar ayuda adicional.

Resumen de la evidencia

Las acciones para la prestación del apoyo de primera línea se derivan de: *a)* la orientación de la OMS sobre primeros auxilios psicológicos (10, 39); *b)* los principios orientadores enunciados en la sección 3; y *c)* la revisión bibliográfica de valores y preferencias de los niños, los adolescentes y sus cuidadores. La revisión bibliográfica buscaba responder a la pregunta: *“¿Cuáles son los principios orientadores para suministrar apoyo de primera línea que sea sensible a las cuestiones de género y esté centrado en el niño o el adolescente?”*. Se centró en estudios que arrojaban luz sobre los valores y las preferencias de los niños o adolescentes, sus cuidadores y los prestadores de atención de salud, con respecto a la respuesta inicial a un caso presunto o confirmado de abuso sexual.

Se utilizó un total de 22 estudios, con una mayoría ($n = 16$) procedentes de países de ingresos altos y seis de países de ingresos bajos y medianos (46–67). Los temas comunes en todos los estudios considerados como importantes para las personas sobrevivientes, los cuidadores o los prestadores de atención de salud fueron: suministro de información, explicaciones y atención oportuna; respeto de la confidencialidad y la privacidad; respeto de la autonomía y los deseos del niño o adolescente; recibir una respuesta exenta de prejuicios y que confirme la confianza en la veracidad del relato del sobreviviente; actuar en el mejor interés del niño o el adolescente; escuchar de manera cuidadosa y respetuosa los relatos de las personas sobrevivientes y los cuidadores; asignar prioridad a la evaluación de las necesidades psicológicas y médicas y a la atención necesaria; y un entorno adaptado al niño o al adolescente. Además de estos temas, el GED destacó la necesidad de hacer participar también a los progenitores o cuidadores en la prestación de tratamiento o atención al niño, pero con la advertencia de que esto solo deberá incluir a cuidadores “no abusivos” (véase el anexo 2 en la web donde figura el informe completo).

B. Anamnesis, exploración física y documentación de los resultados

PA2: ENUNCIADO 2 DE PRÁCTICAS ADECUADAS

De acuerdo con el principio de “no hacer daño”, cuando se está realizando la anamnesis y, de ser necesario, si se está haciendo una entrevista forense, los prestadores de atención de salud deben buscar reducir al mínimo el trauma y toda dificultad adicional para los niños y adolescentes que revelan el abuso sexual (4, 68). Estas acciones incluyen lo siguiente:

- reducir al mínimo la necesidad de que el niño o adolescente tenga que repetir varias veces su relato acerca del abuso sexual, porque esto puede traumatizarlo nuevamente;
- por razones de confidencialidad y seguridad, entrevistarlos solos (es decir, separados de sus cuidadores), mientras se ofrece que esté presente otra persona adulta como apoyo;
- establecer la confianza y la buena comunicación al hacer las preguntas iniciales acerca de temas neutrales antes de tratar el tema del abuso;
- efectuar una evaluación integral de su salud física y emocional; esto es fundamental, ya que el relato del niño o adolescente de lo que le sucedió suministra información importante para facilitar las decisiones apropiadas en cuanto a exámenes e investigaciones, evaluar las lesiones y suministrar tratamiento o derivar a otros profesionales;
- hacer preguntas claras, de respuesta abierta, sin repeticiones; si bien en algunos entornos podría haber requisitos de documentar alguna información para notificar el abuso, es importante no insistir en que el niño o adolescente conteste o revele información que podría causarle trauma o poner en peligro su seguridad;
- usar un lenguaje y términos que sean apropiados para la edad y no estigmatizantes,²⁰ y capacitar a los intérpretes cuando sea necesario;
- permitir que el niño o adolescente responda las preguntas y describa lo que le sucedió de la manera que prefiera, por ejemplo, escribiendo, dibujando o ilustrando el relato con ejemplos.

²⁰ Las palabras y las designaciones estigmatizantes variarán según el entorno. Sin embargo, los prestadores de servicios de salud deben evitar las palabras que impliquen que la persona sobreviviente tiene la culpa de la violencia.

Resumen de la evidencia

Se hizo una revisión sistemática de la bibliografía que procuraba responder a la pregunta “¿Cuáles son las prácticas centradas en el niño o el adolescente, atentas a las cuestiones de género y fundamentadas en el trauma, para elaborar la anamnesis y efectuar una entrevista forense?”. Este análisis dio lugar a la inclusión de 19 estudios (46, 47, 50, 59, 69–83). Los temas comunes que surgieron de estos estudios para los entrevistados fueron: establecimiento de una buena comunicación; adopción de un enfoque propicio y libre de prejuicios; hacer preguntas claras y de respuesta abierta, pero al mismo tiempo, evitar la repetición; usar los términos y el lenguaje apropiados; capacitar a los intérpretes si se están utilizando sus servicios; dar a los niños o adolescentes opciones acerca de cómo responder a las preguntas durante la entrevista; y ofrecer un entorno apropiado para los niños y adolescentes. Además de estos temas, el GED también agregó sugerencias específicas relacionadas con la comunicación con subgrupos de niños, como los que tienen alguna discapacidad (véase el anexo 2 en la web donde se encuentra el informe completo).

PA3: ENUNCIADO 3 DE PRÁCTICAS ADECUADAS

Al hacerse exploraciones físicas y, si fuese necesario, investigaciones forenses, los prestadores de atención de salud deben procurar reducir al mínimo otros daños, el trauma, el temor y la angustia, además de respetar la autonomía y los deseos del niño o adolescente. Estas acciones incluyen lo siguiente:

- aumentar al máximo los esfuerzos para que se haga solamente un examen al niño o adolescente, a fin de reducir al mínimo el trauma;
- suministrar información acerca de las consecuencias de un resultado positivo o negativo de la exploración física y de las investigaciones forenses;
- reducir al mínimo los retrasos mientras se hace la exploración física, de conformidad con los deseos del niño o adolescente (por ejemplo, no apresurarlos);
- durante la exploración y antes de cada paso, explicar lo que se hará;
- cuando sea posible, ofrecer al niño o adolescente la posibilidad de elegir el sexo de la persona que realizará la exploración;
- como práctica generalizada, asegurarse de que haya otra persona adulta presente durante la exploración;
- utilizar apoyos visuales y términos adecuados para la edad cuando se explican los procedimientos de la exploración física;
- utilizar instrumentos de examen y posiciones que reduzcan al mínimo el malestar físico y la angustia psicológica;
- recopilar la evidencia forense de manera que esté basada en el relato del abuso sexual y en el tipo de evidencia que puede recogerse, almacenarse y analizarse; esto debe hacerse con el consentimiento informado del niño o adolescente y de los cuidadores no abusivos, según sea el caso (4, 68).

Las acciones que son innecesarias desde una perspectiva médica o tienen probabilidad de aumentar el daño o la angustia para el niño o adolescente y, en consecuencia, no deben llevarse a cabo son las siguientes:

- Uso de la denominada “prueba de la virginidad” (también conocida como la “prueba de dos dedos” o examen vaginal). No tiene ninguna validez científica (es decir, no aporta evidencia de si tuvo lugar una agresión sexual), aumenta la angustia y el daño para la persona examinada y es una violación de sus derechos humanos (84).
- El uso de espéculos o anoscopios y de exámenes digitales o bimanuales de la vagina o el recto de prepúberes no se necesitan de manera sistemática, a menos que haya una indicación médica concreta; si se necesita un examen con espéculos, debe considerarse la sedación o la anestesia general (68).

Resumen de la evidencia

Una revisión sistemática de la bibliografía encontró 26 estudios, principalmente de países de ingresos altos (n = 23), que abordaban los valores y las preferencias de las personas sobrevivientes del abuso sexual, de los cuidadores y de los prestadores de atención de salud (46, 47, 50, 52, 53, 57, 67, 85–103). Estos estudios procuraban responder a la pregunta: “¿Cuáles son las prácticas clínicas adecuadas para efectuar una exploración física y una investigación forense, a fin de reducir al mínimo el daño y el trauma para el niño o adolescente que estuvo, o pudo haber estado, expuesto al abuso sexual?”. La revisión encontró otros documentos que destacaban las recomendaciones de los expertos clínicos acerca de las prácticas clínicas adecuadas para esta población. Los temas comunes que surgieron fueron: necesidad de efectuar una evaluación integral del bienestar físico y emocional del niño o el adolescente y de sus necesidades de atención de salud; llevar a cabo exámenes oportunos; reducir al mínimo el temor y la angustia de los pacientes y los cuidadores; respetar la autonomía de los pacientes; y utilizar instrumentos de examen y posiciones que reduzcan al mínimo el malestar. Se encontró evidencia muy limitada en los estudios sobre el nivel de confort de las adolescentes con respecto al uso de un espéculo para el examen. Sin embargo, los expertos clínicos en general no recomiendan el uso de espéculos para las niñas prepuberales (véase el anexo 2 en la web donde se encuentra el informe completo). Además, el GED destacó la importancia de equilibrar la necesidad de hacer los exámenes oportunamente con la necesidad de no apresurar a los niños y adolescentes que no están preparados para que el examen se haga de inmediato. También indicaron que en esta directriz deben destacarse ciertas prácticas, como la “prueba de dos dedos” o la denominada “prueba de virginidad”, que son médicamente innecesarias y traumáticas para las niñas y las adolescentes. Una revisión sistemática apoyada por la OMS ha documentado la inutilidad médica de la prueba de virginidad y los posibles daños físicos, psicológicos y sociales de esta práctica (84).

PA4: ENUNCIADO 4 DE PRÁCTICAS ADECUADAS

Los prestadores de atención de salud deben documentar de manera completa y exacta los resultados de la anamnesis, la exploración física y las pruebas forenses, así como otra información pertinente para el seguimiento y el apoyo apropiados de las personas sobrevivientes para que tengan acceso a los servicios policiales y legales, al tiempo que se protege la confidencialidad y se reduce al mínimo la angustia para los niños o adolescentes y sus cuidadores. Estas acciones incluyen lo siguiente:

- utilizar un formato estructurado para registrar los resultados;
- registrar las declaraciones literales del niño o adolescente y los cuidadores no abusivos, cuando corresponda, para que la documentación sea exacta y completa de la revelación del abuso;

- anotar las discrepancias entre el relato del niño o adolescente y el de los cuidadores, si las hubiera, sin interpretarlas;
- registrar una descripción detallada y exacta de los síntomas y las lesiones del niño o adolescente;
- en los casos en que no se encuentra evidencia física, señalar que la ausencia de evidencia física no significa que no ocurrió el abuso;
- documentar el estado emocional del niño o adolescente, pero observar que ningún estado particular es indicativo de abuso sexual;
- buscar el consentimiento informado, según corresponda, para tomar alguna fotografía o grabar videos, después de explicar cómo se usarán;
- manejar confidencialmente toda la información recopilada (por ejemplo, intercambiando la información solo después de obtener el permiso del niño o adolescente y el cuidador, y solo si hay necesidad de que se conozca esa información para poder prestar los servicios; la información debe guardarse en un mueble que tenga llave o en un archivo protegido con una contraseña; preservar el anonimato de los datos que pudieran permitir la identificación de la información; y no revelar ninguna información que conduzca a la identificación de un caso específico, a personas que no necesitan conocerla y, en especial, no divulgarla a los medios de comunicación).

Resumen de la evidencia

La revisión sistemática de la bibliografía encontró 12 estudios que respondían a la pregunta *"¿Cuáles son las prácticas adecuadas para documentar la anamnesis y los resultados de la exploración física y forense?"* (47, 51, 52, 59, 61, 92, 104–109). Solo dos estudios provenían de países de ingresos bajos y medianos. Los entrevistados variaban entre los estudios, desde prestadores de atención de salud hasta sobrevivientes. Un par de estudios incluían un análisis de las historias clínicas para determinar cuáles eran las prácticas de documentación. Los temas clave que surgieron como relevantes para los entrevistados fueron: necesidad de usar un formato estructurado para el archivo de los resultados; solicitar el permiso de las personas sobrevivientes antes de tomar fotografías para documentar la evidencia forense y explicar cómo se usarán estas; registrar las declaraciones del niño o el adolescente al pie de la letra; y agregar descripciones detalladas de los síntomas del niño o el adolescente y mecanismos probables de las lesiones, si las hubiere.

Además, el GED destacó la importancia de anotar los resultados, para dejar claro que la ausencia de evidencia física no significa que no ocurrió el abuso. Esto es importante porque en los tribunales se hace hincapié en la evidencia física, mientras que en muchos casos de abuso sexual de niños y adolescentes, dependiendo de la naturaleza del abuso y cuándo el niño o adolescente acude al prestador de atención de salud, es posible que ya no quede ninguna evidencia física (84). El GED también destacó la importancia de observar el estado emocional del niño o adolescente y anotar toda discrepancia entre el relato del niño o adolescente y el del cuidador, sin ninguna interpretación por parte del prestador de atención de salud (véase el anexo 2 en la web donde se encuentra el informe completo).

C. Tratamiento profiláctico posexposición al VIH y adhesión al mismo

La agresión sexual con penetración (es decir, violación) de un niño o adolescente que incluya coito receptivo oral, vaginal o anal conlleva el riesgo de transmisión del VIH. El riesgo de transmisión sexual del VIH resultante de un acto único de relaciones sexuales consensuales suele ser bajo. Se desconoce el riesgo de transmisión del VIH asociado con el abuso sexual de niños o adolescentes. Sin embargo, hay varias características asociadas con el abuso sexual con penetración, en particular de niños y adolescentes, que pueden aumentar el riesgo de transmisión del VIH. Por ejemplo, se sabe que las adolescentes se encuentran biológicamente expuestas a un mayor peligro de transmisión del VIH porque las paredes vaginales son más delgadas, el cuello uterino todavía es inmaduro y sus niveles bajos de estrógeno hacen que sean más vulnerables fisiológicamente a la transmisión del VIH en comparación con las mujeres adultas (110). Otros factores que aumentan la probabilidad de transmisión del VIH son la presencia de rasgaduras y lesiones genitales resultantes de las relaciones sexuales forzadas y la participación de varios perpetradores (es decir, la violación en grupo) (111, 112).

En un número limitado de estudios se ha tratado de determinar las tasas de infección por el VIH en niños y niñas que han sido objeto de abuso sexual y que buscaron servicios médicos. El tamaño de las muestras en estos estudios fue pequeño y no siempre se pudo confirmar el modo de transmisión (22, 23). En un estudio de Camerún, se encontró que la tasa de infección por el VIH era de 37,5% en niños y niñas que habían sufrido abuso sexual con penetración (113). En otra revisión de la bibliografía acerca del abuso sexual infantil en el África subsahariana se calculó que 1% de todos los niños y niñas en Sudáfrica, al llegar a los 18 años de edad, ya habían sufrido abuso sexual con penetración por una persona con la infección por el VIH (114). En los entornos de alta prevalencia de la infección por el VIH, podría haber argumentos éticos fuertes en apoyo del tratamiento profiláctico luego de la exposición al VIH para niños y adolescentes que han sufrido, o podrían haber sufrido, abuso sexual, con penetración oral, vaginal o anal y que acuden a los servicios médicos en las 72 horas que siguen al incidente.

R1: Recomendación 1 (existente) (115)

El GED aceptó que las recomendaciones vigentes para el tratamiento profiláctico luego de la exposición al VIH (incluido el esquema y la frecuencia) para la población general de niños y adolescentes que se enfrentan a la exposición no laboral al VIH, y para las mujeres víctimas de agresión sexual, son aplicables a los niños y adolescentes que estuvieron, o pudieron estar, expuestos al abuso sexual que incluye penetración oral, vaginal o anal (39, 115, 116).

RECOMENDACIÓN	CALIDAD DE LA EVIDENCIA	RIGOR DE LA RECOMENDACIÓN
Debe ofrecerse la profilaxis posexposición al VIH, según corresponda, a los niños y adolescentes que han sido violados, con penetración oral, vaginal o anal con un pene y que se presentan en las 72 horas que siguen al incidente (véanse las observaciones donde hay otras consideraciones acerca de la admisibilidad de la profilaxis posexposición).	Evidencia indirecta	Categórica

R2: Recomendación 2 (existente) (115)

RECOMENDACIÓN	CALIDAD DE LA EVIDENCIA	RIGOR DE LA RECOMENDACIÓN
Debe entregarse una receta que cubra 28 días de los medicamentos antirretrovirales para la profilaxis posexposición al VIH, después de la evaluación inicial del riesgo.	Baja	Categórica

R3: Recomendación 3 (existente) (115)

RECOMENDACIÓN	CALIDAD DE LA EVIDENCIA	RIGOR DE LA RECOMENDACIÓN
Se prefiere un esquema de tratamiento triple (es decir, con tres medicamentos) con antirretrovirales, pero un esquema de dos medicamentos también es eficaz.	Muy baja	Condicional

Observaciones

- Estas recomendaciones se aplican a las personas que acuden a los servicios médicos dentro de las 72 horas siguientes a la violación. Por lo general, los niños o adolescentes que han sido violados y que se presentan a los servicios después de las 72 horas de la exposición no se considerarían elegibles para la profilaxis posexposición al VIH. Sin embargo, en el caso del abuso sexual repetido que ocurre a lo largo de varios días, el plazo de 72 horas deberá aplicarse a la exposición más reciente al coito oral, vaginal o anal con penetración.
- La evaluación para determinar la elegibilidad debe fundamentarse en el estado con respecto a la infección por el VIH del perpetrador, siempre que sea posible, y podría incluir la consideración de la prevalencia de base y los perfiles epidemiológicos locales.
 - En algunos entornos con prevalencia elevada de la infección por el VIH o donde se sabe que el perpetrador se encuentra en alto riesgo de infección por el VIH, la profilaxis posexposición debe ofrecerse sin necesidad de evaluar el riesgo.
 - En los entornos con prevalencia baja, las normas acerca de ofrecer la profilaxis corriente luego de la exposición al VIH tendrán que considerar el contexto local, los recursos y los costos de oportunidad y de otro tipo para ofrecer ese tratamiento.
 - La elegibilidad puede evaluarse teniendo en cuenta si el estado del perpetrador con respecto a la infección por el VIH es seropositivo o si se desconoce; de si se sabe o no que el niño o adolescente expuesto al abuso sexual es seropositivo a la infección por el VIH; y si el niño o adolescente tuvo un riesgo definido de exposición (por ejemplo, penetración receptiva vaginal o anal sin un preservativo o con un preservativo que se rompió o se deslizó, o contacto entre la sangre o eyaculación del perpetrador y la mucosa o piel no intacta durante el abuso, o si fue receptor del sexo oral con eyaculación, o estaba drogado o inconsciente en el momento del supuesto abuso, o fue víctima de una violación en grupo).

- En los adolescentes que han sido violados, según la evolución de sus capacidades para comprender la información suministrada, deberá considerarse el riesgo de la infección por el VIH, para determinar el uso de la profilaxis posexposición al virus. Esto abarca las limitaciones de la profilaxis posexposición; el estado serológico con respecto a la infección por el VIH y las características del perpetrador, si se conocen; y las características de la agresión, entre otras, el número de perpetradores, los efectos secundarios de los antirretrovirales usados en el esquema de profilaxis posexposición y la probabilidad de transmisión del VIH. En el caso de los lactantes y los niños pequeños, las limitaciones de la profilaxis posexposición, los efectos secundarios y la probabilidad de transmisión del VIH deben tratarse con los cuidadores no abusivos.
- La profilaxis posexposición al VIH debe iniciarse lo antes posible a fin de potenciar al máximo su eficacia y lo ideal es que se inicie dentro de las 72 horas que siguen a la exposición. Es posible que los niños y adolescentes no puedan tener acceso a los servicios en este lapso, debido a diversos obstáculos; por lo tanto, es importante eliminar los obstáculos que impiden el acceso al establecimiento de salud en ese plazo de 72 horas. Entre otras cosas, es necesario crear conciencia en la comunidad acerca de la importancia de buscar servicios médicos lo antes posible, lo ideal es que esto se haga cuanto antes después de la violación y en un plazo máximo de 72 horas (véase el **enunciado 8 de prácticas adecuadas** acerca de facilitar la aceptación oportuna de los servicios).
- Es posible que quienes se presentan después de transcurridas 72 horas de la exposición necesiten otros tratamientos e intervenciones, incluso la derivación a otros servicios, que deben ofrecerse.
- En la consulta inicial, antes de ofrecer el tratamiento profiláctico luego de la exposición, debe darse asesoramiento y efectuar las pruebas de detección del VIH. Para la detección del VIH se usarán pruebas diagnósticas rápidas que, en la mayoría de los casos, pueden dar resultados definitivos en unas dos horas y, con frecuencia, en apenas 20 minutos.
- La evaluación del estado serológico con respecto a la infección por el VIH del niño o el adolescente expuesto no debe ser un obstáculo para iniciar la profilaxis luego de la exposición al VIH. En situaciones de emergencia donde el asesoramiento y las pruebas de detección del VIH no están disponibles fácilmente, pero donde el posible riesgo de VIH es alto, o si la persona expuesta rechaza las pruebas iniciales, deberá iniciarse la profilaxis posexposición al VIH; mientras que las sesiones de asesoramiento y las pruebas de detección del VIH deberán hacerse cuanto antes.
- Dado el estigma asociado con el abuso sexual, la primera consulta a un prestador de atención de salud quizá sea la única y, por lo tanto, también la única oportunidad de proporcionar tratamiento y asesoramiento. Por consiguiente, todo el esquema farmacológico necesario para el tratamiento profiláctico completo luego de la exposición al VIH deberá entregarse en el primer contacto, en lugar de solamente una parte, lo que exigiría el retorno del paciente al servicio de salud.
- La elección de los medicamentos y los esquemas para la profilaxis posexposición al VIH deberá regirse por las directrices nacionales.

R4: Recomendación 4 (existente, actualizada para recibir observaciones)

Se consideraron las recomendaciones existentes acerca del apoyo a la adhesión a la profilaxis posexposición en dos directrices anteriores de la OMS: las directrices sobre profilaxis posexposición al VIH (2014) (115) y las directrices sobre respuesta a la violencia de pareja y la violencia sexual contra la mujer (2013) (39). Las directrices relativas a la profilaxis después de la

exposición al VIH se fundamentaron en una revisión sistemática destinada a evaluar la eficacia del asesoramiento mejorado acerca de la adhesión para todos los grupos poblacionales expuestos al VIH (es decir, exposición ocupacional y no ocupacional), que mostró un mejoramiento de la adhesión, en comparación con el apoyo usual a la adhesión a la profilaxis posexposición (115). Las directrices sobre la respuesta a la violencia de pareja y la violencia sexual contra la mujer se elaboraron para las mujeres víctimas de agresión sexual (39). Se hizo una actualización de la revisión sistemática en el 2014 para las directrices de profilaxis posexposición al VIH por dos razones. Primero, otra revisión sistemática y un metanálisis de la adhesión a la profilaxis posexposición pusieron de manifiesto que las tasas de finalización del tratamiento profiláctico posexposición son más bajas para los grupos poblacionales que han sufrido agresión sexual (40%) y para los adolescentes (37%) (117). Segundo, es necesario considerar que los niños y adolescentes que han sido víctimas de agresión sexual o violación afrontan el trauma y el estigma particular asociados con la agresión. Por consiguiente, el apoyo a la adhesión puede mejorar la finalización del tratamiento en esta población y potencialmente tener también otros beneficios indirectos, al aumentar el contacto con los servicios.

