

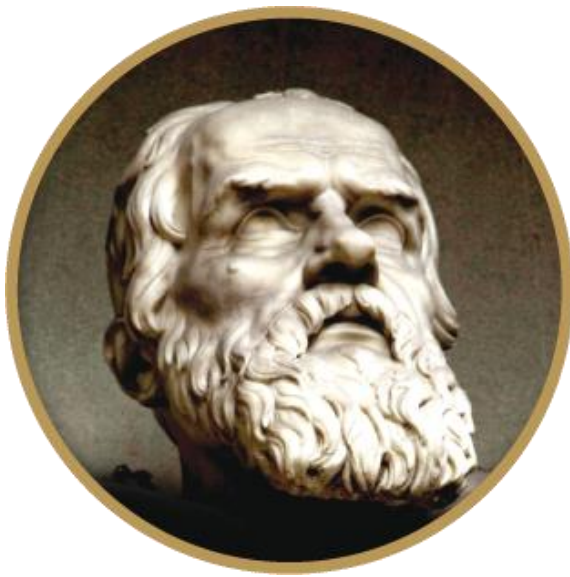
Universidad Galileo

Facultad de Ciencias de la Salud

Licenciatura en enfermería

Tema de investigación:

“Conocimientos del personal de enfermería en el cuidado de la paciente víctima de violencia sexual ingresadas en el Ala Materno Neonatal del Hospital Nacional de Chimaltenango.”



Galileo
UNIVERSIDAD

La Revolución en la Educación

Nombre: Víctor Estuardo Cifuentes Gómez

Carné: 14006319

Fecha: Guatemala, 17 de Febrero del 2020

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCION	i
--------------	---

CAPÍTULO I MARCO METODOLÓGICO

No.	Descripción	Página
1.1	JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	1
1.2	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1.2.1	Definición del problema	3
1.2.2	Especificación del problema	3
1.2.3	Delimitación del problema	4
1.2.3.1	Unidad de análisis	4
1.2.3.2	Tamaño de la muestra	4
1.2.3.3	Ámbito geográfico	4
1.3	HIPOTESIS	5
1.4	OBJETIVOS	5
1.4.1	Objetivo general	5
1.4.2	Objetivo específico	5
1.5	DEFINICION Y OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES	6
1.6	BOSQUEJO PRELIMINAR DE TEMAS Y SUBTEMAS	8
1.6.1	Tema principal	8
1.6.2	Subtemas	8
1.7	METODOS, TECNICAS E INSTRUMENTOS	13

1.7.1	Métodos de investigación	13
1.7.2	Técnicas de investigación	14
1.7.3	Instrumentos de investigación	14
1.7.4	Criterios de inclusión y exclusión	14
1.7.4.1	Criterios de inclusión	14
1.7.4.2	Criterios de Exclusión	14
1.7.5	Aspectos éticos de la investigación	14
1.7.5.1	Derecho a la intimidad	14
1.7.5.2	Justicia	14
1.7.5.3	Autonomía (consentimiento informado)	15
1.7.5.4	Permiso por la institución	15
1.7.5.5	Beneficiencia	15
1.7.5.6	Maleficencia	15
1.7.6	Prueba piloto	15
1.7.6.1	Características de la infraestructura de la prueba piloto	15
1.7.6.2	Análisis y presentación de resultados de la prueba piloto	17
1.7.6.3	Conclusiones de la prueba piloto	47
1.7.6.4	Recomendaciones de la prueba piloto	50
1.8	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	51
1.9	RECURSOS	53
1.9.1	Recursos humanos	53
1.9.2	Recursos materiales	53
1.9.3	Recursos financieros	54

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1	Conocimiento	55
2.1.1	Tipos de conocimiento	55
2.1.1.1	Conocimiento filosófico	56
2.1.1.2	Conocimiento empírico	57
2.1.1.3	Conocimiento científico	57
2.1.1.4	Conocimiento Intuitivo	58
2.1.1.5	Conocimiento religioso o revelado	58
2.1.1.6	Conocimiento declarativo	58
2.1.1.7	Conocimiento procedimental	58
2.1.1.8	Conocimiento directo	59
2.1.1.9	Conocimiento Indirecto o vicario	59
2.1.1.10	Conocimiento lógico	59
2.1.1.11	Conocimiento matemático	59
2.1.1.12	Conocimiento de sistemas	60
1.6.2.1.13	Conocimiento privado	60
2.1.1.14	Conocimiento público	60
2.2	Enfermería	60
2.2.1	Formación básica de enfermería	61
2.2.2	Formación de enfermería	61
2.2.3	Enfermería en Guatemala	61
2.2.3.1	Doctor, magíster y licenciatura en enfermería	62