Para los fines de esta directriz, se llevó a cabo una actualización de la revisión sistemática de las directrices del 2014 acerca de la profilaxis posexposición al VIH, con miras a determinar si las intervenciones mejoradas de apoyo a la adhesión para la población específica de niños y adolescentes sobrevivientes de agresión o violación sexual resultaban eficaces. Sobre la base de la evidencia disponible (véase el resumen de la evidencia y el cuadro de la evidencia a la recomendación más abajo), no es posible formular ninguna recomendación específica acerca del asesoramiento para mejorar la adhesión de niños y adolescentes que fueron, o podrían haber sido, agredidos sexualmente o violados. En consecuencia, se ha utilizado la recomendación existente de las directrices de la OMS (2013) acerca de la respuesta a la violencia de pareja y la violencia sexual contra la mujer (39); asimismo, se han actualizado las observaciones a fin de reflejar consideraciones específicas para los niños y adolescentes.

RECOMENDACIÓN	CALIDAD DE LA EVIDENCIA	RIGOR DE LA RECOMENDACIÓN
El asesoramiento sobre la adhesión al tratamiento debe ser un elemento importante del tratamiento profiláctico después de la exposición al VIH para las personas sobrevivientes de violación.	Muy baja	Categórica

Observaciones

- Muchos sobrevivientes de violación a quienes se les suministra el tratamiento profiláctico posexposición al VIH no terminan con éxito el esquema preventivo de 28 días porque la profilaxis posexposición al VIH ocasiona efectos secundarios físicos, como náuseas y vómitos. Asimismo, tomar los medicamentos de la profilaxis posexposición al VIH puede desencadenar pensamientos dolorosos o traumas asociados con la violación, y es posible que otros problemas pasen a predominar en la vida de las personas sobrevivientes. El estigma asociado con la violación también puede contribuir a la adhesión baja en esta población (por ejemplo, debido a inquietudes relacionadas con el secreto). Por consiguiente, debe prestarse atención especial a estos problemas.
- Los prestadores de atención de salud deben ser conscientes de que es muy difícil lograr la adhesión por lo que es necesario emprender esfuerzos para conseguir que se mantenga. Los efectos secundarios deben comunicarse de manera exacta pero que no induzca temor; además, deberá considerarse la repercusión del evento traumático.

- Es importante mejorar o perfeccionar las aptitudes básicas de asesoramiento para apoyar la adhesión al tratamiento profiláctico posexposición y poder ofrecer asesoramiento constante. Aunque la mayoría de los servicios de VIH ya tendrán la capacidad de dar asesoramiento, a nivel de la atención primaria de salud en otros tipos de servicios podría ser necesario perfeccionar las aptitudes de asesoramiento de los prestadores de atención de salud.
- Dado el estigma asociado con la violación, la primera consulta a un prestador de atención de salud podría ser la única y, por lo tanto, la única oportunidad de dar asesoramiento al niño o adolescente acerca de la adhesión al tratamiento. Si se toma la decisión de seguir el tratamiento profiláctico posexposición al VIH, el asesoramiento sobre la adhesión debe proporcionarse de la manera más integral posible.
- Es necesario considerar las necesidades específicas según la edad cuando se va a dar asesoramiento sobre la adhesión al tratamiento al niño o adolescente. Es de esperar que los obstáculos a la adhesión y la finalización sean diferentes para niños y adolescentes; por lo tanto, las intervenciones para brindarles apoyo tanto a ellos como a sus cuidadores tendrán que diferir según corresponda. En el caso de los niños pequeños, el asesoramiento relativo a la adhesión al tratamiento también tendrá que incluir a los cuidadores. En el caso de los adolescentes, es importante hacerlos participar cuando se elabora el plan de adhesión, con mensajes adaptados para la edad y respetando su autonomía (por ejemplo, determinar si desean que sus cuidadores participen).

Resumen de la evidencia

Se llevó a cabo una actualización de la revisión sistemática para las directrices de profilaxis posexposición al VIH, publicadas en el 2014 (117), a fin de determinar si las intervenciones mejoradas de adhesión y apoyo con la población específica de sobrevivientes de agresión sexual, incluidos niños y adolescentes, habían resultado eficaces. En la actualización se abordó la pregunta del formato PICO: *“¿En los niños y adolescentes (de 0 a 18 años) que estuvieron, o podrían haber estado expuestos, al abuso sexual (P), ha habido alguna intervención para aumentar el apoyo a la adhesión a la profilaxis posexposición al VIH (I), en comparación con ningún apoyo a la adhesión (C), que haya prevenido la infección por el VIH o haya mejorado la adhesión al tratamiento profiláctico posexposición (O)?”*.

Se incluyeron tres estudios aleatorizados (118–120) en la revisión sistemática actualizada que evaluó las intervenciones mejoradas de asesoramiento como una manera de mejorar la adhesión. De estos, uno se había hecho en Sudáfrica (118) con adultos que siguieron el tratamiento profiláctico posexposición al VIH debido a una agresión sexual; dos estudios, uno en Estados Unidos (119) y otro en Francia (120), se hicieron con adultos que siguieron el tratamiento profiláctico luego de haber tenido relaciones sexuales sin protección; este último estudio excluía a participantes que habían sufrido agresión sexual. La frecuencia, el contenido y la modalidad de la prestación del asesoramiento mejorado variaron, y el tamaño de las muestras fue pequeño. Los tres estudios mostraron una tendencia al aumento de la adhesión en los participantes que habían recibido asesoramiento mejorado acerca de la adhesión. Sin embargo, ninguno de los tres estudios condujo a resultados específicos para niños y adolescentes que habían sufrido abuso sexual. El estudio de Sudáfrica, con adultos y niñas víctimas de agresión sexual (no se desglosó por niños) mostró niveles bajos similares de adhesión en los grupos de intervención y de comparación (118) (véanse los anexos en la web 3, 3a y 3b donde figura el informe completo, y los cuadros de la evidencia a la decisión y GRADE).

Con miras a suministrar más información acerca de los obstáculos a la adhesión a la profilaxis posexposición que deben superar los niños y adolescentes expuestos al abuso sexual, se llevó a cabo un examen cualitativo acerca de los obstáculos y los elementos facilitadores para la

adhesión a la profilaxis posexposición. Se consideraron 12 estudios (121–132), principalmente de Estados Unidos ($n = 6$), seguidos de Sudáfrica ($n = 3$) y uno de Brasil, uno de Canadá y uno de Malawi. Seis estudios daban resultados solamente para niños y adolescentes de 19 años o más jóvenes, mientras que el resto eran estudios combinados que incluyeron adultos. Todos los estudios incluyeron entrevistados que habían sido objeto de agresión sexual. Se informó que los obstáculos a la adhesión y la finalización de la profilaxis posexposición que se notificaban con mayor frecuencia eran las inquietudes relacionadas con los efectos secundarios, olvidarse de tomar los medicamentos, temor de ser estigmatizado o culpado, estar ocupado, asociaciones traumáticas con la agresión o la violación sexual, pocos conocimientos, y problemas de salud mental. Entre los elementos facilitadores mencionados con mayor frecuencia, asociados con la adhesión y la finalización de la profilaxis posexposición, se encontraban el estímulo de los prestadores de atención de salud para seguir el tratamiento profiláctico luego de la exposición; la asistencia de la persona sobreviviente a las sesiones de asesoramiento; recordatorios por la familia o los pares para que la persona no se olvide de tomar los medicamentos de la profilaxis; y la disponibilidad de servicios en un solo lugar que, en la primera consulta, ofrecen tanto pruebas de detección del VIH como el tratamiento profiláctico posexposición (véase el anexo 3 en la web).

De la evidencia a la recomendación

El GED consideró la evidencia relativa a la eficacia del asesoramiento para *“el mejoramiento de la adhesión”*, así como los datos cualitativos sobre los obstáculos y los elementos facilitadores. Observó que la evidencia de que la adhesión al tratamiento profiláctico y su finalización eran inferiores en comparación con la población general y que esto podía ser una dificultad para niños y adolescentes víctimas de abuso sexual, porque a menudo se traumatizan. Por consiguiente, el GED acordó que el apoyo y el asesoramiento para la adhesión a la profilaxis posexposición son importantes y debían considerarse de esta manera cuando se receta la profilaxis. Sin embargo, no estuvieron de acuerdo en que la evidencia de *“mejoramiento de la adhesión”* fuese lo bastante convincente para recomendarla en el caso de niños y adolescentes que han sido objeto de abuso sexual:

- La evidencia acerca de la eficacia del *“mejoramiento de la adhesión”* para la población infantil y adolescente que ha sufrido abuso sexual tiene un nivel de certidumbre muy bajo, debido al carácter indirecto de la evidencia. En concreto, dos de los tres estudios considerados se llevaron a cabo en pacientes que se presentaban debido a exposición sexual y no a agresión sexual, e incluía solo a pacientes adultos. El tercer estudio incluía a mujeres adultas y niñas que habían sido víctimas de agresión sexual, pero no estaba desglosado por niños y no se encontraron diferencias significativas estadísticamente en las tasas de adhesión a lo largo de la intervención y los grupos de comparación.
- Por otro lado, debido al tamaño reducido de la muestra en relación con el número de eventos para todas las pruebas, el intervalo de confianza resultante en torno a la estimación puntual combinada era amplio (es decir, la magnitud del efecto es imprecisa). Por consiguiente, no puede descartarse que la tendencia en el mejoramiento de la adhesión se haya debido a la oportunidad.
- No fue posible evaluar la naturaleza exacta, la intensidad ni las implicaciones de los recursos para el asesoramiento destinado al *“mejoramiento de la adhesión”*, debido a que las estrategias variaban entre los tres estudios; sin embargo, es probable que se necesiten más recursos.
- Aunque no fue posible evaluar la evidencia acerca de los daños en comparación con los beneficios a partir de los estudios porque se referían a grupos poblacionales

que estaban expuestos a la infección por el VIH (y no necesariamente a la agresión sexual), el GED señaló las preocupaciones acerca de posibles daños, ya que los niños y adolescentes que habían sufrido abuso sexual también podrían estar haciendo frente al trauma, el estigma y las preocupaciones por la seguridad, que son diferentes a los de la mayor parte del resto de los pacientes que podrían necesitar el tratamiento profiláctico posexposición al VIH.

- No se incluyó ningún estudio destinado a evaluar la factibilidad y los recursos necesarios para el “*mejoramiento de la adhesión*”.

D. Prevención y manejo del embarazo en niñas que han sufrido abuso sexual

Las adolescentes que han llegado a la menarquia o se encuentran en edad reproductiva y que han sufrido, o están sufriendo, abuso sexual pueden estar expuestas al riesgo de un embarazo no deseado. Aunque son pocas las investigaciones acerca de la probabilidad de un embarazo después de la violación, mediante el Estudio Nacional sobre las Mujeres, hecho en Estados Unidos, se determinó que 5,3% de las violaciones de adolescentes de 12 a 17 años de edad habían dado lugar al embarazo, una tasa similar a la de las mujeres adultas que fueron violadas (133). De todas las niñas y las mujeres de ese estudio en el que la violación dio lugar al embarazo, 50% optaron por el aborto.

R5: Recomendación 5 (existente) (134)

El GED aceptó que la recomendación existente relativa a los anticonceptivos de urgencia para la población general de mujeres es aplicable a las niñas que han llegado a la menarquia y que están en las etapas de inicio de la pubertad (es decir, han llegado al estadio 2 o 3 de la clasificación de Tanner) y que estuvieron expuestas, o pudieron haber estado expuestas, al abuso sexual que incluye penetración vaginal con pene (es decir, violación o relaciones sexuales forzadas u obligadas).

RECOMENDACIÓN	CALIDAD DE LA EVIDENCIA	RIGOR DE LA RECOMENDACIÓN
Ofrecer anticonceptivos de urgencia a niñas que han sido violadas, con penetración vaginal del pene y que acuden a los servicios dentro de las 120 horas (5 días) siguientes al incidente.	Moderada	Categórica

Observaciones

- Los siguientes anticonceptivos de urgencia pueden ofrecerse sin ninguna restricción a las niñas que han llegado a la menarquia (es decir, posmenarquia), así como a las que se encuentran en las etapas de inicio de la pubertad (es decir, han llegado al estadio 2 o 3 de la clasificación de Tanner) ²¹:
 - acetato de ulipristal: dosis única (un comprimido de 30 mg); O
 - levonorgestrel solo: se prefiere la dosis única (un comprimido de 1,5 mg o dos comprimidos de 0,75 mg); alternativamente, dividir la dosis (una dosis de 0,75 mg, seguida de una segunda dosis de 0,75 mg, 12 horas más tarde);
 - si no está disponible el acetato de ulipristal ni el levonorgestrel, entonces ofrecer los anticonceptivos orales de estrógeno y progestágeno combinados: una dosis fraccionada

²¹ Al comienzo de la pubertad, las niñas que han llegado al estadio 2 de la clasificación de Tanner o telarquia (es decir, inicio del desarrollo secundario de las mamas) o al estadio 3 de la clasificación de Tanner (es decir, aumento del desarrollo de las mamas) pueden estar expuestas al riesgo de un embarazo no deseado como resultado de la agresión o la violación sexual, porque tienen probabilidades de estar ovulando aun antes del inicio de la menstruación.

(una dosis de 100 µg de etinil estradiol más 0,50 mg de levonorgestrel, seguida de una segunda dosis de 100 µg de etinil estradiol más 0,50 mg de levonorgestrel, 12 horas después); estos comprimidos deben darse junto con antieméticos si lo hay.

- El riesgo de los anticonceptivos de urgencia que se encuentran en el mercado va de insignificante a nulo: son extremadamente seguros y bien tolerados, y satisfacen los requisitos para la venta libre (es decir, corresponden a la categoría 1 de los criterios de elegibilidad médica (134)). Por otro lado, los daños (por ejemplo, riesgo para la salud de la madre o el estigma) de un embarazo inesperado o no deseado para este grupo etario como resultado de la violación probablemente pesen más que los riesgos.
- También puede usarse un dispositivo intrauterino de cobre (DIU-Cu) como una medida anticonceptiva de urgencia, sin restricciones para las niñas que han llegado a la menarquia (es decir, posmenarquia), si el riesgo de padecer alguna ITS es bajo. En el caso de un riesgo alto de alguna ITS, por lo general no se recomienda el uso de un DIU-Cu como anticonceptivo de urgencia, a menos que otros métodos más apropiados no estén disponibles o no sean aceptables. El DIU-Cu puede insertarse hasta 120 horas después de las relaciones sexuales sin protección.
- Lo ideal es que los anticonceptivos de urgencia como el acetato de ulipristal, el levonorgestrel o el esquema combinado de estrógeno y progestágeno se administren cuanto antes después de la exposición, a fin de potenciar al máximo su eficacia, aunque pueden administrarse hasta 5 días (120 horas) después de la exposición. Dependiendo de su capacidad para comprender la información que se le da, la adolescente o sus cuidadores no abusivos deben tener en cuenta que la eficacia disminuye con la duración del intervalo entre la exposición a la penetración y el momento en que se empiezan a tomar los anticonceptivos de urgencia.
- No es necesaria una prueba de embarazo, pero si se hace y el resultado confirma el embarazo, no deben administrarse los anticonceptivos de urgencia.

PA 5: ENUNCIADO 5 DE PRÁCTICAS ADECUADAS (EXISTENTE) (39, 135)²²

Si una niña está embarazada como consecuencia de una violación, debería ofrecérsele un aborto en condiciones seguras en la medida en que la ley lo permita.

Observaciones

- Los requisitos administrativos (por ejemplo, evidencia forense o informes policiales) para tener acceso al aborto en condiciones seguras deberían reducirse al mínimo, con protocolos claros establecidos con la policía y los prestadores de atención de salud, a fin de facilitar la derivación a otros establecimientos y el acceso oportuno al aborto seguro dentro de los plazos gestacionales.
- Donde no esté permitido el aborto, o si el embarazo está demasiado avanzado para el aborto cuando la persona acude al servicio médico, la niña embarazada debe recibir apoyo a lo largo del embarazo y el parto, y deberían considerarse con ella otras opciones como la adopción.

²² Las directrices de la OMS sobre el aborto en condiciones seguras ya establecen la importancia de ofrecer el aborto sin riesgo a todas las sobrevivientes de la violación que queden embarazadas. Las observaciones se han tomado de las directrices existentes de la OMS para el aborto sin riesgo y responden a la violencia de pareja y a la violencia sexual contra la mujer. El GED aceptó estas observaciones como pertinentes para esta directriz.

E. Tratamiento profiláctico posexposición para las ITS curables y prevenibles mediante la vacunación

Los niños y los adolescentes que son objeto de abuso sexual pueden contraer una ITS. Una revisión sistemática llevada a cabo para esta directriz incluyó 23 publicaciones con información acerca de la detección de las ITS en niños y adolescentes, de quienes se sospechaban que eran víctimas de abuso sexual, en países de ingresos bajos y medianos; la mayoría de estos estudios eran retrospectivos (136–158). En los estudios se notificaban niveles altos de relaciones sexuales con penetración en niños y adolescentes que eran víctimas de abuso sexual. En la revisión se destacan las tasas variables, pero elevadas, de algunas ITS en niños y adolescentes expuestos al abuso sexual y que acuden a los establecimientos de atención de salud. La revisión reveló una amplia gama de tasas de infección con ITS, que variaban según el tipo de ITS. Por ejemplo, las tasas de detección de las ITS variaban entre <1% y 61% en las niñas y entre <1% y 48% en los niños, con tasas de detección más altas para *Neisseria gonorrhoeae* en las niñas y sífilis en los niños.

Las directrices de la OMS (2013) recomiendan la profilaxis preventiva para las ITS en el caso de las mujeres que han sufrido agresión sexual (39). Sin embargo, las directrices de los CDC recomiendan hacer pruebas para las ITS por medio de pruebas de amplificación de ácidos nucleicos y proporcionar el tratamiento para niños y adolescentes que hayan sufrido abuso sexual, fundamentándose en la justificación de que las tasas de ITS en esta población en Estados Unidos son bajas y que están disponibles las pruebas de amplificación de ácidos nucleicos (159). Las directrices nacionales en el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte no recomiendan sistemáticamente el tratamiento preventivo para *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis* en niños y jóvenes luego del abuso sexual, pero podría considerárselo en los sitios donde no se hacen las pruebas o ha disminuido su uso, cuando hay pocas probabilidades de que el niño o adolescente regrese para recibir tratamiento si se ha detectado una ITS, o si el riesgo de infección es alto (160). Por consiguiente, el GED acordó que era necesario formular nuevas recomendaciones a fin de ofrecer profilaxis para las ITS curables a la población infantil y adolescente específica que han sido objeto de abuso sexual. Por otro lado, hay recomendaciones de la OMS del 2017 para las ITS prevenibles mediante la vacunación, como la infección por el VPH y la hepatitis B, y no hay probabilidad de que estas sean significativamente diferentes para los niños y adolescentes que han sufrido abuso sexual. En consecuencia, el GED aceptó la utilización de las recomendaciones existentes de la OMS.

R6: Recomendación 6 (nueva)

RECOMENDACIÓN	CALIDAD DE LA EVIDENCIA	RIGOR DE LA RECOMENDACIÓN
Se sugiere el tratamiento de sospecha (o profiláctico) para gonorrea, clamidiosis y sífilis en niños y adolescentes que hayan sido objeto de abuso sexual, lo que comprende el contacto oral, genital o anal con un pene, o el sexo oral, en particular en entornos donde las pruebas de laboratorio no son factibles.	Muy baja, evidencia indirecta	Condicional

R7: Recomendación 7 (nueva)

RECOMENDACIÓN	CALIDAD DE LA EVIDENCIA	RIGOR DE LA RECOMENDACIÓN
En los niños y adolescentes que hayan sido objeto de abuso sexual y que presenten síntomas clínicos, se recomienda el manejo sintomático del caos para el exudado vaginal/uretral (gonorrea, clamidiosis, tricomoniasis) y para las úlceras genitales (virus del herpes simple, sífilis y chancro blando), en particular en los entornos donde las pruebas de laboratorio no son factibles.	Muy baja, evidencia indirecta	Condicional

Observaciones

- Los esquemas farmacológicos y las dosificaciones para el manejo sintomático de casos y el tratamiento de una presunta ITS deben basarse en las directrices nacionales.
- Para más información, véanse también las directrices de la OMS acerca de los virus de gonorrea (161), clamidia (162), sífilis (163) y herpes simple (164) (2016).
- Donde sea factible, se deben recoger muestras para la confirmación del diagnóstico o el uso forense.
- Donde sea posible, se deben efectuar pruebas rápidas en el lugar de la atención para detectar la sífilis. Si los resultados de las pruebas son positivos, debe recetarse el tratamiento aunque todavía haga falta la confirmación. Sin embargo, si los resultados de las pruebas son seronegativos y no se ofrece el tratamiento para una presunta infección, las pruebas deberán repetirse después de cuatro semanas, de acuerdo con las directrices de la OMS para la sífilis (163).
- Hay varias iniciativas para desarrollar pruebas para otras ITS en el lugar de la atención, que permitirán aumentar el manejo sintomático de casos sintomáticos y mejorarán la capacidad para detectar las infecciones asintomáticas.
- En presencia de síntomas clínicos (por ejemplo, síndrome de úlcera genital, síndrome de exudado genital, presencia de verrugas anogenitales), el procedimiento más obvio sería el tratamiento de sospecha, en forma de un enfoque sintomático, independientemente de que también sea posible o no recoger muestras (por ejemplo, para confirmación del diagnóstico o para finalidades forenses).
- Consideraciones de equidad y derechos humanos: ningún estudio evaluó las cuestiones relacionadas con la equidad. Sin embargo, el GED señaló que exigir las pruebas de laboratorio para gonorrea y clamidiosis (es decir, prueba de amplificación de ácidos nucleicos), a fin de ofrecer el tratamiento, limitaría el acceso (por ejemplo, en entornos donde las pruebas no están disponibles o no están al alcance de algunos grupos). Por otro lado, hacer que los niños o adolescentes tengan que regresar a los servicios médicos para conocer sus resultados de laboratorio y recibir tratamiento podría reducir la aceptación, dado que varios de los estudios incluidos en la revisión mostraron un nivel alto de pérdida del seguimiento de las personas sobrevivientes en consultas subsiguientes. Por otro lado, en las situaciones de abuso continuado sin síntomas particulares, podrían ser recomendables las pruebas, en especial para las ITS que son duraderas y crónicas; y, en lo posible, deberán hacerse en el primer punto de contacto. De igual manera, en los entornos donde las pruebas de laboratorio suelen ser factibles, sería importante hacer las pruebas antes de ofrecer el tratamiento.

Resumen de la evidencia

En vista de la falta de evidencia directa acerca de los mejores métodos para controlar las ITS en niños y adolescentes que han sufrido abuso sexual, se encargó una revisión sistemática para abordar la pregunta del formato PICO: *“¿En niños y adolescentes (de 0 a 18 años) que han estado, o podrían haber estado, expuestos al abuso sexual (P), son el tamizaje y el tratamiento (es decir, hacer pruebas y tratar) para las ITS (I) más eficaces que el tratamiento de sospecha para las ITS (C), a fin de prevenir y manejar los resultados adversos de las ITS (O)?”*.

A fin de responder a esta pregunta, se llevó a cabo una revisión sistemática de la evidencia para esta directriz. La búsqueda no condujo a ningún estudio que abordara directamente la pregunta del formato PICO, es decir, comparación de la eficacia, la aceptabilidad o preferencia por hacer pruebas y brindar tratamiento, en comparación con el tratamiento de sospecha para las ITS. Por

consiguiente, para formular la recomendación fue necesario considerar la evidencia indirecta que dependía de los estudios de observación de la prevalencia. En primer lugar, se consideró la evidencia acerca del riesgo de padecer las ITS en la población infantil y adolescente que había sufrido abuso sexual. El examen encontró 23 estudios de países de ingresos bajos y medianos con tasas variables de detección de las ITS, pero sumamente elevadas en niños y adolescentes objeto de abuso sexual en algunos de los entornos (136–158). Por ejemplo, en ocho estudios del África subsahariana (136–138, 140–144), las tasas variaban de 0,7% en un estudio efectuado en Sudáfrica (136) a una tasa mucho más alta de 43% en niños en Togo (143). En nueve estudios retrospectivos de Asia meridional y el Oriente Medio (139, 145–148, 150–152, 158), las tasas de detección de las ITS en niños víctimas de abuso sexual que acuden a los consultorios de ITS variaban de 2% en un estudio de Bahrein (147) a la cifra mucho mayor de 38% en otro estudio de la India (150) (véase el anexo 4 en la web, donde figura el informe completo). Se hicieron evaluaciones de la calidad de los estudios de observación individuales (no de los informes de casos), por medio de la lista de verificación del programa de aptitudes básicas de evaluación (CASP, por su sigla en inglés) (véanse los cuadros complementarios 1 a 8 en el anexo 4 en la web).

En segundo lugar, el GED consideró la evidencia a partir de los estudios que mostraban que pocos niños y adolescentes entre los que habían sufrido abuso sexual acudían oportunamente a los servicios de salud. Por ejemplo, en varios estudios de la República Democrática del Congo (165) y de Uganda (142), menos de una tercera parte de los casos registrados de abuso sexual infantil acudían a los servicios dentro de los 3 a 5 días siguientes a la agresión. En un estudio de Tailandia (166), esta cifra fue de 56% y en un estudio de Brasil (167), fue de 80% de los casos. Sin embargo, en todos estos estudios fue imposible hacer el seguimiento de la mayoría de los pacientes que recibieron tratamiento para las ITS, lo que pone de relieve la oportunidad limitada que se tiene de ofrecer el tratamiento para las ITS en la primera consulta (137, 142, 165–168).

Por último, el GED consideró la evidencia acerca de los costos de las pruebas y del tratamiento para las ITS, incluidas las consideraciones de equidad. El costo de la prueba de detección de las ITS basada en las pruebas de amplificación de ácidos nucleicos para gonorrea y clamidiosis es de US\$ 30 por prueba y para la sífilis varía de US\$ 0,13 a US\$ 1,75 (prueba de reagin plasmática rápida). El costo del tratamiento de sospecha para las ITS, que incluye en gran medida el costo de los medicamentos, varía de US\$ 0,35 a US\$ 2,25 para los antibióticos y, en consecuencia, es mucho menor que el de un método de prueba y tratamiento (169) (véase el anexo 4 en la web donde figura el informe completo).

De la evidencia a la recomendación

Debido a la falta de evidencia directa, el GED consideró la evidencia indirecta resumida anteriormente. El grupo señaló que hay una incertidumbre considerable acerca de la evidencia, ya que no hay ningún estudio que compare el método de pruebas y tratamiento con el del tratamiento de sospecha. Por consiguiente, la calidad de la evidencia se clasificó como muy baja, sobre la base de la evidencia indirecta. La evidencia indirecta apunta a las conclusiones que se indican a continuación.

- A pesar de la evidencia heterogénea en todas las regiones acerca de las tasas de detección de las ITS en niños y adolescentes que han sufrido abuso sexual, en algunos entornos se han observado tasas elevadas de algunos tipos de ITS en esta población.
- Las ITS suelen ser asintomáticas y pueden causar graves complicaciones cuando no se tratan.
- La mayoría de las personas sobrevivientes del abuso sexual no se presentan en los primeros 3 a 5 días siguientes al abuso y, quienes lo hacen, a menudo no regresan para las consultas de seguimiento; por consiguiente, debe aprovecharse al máximo la oportunidad para brindar tratamiento de las ITS en la primera consulta.

- Las consecuencias indeseables del tratamiento de sospecha incluyen posibles efectos secundarios, en particular cuando se combina con la profilaxis posexposición y los anticonceptivos de urgencia; asimismo, tiene potencial para crear resistencia a los antibióticos en los agentes patógenos de la flora intestinal. Sin embargo, los efectos secundarios podrían ser de corta duración para los medicamentos contras las ITS, mientras que el potencial de crear resistencia en los agentes patógenos podría reducirse al mínimo con una dosis única supervisada.
- Los costos del tratamiento de sospecha son muy inferiores a los que combinan pruebas y tratamiento, que exigen disponibilidad de la prueba de amplificación de ácidos nucleicos y el acceso a ella. Los miembros del GED debatieron ampliamente el tema del costo y la disponibilidad, ya que no querían definir diferentes normas de atención para los entornos con recursos diferentes. También pusieron de manifiesto que el tamizaje para la sífilis está disponible, es asequible y lo ideal es que se haga.
- Por las razones expuestas, el rigor de la recomendación se clasificó como condicional.

R8: Recomendación 8 (existente) (170)

Se acordó que las recomendaciones existentes para las ITS prevenibles mediante la vacunación (por ejemplo, la hepatitis B y la infección por el virus del papiloma humano [VPH]) para la población general son aplicables a niños y adolescentes que han sido víctimas de abuso sexual y no se han vacunado anteriormente.

RECOMENDACIÓN	CALIDAD DE LA EVIDENCIA	RIGOR DE LA RECOMENDACIÓN
Debe ofrecerse la vacunación contra la hepatitis B sin inmunoglobulina antihepatitis B, de acuerdo con las directrices nacionales.	Muy baja, evidencia indirecta	Categórica

Observaciones

- No se recomienda la prueba serológica antes de la vacunación como práctica corriente. Sin embargo, en los entornos donde se cuenta con medios de laboratorio y estos son eficaces en función de los costos, si no se sabe si el niño o adolescente se ha vacunado contra la hepatitis B, debe extraerse una muestra de sangre para determinar el estado serológico respecto de la hepatitis B antes de administrarle la primera dosis de vacuna (170).
- Si está inmunizado no es necesaria ninguna vacuna más.

R9: Recomendación 9 (existente) (171)

RECOMENDACIÓN	CALIDAD DE LA EVIDENCIA	RIGOR DE LA RECOMENDACIÓN
Debe ofrecerse la vacunación contra el VPH a las niñas en el grupo de 9 a 14 años, de acuerdo con las directrices nacionales.	Moderada	Categórica

Observaciones

- No es necesario el tamizaje antes de la vacunación contra el VPH. Si la persona ha recibido dos o tres dosis, según la edad y el calendario nacional de vacunación, no se necesita ninguna vacuna más.
- Aunque la vacunación contra el VPH está destinada a las niñas que no han estado

expuestas a los tipos del VPH relacionados con la vacuna (es decir, antes del inicio de la actividad sexual que incluya penetración vaginal), las niñas que han sido violadas podrían beneficiarse de la vacuna. La razón es que la niña podría tener una infección ya sea por una cepa que no está en la vacuna o por una de las cuatro cepas cubiertas por la vacuna tetravalente (es decir, la vacuna protege contra cuatro cepas del VPH).

- Las niñas que reciben la primera dosis del VPH antes de los 15 años pueden usar un esquema de dos dosis. El intervalo entre las dosis debe ser de seis meses. Mientras no haya ningún intervalo máximo, se sugiere uno de 12 a 15 meses. Para las niñas de 15 años en adelante, debe recetarse un esquema de tres dosis (0, 1–2, 6 meses) (171).
- La vacuna contra el VPH podría administrarse junto con la vacuna contra la hepatitis B. Si la vacuna contra el VPH se administra al mismo tiempo que otra vacuna inyectable, las vacunas deben administrarse siempre en diferentes sitios del cuerpo y con jeringas distintas.

F. Intervenciones de salud psicológica y mental a corto y largo plazo

El abuso sexual de niños y adolescentes tiene consecuencias para la salud mental tanto a corto como a largo plazo. Una revisión sistemática que consideró 14 estudios encontró que el abuso sexual infantil estaba asociado significativamente con los siguientes síntomas: depresión, ansiedad, estrés postraumático, disociación, trastornos de los hábitos alimentarios, trastornos del sueño, autoestima baja, ira, síntomas de externalización, ideas y comportamientos relacionados con el suicidio y la autoagresión, problemas interpersonales y participación en comportamientos de alto riesgo (por ejemplo, consumo de sustancias psicoactivas, comportamientos sexuales peligrosos, consumo abusivo de alcohol) en etapas posteriores de la vida (19). Los niños o adolescentes que presenten esos síntomas o que revelen abuso sexual deben recibir de inmediato apoyo psicológico, así como atención de salud mental a largo plazo.

PA6: ENUNCIADO 6 DE PRÁCTICAS ADECUADAS (NUEVO)

En los niños y adolescentes que fueron objeto de abuso sexual recientemente y que presentan síntomas de estrés traumático agudo (dentro del primer mes que sigue al abuso), los prestadores de atención de salud deben ofrecer apoyo de primera línea que sea sensible a las cuestiones de género y esté centrado en el niño o adolescente, según se describe en el **enunciado 1 de prácticas adecuadas**.

R10: Recomendación 10 (existente) (172)

En el caso de exposición a un evento traumático reciente que ocasiona síntomas relacionados con el estrés, la OMS no recomienda la intervención psicológica breve o *debriefing* psicológico.²³ Esto se aplica también a niños y adolescentes que han sufrido abuso sexual recientemente.

RECOMENDACIÓN	CALIDAD DE LA EVIDENCIA	RIGOR DE LA RECOMENDACIÓN
No debe usarse la intervención psicológica breve o <i>debriefing</i> psicológico para reducir el riesgo de síntomas de estrés postraumático, ansiedad o depresión.	Muy baja	Categoría

²³ Esto consiste en una sesión única de terapia breve (*debriefing* psicológico) después de la exposición al evento traumático, de manera individual o grupal, para ayudar a la persona sobreviviente a procesar el trauma mientras recuerda el evento y expresar sus emociones ante un consejero o terapeuta de una manera estructurada.

Observaciones

- Además del apoyo de primera línea, los niños y adolescentes que han sufrido abuso sexual y sus cuidadores no abusivos también necesitan otro tipo de apoyo psicosocial para promover el bienestar y el funcionamiento, que debería incluir psicoeducación y apoyo para manejar y superar el estrés y promover el funcionamiento diario, mientras se recuperan de su experiencia traumática con el transcurso del tiempo. Para consultar orientación detallada sobre cómo hacer esto, véase la sección que se encuentra en la *Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializado*, versión 2.0 (2016) (5).²⁴
- Es importante proporcionar información a los cuidadores no abusivos de niños pequeños sobre los posibles signos o síntomas del trastorno de estrés postraumático (TEPT) o comportamientos o emociones que el niño pueda mostrar en los días o meses siguientes y sobre cuándo deberían solicitar más ayuda. De igual manera, en el caso de un adolescente, dependiendo de su capacidad y madurez para comprender la información acerca de sus síntomas, deberá dársele información acerca de los signos, síntomas o emociones probables que podría tener y cuándo debería buscar más ayuda.
- Explicar al niño o adolescente (según corresponda) o a sus cuidadores no abusivos que probablemente mejorarán con el transcurso del tiempo. Se deben ofrecer consultas de seguimiento.

R11: Recomendación 11 (nueva)

RECOMENDACIÓN	CALIDAD DE LA EVIDENCIA	RIGOR DE LA RECOMENDACIÓN
Debe considerarse la terapia cognitivo-conductual (TCC) centrada en el trauma para los niños y adolescentes que hayan sufrido abuso sexual y presenten síntomas de trastorno de estrés postraumático (TEPT).	Muy baja	Condicional

R12: Recomendación 12 (nueva)

RECOMENDACIÓN	CALIDAD DE LA EVIDENCIA	RIGOR DE LA RECOMENDACIÓN
Cuando sea seguro y apropiado, se deberá incluir al menos a un cuidador no abusivo y deberá considerarse la TCC centrada en el trauma tanto para: a) los niños y adolescentes que hayan sufrido abuso sexual y presenten síntomas de TEPT, como para b) su cuidador (o cuidadores) no abusivo(s).	Baja	Condicional

Observaciones

- La seguridad del niño o adolescente que ha sido víctima de abuso sexual es de importancia capital. Las personas encargadas de las intervenciones psicológicas deben ser conscientes de los posibles riesgos para los niños o adolescentes. La participación de los cuidadores debe guiarse por las preocupaciones de seguridad y bienestar del niño o adolescente y, por consiguiente, la recomendación se centra en los cuidadores no abusivos. Los prestadores de atención de salud deben evaluar las consecuencias para la seguridad del tratamiento o la atención que ofrecen, y adoptar medidas para reducir al mínimo el riesgo de daños.
- Entre los requisitos mínimos para las intervenciones psicológicas, en particular la TCC

²⁴ Véanse las secciones sobre atención de salud y prácticas esenciales en la página 12 e intervenciones psicosociales para trastornos mentales en niños y adolescentes, páginas 87 a 89.

centrada en el trauma, se encuentran la necesidad de capacitación exhaustiva y la supervisión constante que apoye al personal, en particular para los prestadores no especializados.

- Los niños y adolescentes deben ser evaluados por alguien que esté capacitado para determinar si tienen TEPT o algún síntoma de TEPT.
- La TCC centrada en el trauma puede ofrecerse tanto a las personas diagnosticadas con TEPT como a las que muestran los síntomas.
- En los casos en que no se cuenta con un prestador capacitado, los niños y adolescentes deberán derivarse a otro servicio después de la evaluación inicial.
- El tratamiento del estrés podría además ser beneficioso para los niños y adolescentes con TEPT o con síntomas de TEPT.
- Consideraciones con respecto a los subgrupos: la intervención deberá adaptarse con distintos métodos a los diferentes niveles de madurez y desarrollo cognitivo de niños y adolescentes. Asimismo, hay alguna evidencia que indica que los efectos sobre la salud mental podrían ser más graves para los niños que estuvieron expuestos al abuso sexual a una edad más temprana (173, 174).
- Consideraciones sobre la equidad y los derechos humanos: en algunos entornos, las niñas podrían ser victimizadas con mayor frecuencia que los niños, aunque esto puede variar según el entorno (13, 15). Por otro lado, los niños tienen menos probabilidades de buscar servicios que las niñas y es posible que enfrenten otros obstáculos relacionados con los estereotipos y la falta de aceptación de que los niños también pueden ser víctimas de abuso sexual, o el temor de que se cuestione su masculinidad (15, 175, 176). Los resultados en materia de salud mental para los cuidadores no abusivos también necesitarán atención. El acceso a las intervenciones psicológicas podría ser difícil en los países de ingresos bajos y medianos, así como en las zonas rurales donde es limitada la disponibilidad de prestadores de atención de salud o de especialistas capacitados, donde el acceso físico a los establecimientos es reducido, donde los costos son prohibitivos, y en los casos en que las familias podrían tener que ausentarse del trabajo para acudir a las sesiones o llevar a sus hijos a ellas. Asimismo, el acceso puede ser limitado para los grupos indígenas, los niños o adolescentes con discapacidad y otros grupos minoritarios. Por consiguiente, podrían necesitarse mayores esfuerzos para llegar hasta todos estos grupos y mejorar su acceso a los servicios.

Resumen de la evidencia

En las directrices existentes de la OMS para el estrés postraumático (2013) se recomiendan la terapia individual o cognitivo-conductual (TCC) centrada en el trauma (véase el glosario), o la desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR, por su sigla en inglés), para niños y adolescentes con TEPT (172). Las directrices de la OMS para responder a la violencia de pareja y la violencia sexual contra la mujer (2013) recomiendan la TCC y la EMDR para mujeres adultas expuestas a la agresión sexual (39). Las directrices del Instituto Nacional del Reino Unido para la Salud y la Excelencia de la Atención (2017) recomiendan la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma (TCC-CT) para los niños con TEPT crónico, incluso para los que han sufrido abuso sexual (177). Sin embargo, la evidencia en estas primeras directrices incluía a todas las poblaciones infantiles expuestas a diferentes tipos de trauma y no era específica para niños o adolescentes que habían sufrido abuso sexual. Por consiguiente, se actualizó la evidencia para esta directriz, centrándola en estudios con niños o adolescentes que habían sido objeto de abuso sexual. También se consideraron las intervenciones que

incluían a los cuidadores no abusivos. Se llevó a cabo una revisión sistemática para responder a dos preguntas del formato PICO:

- *¿En niños y adolescentes que han estado, o podrían haber estado, expuestos al abuso sexual y a quienes se les diagnosticó un trastorno mental (P), puede alguna intervención psicosocial (por ejemplo, orientación psicológica o intervenciones psicoterapéuticas) (I), en comparación con ninguna o cualquier otra intervención psicosocial (C), mejorar los resultados en materia de salud mental del niño o adolescente (por ejemplo, trastornos emocionales, del comportamiento, TEPT, depresión, bienestar subjetivo, funcionamiento diario) o los resultados del progenitor o del cuidador (O)?*
- *¿Pueden las intervenciones de apoyo psicosocial (I) destinadas a niños y adolescentes que probablemente sufrieron abuso sexual y a sus progenitores y cuidadores no abusivos (P), en comparación con ninguna o cualquier otra intervención (C), mejorar el bienestar psicológico de los progenitores y cuidadores (por ejemplo, estrés, comportamientos estigmatizantes, interacciones saludables entre padres e hijos, aceptación de los servicios) y la salud mental de los niños (O)?*

Los resultados que se consideraron como fundamentales fueron TEPT, depresión, interiorización de los trastornos, externalización de los trastornos, ansiedad, funcionamiento escolar y bienestar subjetivo del niño. Para abordar ambas preguntas del formato PICO, se hizo una revisión sistemática mediante la actualización del informe publicado en el 2013 por el Organismo para la Calidad de la Atención de Salud (AHRQ, por su sigla en inglés) acerca de la exposición infantil al trauma, que se centraba específicamente en el abuso sexual infantil y se ampliaba para incluir a adolescentes que habían sido objeto de abuso sexual, incluso aquellos que habían sufrido abuso sexual perpetrado por pares (178). En la revisión correspondiente a la primera pregunta del formato PICO citada se encontraron diez artículos con ocho estudios controlados aleatorizados que satisfacían los criterios de inclusión (179–188). Solo dos de estos estudios se habían llevado a cabo en entornos de países de ingresos bajos y medianos. La revisión abarcaba intervenciones dirigidas a la TCC-CT, terapia de exposición prolongada, capacitación en inoculación contra el estrés y exposición gradual, además de la psicoterapia individual y grupal. Los estudios compararon la TCC-CT con grupos de control en lista de espera; la TCC-CT con control comunitario; la TCC-CT con la EMDR; la capacitación en inoculación contra el estrés y exposición gradual con la terapia convencional; la exposición prolongada, con la terapia convencional; y la psicoterapia individual con ningún tratamiento o con la psicoterapia grupal. En la mayor parte de los estudios que incluían la TCC centrada en el trauma, se encontró que la terapia tenía beneficios de moderados a grandes para el TEPT y beneficios de pequeños a moderados para otros síntomas (por ejemplo, depresión, interiorización o externalización de los síntomas) en niños o adolescentes que habían estado expuestos a abuso sexual. Sin embargo, se consideró que la evidencia era de calidad y certidumbre muy bajas (véanse los anexos en la web 5, 5a y b donde figura el informe completo, el cuadro de la evidencia a la decisión y el cuadro GRADE).

En el caso de la segunda pregunta del formato PICO, que también incluía intervenciones con un componente de cuidadores, la revisión sistemática encontró 18 artículos con 10 estudios controlados aleatorizados (ninguno de países de ingresos bajos y medianos) que satisfacían los criterios de inclusión (184, 186, 187, 189–203). La mayoría de los estudios seleccionados evaluaban alguna forma o componente de la TCC-CT o una combinación de esta junto con otros componentes del programa. Los estudios comparaban la reducción del riesgo por medio de la terapia familiar (RRTF) con el tratamiento habitual; la TCC-CT con un grupo de control en lista de espera o la TCC-CT con intervenciones diferentes a las de la TCC; la TCC-CT con una intervención sin un relato del trauma; la TCC con la orientación de apoyo; y las reuniones familiares y de la red de apoyo combinadas con o sin el trabajo en grupo. Según los resultados hay un beneficio general moderado para los diferentes tipos de intervenciones psicológicas, mientras que los

beneficios específicos de la TCC-CT son de moderados a grandes sobre los síntomas del TEPT, en comparación con terapias distintas a la TCC. La evidencia se calificó como de poca calidad y poca certidumbre. La evidencia limitada de Australia y el Reino Unido mostró costos elevados para la prestación de la TCC y de la TCC-CT. Por ejemplo, un estudio de la utilidad en función de los costos del sistema de atención de salud mental australiano reveló que el costo por persona de la TCC-CT durante un período de 12 meses, luego de ajustar por el costo incremental por años de vida ajustados por la calidad, fue de 22 790 dólares australianos (204). En el Reino Unido, un estudio del 2006 indicó que el costo de la TCC para los adultos es de alrededor de £750 por persona (véanse los anexos en la web 6, 6a y 6b donde figura el informe completo, el cuadro de la evidencia a la decisión y el cuadro de GRADE) (205).

De la evidencia a la recomendación

Al formular las recomendaciones, las consecuencias adversas para la salud mental de los niños y adolescentes causadas por el abuso sexual son una consideración importante.