2.2.3.2	Enfermero (a)	63
2.2.3.3	Auxiliar de enfermería	63
2.2.3.4	Personal de enfermería	63
2.3	Cuidados	64
2.3.1	El proceso de cuidar	64
2.3.2	Acciones para el cuidado	65
2.3.3	Clasificación de los cuidados	65
2.4	Definición de paciente	66
2.5	Modelo de enfermería de Hildegarde Peplau	67
2.5.1	Fases de la relación enfermero (a)/paciente	69
2.5.1.2	Orientación	69
2.5.1.3	Identificación	69
2.5.1.4	Exploración	69
2.5.1.5	Resolución	69
2.5.2	Funciones del modelo de Hildegarde Peplau	69
2.5.2.1	Papel del extraño	69
2.5.2.2	Papel de persona-recurso	69
2.5.2.3	Papel de docente	70
2.5.2.4	Papel de conductor	70
2.5.2.5	Papel de sustituto	70
2.5.2.6	Papel de consejero	70
2.6	Víctima	71

2.7	Violencia	72
2.7.1	Tipos de violencia	72
2.7.1.1	Violencia física	72
2.7.1.2	Violencia psicológica	72
2.7.1.3	Violencia económica	73
2.7.1.4	Violencia sexual	73
2.7.1.5	Violencia sexual que no aplica contacto corporal	75
2.7.1.6	Violencia sexual con contacto corporal	75
2.7.1.7	Violencia contra los derechos sexuales y reproductivos	75
2.8	Abuso sexual	75
2.9	Agresión sexual	76
2.10	Acoso sexual	76
2.11	Violencia contra las mujeres	76
2.11.1	Causas y factores de riesgo	77
2.11.1.1	Factores asociados con las relaciones personales	78
2.11.1.2	Factores individuales	79
2.12	Consecuencias de la violencia sexual para la salud	80
2.13	Abordaje y seguimiento	81
2.13.1	Casos A: Alto riesgo, menos de 72 horas a 120 horas	81
2.13.2	Daños y consecuencias de la violencia sexual	83
2.14	Victimización secundaria o revictimización	83
2.15	Marco legal nacional en Guatemala	84

2.16	Marco legal internacional que respaldan los protocolos para la atención a pacientes víctimas de violencia sexual	85
2.17	Atención a pacientes víctimas de violencia sexual en Guatemala	86
2.18	Ruta interinstitucional de la atención en hospitales, centros y servicios de salud de 24 horas, en pacientes estables	86
2.18.1	Paso I: Primer contacto	87
2.18.1.1	Portero o agente de seguridad	87
2.18.1.2	Admisión o registros médicos	87
2.18.1.3	Enfermería	87
2.18.1.4	Médico	88
2.18.2	Paso II: Notificación obligatoria por el personal de salud; Médico, enfermería o trabajo social.	89
2.18.3	Paso III: Identificación	89
2.18.3.1	Médico de la clínica de violencia sexual o de emergencia	89
2.18.3.2	Enfermería	90
2.18.3.3	Psicólogo o médico	90
2.18.4	Paso IV: Priorización de la atención.	91
2.18.4.1	Lesiones, anticoncepción, profilaxis de VIH, otras ITS y vacunación.	91
2.18.4.2	Estado de gravidez o embarazo	91
2.18.4.3	Anticoncepción de emergencia –EA	92
2.18.4.3.1	Efectos secundarios de la anticoncepción de emergencia	92
2.18.4.4	Infecciones de transmisión sexual (ITS)	93
2.18.4.5	Antibioticoterapia	94