- En relación con las intervenciones psicológicas dirigidas a niños o adolescentes solamente, el GED consideró la evidencia de que hay más estudios incluidos sobre la TCC centrada en el trauma que demuestran beneficios de moderados a grandes con respecto al TEPT, junto con evidencia prometedora (de un estudio) de otras terapias similares a la TCC que incluyen un componente de trauma (por ejemplo, exposición prolongada). Ningún estudio suministró información acerca de los daños potenciales de esta intervención, aunque el GED destacó la importancia de la seguridad del niño o adolescente que ha sido objeto de abuso sexual. En conjunto, la evidencia estaba a favor de recomendar la TCC centrada en el trauma para esta población.
- Sin embargo, la certidumbre y la calidad de la evidencia son muy bajas en términos generales, debido a graves preocupaciones acerca del riesgo de sesgo, el tamaño pequeño de las muestras y las magnitudes imprecisas del efecto. Por otro lado, hay evidencia de costos elevados, factibilidad limitada y costo-eficacia limitada de aplicar la TCC centrada en el trauma. También hay evidencia de otros obstáculos a la ejecución (por ejemplo, falta de prestadores de atención de salud especializados y capacitados; el esfuerzo necesario para capacitar, asesorar y supervisar al personal no especializado; costos de transporte; pérdida de sueldo de los cuidadores; y el tiempo necesario para las sesiones frecuentes). Todas estas consideraciones hacen que sea difícil la aplicación de la TCC centrada en el trauma en todas partes. Por consiguiente, el rigor de la recomendación se clasifica como condicional.
- La evidencia limitada indica que las intervenciones podrían ser aceptables para los prestadores de atención de salud, pero que la población joven que recibe la intervención podría preocuparse por el estigma. También indica que en diferentes contextos culturales es posible que haya renuencia por parte de los cuidadores a permitir que sus hijos reciban información acerca de las relaciones sexuales y a modificar las aptitudes de crianza de los hijos culturalmente aceptadas.
- En el caso de las intervenciones psicológicas que incluyen a un niño o adolescente, así como un componente de cuidadores, el GED consideró la evidencia de que la TCC centrada en el trauma, en particular el artículo de Cohen sobre la TCC-CT (8), mostraba beneficios de moderados a grandes en comparación con las terapias diferentes a la TCC para el trastorno de estrés posttraumático. La evidencia también mostró beneficios de pequeños a moderados para otros síntomas (por ejemplo, depresión, ansiedad, internalización y externalización de los síntomas). A fin de mantener el equilibrio, para el tratamiento del

TEPT se recomendó la TCC centrada en el trauma que incluya la participación del cuidador no abusivo. Es necesario abordar los daños potenciales que también están vinculados con la seguridad, pero la balanza se inclina a favor de la intervención.

- Sin embargo, la evidencia es de certidumbre y calidad bajas, debido a graves preocupaciones acerca del riesgo de sesgo y su carácter indirecto. La evidencia también mostró costos elevados de ejecutar la intervención y una costo-eficacia limitada de la TCC-CT. Otros obstáculos son similares a aquellos de las intervenciones destinadas solo a los niños o solo a los adolescentes. Por consiguiente, el rigor de la recomendación se clasifica como condicional.
- No hay suficiente evidencia de este grupo de población que permita recomendar ampliamente la psicoterapia para los trastornos emocionales ²⁵ o para los trastornos del comportamiento. ²⁶ Sin embargo, el abuso sexual de niños y adolescentes suele estar acompañado de otras adversidades que también son factores de riesgo asociados con los trastornos emocionales y algunos tipos de trastornos del comportamiento. Por consiguiente, las recomendaciones existentes del mhGAP para los trastornos emocionales y del comportamiento son aplicables a esta población (véase a continuación) (206).

R13: Recomendación 13 (existente) (206)

RECOMENDACIÓN	CALIDAD DE LA EVIDENCIA	RIGOR DE LA RECOMENDACIÓN
Las intervenciones psicológicas, como la TCC, pueden ofrecerse a los niños y adolescentes con trastornos del comportamiento, además de la capacitación para mejorar las aptitudes de sus cuidadores no abusivos. ^a	Baja	Condicional

^a Aunque el abuso sexual infantil podría no tener que ver con las aptitudes de los cuidadores, este componente podría ayudar en la recuperación del niño o adolescente.

R14: Recomendación 14 (existente) (206)

RECOMENDACIÓN	CALIDAD DE LA EVIDENCIA	RIGOR DE LA RECOMENDACIÓN
Las intervenciones psicológicas, como la TCC y la psicoterapia interpersonal (PITP), pueden ofrecerse a los niños y adolescentes con trastornos emocionales, además de la capacitación para mejorar las aptitudes de sus cuidadores no abusivos.	Baja	Condicional

Observaciones

- La elección de una intervención psicológica o conductual y de la manera en que se la ejecuta debe basarse en el tipo de trastorno del comportamiento o problema emocional, respectivamente, y en la edad y etapa del desarrollo del niño o adolescente (206).
- En los adolescentes, para evaluar otros trastornos mentales, incluido el riesgo de suicidio, autoagresión, depresión, alcohol y problemas de consumo de sustancias psicoactivas y su manejo o tratamiento, se debe seguir la *Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de salud no especializado*, versión 2.0 (2016) (5).

²⁵ Los trastornos emocionales se caracterizan por el aumento de los niveles de ansiedad, depresión, temor y síntomas somáticos.

²⁶ Los trastornos del comportamiento se refieren a una serie de enfermedades caracterizadas por actividad hiperquinética o instancias persistentes y repetitivas de comportamiento disocial, agresivo o desafiante.

G. Principios éticos y normas de derechos humanos para la notificación sobre el abuso sexual de niños o adolescentes

Los requisitos para notificar el abuso sexual de niños o adolescentes a los organismos de protección infantil (u otras autoridades pertinentes) varían entre los países, pero podrían encontrarse hasta en tres formas diferentes. En algunos entornos, es posible que exista el requisito legal de que los prestadores de atención de salud notifiquen (es decir, notificación obligatoria) los casos conocidos o presuntos de abuso sexual de niños o adolescentes a las autoridades pertinentes designadas, como la policía u organismos de protección y bienestar infantiles. En segundo lugar, puede haber un requisito normativo de informar a una persona designada por los empleadores de los prestadores de atención de salud o por un organismo de la industria. Tercero, los prestadores de atención de salud podrían estar obligados por un deber ético, ya sea derivado de una creencia personal o una norma profesional, de notificar los casos de abuso sexual de niños o adolescentes. El GED consideró que el tema de la eficacia de la notificación obligatoria del abuso sexual de niños o adolescentes está fuera del alcance de esta directriz. En cambio, se hizo hincapié en los principios orientadores y en los aspectos prácticos de lo que se debe hacer o se debe evitar para guiar a los prestadores de atención de salud con respecto a la notificación del abuso sexual de niños y adolescentes en una variedad de entornos, es decir, si existe un requisito legal o normativo o si no hay ninguna obligación formal, pero sí una responsabilidad ética de informar.

PA7: ENUNCIADO 7 DE PRÁCTICAS ADECUADAS

Si los prestadores de atención de salud tienen que cumplir con un requisito legal o normativo, o se guían por una responsabilidad ética de notificar los casos conocidos o presuntos de abuso sexual de niños o adolescentes, deben equilibrar la necesidad de tener en cuenta los mejores intereses de ese niño o adolescente y la evolución de su capacidad para tomar decisiones autónomas. Estas acciones son las siguientes:

- evaluación de las consecuencias que tendrían para la salud y la seguridad de ese niño o adolescente la notificación del abuso y adopción de medidas para promover su seguridad; es posible que se presenten situaciones en las que la notificación del abuso no favorezca los mejores intereses del niño;
- protección de la privacidad del niño o adolescente (por ejemplo, al tratar con los medios de comunicación);
- adopción de medidas para promover la salud del niño o adolescente, al suministrarle atención médica y apoyo de primera línea inmediatos;
- suministro de información a ese niño o adolescente (antes de entrevistarle u oír lo que tiene que decir sobre lo sucedido), y a sus cuidadores no abusivos, acerca de:
 - la obligación de notificar la situación;
 - los límites de la confidencialidad;
 - qué información se comunicará a otros y a quiénes;
 - lo que podría suceder a continuación, desde una perspectiva práctica y legal;
- documentación de la notificación y mantenimiento de la confidencialidad de la información documentada, con precauciones adicionales cuando el perpetrador es el cuidador que podría tener acceso al expediente del niño o adolescente;
- en los casos donde el abuso sexual fue cometido por otro niño o adolescente, derivarlos a otros servicios apropiados, ya sean de salud o de otro tipo (por ejemplo, sociales o de bienestar) según sea necesario.

Los gerentes de salud y los responsables de las políticas deben

- Conocer todo requisito legal de notificar los casos conocidos o presuntos de abuso sexual de niños o adolescentes. En las situaciones donde no hay ningún sistema en funcionamiento, de tipo legal o de bienestar y protección infantiles, que pueda actuar con respecto a un informe de abuso sexual, o si el perpetrador pertenece al sistema formal, la utilidad de la notificación obligatoria podría reducirse (207). En tales situaciones, los gerentes de los servicios de salud quizás tengan que equilibrar la necesidad de cumplir con los requisitos en materia de notificación con las consideraciones y los pasos para mitigar los daños potenciales de la notificación.
- Facilitar que los prestadores de atención de salud reciban capacitación sobre los principios orientadores para la notificación y, si deben notificar, cuándo, a quién y cómo hacerlo.
- Abordar las creencias y los valores de los prestadores de atención de salud que puedan influir desfavorablemente en sus métodos de notificación; entre estos se encuentran el estigma y los tabús culturales relacionados con el abuso sexual; las actitudes que perpetúan la desigualdad en materia de género y que culpan a las víctimas; y desaprobación de la actividad sexual consensual entre adolescentes.
- Establecer sistemas y normas para el registro y el intercambio de información que aseguren que la información sea mantenida confidencialmente; además, de asegurar que los datos pertinentes solo se intercambien con personas que necesitan conocerlos.
- Reconocer que la notificación ocurre dentro de una respuesta sistémica que incluye a los diversos actores y a los sistemas formales e informales; asimismo, se debe colaborar con diferentes organismos o instituciones, entre otros los de protección infantil y la policía, a fin de coordinar una respuesta apropiada..

Las acciones que no están en consonancia con la aplicación del principio de la evolución de las capacidades son:

- notificar la actividad sexual claramente consensual entre adolescentes (es decir, relaciones sexuales no abusivas),²⁷ a menos que la seguridad del adolescente esté en peligro;
- informar a los progenitores o los cuidadores o buscar el consentimiento de los progenitores o cuidadores, cuando los adolescentes, de acuerdo con su edad y madurez, expresan su preferencia de no incluir o notificar a sus progenitores o cuidadores, a menos que la seguridad del adolescente esté en peligro.

Resumen de la evidencia

Se llevó a cabo una revisión sistemática de la bibliografía para responder a las siguientes cuatro preguntas:

- *¿Cuáles son los valores y las preferencias de los prestadores de atención de salud o las instituciones de atención de salud que deben notificar el abuso sexual de acuerdo con la ley o la política, o que de todos modos desearían notificarlo?*

²⁷ En la Observación general número 20, párrafo 40 del Comité de los Derechos del Niño se observa que: "los Estados partes deben tener en cuenta la necesidad de mantener un equilibrio entre la protección y el desarrollo evolutivo, y que es preciso fijar una edad mínima aceptable para el consentimiento sexual. Los Estados deben evitar que se criminalice a los adolescentes de edades similares por mantener relaciones sexuales objetivamente consensuadas y sin fines de explotación".

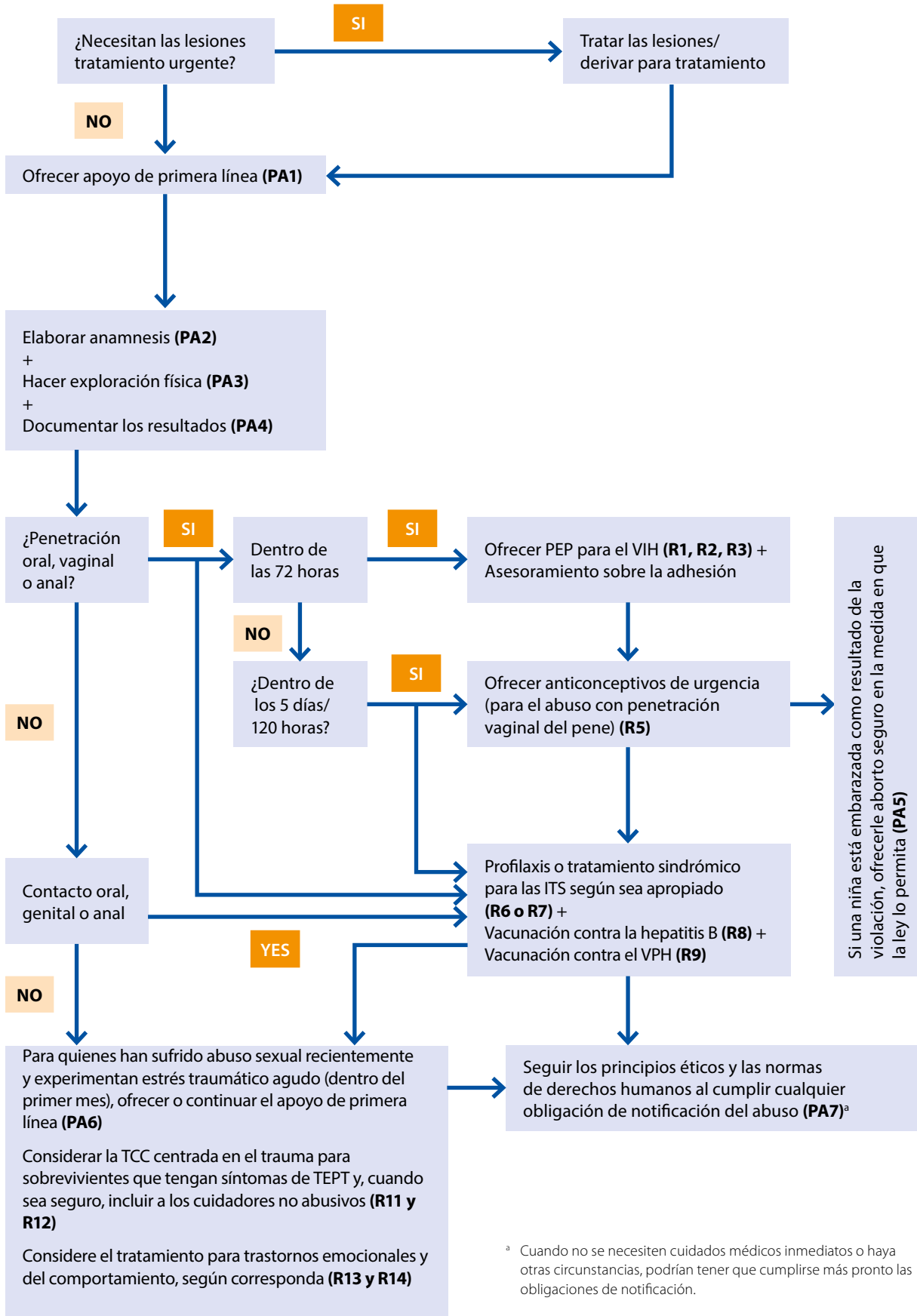
- *¿Cuáles son los valores y preferencias de los niños o adolescentes y sus cuidadores o progenitores con respecto a notificar el abuso sexual?*
- *¿De qué manera la edad del consentimiento sexual o las leyes sobre el estupro determinan los métodos adoptados por los prestadores de atención de salud y lo que es una buena práctica clínica en estas situaciones?*
- *¿Cuáles son los principios éticos, de seguridad y de derechos humanos pertinentes para guiar la práctica clínica?*

La revisión encontró un estudio cualitativo y diez cuantitativos que abordaban los valores y preferencias de los prestadores de atención de salud con respecto a la notificación del abuso sexual de niños o adolescentes y todos, excepto uno, procedían de entornos de países de ingresos altos (208–218). Con estos estudios se determinaron algunos de los factores que conducían a una probabilidad mayor de que los prestadores de atención de salud notificaran el abuso sexual de niños o adolescentes, a saber: estos profesionales consideraban el abuso sexual de niños o adolescentes como un problema grave; expresaban una intención fuerte de notificar los casos de abuso o tenían antecedentes de haberlo hecho; además, tenían una actitud firme de apoyo a la responsabilidad de notificar el abuso sexual de niños o adolescentes. Algunos de los estudios también suministraron información acerca de los obstáculos y los dilemas éticos enfrentados por los prestadores de atención de salud cuando decidían informar sobre el abuso. Por ejemplo, en un estudio se destacaba la opinión de varios profesionales de salud con respecto a su falta de capacitación y preparación adecuada para manejar las cuestiones de la notificación del abuso (208). En otro estudio se señalaba que los prestadores de atención de salud podrían tener en común con las familias algunos de los valores culturales, como las creencias acerca de la patria potestad, la integridad familiar y la privacidad, y el deseo de no perturbar las relaciones familiares (209).

Se determinó que la falta de organismos de bienestar infantil, o su ineficacia, también es un obstáculo para la notificación. Además, en dos revisiones se destacaron los obstáculos culturales que enfrentaban los niños y adolescentes si querían revelar el abuso sexual que sufrían, como el estigma y la vergüenza que repercutiría en las personas sobrevivientes y sus familias (por ejemplo, nociones de deshonor de la familia vinculadas a las niñas que pierden su virginidad o culpar a las niñas por suscitar el abuso) (219, 220). Esos obstáculos también pueden crear dilemas éticos para los prestadores de atención de salud con respecto a informar sobre el abuso si se revela o identifica. No se encontraron estudios que abordaran los valores y las preferencias de los niños, los adolescentes o sus cuidadores con respecto a la notificación del abuso; ningún estudio abordaba el tema de la edad para el consentimiento sexual en la configuración de las prácticas adoptadas por los prestadores de atención de salud con respecto a la notificación del abuso (véase el anexo 7 en la web donde se encuentra el informe completo).

Las recomendaciones y las prácticas adecuadas de la sección 4 se resumen en la figura 1, en un diagrama de flujo que ilustra las vías de la atención que los prestadores de atención de salud pueden utilizar como una guía de uso.

Figura 1. Vías de atención de los niños o adolescentes sobrevivientes del abuso sexual



5. Consideraciones acerca de la aplicación de esta directriz

Esta directriz se centra en las recomendaciones y las prácticas adecuadas para los aspectos clínicos de la atención de salud y está destinada a los prestadores de atención de salud. En el alcance no se incluyeron recomendaciones de políticas. Sin embargo, se han incluido aquí algunas consideraciones acerca de la puesta en práctica que permitirán a los profesionales de salud prestar la asistencia clínica apropiada. Dos áreas señaladas por el GED como de particular importancia son: a) facilitar la aceptación oportuna de los servicios por niños o adolescentes sobrevivientes de abuso sexual, y b) crear un entorno de prestación de servicios que sea propicio y favorable para los prestadores de atención de salud.

A. Facilitar la aceptación oportuna de los servicios

La aceptación oportuna de los servicios por quienes han sufrido abuso sexual con penetración es fundamental, a fin de proporcionar ciertos tratamientos como la profilaxis posexposición al VIH, que solo es eficaz si se administra dentro de un plazo de 72 horas después del abuso, o los anticonceptivos de urgencia si se suministran dentro de un plazo de 120 horas.

PA8: ENUNCIADO 8 DE PRÁCTICAS ADECUADAS

Los prestadores de atención de salud, incluidos los que trabajan en las comunidades, deben facilitar la aceptación oportuna de los servicios por los niños y adolescentes que han sufrido abuso sexual. Estas medidas son las siguientes:

- aumentar la conciencia del público acerca del riesgo, los signos y los síntomas, así como las consecuencias para la salud, del abuso sexual y de la necesidad de solicitar atención médica oportuna;
- asegurar la disponibilidad de una atención integral e integrada que reduzca la necesidad de acudir a distintos lugares para recibir diferentes aspectos de los servicios;
- divulgar la disponibilidad de los servicios, una vez que se hayan establecido y estén en funcionamiento, por medio de actividades conjuntas como las campañas comunitarias y en los medios de comunicación, además de las actividades de extensión; también es particularmente importante ampliar estas iniciativas a las comunidades minoritarias, indígenas o marginadas que podrían tener menos acceso y que necesitan atención adaptada a su cultura;
- colaborar con las comunidades, las personas sobrevivientes y sus familias para abordar el estigma del abuso sexual y de solicitar atención de salud mental, y para mejorar la aceptabilidad de los servicios y la confianza en los prestadores de atención de salud;
- abogar ante los responsables de las políticas y los gerentes a fin de reducir los obstáculos prácticos y de política que impiden el acceso a los servicios (por ejemplo, exigir los informes policiales como una condición para prestar servicios médicos y apoyo psicológico, o cuestiones relacionadas con los costos);
- fortalecer las derivaciones dentro y entre los servicios de salud y los servicios de otros sectores (por ejemplo, policía, protección infantil y servicios legales).

Resumen de la evidencia

Una revisión sistemática de la bibliografía encontró 17 estudios que respondían a la pregunta: “¿Cuáles son las prácticas adecuadas para suministrar información y educación acerca del abuso sexual a niños y adolescentes y sus cuidadores, a fin de aumentar la aceptación oportuna de los servicios de salud?” (54, 56, 137, 221–234). De estos, una mayoría ($n = 12$) provenían de países de ingresos altos y el resto ($n = 5$) de países de ingresos bajos y medianos. Los temas comunes pertinentes encontrados en estos estudios incluían la necesidad de mejorar los conocimientos del público acerca de los signos y los riesgos del abuso sexual y la disponibilidad de los servicios; instituir servicios coordinados; trabajar con grupos marginados de las comunidades para crear servicios culturalmente apropiados; y reducir los obstáculos a la prestación oportuna de los servicios, como la exigencia de partes policiales como un requisito para poder prestar los servicios de salud. El GED también destacó la importancia de fortalecer las derivaciones dentro de los servicios de salud y a otros servicios, entre otros, los sectores de la policía y la justicia. También resaltaban la importancia de abordar la carga doble del estigma asociado con el abuso, así como de la búsqueda de servicios de salud mental para las personas que quizá los necesiten (véase el anexo 2 en la web, donde se encuentra el informe completo).

B. Crear un entorno de prestación de servicios propicio y favorable para los prestadores de atención de salud

Para que los prestadores de atención de salud puedan prestar servicios de atención clínica de manera eficaz y aplicar las recomendaciones de esta directriz, deberán recibir apoyo mediante la capacitación, tutoría y supervisión constantes, y deberán disponer de recursos asignados a la prestación de los servicios y de protocolos estandarizados para guiarlos en su trabajo, además de contar con nexos multisectoriales fortalecidos.

PA9: ENUNCIADO 9 DE PRÁCTICAS ADECUADAS

Los gerentes de los servicios de salud y los responsables de las políticas deben crear un entorno de prestación de servicios que sea propicio y favorable para los prestadores de atención de salud mientras llevan a cabo sus tareas y cumplen con sus responsabilidades con respecto a los niños y adolescentes que han sufrido abuso sexual. Estas acciones incluyen lo siguiente:

- poner a disposición de los usuarios servicios de alta calidad y asignarles prioridad en entornos de atención de salud para niños y adolescentes que han sufrido abuso sexual;
- facilitar la capacitación, la supervisión y la tutoría constantes:
 - en la evaluación general es necesario hacer hincapié en el apoyo de primera línea centrado en el niño o adolescente y en la anamnesis o entrevista, como requisitos mínimos en los entornos de escasos recursos;
 - es necesario capacitar a todos los prestadores de salud que atienden a niños o adolescentes a fin de dotarlos de las aptitudes o competencias para evaluar, examinar y tratar el abuso sexual de una manera que sea sensible a las cuestiones de género y adaptada a las necesidades del niño o el adolescente, así como para preparar la documentación, lo que abarca la forma de interpretar los resultados de la exploración física; el cuadro exacto de los prestadores de atención de salud que se capacitarán variará según el contexto;

- la capacitación tiene que abordar las actitudes de los prestadores de atención de salud, entre otras las que perpetúan la desigualdad en materia de género, la estigmatización de los adolescentes debido a su orientación sexual o identidad de género o la culpabilización de la persona sobreviviente; también tiene que abordar la renuencia de los prestadores de atención de salud a participar en la atención y el tratamiento de los niños o adolescentes que han sufrido abuso sexual;
 - la capacitación tiene que abarcar la naturaleza de las obligaciones de los prestadores de atención de salud con respecto a la notificación del abuso sexual de niños o adolescentes (véase el **enunciado 7 de prácticas adecuadas**).
 - en condiciones ideales, es posible capacitar juntos a los equipos multidisciplinarios si se establece una delimitación clara de las funciones, responsabilidades y expectativas de cada uno;
 - para que la capacitación sea sostenible, deberá integrarse en programas de estudios anteriores al servicio y durante el servicio para médicos, enfermeras, parteras, así como en la educación de otros prestadores de servicios de salud e incluir a los organismos profesionales pertinentes;
- atender las necesidades a fin de contar con personal suficiente, haciendo hincapié en la retención de personal capacitado, así como en la infraestructura, los suministros y los recursos financieros adecuados, incluido el presupuesto, para apoyar la prestación oportuna de los servicios;
 - brindar apoyo a los prestadores de atención de salud que brindan servicios a niños y adolescentes que han sufrido abuso sexual y que podrían ser convocados a presentar evidencia ante un tribunal; asimismo, es importante ofrecer un ambiente de trabajo que prevenga el agotamiento y brinde apoyo para hacer frente al agotamiento y a los traumas indirectos, lo que puede lograrse si se cuenta con especialistas en abuso sexual y en evaluación médica, para dar asesoramiento y reducir el aislamiento profesional; en algunos entornos, esta clase de apoyo profesional se ha facilitado en línea, con el apoyo de pares o mediante una línea telefónica de ayuda para profesionales, además de sistemas de salud móvil (*mHealth*);
 - fortalecer las derivaciones y la vinculación con otros servicios aliados pueden facilitar un enfoque multidisciplinario y multisectorial, además de mejorar el acceso a la atención integral;
 - elaborar protocolos o crear vías de atención clínica que puedan ser herramientas o guías de uso útiles para los prestadores en la prestación sistemática de la atención;
 - emprender actividades de seguimiento y evaluación de la prestación de servicios, incluido el suministro de herramientas de recopilación de datos desglosados por edad.

Resumen de la evidencia

La revisión sistemática de la bibliografía encontró 43 estudios que abordaban la pregunta: “¿Qué estrategias permiten crear sistemas de salud propicios o favorables para que los prestadores de atención de salud brinden sus servicios a niños y adolescentes que han sido, o podrían haber sido, objeto de abuso sexual?”. De esos estudios, una mayoría provenía de países de ingresos altos (n = 35) (47, 48, 56, 58, 59, 61, 62, 67, 104, 105, 107, 223, 227, 235–264). Algunos de los temas más pertinentes encontrados fueron: impartir capacitación constante y de alta calidad al personal de salud, en particular acerca de la exploración física, la interpretación

de los resultados y la documentación; contar con expertos en abuso sexual; asegurar la dotación de personal, los suministros y el financiamiento de los establecimientos; crear equipos de atención multidisciplinarios y coordinados; establecer protocolos para el manejo del abuso; y brindar apoyo a los prestadores de atención que podrían sufrir agotamiento. El GED destacó varios puntos más acerca de la capacitación de los prestadores de atención de salud que comprendían la importancia de abordar las actitudes, las aptitudes y las competencias; mejoramiento de la sostenibilidad de la capacitación mediante su integración en los programas de capacitación antes y durante el servicio; además de ayudarlos a cumplir cualquier obligación con respecto a la notificación del abuso. También se plantearon los temas del seguimiento y la evaluación y del suministro de herramientas para evaluar la calidad de los servicios prestados, lo que comprende la recopilación de datos desglosados por la edad (véase el anexo 2 de la web donde figura el informe completo).

6. Consecuencias de la investigación

En el proceso de elaboración de esta directriz se detectaron algunas lagunas considerables en el conocimiento que deben abordarse mediante la investigación. Sin embargo, este proceso no representa una evaluación integral de las lagunas en la investigación. Todas las nuevas recomendaciones formuladas para esta directriz se fundamentan en evidencia que se ha clasificado como de calidad “muy baja” o “baja”, lo que muestra la necesidad de emprender otras investigaciones. En algunas áreas (por ejemplo, las ITS), no se encontró evidencia directa sobre las intervenciones evaluadas. En consecuencia, fue necesario utilizar evidencia indirecta en forma de estudios descriptivos o de informes de casos. La mayor parte de la evidencia proviene de un grupo de países de ingresos altos, y los países de ingresos bajos y medianos están subrepresentados. También se observaron brechas en:

- los conocimientos acerca de la prevalencia del abuso sexual de niños y adolescentes en muchas regiones, lo que comprende los factores de riesgo y de protección, así como los comportamientos de búsqueda de ayuda;
- la información acerca de las repercusiones a largo plazo del abuso sexual de niños y adolescentes, lo que incluye las necesidades de servicios de salud a largo plazo; estas necesidades no se entienden por lo que se necesitan estudios longitudinales;
- la comprensión de las necesidades diferentes en cuanto a los servicios o la atención, los obstáculos que se encuentran y las repercusiones que tienen las intervenciones en niñas y niños, en diferentes grupos etarios y en los que se enfrentan a discriminación (por ejemplo, basada en el sexo, la raza, la etnicidad, la religión, la orientación sexual o identidad de género, la discapacidad o la situación socioeconómica). La evidencia disponible era mucho menor para los niños y adolescentes LGBTI, en comparación con las niñas. Este tipo de información ayudaría a mejorar el acceso a los servicios y a adaptar las intervenciones.

Para cada una de las áreas consideradas en esta directriz, los temas que necesitan más investigación se presentan bajo los siguientes títulos.

A. Atención de salud y apoyo de primera línea centrados en el niño, niña o adolescente

- Analizar de qué manera las estrategias de apoyo de primera línea pueden tener en cuenta las diferentes necesidades y experiencias de los niños y adolescentes de grupos diferentes que podrían estar expuestos a la discriminación (como se indica en el punto anterior).

B. Anamnesis, exploración física y documentación de los resultados

- Determinar cómo pueden mejorarse los métodos o las prácticas que promueven las técnicas de entrevista, exploración física y documentación, sensibles y centradas en el niño o adolescente; además, cómo lograr contrarrestar las prácticas nocivas (por ejemplo, prueba de dos dedos para la virginidad) o inadecuadas.

C. Tratamiento profiláctico posexposición al VIH y adhesión al mismo

- Determinar cómo puede mejorarse el asesoramiento y el apoyo a la adhesión y evaluar su eficacia en los niños y adolescentes sobrevivientes del abuso sexual.

- Efectuar investigaciones para comprender los obstáculos a la adhesión al tratamiento profiláctico luego de la exposición en las personas sobrevivientes de agresión sexual, en especial en niños y adolescentes.

D. Tratamiento profiláctico posexposición para las infecciones de transmisión sexual curables y prevenibles mediante la vacunación

- Hacer pruebas sistemáticas de laboratorio cuando se receta el tratamiento profiláctico para las ITS, a fin de detectar las ITS en niños y adolescentes que han sufrido abuso sexual y que son asintomáticos.
- Mejorar la recopilación de datos sobre las tasas de ITS en niños y adolescentes de los países de ingresos bajos y medianos que estuvieron expuestos al abuso sexual.

E. Intervenciones de salud psicológica y mental a corto y largo plazo

- Determinar y evaluar cuáles intervenciones de salud psicológica y mental pueden ejecutarse en los entornos de escasos recursos, ya que la mayor parte de la evidencia se fundamenta en intervenciones en entornos de altos recursos y en intervenciones que exigen muchos recursos.
- Evaluar la adaptabilidad y la manera de ampliar a mayor escala aquellas intervenciones de salud psicológica y mental que han mostrado su eficacia en una escala pequeña, en particular en los entornos de escasos recursos.

F. Principios éticos y normas de derechos humanos para la notificación del abuso sexual de niños o adolescentes

- Recopilar información acerca de los valores y las preferencias de niños y adolescentes y sus progenitores o cuidadores acerca de la notificación del abuso sexual.
- Realizar investigación acerca de las ventajas y los inconvenientes de la notificación obligatoria del abuso sexual de niños y adolescentes, así como de la ausencia de notificación.
- Realizar investigación acerca de la eficacia de las prácticas de notificación obligatoria.
- Empezar revisiones de las políticas con respecto a la repercusión que tienen los requisitos de disponer de un parte policial para poder prestar atención a las personas sobrevivientes.
- Realizar investigación acerca de la repercusión de las leyes sobre el estupro o la edad del consentimiento sexual en las prácticas de notificación adoptadas por los prestadores de atención de salud y acerca de la manera en que estas leyes inciden en el acceso a los servicios de salud de niños y adolescentes expuestos al abuso sexual.

G. Consideraciones acerca de la aplicación

Facilitar la aceptación oportuna de los servicios

- Efectuar evaluaciones de las estrategias, en especial en países de ingresos bajos y medianos, a fin de aumentar la aceptación oportuna de los servicios. Aunque la bibliografía indica que sencillamente por medio de la atención integral podría aumentar la aceptación, es necesaria la investigación para estudiar esta asociación.
- Realizar investigación para comprender mejor quién tiene acceso a los servicios, cómo se enteran los posibles usuarios de la existencia de los servicios y que comunidades se están dejando fuera.

- Evaluar diferentes modelos de atención y prestación de servicios, a fin de determinar cómo pueden mejorarse la captación y el acceso.

Creación de un entorno propicio y favorable para la prestación de servicios por los prestadores de atención de salud

- Evaluar diferentes modalidades de capacitación y su eficacia.
- Determinar de qué manera las innovaciones, como ofrecer acceso a los expertos mediante sistemas en línea, pueden contribuir al fortalecimiento de la capacidad de los prestadores de atención de salud.
- Evaluar la manera de promover el bienestar de los prestadores de atención de salud y evitar su agotamiento y el trauma indirecto cuando se ocupan de estos pacientes.
- Evaluar la manera de fortalecer la prestación de los servicios tanto en el sector privado como en el público.
- Determinar la manera de fortalecer la coordinación intersectorial mediante la colaboración con otros sectores (por ejemplo, bienestar y protección infantiles, educación) y mejorar las opciones y los resultados para niños y adolescentes que se derivan a otros servicios.
- Documentar y evaluar las prácticas sobre el terreno de los ejecutores del programa que podrían aportar enseñanzas valiosas acerca de la prestación de los servicios.

7. Difusión, aplicación, seguimiento y evaluación

La difusión y la aplicación de esta directriz se fundamentarán en la labor dedicada a la difusión y la aplicación de las directrices de la OMS para responder a la violencia de pareja y la violencia sexual contra la mujer (2013) (39). Las directrices relativas a las mujeres se han divulgado ampliamente por medio de varios talleres regionales de difusión en países del este y el sur de África, de la región Asia-Pacífico, del Oriente Medio, de África del Norte y del Caribe. Varios países han utilizado las directrices del 2013 para actualizar sus directrices o protocolos nacionales, y han solicitado orientación a fin de abordar el abuso sexual de niños y adolescentes, lo que representa un punto de acceso para difundir y aplicar esta directriz.

Se utilizará además un marco formal que va desde el conocimiento hasta la acción para difundir la directriz destinada a responder a los niños y adolescentes que han sido objeto de abuso sexual. Esta directriz se difundirá a través de una red amplia de asociados, entre ellos los ministerios de salud; otros organismos de las Naciones Unidas (por ejemplo, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], el Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA]); organizaciones no gubernamentales; iniciativas mundiales para combatir la violencia contra la mujer (por ejemplo, el conjunto de servicios esenciales para mujeres y niñas que sufren violencia) y sobre la violencia contra los niños (por ejemplo, Together for Girls, Alianza Mundial para Prevenir la Violencia contra los Niños, la iniciativa DREAMS de PEPFAR y la iniciativa catalítica a favor de las mujeres jóvenes y las adolescentes, del Fondo Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria), así como las relacionadas con la salud de los adolescentes y la salud reproductiva (por ejemplo, adopción de las mejores prácticas de planificación familiar y salud reproductiva, "The IBP Initiative"); asociaciones profesionales; y centros colaboradores de la OMS. También se publicará en la Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS y se difundirá en los seminarios por internet, así como en las conferencias pertinentes.

Con el objeto de facilitar la aceptación de esta directriz, se elaborarán productos derivados, como una actualización del manual clínico para responder ante la violencia de pareja y la violencia sexual contra la mujer (265), que incluirá consideraciones específicas para niños y adolescentes que han sido objeto de abuso sexual. Las recomendaciones que figuran en esta directriz también se incluirán en las directrices consolidadas para responder al maltrato infantil (es decir, hacer frente al maltrato físico, al abuso emocional y al descuido), que está elaborando el Departamento de la OMS para el Manejo de las Enfermedades no Transmisibles, la Discapacidad, la Violencia y la Prevención de Lesiones.

Para la aplicación de esta directriz se adoptará un marco sistemático y formal desde el conocimiento a la acción, que incluye los siguientes pasos:

- presentación de la directriz a los interesados directos de los países mediante un proceso participativo y guiado por el consenso, que abarca la determinación de si las guías o protocolos nacionales existentes deben actualizarse o si deben elaborarse nuevas directrices;
- adaptación de la directriz al contexto, de acuerdo con los aportes de los interesados directos nacionales para que pueda satisfacer las necesidades del país y tener en cuenta los recursos disponibles, tanto humanos como financieros, la organización del sistema de salud, las leyes y políticas nacionales, la orientación clínica, así como los factores culturales y sociales. Es importante que el proceso de adaptación y todo cambio que se haga, incluso

a aquellas recomendaciones que son condicionales, sea explícito y efectuado de manera transparente;

- utilización de directrices nacionales actualizadas o adaptadas para capacitar a los prestadores de atención de salud en los sitios seleccionados;
- seguimiento para determinar si el conocimiento y las aptitudes de los prestadores de atención de salud han mejorado y documentar las enseñanzas extraídas y los obstáculos enfrentados;
- sobre la base de las enseñanzas extraídas, determinar con los interesados directos nacionales cómo divulgar todavía más la directriz; es importante que mediante este proceso se detecten y eliminen los obstáculos que entorpecen la creación de un entorno favorable para que los prestadores de atención de salud puedan prestar servicios de atención clínica.

El objetivo de ese proceso es asegurar un enfoque sistemático para facilitar la aceptación y ampliar a mayor escala las directrices, además de establecer las enseñanzas que pueden aplicarse en otros entornos. El seguimiento y la evaluación del proceso de aplicación son componentes fundamentales para garantizar no solo que los prestadores de atención de salud estén mejorando sus conocimientos y aptitudes sino también que el sistema de salud está ofreciendo atención de calidad a los niños y los adolescentes que sufren el abuso. La información puede recopilarse mediante evaluaciones periódicas de la prestación de los servicios, lo que abarcará la evaluación de cómo los niños y los adolescentes experimentan la atención que reciben y si ha mejorado la aceptación oportuna de los servicios con el transcurso del tiempo. En lo posible, los indicadores que van a notificarse a nivel internacional (266) se basarán en los indicadores existentes acordados, que son:

- número de países que han formulado o actualizado sus directrices, protocolos o procedimientos normalizados de trabajo nacionales para la respuesta del sistema de salud ante la violencia de pareja, la violencia sexual o el maltrato infantil, compatibles con las normas internacionales de derechos humanos y las directrices de la OMS;
- número de países que prestan atención integral luego de una violación en un establecimiento o departamento médico en cada unidad territorial o administrativa, compatible con las directrices de la OMS.

8. Actualización de la directriz

Esta directriz se actualizará en un plazo de 7 a 10 años o cuando se haya encontrado nueva evidencia que refleje la necesidad de modificar alguna recomendación. Siempre que sea posible, para decidir la fecha de las actualizaciones también se considerará toda oportunidad de elaborar directrices consolidadas para niños y adolescentes y la respuesta ante la violencia. La OMS acepta sugerencias con respecto a otros temas que podrían agregarse a las directrices futuras. Sírvase enviarlas por correo electrónico a: reproductivehealth@who.int.

Referencias

1. Salud para los adolescentes del mundo: Una segunda oportunidad en la segunda década. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014 (http://apps.who.int/adolescent/second-decade/files/WHO_FWC_MCA_14.05_spa.pdf?ua=1&ua=1, consultado el 13 de septiembre del 2017).
2. Convención de los derechos del niño. Nueva York: Naciones Unidas; 1989. (<http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx>, consultado el 13 de septiembre del 2017).
3. Report of the Consultation on Child Abuse Prevention, WHO, Geneva, 29–31 March 1999. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1999 (WHO/HSC/PVI/99.1; (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/65900/1/WHO_HSC_PVI_99.1.pdf, consultado el 13 de septiembre del 2017).
4. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2003 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42788/1/924154628X.pdf>, consultado el 13 de septiembre del 2017).
5. Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Versión 2.0, 2016. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 (<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34071/978927531957-spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y>, consultado el 13 de septiembre del 2017).
6. National Collaborating Centre for Mental Health. Post-traumatic stress disorder: the management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. Londres: Royal College of Psychiatrists; 5.
7. Bisson J, Andrew M. Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev.* 2005;(2):CD003388.
8. Cohen JA, Mannarino AP, Deblinger E. Child and parent trauma-focused cognitive behavioural therapy manual. Filadelfia: Drexel University, College of Medicine; 2001.
9. International Rescue Committee, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Caring for child survivors of sexual abuse: guidelines for health and psychosocial service providers in humanitarian settings. Nueva York: International Rescue Committee; 2012 (https://www.unicef.org/pacificislands/IRC_CCSGuide_FullGuide_lowres.pdf, consultado el 13 de septiembre del 2017).
10. Primera ayuda psicológica: Guía para trabajadores de campo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2011 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44837/1/9789243548203_spa.pdf, consultado el 13 de septiembre del 2017).
11. Gender mainstreaming for health managers: a practical approach. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2011 (http://www.who.int/gender-equity-rights/knowledge/health_managers_guide/en/, consultado el 13 de septiembre del 2017).
12. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2003 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112670/1/9275315884_spa.pdf, consultado el 4 de octubre del 2017).
13. Stoltenborgh M, van Ijzendoorn MH, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ. A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreat.* 2011;16(2):79–101. doi:0.1177/1077559511403920.
14. Barth J, Bermetz L, Heim E, Trelle S, Tonia T. The current prevalence of child sexual abuse worldwide: a systematic review and meta-analysis. *Int J Public Health.* 2013;58(3):469–83. doi:10.1007/s00038-012-0426-1.
15. Sumner S, Mercy JA, Saul J, Motsa-Nzuza N, Kwesigabo G, Buluma R et al. Prevalence of sexual

- violence against children and use of social services – seven countries, 2007-2013. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2015;64(21):565–9.
16. Policy brief: Zambia health and wellbeing survey (H-well). Lusaka: Gobierno de Zambia; 2014 (<http://www.togetherforgirls.org/wp-content/uploads/2017/10/PS.HWELL-Zambia-Data-Brief.pdf>, consultado el 13 de septiembre del 2017).
 17. Violence against children survey in Lao PDR: preliminary report. Vientiane: Oficina de estadísticas de Lao; 2016 (https://www.unicef.org/laos/VAC_preliminary_report_ENG_FINAL_-_30_May_2016.pdf, consultado el 13 de septiembre del 2017).
 18. Finkelhor D, Shattuck A, Turner HA, Hamby SL. The lifetime prevalence of child sexual abuse and sexual assault assessed in late adolescence. *J Adolesc Health.* 2014;55(3):329–33. doi:10.1016/j.jadohealth.2013.12.026.
 19. Maniglio R. The impact of child sexual abuse on health: a systematic review of reviews. *Clin Psychol Rev.* 2009;29(7):647–57. doi:10.1016/j.cpr.2009.08.003.
 20. Berkowitz CD. Medical consequences of child sexual abuse. *Child Abuse Negl.* 1998;22(6):541–50; discussion 551–4.
 21. Reading R, Rannan-Eliya Y. Evidence for sexual transmission of genital herpes in children. *Arch Dis Child.* 2007;92(7):608–13.
 22. Keke X. HIV prevalence in children who have been sexually assaulted and the impact on the child and family. In: 14th International Congress on Child Abuse and Neglect, International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect, 7–10 July 2002, Denver, United States of America.
 23. Lindegren ML, Hanson IC, Hammett TA, Beil J, Fleming PL, Ward JW. Sexual abuse of children: intersection with the HIV epidemic. *Pediatrics.* 1998;102(4):e46.
 24. Zierler S, Feingold L, Laufer D, Velentgas P, Kantrowitz-Gordon I, Mayer K. Adult survivors of childhood sexual abuse and subsequent risk of HIV infection. *Am J Public Health.* 1991;81(5): 572–5.
 25. Richter L, Komárek A, Desmond C, Celentano D, Morin S, Sweat M, Chariyalertsak S et al. Reported physical and sexual abuse in childhood and adult HIV risk behaviour in three African countries: findings from Project Accept (HPTN-043). *AIDS Behav.* 2014;18(2):381–9. doi:10.1007/s10461-013-0439-7.
 26. Senn TE, Carey MP, Venable PA. Childhood and adolescent sexual abuse and subsequent sexual risk behavior: evidence from controlled studies, methodological critique, and suggestions for research. *Clin Psychol Rev.* 2008;28(5):711–35.
 27. Jones DJ, Lewis T, Litrownik A, Thompson R, Proctor LJ, Isbell P et al., Linking childhood sexual abuse and early adolescent risk behavior: the intervening role of internalizing and externalizing problems. *J Abnorm Child Psychol.* 2013;41(1):139–50. doi:10.1007/s10802–012–9656–1.
 28. Chen LP, Murad MH, Paras ML, Colbenson KM, Sattler AL, Goranson EN et al., Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: systematic review and meta-analysis. *Mayo Clin Proc.* 2010;85(7):618–29. doi:10.4065/mcp.2009.0583.
 29. Banyard VL, Williams, LM, Siegel JA. The long-term mental health consequences of child sexual abuse: an exploratory study of the impact of multiple traumas in a sample of women. *J Trauma Stress.* 2001;14(4):697–715.
 30. Bonomi AE, Anderson ML, Rivara FP, Cannon EA, Fishman PA, Carrell D et al. Health care utilization and costs associated with childhood abuse. *J Gen Intern Med.* 2008;23(3):294–9. doi:10.1007/s11606-008-0516-1.
 31. Edwards VJ, Freyd JJ, Dube SR, Anda RF, Felitti VJ. Health outcomes by closeness of sexual abuse perpetrator: a test of betrayal trauma theory. *J Aggress Maltreat Trauma.* 2012;21(2):133–48. doi:10.1080/10926771.2012.648100.
 32. Trickett PK, Noll JG, Putnam FW. The impact of sexual abuse on female development: lessons from a multigenerational, longitudinal research study. *Dev Psychopathol.* 2011;23(2):453–76. doi:10.1017/S0954579411000174.