2.18.4.6	Antirretrovirales	94
2.18.4.7	Vacuna antitetánica y de hepatitis B	94
2.18.4.8	Atención psicológica	94
2.18.5	Paso V: Registro	94
2.18.5.1	Médico	94
2.18.5.2	Enfermera	94
2.18.5.3	Encargado de farmacia	95
2.18.5.4	Encargado de bodega y almacén	95
2.18.5.5	Encargado de estadística	95
2.18.6	Paso VI: Orientación	95
2.18.7	Paso VII: Referencia	96
2.18.7.1	Médico, enfermera o trabajo social	96
2.18.8	Flujograma para la atención de víctimas estables	97
2.19	Ruta interinstitucional de la atención en hospitales, centros y servicios de 24 horas en pacientes víctimas inestables	98
2.19.1	Recomendaciones para el momento de la recepción	98
2.19.2	Flujograma para la atención de víctimas inestables	100
2.20	Exámenes de laboratorio	101
2.21	Tratamiento profiláctico	102
2.21.1	Lesiones, anticoncepción y profilaxis de VIH, otras ITS y vacunación	102
2.21.2	Tratamiento de lesiones corporales, genitales y anales	102
2.21.3	Anticoncepción de emergencia	103

2.21.4	Profilaxis post exposición al VIH SIDA: tratamiento	
	Antirretroviral	103
2.21.5	Profilaxis de otras ITS	105
2.21.6	Vacunación	107
2.21.6.1	Profilaxis hepatitis B	107
2.21.6.2	Vacunación antitetánica	107
2.21.6.3	Esquema de vacunación tétanos en adultos	108
2.22	Abordaje en salud mental	108
2.22.1	Crisis	108
2.22.2	¿Qué hacer?	108
2.22.3	¿Qué no hacer?	109
2.22.4	Abordaje psicológico en niñas y adolescentes	110
2.22.5	Consecuencias de la violencia contra niñas, niños y/o adolescentes	111

CAPÍTULO III

SITUACION ACTUAL DE LA UNIDAD DE ANALISIS

3.1	DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN ACTUAL	112
-----	------------------------------------	-----

CAPITULO IV

ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

4.1	ANÁLISIS DE GRÁFICAS	114
	CONCLUSIONES	144
	RECOMENDACIONES	145
	BIBLIOGRAFÍA	146
	ANEXOS	150

INTRODUCCION

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la violencia sexual como: “todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo”¹

Se estima que el 35 por ciento de las mujeres de todo el mundo ha sufrido violencia física y/o sexual por parte de un compañero sentimental o violencia sexual por parte de otra persona distinta a su compañero sentimental (estas cifras no incluyen el acoso sexual) en algún momento de sus vidas. Sin embargo, algunos estudios nacionales demuestran que hasta el 70 por ciento de las mujeres ha experimentado violencia física y/o sexual por parte de un compañero sentimental durante su vida. Los hechos demuestran que las mujeres que han sufrido violencia física o sexual por parte de un compañero sentimental presentan tasas más altas de depresión y más posibilidades de tener un aborto o de contraer el VIH que las que no han experimentado este tipo de violencia.

Las mujeres adultas representan el 51 por ciento de las víctimas de trata de seres humanos detectadas a nivel mundial. En conjunto, las mujeres y las niñas suponen cerca del 71 por ciento, siendo las niñas casi tres de cada cuatro víctimas infantiles de la trata. Casi tres de cada cuatro mujeres y niñas víctimas de trata lo son con fines de explotación sexual.²

¹ Organización Mundial de la Salud. Violencia contra la mujer: violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer. Nota descriptiva N°. 239. Actualización de septiembre de 2011. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011

² Promundo y ONU Mujeres, (2017) Understanding Masculinities: Results from the International Men and Gender Equality Survey (IMAGES) – Middle East and North Africa, p. 16

Unos 15 millones de muchachas adolescentes (de entre 15 y 19 años) de todo el mundo han sido obligadas a mantener relaciones sexuales forzadas (coito u otras prácticas sexuales forzadas) en algún momento de sus vidas. De ellas, 9 millones fueron víctimas de estas prácticas durante el año pasado. En la inmensa mayoría de los países, el principal riesgo para las adolescentes es verse obligadas a mantener relaciones sexuales por su pareja o expareja, ya sean novios, compañeros sentimentales o maridos. Según los datos recogidos en 30 países, solamente el 1 por ciento de ellas ha buscado ayuda profesional.³