33. Dube SR, Anda RF, Whitfield CL, Brown DW, Felitti VJ, Dong M et al. Long-term consequences of childhood sexual abuse by gender of victim. *Am J Prev Med.* 2005;28(5):430–8.
34. Violence against children in Kenya: findings from a 2010 national survey. Summary findings and response plan 2013–2018. Nairobi: UNICEF Kenya; 2012 (<http://www.labour.go.ke/resources/category/22-field-servies-section.html?download=159:vac-study-response-plan-2013%E2%80%932018>, consultado el 13 de septiembre del 2017).
35. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Departamento de Servicios Humanos y de Salud de Estados Unidos, PEPFAR, República de Haití, Together for Girls, Interuniversity Institute for Research and Development. Violence against children in Haiti: findings from a national survey 2012. Nueva York: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades; 2014 (<https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/violence-haiti.pdf>, consultado el 13 de septiembre del 2017).
36. Finkelhor D, Ormrod R, Turner H, Hamby S. School, police, and medical authority involvement with children who have experienced victimization. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2011;165(1):9–15. doi:10.1001/archpediatrics.2010.240.
37. Akinlusi FM, Rabiou KA, Olawepo TA, Adewunmi AA, Ottun TA, Akinola OI. Sexual assault in Lagos, Nigeria: a five year retrospective review. *BMC Women’s Health.* 2014;14(1):115. doi:10.1186/1472-38.6874-14-115.
38. Golan A, Dish-Galitzky M, Barda J, Lurie S. The care of sexual assault victims: the first regional center in Israel – 10 years experience. *Isr Med Assoc.* 2012;14(11):658–61.
39. Respuesta a la violencia de pareja y a la violencia sexual contra las mujeres. Directrices de la OMS para la práctica clínica y las políticas. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud; 2014 (http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7705/WHORHR13_10_esp.pdf?ua=1, consultado el 13 de septiembre del 2017).
40. Manual de la OMS para la elaboración de directrices, segunda edición. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (https://www.who.int/publications/guidelines/WHO_hb_for_guideline_development_2ed_Spanish.pdf?ua=1, consultado el 13 de septiembre del 2017).
41. GRADE working group (<http://www.gradeworkinggroup.org/>, consultado el 13 de septiembre del 2017).
42. Organización Mundial de la Salud. Declaration of interests for WHO experts – forms for submission (<http://www.who.int/about/declaration-of-interests/en/>, consultado el 13 de septiembre del 2017).
43. PRISMA: transparent reporting of systematic reviews and meta-analyses (<http://prisma-statement.org/PRISMAStatement/Default.aspx>, accessed 13 September 2017).
44. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Nueva York: Naciones Unidas; 1979 (<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.htm>, consultado el 13 de septiembre del 2017).
45. Moore L, Kirk S. A literature review of children’s and young people’s participation in decisions relating to health care. *J Clin Nurs.* 2010;19(15–16):2215–25. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.03161.x.
46. Campbell R, Greeson MR, Fehler-Cabral G. With care and compassion: adolescent sexual assault victims’ experiences in sexual assault nurse examiner programs. *J Forensic Nurs.* 2013;9(2):68–75. doi:10.1097/JFN.0b013e31828badfa.
47. Establishing a comprehensive health sector response to sexual assault. Mumbai: Centre for Enquiry into Health and Allied Themes; 2012 (<http://www.cehat.org/go/uploads/Publications/R87%20Establishing%20a%20Comprehensive%20Health%20Sector%20Response%20to%20Sexual%20Assault.pdf>, consultado el 13 de septiembre del 2017).
48. Cangwa MC, Pather MK. The management of sexual assault victims at Odi District Hospital in the North West Province: how can the quality of hospital care be improved? *S Afr Fam Pract.* 2008;50(6):45. doi:10.1080/20786204.2008.10873783/.
49. Chung CY, Chan GLTL, Yeung SKSL, Fu LS. A review on multi-disciplinary intervention by child protection professionals in child sexual abuse cases in Hong Kong. *Asian Pac J Soc Work.* 2002;12(1):97–111. doi:10.1080/21650993.2002.9755890.

50. Collings SJ. Professional services for child rape survivors: a child-centred perspective on helpful and harmful experiences. *J Child Adolesc Ment Health*. 2011;23(1):5–15. doi:10.2989/17280583.2011.594244.
51. Davies E, Seymour F. Medical evaluations in cases of suspected child sexual abuse: Referrals and perceptions. *N Z Med J*. 2001;114(1136):334–5.
52. Davies E, Seymour F, Read J. Children's and primary caretakers' perceptions of the sexual abuse investigation process: a New Zealand example. *J Child Sex Abus*. 2001;9(2):41–56. doi:10.1300/J070v09n02_03.
53. Denis C, Seyller M, Chariot P. Expectations and perceptions of care among victims of sexual assault who first seek care from emergency, primary care and gynaecological doctors. *Emerg Med J*. 2016;33(2):134–8. doi:10.1136/emermed-2015-204655.
54. Du Mont J, Macdonald S, White M, Turner L, White D, Kaplan S, Smith T. Client satisfaction with nursing-led sexual assault and domestic violence services in Ontario. *J Forensic Nurs*. 2014;10(3):122–34. doi:10.1097/JFN.0000000000000035.
55. Du Mont J, Macdonald S, Kosa D, Smith T. Non-offending guardian assessment of hospital-based sexual abuse/assault services for children. *J Forensic Nurs*. 2016;12(1):35–8. doi:10.1097/JFN.0000000000000101.
56. Funston L. Aboriginal and Torres Strait islander worldviews and cultural safety transforming sexual assault service provision for children and young people. *Int J Environ Res Public Health*. 2013;10(9):3818–33. doi:10.3390/ijerph10093818.
57. Girardet R, Giacobbe L, Bolton K, Lahoti S, McNeese M. Unmet health care needs among children evaluated for sexual assault. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2006;160(1):70–3.
58. Jones LM, Cross TP, Walsh WA, Simone M. Do children's advocacy centers improve families' experiences of child sexual abuse investigations? *Child Abuse Negl*. 2007;31(10):1069–85.
59. Jones LM, Atoro KE, Walsh WA, Cross TP, Shadoin AL, Magnuson S. Nonoffending caregiver and youth experiences with child sexual abuse investigations. *J Interpers Violence*. 2010;25(2):291–314. doi:10.1177/0886260509334394.
60. Palusci VJ, Cox EO, Shatz EM, Schultze JM. Urgent medical assessment after child sexual abuse. *Child Abuse Negl*. 2006;30(4): 367–80.
61. Pillai M. An evaluation of 'confirmatory' medical opinion given to English courts in 14 cases of alleged child sexual abuse. *J Forensic Leg Med*. 2007;14(8): 503–14.
62. Röhrs S. I feel for rape survivors, but I don't have the time. I'm always running. Barriers to accessing post-rape health care in South Africa. Ciudad del Cabo: Universidad de Ciudad del Cabo, Unidad de Investigación sobre Género, Salud y Justicia; 2014 (<http://genderlinks.org.za/gmdc/research/i-feel-for-rape-survivors-but-i-dont-have-the-time-im-always-running-barriers-to-accessing-post-rape-health-care-in-south-africa-2014-02-03/>, consultado el 13 de septiembre del 2017).
63. Rosenthal S, Feiring C, Taska L. Emotional support and adjustment over a year's time following sexual abuse discovery. *Child Abuse Negl*. 2003;27(6):641–61.
64. Runyon MK, Spandorfer ED, Schroeder CM. Cognitions and distress in caregivers after their child's sexual abuse disclosure. *J Child Sex Abus*. 2014;23(2):146–59. doi:10.1080/10538712.2014.869291.
65. Sowmya BT, Seshadri SP, Srinath S, Girimaji S, Sagar JV. Clinical characteristics of children presenting with history of sexual abuse to a tertiary care centre in India. *Asian J Psychiatry*. 2016;19: 44–9. doi:10.1016/j.ajp.2015.12.007.
66. Watkeys JM, Price LD, Upton PM, Maddocks A. The timing of medical examination following an allegation of sexual abuse: is this an emergency? *Arch Disease Child*. 2008;93(10): 851–6. doi:10.1136/ad.2007.123604.
67. Wangamati CK, Combs Thorsen V, Gele AA, Sundby J. Postrape care services to minors in Kenya: are the services healing or hurting survivors? *Int J Womens Health*. 2016;8:249–9. doi:10.2147/IJWH.S108316.

68. Organización Mundial de la Salud, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Strengthening the medico-legal response to sexual violence. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/197498/1/WHO_RHR_15.24_eng.pdf?ua=1, consultado el 13 de septiembre del 2017).
69. Ahern EC, Hershkowitz I, Lamb ME, Blasbalg U, Winstanley A. Support and reluctance in the pre-substantive phase of alleged child abuse victim investigative interviews: revised versus standard NICHD protocols. *Behav Sci Law*. 2014;32(6):762–74. doi:10.1002/bsl.2149.
70. Anderson GD, Anderson JN, Gilgun JF. The influence of narrative practice techniques on child behaviors in forensic interviews. *J Child Sex Abus*. 2014;23(6):615–34. doi:10.1080/10538712.2014.932878.
71. Anderson GD. The continuum of disclosure: exploring factors predicting tentative disclosure of child sexual abuse allegations during forensic interviews and the implications for practice, policy, and future research. *J Child Sex Abus*. 2016;25(4):382–402. doi:10.1080/10538712.2016.1153559.
72. Andrews SJ, Lamb ME. The effects of age and delay on responses to repeated questions in forensic interviews with children alleging sexual abuse. *Law Hum Behav*. 2014;38(2):171–80. doi:10.1037/lhb0000064.
73. Azzopardi C, Madigan S, Kirkland-Burke M. Sexual abuse forensic evaluation with young children: program outcomes and predictors of disclosure. *J Child Custody*. 2014;11(4):304–24. doi:10.1080/15379418.2014.988901.
74. Castelli P, Goodman GS. Children’s perceived emotional behavior at disclosure and prosecutors’ evaluations. *Child Abuse Negl*. 2014;38(9):1521–32. doi:10.1016/j.chiabu.2014.02.010.
75. Fontes LA, Tishelman AC. Language competence in forensic interviews for suspected child sexual abuse. *Child Abuse Negl*. 2016;58:51–62. doi:10.1016/j.chiabu.2016.06.014.
76. Hershkowitz I, Orbach Y, Lamb ME, Sternberg KJ, Horowitz D. Dynamics of forensic interviews with suspected abuse victims who do not disclose abuse. *Child Abuse Negl*. 2006;30(7):753–69.
77. Hershkowitz I. Socioemotional factors in child sexual abuse investigations. *Child Maltreat*. 2009;14(2):172–81. doi:10.1177/1077559508326224.
78. Katz C, Barnett Z, Hershkowitz I. The effect of drawing on children’s experiences of investigations following alleged child abuse. *Child Abuse Negl*. 2014;38(5):858–67. doi:10.1016/j.chiabu.2014.01.003.
79. Katz C. ‘Stand by me’: the effect of emotional support on children’s testimonies. *Br J Soc Work*. 2015;45(1):349–62. doi:10.1093/bjsw/bct137.
80. Krause-Parello CA, Gulick EE. Forensic interviews for child sexual abuse allegations: an investigation into the effects of animal-assisted intervention on stress biomarkers. *J Child Sexual Abuse*. 2015;24(8):873–86. doi:10.1080/10538712.2015.1088916.
81. Lewy J, Cyr M, Dion J. Impact of interviewers’ supportive comments and children’s reluctance to cooperate during sexual abuse disclosure. *Child Abuse Negl*. 2015;43:112–22. doi:10.1016/j.chiabu.2015.03.002.
82. Sayfan L, Mitchell EB, Goodman GS, Eisen ML, Qin J. Children’s expressed emotions when disclosing maltreatment. *Child Abuse Negl*. 2008;32(11):1026–36. doi:10.1016/j.chiabu.2008.03.004.
83. Teoh YS, Lamb M. Interviewer demeanor in forensic interviews of children. *Psychol Crime Law*. 2013;19(2):145–59. doi:10.1080/1068316X.2011.614610.
84. Olson RM, García-Moreno C. Virginity testing: a systematic review. *Reprod Health*. 2017;14(1):61. doi:10.1186/s12978-017-0319-0.
85. Berenson AB, Wiemann CM, Rickert VI. Use of video eyeglasses to decrease anxiety among children undergoing genital examinations. *Am J Obstet Gynecol*. 1998;178(6):1341–5.
86. Duncan MKW, Sanger M. Coping with the pediatric anogenital exam. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*. 2004;17(3):126–35.
87. Gulla K, Fenheim GE, Myhre AK, Lydersen S. Non-abused preschool children’s perception of an anogenital examination. *Child Abuse Negl*. 2007;31(8):885–94.

88. Gully KJ, Hansen K, Britton H, Langley M, McBride KK. The child sexual abuse experience and the child sexual abused medical examination: knowing what correlations exist. *J Child Sex Abus.* 2000;9(1):15–27. doi:10.1300/J070v09n01_02.
89. Hornor G, Scribano P, Curran S, Stevens J. Emotional response to the ano-genital examination of suspected sexual abuse. *J Forensic Nurs.* 2009;5(3):124–30. doi:10.1111/j.1939-3938.2009.01045.x.
90. Lynch L, Faust J. Reduction of distress in children undergoing sexual abuse medical examination. *J Pediatr.* 1998;133(2):296–9.
91. Marks S, Lamb R, Tzioumi D. Do no more harm: the psychological stress of the medical examination for alleged child sexual abuse. *J Paediatr Child Health.* 2009;45(3):125–32.
92. Mears CJ, Heflin AH, Finkel MA, Deblinger E, Steer RA. Adolescents' responses to sexual abuse evaluation including the use of video colposcopy. *J Adolesc Health.* 2003;33(1):18–24.
93. Ofir S, Tener D, Lev-Wiesel R, On A, Lang-Franco N. The therapy beneath the fun: Medical clowning during invasive examinations on children. *Clin Pediatr (Phila).* 2016;55(1):56–65. doi:10.1177/0009922815598143.
94. Palusci VJ, Cyrus TA. Reaction to videocolposcopy in the assessment of child sexual abuse. *Child Abuse Negl.* 2001;25(11):1535–46.
95. Rheingold AA, Danielson CK, Davidson TM, Self-Brown S, Resnick H. Video intervention for child and caregiver distress related to the child sexual abuse medical examination: a randomized controlled pilot study. *J Child Family Stud.* 2013;22(3):386–97. doi:10.1007/s10826-012-9591-3.
96. Rheingold AA, Davidson TM, Resnick H, Self-Brown S, Danielson CK. The relationship between knowledge and child and caregiver distress during the medical examination for child sexual abuse. *J Child Sex Abus.* 2013;22(5):552–71. doi:10.1080/10538712.2013.800937.
97. Scribano PV, Hornor G, Rhoda D, Curran S, Stevens J. Multi-informant assessment of anxiety regarding ano-genital examinations for suspected child sexual abuse (CSA). *Child Abuse Negl.* 2010;34(8):602–9. doi:10.1016/j.chiabu.2010.01.006.
98. Siegel RM, Hill TD, Henderson VA, Daniels K. Comparison of an intraoral camera with colposcopy in sexually abused children. *Clin Pediatr (Phila).* 1999;38(6):375–6. doi:10.1177/000992289903800611.
99. Steward MS, Schmitz M, Steward DS, Joye NR, Reinhart M. Children's anticipation of and response to colposcopic examination. *Child Abuse Negl.* 1995;19(8):997–1005.
100. Tener D, Lev-Wiesel R, Franco NL, Ofir S. Laughing through this pain: medical clowning during examination of sexually abused children: an innovative approach. *J Child Sex Abuse.* 2010;19(2):128–40. doi:10.1080/10538711003622752.
101. Waibel-Duncan MK, Sanger M. Understanding and reacting to the anogenital exam: Implications for patient preparation. *Child Abuse Negl.* 1999;23(3):281–6.
102. Waibel-Duncan MK. Medical fears following alleged child abuse. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs.* 2001;14(4):179–85.
103. Waibel-Duncan MK. Identifying competence in the context of the pediatric anogenital exam. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs.* 2004;17(1):21–8; 44.
104. Bar-on ME, Zanga JR. Child abuse: a model for the use of structured clinical forms. *Pediatrics.* 1996;98(3):429–33.
105. Greaney H, Ryan J. Straddle injuries – is current practice safe? *Eur J Emerg Med.* 1998;5(4):421–4.
106. Mian M, Schryer CF, Spafford MM, Joosten J, Lingard L. Current practice in physical child abuse forensic reports: a preliminary exploration. *Child Abuse Negl.* 2009;33(10):679–83. doi:10.1016/j.chiabu.2009.06.001.
107. Socolar RRS, Raines B, Chen-Mok M, Runyan DK, Green C, Paterno S. Intervention to improve physician documentation and knowledge of child sexual abuse: a randomized, controlled trial. *Pediatrics.* 1998;101(5):817–24.

108. Socolar RRS, Champion M, Green C. Physicians' documentation of sexual abuse of children. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1996;150(2):191–6.
109. Sugue-Castillo M. Legal outcomes of sexually abused children evaluated at the Philippine General Hospital Child Protection Unit. *Child Abuse Neglect.* 2009;33(3):193–202. doi:10.1016/j.chiabu.2008.09.004.
110. Klot JF, Auerbach JD, Veronese F, Brown G, Pei A, Wira CR et al. Greentree White Paper: sexual violence, genitoanal injury, and HIV: priorities for research, policy, and practice. *AIDS Res Hum Retroviruses.* 2012;28(11):1379–88. doi:10.1089/AID.2012.0273.
111. McLean I, Roberts SA, White C, Paul S. Female genital injuries resulting from consensual and non-consensual vaginal intercourse. *Forensic Sci Int.* 2011;204(1–3):27–33. doi:10.1016/j.forsciint.2010.04.049.
112. Adams JA, Girardin B, Faugno D. Adolescent sexual assault. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2001;14(4):175–80.
113. Menick DM, Ngoh F. [Seroprevalence of HIV infection in sexually abused children in Cameroon]. *Med Trop (Mars).* 2003;63(2):155–8.
114. Lalor K. Child sexual abuse in sub-Saharan Africa: a literature review. *Child Abuse Negl.* 2004;28(4):439–60.
115. Guidelines on post-exposure prophylaxis for HIV and the use of co-trimoxazole prophylaxis for HIV-related infections among adults, adolescents and children. Recommendations for a public health approach. December 2014 supplement to the 2013 consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/december2014supplementARV.pdf>, consultado el 14 de septiembre del 2017).
116. Post-exposure prophylaxis to prevent HIV infection: joint WHO/ILO guidelines on post-exposure prophylaxis (PEP) to prevent HIV infection. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2007 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43838/1/9789241596374_eng.pdf, consultado el 14 de septiembre del 2017).
117. Ford N, Irvine C, Shubber Z, Baggaley R, Beanland R, Vitoria M et al. Adherence to HIV postexposure prophylaxis: a systematic review and meta-analysis. *AIDS.* 2014;28(18):2721–7. doi:10.1097/QAD.0000000000000505.
118. Abrahams N, Jewkes R, Lombard C, Mathews S, Campbell J, Meel B. Impact of telephonic psychosocial support on adherence to post-exposure prophylaxis (PEP) after rape. *AIDS care.* 2010;22(10):1173–81. doi:10.1080/09540121003692185.
119. Roland ME, Neilands TB, Krone MR, Coates TJ, Franses K, Chesney MA et al. A randomized noninferiority trial of standard versus enhanced risk reduction and adherence counseling for individuals receiving post-exposure prophylaxis following sexual exposures to HIV. *Clinical Infect Dis.* 2011;53(1):76–83. doi:10.1093/cid/cir333.
120. Bentz L, Enel P, Dunais B, Durant J, Poizot-Martin I, Tourette-Turgis C et al. Evaluating counseling outcome on adherence to prophylaxis and follow-up after sexual HIV-risk exposure: a randomized controlled trial. *AIDS Care.* 2010;22(12):1509–16. doi:10.1080/09540121.2010.484457.
121. Abrahams N, Jewkes R. Barriers to post exposure prophylaxis (PEP) completion after rape: a South African qualitative study. *Cult Health Sex.* 2010;12(5):471–84. doi:10.1080/13691050903556316.
122. Babl FE, Cooper ER, Damon B, Louie T, Kharasch S, Harris J-A. HIV postexposure prophylaxis for children and adolescents. *Am J Emerg Med.* 2000;18(3):282–7.
123. Collings SJ, Bugwandeen SR, Wiles WA. HIV post-exposure prophylaxis for child rape survivors in KwaZulu-Natal, South Africa: who qualifies and who complies? *Child Abuse Negl.* 2008;32(4):477–83. doi:10.1016/j.chiabu.2007.05.007.
124. Du Mont J, Myhr TL, Husson H, Macdonald S, Rachlis A, Loutfy MR. HIV postexposure prophylaxis use among Ontario female adolescent sexual assault victims: a prospective analysis. *Sex Transm Dis.* 2008;35(12):973–8. doi:10.1097/OLQ.0b013e3181824f3c.

125. Ellis JC, Ahmad S, Molyneux EM. Introduction of HIV post-exposure prophylaxis for sexually abused children in Malawi. *Arch Dis Child*. 2005;90(12):1297–9.
126. Garcia MT, Figueiredo RM, Moretti ML, Resende MR, Bedoni AJ, Papaiordanou PMO. Postexposure prophylaxis after sexual assaults: a prospective cohort study. *Sex Transm Dis*. 2005;32(4):214–9.
127. Linden JA, Oldeg P, Mehta SD, McCabe KK, LaBelle C. HIV postexposure prophylaxis in sexual assault: current practice and patient adherence to treatment recommendations in a large urban teaching hospital. *Acad Emerg Med*. 2005;12(7):640–6.
128. Myles JE, Hirozawa A, Katz MH, Kimmerling R, Bamberger JD. Postexposure prophylaxis for HIV after sexual assault. *JAMA*. 2000;284(12):1516–8.
129. Neu N, Heffernan-Vacca S, Millery M, Stimell M, Brown J. Postexposure prophylaxis for HIV in children and adolescents after sexual assault: a prospective observational study in an urban medical center. *Sex Transm Dis*. 2007;34(2):65–8.
130. Olshen E, Hsu K, Woods ER, Harper M, Harnisch B, Samples CL. Use of human immunodeficiency virus postexposure prophylaxis in adolescent sexual assault victims. *Arch Paediatr Adolesc Med*. 2006;160(7):674–80.
131. Roland ME, Myer L, Martin LJ, Maw A, Batra P, Arend E et al. Preventing human immunodeficiency virus infection among sexual assault survivors in Cape Town, South Africa: an observational study. *AIDS Behav*. 2012;16(4):990–8. doi:10.1007/s10461-011-9892-3.
132. Schremmer RD, Swanson D, Kraly K. Human immunodeficiency virus postexposure prophylaxis in child and adolescent victims of sexual assault. *Pediatr Emerg Care*. 2005;21(8):502–6.
133. Holmes MM, Resnick HS, Kilpatrick DG, Best CL. Rape-related pregnancy: estimates and descriptive characteristics from a national sample of women. *Am J Obstet Gynecol*. 1996;175(2):320–5.
134. Medical eligibility criteria for contraceptive use, 5th ed. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/181468/1/9789241549158_eng.pdf?ua=1, consultado el 11 de octubre del 2017).
135. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems, 2nd ed. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/1/9789241548434_eng.pdf?ua=1, consultado el 14 de septiembre del 2017).
136. de Villiers FP, Prentice MA, Bergh AM, Miller SD. Sexually transmitted disease surveillance in a child abuse clinic. *S Afr Med J*. 1992;81(2):84–6.
137. Argent AC, Lachman PI, Hanslo D, Bass D. Sexually transmitted diseases in children and evidence of sexual abuse. *Child Abuse Negl*. 1995;19(10):1303–10.
138. Ahmed HJ, Ilardi I, Antognoli A, Leone F, Sebastiani A, Amiconi G. An epidemic of Neisseria gonorrhoeae in a Somali orphanage. *Int J STD AIDS*. 1992;3(1):52–3.
139. Pandhi RK, Khanna N, Sekhri R. Sexually transmitted diseases in children. *Indian Pediatr*. 1995;32(1):27–30.
140. Fayemiwo SA, Ayede IA, Olusanya OO, Akinbami OF, Bakare RA. P1-S2.28 Sexually transmitted infections in sexually abused children and adolescents in Ibadan, Nigeria. *Sex Transm Infect*. 2011;87 (Suppl 1):A134-A.
141. Adomeh DI, Abdulazeez AA, Okoye RN, Usman HA. Frequency of infections in reported cases of rape among underaged children in Potiskum, Nigeria. *Curr Pediatr Res*. 2007;11(1–2):35–40.
142. Ononge S, Wandabwa J, Kiondo P, Busingye R. Clinical presentation and management of alleged sexually assaulted females at Mulago hospital, Kampala, Uganda. *Afr Health Sci*. 2005;5(1):50–4.
143. Pitche P, Kombate K, Gbadoe AD, Tchangai-Walla K. [Anogenital warts in young children in hospital consultation in Lome (Togo). Role of transmission by sexual abuse]. *Med Trop (Mars)*. 2001;61(2):158–62.
144. Baribwira C, Muteganya D, Ndiokubwayo JB, Moreno JL, Nduwimana M, Rufyikiri T. [Aspects of sexually transmissible diseases in young children in Burundi: gonorrhoea caused by sexual abuse]. *Med Trop (Mars)*. 1994;54(3):231–3.

145. Pacharabumrung P, Teerapong S, Suwannarurk K, Bhamarapratana K, Sangviroon A, Napakorn K. Physical health consequences of child sexual assault in Police General Hospital. *J Med Assoc Thai*. 2014;97(12):1227–33.
146. Capitulo R. Commercial sexual exploitation of children (CSEC): profiles of female victims, contributing factors, life experiences and sexually transmitted infections. *Int J Gynecol Obstet*. 2012;119S3:5306. doi:10.1016/S0020-7292(12)60560-8.
147. Al-Mahroos F, Al-Amer E. Reported child sexual abuse in Bahrain: 2000–2009. *Ann Saudi Med*. 2011;31(4):376–82. doi:10.4103/0256-4947.83218.
148. Burzin K, Parmar K, Rao M, Bilimoria F. Profile of sexually transmitted diseases in pediatric patients. *Indian J Sex Transm Dis AIDS*. 2007;28(2):76–8.
149. Jo KH, Yoon YJ, Lee SA, Kim JW, Won HS. Gynecologic aspects of child sexual abuse. *Korean J Obstet Gynecol*. 2004;47(1):132–8.
150. Mendiratta V, Harjai B, Koranne RV. Profile of STDs in children: a retrospective hospital based study from Delhi. *Indian J Sex Transm Dis*. 2004;25(2):67–9.
151. Pandhi D, Kumar S, Reddy BSN. Sexually transmitted diseases in children. *J Dermatol*. 2003;30(4):314–20.
152. Bhogal C, Chauhan S, Baruah M. Pattern of childhood STDs in a major hospital of East Delhi. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2002;68(4):210–2.
153. Rahman G, Ocampo D, Rubinstein A, Risso P. Prevalence of vulvovaginitis and relation to physical findings in girls assessed for suspected child sexual abuse. *Arch Argent Pediatr*. 2015;113(5):390–6.
154. Zambon MP, Jacintho AC, Medeiros MM, Guglielminetti R, Marmo DB. Domestic violence against children and adolescents: a challenge. *Rev Assoc Med Bras (1992)*. 2012;58(4):465–71.
155. Onostre-Guerra R. Abuso sexual en niñas y niños: consideraciones clínicas. *Rev Chil Pediatr*. 2000;71(4):368–75.
156. Figueiredo PAL, Passos MRL, Pinheiro VMdS, Barreto NA, Carvalho AV, de Souza RB. Doenças sexualmente transmissíveis na infância: análise dos casos atendidos no Setor de DST/UFF no período de 1988 a 1996. *DST J Bras Doenças Sex Transm*. 1997;9(6):17–23.
157. Baquerizo M, Ramirez G, Moncayo L, Defilippi D, Fierro G. Relación de las enfermedades de transmisión sexual y abuso sexual en niños menores de 12 años. *DST J Bras Doenças Sex Transm*. 1991;3(2):43–6.
158. Jo S, Shin J, Song KJ, Kim JJ, Hwang KR, Bhally H. Prevalence and correlated factors of sexually transmitted diseases – chlamydia, Neisseria, cytomegalovirus – in female rape victims. *J Sex med*. 2011;8(8):2317–26. doi:10.1111/j.1743-6109.2010.02069.x.
159. Seña AC, Hsu KK, Kellogg N, Girardet R, Christian CW, Linden J et al. Sexual assault and sexually transmitted infections in adults, adolescents, and children. *Clin Infect Dis*. 2015;61(Suppl. 8):S856–64. doi:10.1093/cid/civ786.
160. Rogstad K, Thomas A, Williams O, Forster G, Munday P, Robinson A et al. United Kingdom national guideline on the management of sexually transmitted infections and related conditions in children and young people – 2010. Macclesfield: British Association for Sexual Health and HIV; 2010 (<https://www.bashh.org/documents/2674.pdf>, accessed 18 September 2017).
161. WHO guidelines for the treatment of *Neisseria gonorrhoeae*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246114/1/9789241549691-eng.pdf?ua=1>, consultado el 15 de septiembre del 2017).
162. WHO guidelines for the treatment of *Chlamydia trachomatis*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246165/1/9789241549714-eng.pdf?ua=1>, consultado el 15 de septiembre del 2017).
163. WHO guidelines for the treatment of *Treponema pallidum* (syphilis). Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/249572/1/9789241549806-eng.pdf?ua=1>, consultado el 15 de septiembre del 2017).

164. WHO guidelines for the treatment of genital herpes simplex virus. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250693/1/9789241549875-eng.pdf?ua=1>, consultado el 15 de septiembre del 2017).
165. Loko Roka J, Van den Bergh R, Au S, De Plecker E, Zachariah R, Manzi M et al. One size fits all? Standardised provision of care for survivors of sexual violence in conflict and post-conflict areas in the Democratic Republic of Congo. *PLOS One*. 2014;9(10):e111096. doi:10.1371/journal.pone.0111096.
166. Nunthanid S. The study of management results of the service system for survivors of sexual assault in Photharam Hospital during the year 2005–2007. *Srinagarind Med J*. 2008;23(2):179–86.
167. Oshikata CT, Bedone AJ, Faundes A. [Emergency care for women following sexual assault: characteristics of women and six-month post-aggression follow-up]. *Cad Saude Publica*. 2005;21(1):192–9.
168. Siegel RM, Schubert CJ, Myers PA, Shapiro RA. The prevalence of sexually transmitted diseases in children and adolescents evaluated for sexual abuse in Cincinnati: rationale for limited STD testing in prepubertal girls. *Pediatrics*. 1995;96(6):1090–4.
169. Terris-Prestholt F, Vyas S, Kumaranayake L, Mayaud P, Watts C. The costs of treating curable sexually transmitted infections in low- and middle-income countries: a systematic review. *Sex Transm Dis*. 2006;33(10 Suppl.):S153–66.
170. Hepatitis B vaccines. WHO position paper – July 2017. *Wkly Epidemiol Rec*. 2017; 92(27):369-92.
171. Human papillomavirus vaccines: WHO position paper, May 2017. *Wkly Epidemiol Rec*. 2017; 92(19):241–68.
172. Guidelines for the management of conditions specifically related to stress. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85119/1/9789241505406_eng.pdf?ua=1, consultado el 15 de septiembre del 2017).
173. Back S, Lips HM. Child sexual abuse: victim age, victim gender, and observer gender as factors contributing to attributions of responsibility. *Child Abuse Negl*. 1998;22(12):1239–52.
174. Barker-Collo S, Read J. Models of response to childhood sexual abuse: their implications for treatment. *Trauma Violence Abuse*. 2003;4(2):95–111.
175. Gagnier C, Collin-Vezina D. The disclosure experiences of male child sexual abuse survivors. *J Child Sex Abus*. 2016;25(2):221–41. doi:10.1080/10538712.2016.1124308.
176. Sorsoli L, Kia-Keating M, Grossman FK. “I keep that hush-hush”: male survivors of sexual abuse and the challenges of disclosure. *J Couns Psychol*. 2008;55(3):333–45. doi:10.1037/0022-0167.55.3.333.
177. National Institute for Health and Care Excellence. Child maltreatment: when to suspect maltreatment in under 18s. Actualización octubre del 2017. Londres: National Collaborating Centre for Women’s and Children’s Health, 2017 (<https://www.nice.org.uk/guidance/cg89/resources/child-maltreatment-when-to-suspect-maltreatment-in-under-18s-pdf-975697287109>, consultado el 11 de octubre del 2017).
178. Fraser JG, Lloyd SW, Murphy RA, Crowson M, Casanueva C, Zolotor A et al. Child exposure to trauma: comparative effectiveness of interventions addressing maltreatment – executive summary. AHRQ Effective Health Care Program. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2013 (report no 13-EHC002-EF; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK137801/>, consultado el 15 de septiembre del 2017).
179. Foa EB, McLean CP, Capaldi S, Rosenfield D. Prolonged exposure vs supportive counseling for sexual abuse-related PTSD in adolescent girls: a randomized clinical trial. *JAMA*. 2013;310(24):2650–7. doi:10.1001/jama.2013.282829.
180. O’Callaghan P, McMullen J, Shannon C, Rafferty H, Black A. A randomized controlled trial of trauma-focused cognitive behavioral therapy for sexually exploited, war-affected Congolese girls. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013;52(4):359–69. doi:10.1016/j.jaac.2013.01.013.
181. Jaberghaderi N, Greenwald R, Rubin A, Zand SO, Dolatabadi S. A comparison of CBT and EMDR for sexually-abused Iranian girls. *Clinical Psychol Psychother*. 2004;11(5):358–68. doi:10.1002/cpp.395.

182. Trowell J, Kolvin I, Weeramanthri T, Sadowski H, Berelowitz M, Glaser D et al. Psychotherapy for sexually abused girls: psychopathological outcome findings and patterns of change. *Br J Psychiatry*. 2002;180:234–47.
183. McCrone P, Weeramanthri T, Knapp M, Rushton A, Trowell J, Miles G et al. Cost-effectiveness of individual versus group psychotherapy for sexually abused girls. *Child Adolesc Ment Health*. 2005;10(1):26–31. doi:10.1111/j.1475-3588.2005.00113.x.
184. King NJ, Tonge BJ, Mullen P, Myerson N, Heyne D, Rollings S et al. Treating sexually abused children with posttraumatic stress symptoms: a randomized clinical trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000;39(11):1347–55.
185. Berliner L, Saunders BE. Treating fear and anxiety in sexually abused children: results of a controlled 2-year follow-up study. *Child Maltreat*. 1996;1(4):294–309. doi:10.1177/1077559596001004002.
186. Deblinger E, Lippmann J, Steer R. Sexually abused children suffering posttraumatic stress symptoms: initial treatment outcome findings. *Child Maltreat*. 1996;1(4):310–21. doi:10.1177/1077559596001004003.
187. Deblinger E, Steer RA, Lippmann J. Two-year follow-up study of cognitive behavioral therapy for sexually abused children suffering post-traumatic stress symptoms. *Child Abuse Negl*. 1999;23(12):1371–8.
188. Sullivan PM, Scanlan JM, Brookhouser PE, Schulte LE, Knutson JF. The effects of psychotherapy on behavior problems of sexually abused deaf children. *Child Abuse Negl*. 1992;16(2):297–307.
189. Danielson CK, McCart MR, Walsh K, de Arellano MA, White D, Resnick HS. Reducing substance use risk and mental health problems among sexually assaulted adolescents: a pilot randomized controlled trial. *J Fam Psychol*. 2012;26(4):628–35. doi:10.1037/a0028862.
190. Cohen JA, Deblinger E, Mannarino AP, Steer R. A multi-site, randomized controlled trial for children with abuse-related PTSD symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004;43(4):393–402. doi:10.1097/00004583-200404000-00005.
191. Deblinger E, Mannarino AP, Cohen JA, Runyon MK, Steer RA. Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children: impact of the trauma narrative and treatment length. *Depress Anxiety*. 2011;28(1):67–75. doi:10.1002/da.20744.
192. Mannarino AP, Cohen JA, Deblinger E, Runyon MK, Steer RA. Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for children: sustained impact of treatment 6 and 12 months later. *Child Maltreat*. 2012;17(3):231–41. doi:10.1177/1077559512451787.
193. Deblinger E, Stauffer LB, Steer RA. Comparative efficacies of supportive and cognitive behavioral group therapies for young children who have been sexually abused and their nonoffending mothers. *Child Maltreat*. 2001;6(4):332–43.
194. Cohen JA, Mannarino AP. Predictors of treatment outcome in sexually abused children. *Child Abuse Negl*. 2000;24(7):983–94.
195. Cohen JA, Mannarino AP, Knudsen K. Treating sexually abused children: 1 year follow-up of a randomized controlled trial. *Child Abuse Negl*. 2005;29(2):135–45.
196. Celano M, Hazzard A, Webb C, McCall C. Treatment of traumagenic beliefs among sexually abused girls and their mothers: an evaluation study. *J Abnorm Child Psychol*. 1996;24(1):1–17.
197. Cohen JA, Mannarino AP. A treatment outcome study for sexually abused preschool children: initial findings. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996;35(1):42–50.
198. Cohen JA, Mannarino AP. Factors that mediate treatment outcome of sexually abused preschool children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996;35(10):1402–10.
199. Cohen JA, Mannarino AP. A treatment study for sexually abused preschool children: outcome during a one-year follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36(9):1228–35.
200. Cohen JA, Mannarino AP. Interventions for sexually abused children: initial treatment outcome findings. *Child Maltreat*. 1998;3(1):17–26. doi:10.1177/1077559598003001002.

201. Cohen JA, Mannarino AP. Factors that mediate treatment outcome of sexually abused preschool children: six- and 12-month follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1998;37(1):44–51.
202. Hyde C, Bentovim A, Monck E. Some clinical and methodological implications of a treatment outcome study of sexually abused children. *Child Abuse Negl*. 1995;19(11):1387–99.
203. Deblinger E, Mannarino AP, Cohen JA, Steer RA. A follow-up study of a multisite, randomized, controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006;45(12):1474–84.
204. Gospodarevskaya E, Segal L. Cost-utility analysis of different treatments for post-traumatic stress disorder in sexually abused children. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2012;6(1):15. doi:10.1186/1753-2000-6-15.
205. Macdonald G, Livingstone N, Hanratty J, McCartan C, Cotmore R, Cary M et al. The effectiveness, acceptability and cost-effectiveness of psychosocial interventions for maltreated children and adolescents: an evidence synthesis. *Health Technol Assess*. 2016;20(69):1–508. doi:10.3310/hta20690.
206. WHO mhGAP guideline update: update of the Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) guideline for mental, neurological and substance use disorders. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204132/1/9789241549417_eng.pdf?ua=1, consultado el 15 de septiembre del 2017).
207. Organización Mundial de la Salud, International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2006 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43499/1/9241594365_eng.pdf, consultado el 15 de septiembre del 2017).
208. Feng J-Y, Wu Y-WB. Nurses' intention to report child abuse in Taiwan: a test of the theory of planned behavior. *Res Nurs Health*. 2005;28(4):337–47.
209. Feng J-Y, Chen Y-W, Fetzer S, Feng M-C, Lin C-L. Ethical and legal challenges of mandated child abuse reporters. *Child Youth Serv Rev*. 2012;34(1):276–80. doi:10.1016/j.chilyouth.2011.10.026.
210. Beck KA, Ogloff JR. Child abuse reporting in British Columbia: psychologists' knowledge of and compliance with the reporting law. *Prof Psychol Res Pr*. 1995;26(3):245–51.
211. Blakeley J, Ribeiro V. Community health and pediatric nurses' knowledge, attitudes, and behaviors regarding child sexual abuse. *Public Health Nurs*. 1997;14(6):339–45.
212. Fung DS, Chow MH. Doctors' and lawyers' perspectives of child abuse and neglect in Singapore. *Singapore Med J*. 1998;39(4):160–5.
213. González Ortega E, Orgaz Baz B, López Sánchez F. [Childhood sexual behavior as an indicator of sexual abuse: professionals' criteria and biases]. *Psicothema*. 2012;24(3):402–9.
214. Kennel R, Agresti A. Effects of gender and age on psychologists' reporting of child sexual abuse. *Prof Psychol Res Pr*. 1995;26(6):612–5. doi:10.1037/0735-7028.26.6.612.
215. Lee PY, Fraser JA, Chou FH. Nurse reporting of known and suspected child abuse and neglect cases in Taiwan. *Kaohsiung J Med Sci*. 2007;23(3):128–37.
216. Mathews B, Fraser J, Walsh K, Dunne M, Kilby S, Chen L. Queensland nurses' attitudes towards and knowledge of the legislative duty to report child abuse and neglect: results of a state-wide survey. *J Law Med*. 2008;16(2):288–304.
217. Rodriguez CM. Professionals' attitudes and accuracy on child abuse reporting decisions in New Zealand. *J Interpers Violence*. 2002;17(3):320–42. doi:10.1177/0886260502017003006.
218. Violence against children in Nepal: health practitioners' knowledge, attitude, and practice on child abuse and sexual abuse in Nepal. Katmandú: UNICEF; 2006 (<https://archnet.org/system/publications/contents/7268/original/DPC4386.pdf?1384811355>, consultado el 15 de septiembre del 2017).
219. Collin-Vezina D, De La Sablonniere-Griffin M, Palmer AM, Milne L. A preliminary mapping of individual, relational, and social factors that impede disclosure of childhood sexual abuse. *Child Abuse Negl*. 2015;43:123–34. doi:10.1016/j.chiabu.2015.03.010.

220. Fontes LA, Plummer C. Cultural issues in disclosures of child sexual abuse. *J Child Sex Abus.* 2010;19(5):491–518. doi:10.1080/10538712.2010.512520.
221. Boehm A, Itzhaky H. The social marketing approach: a way to increase reporting and treatment of sexual assault. *Child Abuse Negl.* 2004;28(3):253–65.
222. Chesshyre E, Molyneux EM. Presentation of child sexual abuse cases to Queen Elizabeth Central Hospital following the establishment of an HIV post-exposure prophylaxis programme. *Malawi Med J.* 2009;21(2):54–8.
223. Chomba E, Murray L, Kautzman M, Haworth A, Kasese-Bota M, Kankasa C et al. Integration of services for victims of child sexual abuse at the university teaching hospital one-stop centre. *J Trop Med.* 2010;2010:pii:864760. doi:10.1155/2010/864760.
224. Gilligan P, Akhtar S. Cultural barriers to the disclosure of child sexual abuse in Asian communities: listening to what women say. *Br J Soc Work.* 2006;36(8):1361–77. doi:10.1093/bjsw/bch309.
225. Hébert M, Lavoie F, Parent N. An assessment of outcomes following parents' participation in a child abuse prevention program. *Violence Vict.* 2002;17(3):355–72.
226. Hoefnagels C, Baartman H. On the threshold of disclosure. The effects of a mass media field experiment. *Child Abuse Negl.* 1997;21(6):557–73.
227. Patterson D, Campbell R. A comparative study of the prosecution of childhood sexual abuse cases: the contributory role of pediatric Forensic Nurse Examiner (FNE) programs. *J Forensic Nurs.* 2009;5(1):38–45. doi:10.1111/j.1939-3938.2009.01029.x.
228. Priebe G, Svedin CG. Child sexual abuse is largely hidden from the adult society. An epidemiological study of adolescents' disclosures. *Child Abuse Negl.* 2008;32(12):1095–108. doi:10.1016/j.chiabu.2008.04.001.
229. Pullins LG, Jones JD. Parental knowledge of child sexual abuse symptoms. *J Child Sex Abus.* 2006;15(4):1–18.
230. Schaeffer P, Leventhal JM, Asnes AG. Children's disclosures of sexual abuse: learning from direct inquiry. *Child Abuse Negl.* 2011;35(5):343–52. doi:10.1016/j.chiabu.2011.01.014.
231. Thomas D, Flaherty E, Binns H. Parent expectations and comfort with discussion of normal childhood sexuality and sexual abuse prevention during office visits. *Ambul Pediatr.* 2004;4(3): 232–6.
232. Walker-Descartes I, Sealy YM, Laraque D, Rojas M. Caregiver perceptions of sexual abuse and its effect on management after a disclosure. *Child Abuse Negl.* 2011;35(6):437–47. doi:10.1016/j.chiabu.2011.02.003.
233. Xie QW, Qiao DP, Wang XL. Parent-involved prevention of child sexual abuse: a qualitative exploration of parents' perceptions and practices in Beijing. *J Child Fam Stud.* 2016;25(3):999–1010.
234. Rohr S. Termination of pregnancy and children. *S Afr Med J.* 2011;101(4):210–11.
235. Adams JA, Starling SP, Frasier LD, Palusci VJ, Shapiro RA, Finkel MA et al. Diagnostic accuracy in child sexual abuse medical evaluation: role of experience, training, and expert case review. *Child Abuse Negl.* 2012;36(5):383–92. doi:10.1016/j.chiabu.2012.01.004.
236. Argent AC, Bass DH, Lachman PI. Child abuse services at a children's hospital in Cape Town, South Africa. *Child Abuse Negl.* 1995;19(11):1313–21.
237. Arnold DH, Spiro DM, Nichols MH, King WD. Availability and perceived competence of pediatricians to serve as child protection team medical consultants: a survey of practicing pediatricians. *South Med J.* 2005;98(4):423–8.
238. Bechtel K, Ryan E, Gallagher D. Impact of sexual assault nurse examiners on the evaluation of sexual assault in a pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care.* 2008;24(7):442–7. doi:10.1097/PEC.0b013e31817de11d.
239. Botash AS, Galloway AE, Booth T, Ploutz-Snyder R, Hoffman-Rosenfeld J, Cahill L. Continuing medical education in child sexual abuse: cognitive gains but not expertise. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2005;159(6):561–6.