Las pruebas indican que determinadas características de las mujeres como, por ejemplo, la orientación sexual, la discapacidad o la etnicidad y algunos factores contextuales como las crisis humanitarias, incluidas las situaciones de conflicto y posteriores al conflicto, pueden aumentar la vulnerabilidad de las mujeres ante la violencia.⁴

Tanto en la declaración de las Naciones Unidas de 1993 como en la Convención de Belém do Pará se utiliza, en la versión inglesa, la expresión “gender-based violence” (violencia basada en género) para reconocer que los factores de riesgo, las consecuencias y las respuestas de las comunidades a la violencia contra las mujeres están influidas en gran medida por la subordinación social, económica y jurídica de las mujeres en muchos entornos. Por ejemplo, la vulnerabilidad de las mujeres a la violencia puede aumentar con la desigualdad de género en las relaciones y con la dependencia económica respecto de los esposos/compañeros. Ciertas formas de violencia contra las mujeres, como la violencia física por parte de un esposo/compañero, a menudo son toleradas o hasta aprobadas por leyes, instituciones y normas de la comunidad; y algunos investigadores argumentan que la violencia contra las mujeres puede ser no solo una manifestación de la desigualdad de género, sino también una manera de imponerla.⁵

³ UNICEF (2017). *A Familiar Face: Violence in the lives of children and adolescents*, págs. 73, 82.

⁴ Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (2014). *Violence against women: an EU-wide survey*, Anexo 3, págs. 184-188.

⁵ violencia contra las mujeres en américa latina y el caribe, análisis comparativo de datos poblacionales de 12 países, (OPS 2014)

Cada hora, por lo menos una mujer es víctima de algún tipo de violencia, sexual, económica, política o laboral, entre otras, según datos de la Organización de las Naciones Unidas (ONU).

Rebeca Arias, coordinadora residente de la ONU en Guatemala, afirmó que las cifras de violencia en contra de las mujeres no se han reducido y que un reflejo de esto es que, de enero a junio del año 2014, se han registrado más de 50 mil embarazos en niñas y adolescentes.

En Guatemala, las mujeres representan 51.2% de la población estimada para 2014 de 15,8 millones de habitantes. Después de la firma de los Acuerdos de Paz en 1996, se crearon varios mecanismos para las mujeres (DEMI y SEPREM); se promulgaron leyes (desarrollo integral de las mujeres, violencia intrafamiliar, violencia sexual, y trata y explotación, femicidio y otras formas de violencia); y se diseñaron políticas (Política Nacional para la Promoción y Desarrollo Integral de las mujeres – PNPDIM). A pesar de estos avances, solamente el 2% de las alcaldías son dirigidas por mujeres; más de 4,000 niñas de 10-14 años dan a luz cada año; y 759 mujeres sufrieron una muerte violenta en 2013.

La violencia contra las mujeres se ha manifestado como un continuo en la historia de Guatemala y la violencia de género ha sido perpetuada como una herramienta de subordinación y control de la vida y cuerpo de las mujeres, sustentada por una cultura patriarcal y conservadora y un sistema frágil de seguridad y respuestas judiciales que genera impunidad. Guatemala es uno de los países con la mayor tasa de muertes violentas de mujeres (9,7 de cada 100.000 personas) Según cifras del Instituto Nacional de Ciencias Forenses (INACIF), en el año 2013 perdieron la vida violentamente 748 mujeres, un aumento de 10% en relación a 2012, lo cual representa un incremento del 11%, para un promedio de 2 muertes por día; mientras que los casos de muertes violentas de hombres a pesar que son 10 veces superiores, han tenido una notable reducción. A partir de la entrada en vigencia de la Ley contra el Femicidio y otras formas de Violencia contra la Mujer en el año 2008, el número de denuncias penales ha incrementado. En el 2012 el Ministerio Público-

(MP) informó que el delito de violencia contra la mujer fue el delito más denunciado, con un total de 51,790 denuncias (14.5%) y de 56,000 en 2013. De las denuncias registradas en violencia contra la mujer en el año 2012, solamente 2,260 denuncias (6.4%) llegaron a acusación; y el Organismo Judicial (OJ) dictó 473 sentencias de casos de violencia contra la mujer. La tasa de impunidad en general ha disminuido lentamente; sin embargo, en los casos de femicidio persiste; y se estima en un 98%. En términos de prevalencia, la violencia de pareja o ex pareja, incluida la violencia sexual, es la experiencia que más afecta y se ensaña contra las mujeres a lo largo del curso de vida, y especialmente contra las más jóvenes.

Según la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil-ENSMI (2008-2009), las mujeres reportan haber sido víctimas de violencia en los últimos doce meses, en las siguientes manifestaciones: Verbal: 21.6%; Física: 7.8%; Sexual: 4.8%; al menos uno de cada tres tipos: 23.4%. A nivel nacional, el INACIF realizó un total de 23,101 evaluaciones de casos de delitos sexuales en el período de 2009 al 2013 (90% mujeres). Por su parte, la Policía Nacional Civil-PNC atendió en el año 2013 un total de 11,720 casos de violencia contra la mujer y 4,702 casos de violencia intrafamiliar. Un total de 20,397 mujeres sobrevivientes de violencia han sido atendidas en los cinco Centros de Apoyo Integral para la Mujer Sobreviviente de Violencia-CAIMUS, en el periodo 2008-2012.

En el marco de la administración gubernamental 2012 al 2015 se continúa priorizando acciones vinculadas a la paz, la seguridad, la justicia, al empoderamiento económico y a la erradicación de la pobreza. El gobierno realizó el lanzamiento público de la Política Nacional de Prevención de la Violencia y el Delito, Seguridad Ciudadana y Convivencia Pacífica (2014-2034). Esta política incluye un eje de prevención de la violencia contra la mujer. El Ministerio Público, la Corte Suprema de Justicia y el Organismo Judicial ofrecen darle continuidad a los procesos de incorporación de una perspectiva de los derechos humanos de las mujeres en el organismo, tanto a través de su política de género, como del fortalecimiento de las judicaturas especializadas en femicidio. ONU Mujeres ha

apoyado la formulación de una estrategia conjunta para la ampliación del acceso de las mujeres a la justicia (2014).⁶

La incidencia de delitos sexuales contra mujeres persiste en Guatemala, ya que de enero a octubre en el año 2014 se registró seis mil 727 casos y después de la capital, con dos mil 185 casos, siguen Quetzaltenango, con 504; Escuintla, 499; y Petén, 327, según estadísticas de la Procuraduría de Derechos Humanos (PDH), basadas en evaluaciones del Instituto Nacional de Ciencias Forenses (INACIF). En Chimaltenango, el Ministerio Público (MP) registra que del 1 de enero al 1 de diciembre del 2014 han ocurrido 236 violaciones contra mujeres en Chimaltenango; sin embargo, la PDH reporta 241 de enero a octubre, lo que significa que se comete un abuso cada 36 horas.

Dagoberto Palacios, fiscal distrital de Chimaltenango, refirió que en el área rural es donde más se registra el problema; sin embargo, la cifra podría ser mayor, ya que algunas víctimas no denuncian. “El mayor problema de estos abusos es que ocurren en el seno del hogar”. Muchos de los abusos, cuando la víctima es una menor de edad, se debe a que por las condiciones de pobreza, ambos padres trabajan y la dejan sola en la casa.⁷

Chimaltenango, durante el año 2015, se reportó un total de 165 casos de violencia sexual en menores de 18 años; siendo Chimaltenango, Patzicía y Patzún los municipios más afectados. Entre el 2008 al 2015, en Chimaltenango se reportaron 1498 casos de violencia sexual, de éstos, tan sólo se logró capturar a 96 personas por sospecha de violación sexual. Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), Chimaltenango es una de las tres áreas junto con Guatemala Central y Quetzaltenango que presentan la mayoría de casos de abuso sexual y embarazos en menores de 14 años. Chimaltenango, cuenta con más de 21 organizaciones que

⁶ ONU MUJERES <https://lac.unwomen.org/es/donde-estamos/guatemala>

⁷ Con información de: J. Rosales / M. Castillo / H. Oliva / M. Sandoval <https://www.prensalibre.com/guatemala/provincia-delitos-sexuales-violaciones-mujeres-violencia-0-1267073385/>

trabajan a favor de la salud reproductiva y sexual, las cuales se enfocan en reducir la mortalidad materna y los embarazos en adolescentes.⁸

María Consuelo Porras Argueta nombrada por el presidente Jimmy Morales refirió que para el año 2018 se registraron en Chimaltenango, mil ciento sesenta y siete denuncias de mujeres agraviadas por el delito de violencia contra la mujer en sus manifestaciones psicológica, física y sexual.