240. Ciuffo LL, Rodrigues BM, Tocantins FR. Interdisciplinary action of nurses to children with suspected sexual abuse. *Invest Educ Enferm*. 2014;32(1):112–8. doi:10.1590/S0120-53072014000100013.
241. Cross TP, Jones LM, Walsh WA, Simone M, Kolko D. Child forensic interviewing in children's advocacy centers: empirical data on a practice model. *Child Abuse Negl*. 2007;31(10):1031–52.
242. Donaruma-Kwoh MM, Tran XG, Giardino AP. Do pediatric chief residents recognize details of prepubertal male genital anatomy. *Clin Pediatr*. 2010;49(8):756–9. doi:10.1177/0009922810365726.
243. Dubow SR, Giardino AP, Christian CW, Johnson CF. Do pediatric chief residents recognize details of prepubertal female genital anatomy: a national survey. *Child Abuse Negl*. 2005;29(2):195–205.
244. Duron JF, Cheung M. Impact of repeated questioning on interviewers: learning from a forensic interview training project. *J Child Sex Abuse*. 2016;25(4):347–62. doi:10.1080/10538712.2016.1161687.
245. Edinburgh L, Saewyc E, Levitt C. Caring for young adolescent sexual abuse victims in a hospital-based children's advocacy center. *Child Abuse Negl*. 2008;32(12):1119–26. doi:10.1016/j.chiabu.2008.05.006.
246. Frasier LD, Thraen I, Kaplan R, Goede P. Development of standardized clinical training cases for diagnosis of sexual abuse using a secure telehealth application. *Child Abuse Negl*. 2012;36(2):149–55. doi:10.1016/j.chiabu.2011.06.006.
247. Goyal MK, Mollen CJ, Hayes KL, Molnar J, Christian CW, Scribano PV et al. Enhancing the emergency department approach to pediatric sexual assault care: implementation of a pediatric sexual assault response team program. *Pediatr Emerg Care*. 2013;29(9):969–73. doi:10.1097/PEC.0b013e3182a21a0d.
248. Hornor G, McCleery J. Do pediatric nurse practitioners recognize sexual abuse? *J Pediatr Health Care*. 2000;14(2):45–9. doi:10.1067/mph.2000.101242.
249. Jina R, Jewkes R, Christofides N, Loots L. Knowledge and confidence of South African health care providers regarding post-rape care: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res*. 2013;13:257. doi:10.1186/1472-6963-13-257.
250. Johnson CF. Child abuse as a stressor of pediatricians. *Pediatr Emerg Care*. 1999;15(2):84–9.
251. Larsen JV, Chapman JA, Armstrong A. Child sexual abuse in KwaZulu-Natal, South Africa. *Trans R Soc Trop Med Hyg*. 1998;92(3):262–4.
252. Paavilainen E, Merikanto J, Åstedt-Kurki P, Laippala P, Tammentie T, Paunonen-Ilmonen M. Identification of child maltreatment while caring for them in a university hospital. *Int J Nurs Stud*. 2002;39(3):287–94.
253. Palusci VJ, McHugh MT. Interdisciplinary training in the evaluation of child sexual abuse. *Child Abuse Negl*. 1995;19(9):1031–8.
254. Paradise JE, Finkel MA, Beiser AS, Berenson AB, Greenberg DB, Winter MR. Assessments of girls' genital findings and the likelihood of sexual abuse: agreement among physicians self-rated as skilled. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1997;151(9):883–91.
255. Parra JM, Huston RL, Foulds DM. Resident documentation of diagnostic impression in sexual abuse evaluations. *Clin Pediatr (Phila)*. 1997;36(12):691–4.
256. Paradise JE, Winter MR, Finkel MA, Berenson AB, Beiser AS. Influence of the history on physicians' interpretations of girls' genital findings. *Pediatrics*. 1999;103(5 Pt 1):980–6.
257. Sacks R, Emerson C. Genitourinary medicine trainees' experience and training needs in the management of patients disclosing sexual violence. *Int J STD AIDS*. 2014;25(5):366–8. doi:10.1177/0956462413506886.
258. Smith DW, Witte TH, Fricker-Elhai AE. Service outcomes in physical and sexual abuse cases: a comparison of child advocacy center-based and standard services. *Child Maltreat*. 2006;11(4):354–60.
259. Socolar RRS. Physician knowledge of child sexual abuse. *Child Abuse Negl*. 1996;20(8):783–90.
260. Socolar RRS, Fredrickson DD, Block R, Moore JK, Tropez-Sims S, Whitworth JM. State programs for medical diagnosis of child abuse and neglect: case studies of five established or fledgling programs. *Child Abuse Negl*. 2001;25(4):441–55.

261. Speight CG, Klufo A, Kilonzo SN, Mbugua C, Kuria E, Bunn JE et al. Piloting post-exposure prophylaxis in Kenya raises specific concerns for the management of childhood rape. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 2006;100(1):14–8.
262. van den Akker M, Mol SSL, Metsemakers JFM, Dinant GJ, Knottnerus JA. Barriers in the care of patients who have experienced a traumatic event: the perspective of general practice. *Fam Pract.* 2001;18(2):214–6.
263. Walsh WA, Cross TP, Jones LM, Simone M, Kolko DJ. Which sexual abuse victims receive a forensic medical examination? The impact of Children's Advocacy Centers. *Child Abuse Negl.* 2007;31(10):1053–68.
264. Williams O, Forster G, Robinson A. Screening for sexually transmitted infections in children and adolescents in the United Kingdom: British co-operative clinical group. *Int J STD AIDS.* 2001;12(8):487–92.
265. Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual: Manual clínico – versión para las pruebas sobre el terreno. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/vaw-clinical-handbook/es/>, consultado el 5 de octubre del 2017).
266. Plan de acción mundial de la OMS para fortalecer la función del sistema de salud en el marco de una respuesta nacional multisectorial para abordar la violencia interpersonal, en particular contra las mujeres y las niñas, y contra los niños en general. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/251270>, consultado el 15 de septiembre del 2017).

ANEXO 1

Participantes en la formulación de la directriz

Los siguientes grupos guiaron el proceso de formulación de la directriz:

El **Grupo de Orientación de la OMS**, encabezado por el Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas, reunió a un grupo de funcionarios del Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas, de la OMS, del Departamento de Manejo de Enfermedades no Transmisibles, Discapacidad, Violencia y Prevención de Lesiones, del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, del Departamento de Salud de la Madre, el Recién Nacido, el Niño y el Adolescente y del Departamento de infección por el VIH/sida, que impulsó el proceso de formulación de directrices. El grupo estuvo a cargo de revisar la determinación del alcance para la directriz, redacción del formato PICO (población, intervención, comparador, resultado) para las preguntas, y supervisar la recuperación de evidencia y la redacción de la directriz. El Grupo Consultivo también estuvo a cargo de seleccionar a los miembros de los grupos colaboradores y de organizar las reuniones de formulación de directrices.

El **Grupo de Elaboración de las Directrices** (GED), formado por 15 interesados directos internacionales externos a la OMS, como expertos de contenido, usuarios de la directriz, expertos e investigadores clínicos en el ámbito de la violencia sexual contra niños y adolescentes, asesoró acerca del contenido de la directriz y formuló las recomendaciones basadas en la evidencia.

Un **Grupo de Revisión Externa** de interesados directos pertinentes internacionales examinó el documento final de la directriz, para detectar algún error material y formular observaciones acerca de la claridad del lenguaje utilizado, las cuestiones contextuales y las implicaciones para la aplicación.

Grupo de Orientación de la OMS

Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas

Avni Amin

Funcionario técnico
Adolescentes y Poblaciones en riesgo
(Funcionario técnico responsable de la directriz)

Venkatraman Chandra-Mouli

Científico
Adolescentes y Poblaciones en riesgo

Claudia Garcia-Moreno

Funcionario médico
Adolescentes y Poblaciones en riesgo

Mary Lyn Gaffield

Científico
Reproducción humana

Rajat Khosla

Asesor Especializado en Derechos Humanos
Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas

Megin Reijnders

Funcionario técnico
Adolescentes y Poblaciones en riesgo

Teodora Wi

Funcionario médico (ITS)
Reproducción humana

Cicely Marston

Metodólogo
Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres
Londres
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte

Susanne Carai

Autora, consultora
Berlín, Alemania

Departamento de VIH y sida

Nathan Ford

Científico
Tratamiento y atención del VIH

Martina Penazzato

Funcionario médico
Tratamiento y atención del VIH

Satvinder Singh

Funcionario técnico
Tratamiento y atención del VIH

Departamento de Salud de la Madre, el Recién Nacido, el Niño y el Adolescente

David Ross

Funcionario médico
Investigación y desarrollo

Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias

Chiara Servili

Funcionario técnico
Evidencia, Investigación, Acción sobre los Trastornos Mentales y Cerebrales

Mark Van Ommeren

Asesor en Salud Mental Pública
Evidencia, Investigación, Acción sobre los Trastornos Mentales y Cerebrales

Departamento de Manejo de Enfermedades no Transmisibles, Discapacidad, Violencia y Prevención de Lesiones

Alexander Butchart

Coordinador
Prevención de la Violencia

Berit Kieselbach

Funcionario técnico
Prevención de la Violencia

Christopher Mikton

(Funcionario de la OMS al inicio de la formulación de la directriz)
Profesor adjunto de criminología y salud pública
Universidad de Bristol, Bristol
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte

Grupo de Formulación de la Directrices

Maha Almuneef

Director Ejecutivo
Programa de Seguridad Nacional Familiar
Ministerio de Asuntos de Salud de la Guardia Nacional
Riyadh
Arabia Saudita

Sialondwe Mujimba Derrick

Coordinador de los Servicios para Niños afectados por el Abuso Sexual
Hospital Central de Livingstone
Child Sexual Abuse One Stop Centre
Livingstone
Zambia

Lina Akinyi Digolo

Directora del Departamento de Investigación e Información Estratégica y Violencia de Género
Asesor Técnico
LVCT Health
Nairobi
Kenya

Asvini Fernando

Profesor Adjunto de Pediatría
Departamento de Pediatría
Universidad de Kelaniya
Kelaniya
Sri Lanka

Maria Herczog

Directora de Programa
Family Child Youth Association
Budapest
Hungria

Christopher Hobbs

Consultor
12 North Park Avenue
Leeds
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte

Harriet MacMillan (Co-Chair)

Departamentos de Psiquiatría y Neurociencias Comportamentales y Pediatría
Offord Centre for Child Studies
Hamilton, Canadá

Bernadette J Madrid (Co-Chair)

Directora Ejecutiva
Child Protection Network Foundation Inc.
Manila
Filipinas

Ben Mathews¹

Profesor, Facultad de Derecho
Centro Australiano para la Investigación Jurídica sobre Salud
(Codirector, Programa de salud de los niños)
Investigador Superior, Facultad de Derecho
Universidad de Tecnología de Queensland
Australia

Neil McKerrow

Director de Pediatría y Salud Infantil
Departamento de Salud
KwaZulu-Natal
Sudáfrica

¹ Ben Mathews también tuvo a cargo la revisión sistemática de la bibliografía para las preguntas acerca de las prácticas adecuadas para notificar el abuso sexual (PA7).

Pratima Mittal

Profesor y Director
Departamento de Ginecología y Obstetricia
VMMC and Safdarjung Hospital
Nueva Delhi
India

Asha Pemberton-Gaskin

Consultor de Pediatría y Especialista en Medicina del Adolescente
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de las Indias Occidentales
Trinidad

Virginia Francis Iliff

Consultora de Ginecología y Obstetricia
Adolescent and Adult Rape Clinic
Parienyatwa Hospital
Harare
Zimbabwe

Elizabeth J Letourneau

Profesora
Departamento de Salud Mental
Directora, Centro Moore para la prevención del abuso sexual infantil
Escuela de Salud Pública Bloomberg,
Universidad Johns Hopkins
Baltimore, Estados Unidos de América

Meggy Verputten

Especialista en violencia por razón de género MSF
MSF Operational Centre
Ámsterdam
Países Bajos

Observadores**Jessie Gleckel**

Asesor de género
División de Prevención de la Infección por el VIH
División of Global HIV and Tuberculosis
Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Estados Unidos)
Atlanta, Estados Unidos de América

Rebecca Gordon

Asesora Principal de Programa
Together for Girls
Washington, D.C.
Estados Unidos de América

Christine Leigh MacKee

Gerente, Programa de investigación sobre violencia familiar
Preventing Violence Across the Lifespan (PreVAiL)
Research Network
London, Canadá

Amelia Peltz

Asesora Principal de Género
Oficina de VIH/SIDA
Oficina para la Salud Mundial
Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID)
Virginia, Estados Unidos de América

Grupo de revisión sistemática**Ben Mathews**

Revisión sistemática (Líder del grupo),
notificación del abuso
Profesor, Facultad de Derecho
Centro Australiano para la Investigación Jurídica sobre Salud (Codirector, programa de salud de los niños)
Investigador Superior, Facultad de Derecho
Facultad de Derecho,
Universidad de Tecnología de Queensland
Australia

Sarah Beckham

Revisión bibliográfica, valores y preferencias
Departamento de Salud, Comportamiento y Sociedad,
Universidad Johns Hopkins,
Escuela de Salud Pública Bloomberg
Baltimore, Estados Unidos de América

Elena Broaddeus

Revisión bibliográfica, valores y preferencias
Departamento de Salud Internacional
Escuela de Salud Pública Bloomberg,
Universidad Johns Hopkins
Baltimore, Estados Unidos de América

Juliet Davis

Revisión sistemática, notificación del abuso
Asistente de investigación
Universidad de Tecnología de Queensland
Australia

Donna Fitzpatrick

Revisión sistemática, intervenciones de salud psicosocial y mental
Coordinadora superior de investigación
Centro McMaster de análisis y síntesis de la evidencia (MERSC)
Universidad McMaster
Hamilton, Canadá

Nathan Ford

Revisión sistemática, adhesión a la profilaxis posexposición al VIH
Científico
Tratamiento y atención del VIH
Organización Mundial de la Salud
Ginebra, Suiza

Hellen Kelly

Revisión sistemática, prevención y tratamiento de las ITS
Profesora adjunta
Departamento de Investigación Clínica
Facultad de Infecciones y Enfermedades Tropicales
Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres
Londres
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte

Philippe Mayaud

Revisión sistemática, prevención y tratamiento de las ITS (Jefe de equipo)
Profesor de enfermedades infecciosas y salud reproductiva
Departamento de Investigación Clínica
Facultad de Infecciones y Enfermedades Tropicales
Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres
Londres
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte

Jill McTavish

Revisión sistemática, intervenciones de salud psicosocial y mental (Jefe de equipo)
Becario posdoctoral
Departamentos de Psiquiatría y Neurociencias Comportamentales y Pediatría
Centro Offord para el estudio de los niños
Hamilton
Canadá

Kerry Scott

Revisión bibliográfica, valores y preferencias (Jefe de equipo)
Consultor mundial de salud, asociado de investigación de India Bangalore
Departamento de Salud Internacional
Escuela de Salud Pública, Universidad Johns Hopkins
Karnataka
India

Zara Shubber

Revisión sistemática, adhesión a la profilaxis posexposición al VIH (Jefe de equipo)
Departamento de Epidemiología de Enfermedades Infecciosas
Universidad Imperial
Londres
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte

Ali Usman

Revisión sistemática, intervenciones de salud psicosocial y mental
Epidemiólogo
Centro McMaster de análisis y síntesis de la evidencia (MERSC)
Universidad McMaster
Hamilton, Canadá

Grupo de Revisión Externa

Christine Amisi

Ejecutiva
Fundación Panzi
República Democrática del Congo

Irene Guat Sim Cheah

Consultora de Pediatría y Neonatología
Hospital del Instituto Pediátrico
Kuala Lumpur
Malasia

Vikas Choudhry

Vicepresidente, práctica de salud pública
Investigación y Comunicaciones Sambodhi
Nueva Delhi
India

Aaron Miller

Consultor de pediatría
Building Regional Alliances to Nurture Child Health (BRANCH)
Departamento de Salud, Abuso Sexual Infantil
Nueva York
Estados Unidos

Emily Monaghan

Asesora de salud sexual y reproductiva
Save the Children
Londres
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte

Ana María Aguirre Monteverde

Funcionaria de promoción de la causa del niño y del grupo asesor acerca de la agresión sexual de los adolescentes
Asociación Civil de Planificación Familiar (PLAFAM)
Venezuela

Richard Roylance

Eminent Staff Specialist Paediatrician
Griffith University
Queensland
Australia

ANEXO 2

Consecuencias del rigor de la recomendación

CONSECUENCIAS	RECOMENDACIÓN CATEGÓRICA	RECOMENDACIÓN CONDICIONAL
Para los pacientes	La mayoría de las personas en esta situación desearían el procedimiento recomendado y solo una proporción pequeña no lo desearía.	La mayoría de las personas en esta situación desearían el procedimiento recomendado, pero muchos no lo desearían.
Para los médicos clínicos	La mayoría de los pacientes deben recibir el procedimiento recomendado.	Diferentes opciones serán apropiadas para diferentes pacientes que necesitarán ayuda a fin de poder llegar a una decisión compatible con sus valores y preferencias.
Para los responsables de las políticas	La recomendación puede ser adoptada como una política en la mayoría de las situaciones.	La formulación de políticas exigirá debates y participación sustancial de muchos interesados directos.

ANEXO 3

Tratados internacionales y regionales de derechos humanos y documentos de consenso que contienen medidas preventivas pertinentes al problema del abuso sexual de niños y adolescentes

Instrumentos internacionales

- Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada y abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General en su resolución 44/25, del 20 de noviembre de 1989; entró en vigor el 2 de septiembre de 1990, de conformidad con el artículo 49. Nueva York: Naciones Unidas; 1990 (documento A/44/49; <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx>).
- Comité de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño. Observación general No 4, La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño. Nueva York: Naciones Unidas; 2003 (CRC/GC/2003/4; http://www.unicef.cl/web/informes/derechos_nino/04.pdf).
- Comité de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño. Observación general No 12, El derecho del niño a ser escuchado. Nueva York: Naciones Unidas; 2009 (CRC/C/GC/12; <http://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=4ae562dc2>).
- Comité de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño. Observación general No 13, Derecho del niño a no ser objeto de ninguna forma de violencia. Nueva York: Naciones Unidas; 2011 (CRC/C/GC/13; <http://www.refworld.org/docid/4e6da4922.html>).
- Comité de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño. Observación general No 14, El derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial (artículo 3, párrafo 1). Nueva York: Naciones Unidas; 2013 (CRC/C/GC/14; <http://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=51ef9aa14>).
- Comité de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño. Observación general No15, El derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24). Nueva York: Naciones Unidas; 2013 (CRC/C/GC/15; <http://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=51ef9e5b4>).
- Comité de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño. Observación general No 20, sobre la efectividad de los derechos del niño durante la adolescencia (artículo 39). Nueva York: Naciones Unidas; 2016 (CRC/C/GC/20; <http://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=6QkG1d%2fPPRiCAqhKb7yhsqlkirKQZLK2M58RF%2f5F0vH%2bg0BeHNYSXl2ulaelW9Y1jn%2ba4Z2iaNPMKlJhzvzg%2bJKOrQeoRE7vfMUMHawFfFYybp%2b06K%2fKawf3HS3T64R>).
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200A (XXI), del 16 de diciembre de 1966. Entrada en vigor: 23 de marzo de 1976, de conformidad con el artículo 49. Nueva York: Naciones Unidas; 1976 (A-14668; <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CCPR.aspx>).

- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200A (XXI) del 16 de diciembre de 1966. Entrada en vigor: 3 de enero de 1976, de conformidad con el artículo 27. Nueva York: Naciones Unidas; 1976 (<http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>)

Instrumentos regionales

- Carta Africana sobre los Derechos y Bienestar del Niño, adoptada el 11 de julio de 1990. Entrada en vigor el 29 de noviembre de 1999. Addis Abeba: Organización de la Unidad Africana; 1999 (CAB/LEG/24.9/49; <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/BDL/2010/8025.pdf?view=1>)
- Convenio Europeo sobre el ejercicio de los derechos de los niños. Aprobado el 25 de enero de 1996 y entró en vigencia el 1 de julio del 2000. Estrasburgo: Consejo de Europa; 2000 (CETS 160; <https://www.humanium.org/es/convenio-europeo-sobre-el-ejercicio-de-los-derechos-de-los-ninos/>)
- Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica. Aprobado el 11 de mayo del 2011 y entró en vigencia el 1 de agosto del 2014. Estrasburgo: Consejo de Europa; 2014 (CETS 210; <https://rm.coe.int/1680462543>)

ANEXO 4

Lista de materiales complementarios en anexos en la web

Los siguientes documentos están disponibles como materiales complementarios, en forma de anexos en la web o mediante solicitud enviada a reproductivehealth@who.int. Estos incluyen: a) informes completos de todas las revisiones sistemáticas y otras revisiones bibliográficas que contienen protocolos, estrategias de búsqueda y resultados; b) cuadros de la evidencia a la decisión; y c) cuadros de la metodología GRADE, cuando sea pertinente.

Anexosa en la web^a

	EXAMEN	CUADRO DE LA EVIDENCIA A LA DECISIÓN	CUADRO DE LA METODOLOGÍA GRADE
Resumen de los enunciados de las declaraciones de interés	Anexo en la web 1	No corresponde	No corresponde
Respuesta inicial del servicio de salud (enunciados de prácticas adecuadas 1 a 4)	Anexo en la web 2	No corresponde	No corresponde
Adhesión a la profilaxis posexposición al VIH (recomendación 4)	Anexo en la web 3	Anexo en la web 3a	Anexo en la web 3b
Profilaxis y manejo sintomático de las ITS (recomendaciones 6 y 7)	Anexo en la web 4	Anexo en la web 4a	No corresponde
Intervenciones psicosociales solo para niños y adolescentes (recomendación 11)	Anexo en la web 5	Anexo en la web 5a	Anexo en la web 5b
Intervenciones psicosociales para los niños, los adolescentes y los cuidadores (recomendación 12)	Anexo en la web 6	Anexo en la web 6a	Anexo en la web 6b
Notificación del abuso (enunciado 7 de prácticas adecuadas)	Anexo en la web 7	No corresponde	No corresponde
Lista de preguntas del formulario PICO y resultados principales	Anexo en la web 8	No corresponde	No corresponde

^a Los anexos en la web 2, 3, 4, 5, 6 y 7 pueden solicitarse por escrito a: reproductivehealth@who.int

Para mayor información, por favor contactarse con

Departamento de Enfermedades No Transmisibles
y Salud Mental.
Organización Panamericana de la Salud / Oficina Regional
para las Américas de la Organización Mundial de la Salud
525 23rd St, NW
Washington, DC 20037
www.paho.org/violencia