Por lo cual dentro de las acciones realizadas como prioridad en el país para el gobierno de Morales para la prevención y erradicación de la violencia contra la mujer se ejecuta el programa de PROPEVI (prevención y erradicación contra la violencia intrafamiliar) que se vincula al eje de seguridad ciudadana de la PGN, teniendo como modalidad capacitar en las áreas escolares y grupales.⁹

En el Hospital Nacional de Chimaltenango se reportó un aumento en el número de casos de violencia sexual que ha atendido en lo que va del 2012 al 2019, respecto a la cifra reportada el año anterior; la mayoría de víctimas son mujeres, jóvenes, estudiantes, que han sufrido secuestros exprés.¹⁰

⁸ Ruiz Yánes Y, Minera Alejandro M. et al. (2007) VIOLENCIA SEXUAL: CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES EN ADOLESCENTES” UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS pág. 8

⁹ Secretaria presidencial de la mujer, segundo año de gobierno, memoria de labores, prevención contra la violencia de la mujer. Año 2018

¹⁰ Hospital Nacional de Chimaltenango área de estadística

CAPITULO I

MARCO METODOLOGICO

1.1 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

En el año 1940 se construyó la primera institución de salud en Chimaltenango, años más tarde según decreto ley No. 107-82 se convierte en Hospital integrado de Chimaltenango A finales del año 2007 se inician las gestiones para la construcción del Hospital Materno Infantil a través de la Agencia de cooperación internacional KOICA de Corea, el 28 de mayo de 2,008 se principia con la demolición de lo que fuera en su momento las instalaciones del Centro de Salud Tipo A, con el fin de contar con el espacio físico para la construcción de las nuevas instalaciones. El 28 de enero de 2,010 se inauguran las nuevas instalaciones con lo que se hace realidad la tan esperada ampliación, el nuevo edificio cuenta con un encamamiento para Gineco Obstetricia y Recién Nacidos, Sala de Partos, dos Quirófanos para realizar intervenciones quirúrgicas, sala de Shock, Cuidados intensivos para recién nacidos y otros. En el año 2010 se inaugura la clínica de ABS y la contratación del personal asistencial para dicha clínica.

El Hospital Nacional Materno Infantil de Chimaltenango necesita contar con un estudio de investigación sobre los conocimientos que el personal de enfermería tiene para la atención de pacientes Víctimas de Violencia sexual, siendo importante ya que en los últimos años se ha visto un aumento de ingresos de pacientes que ha sido expuesto a varios factores y cambios teniendo consecuencias drásticas en el paciente como consecuencias físicas, psicológicas, familiares, sociales entre otros y que el personal de enfermería tiene la posibilidad de brindar cuidados necesarios a las pacientes.

Para brindar una atención adecuada e intervenir oportunamente en el cuidado de dichas pacientes, es necesario poseer el conocimiento sobre el rol que enfermería

debe desempeñar según el protocolo de Atención a Víctimas sobrevivientes de Violencia Sexual.

Para la institución será esta investigación muy novedosa ya que no cuenta con un estudio relacionado a los conocimientos del personal y esto causara impacto y fortalecerá los conocimientos para la atención adecuada y oportuna a las pacientes

La investigación será factible ya que las autoridades autorizan el permiso necesario para el acceso a la información de las pacientes y la participación del personal de enfermería.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los conocimientos del personal de Enfermería sobre el cuidado de la paciente víctima de Violencia Sexual ingresadas en la Clínica de abuso sexual en el Ala Materno Neonatal del Hospital Nacional de Chimaltenango durante los meses de Octubre a diciembre del año 2,018?

1.2.1 Definición del problema

En la actualidad debido al desorden de la sociedad y pérdida de valores la violencia que se vive día tras día las mujeres se hacen más propensas a sufrir ciertos tipos de agresión sexual y necesitan ser atendidas con un cuidado especial, previendo secuelas y consecuencias negativas para su salud.

Las pacientes víctimas de violencia sexual pueden sufrir varias consecuencias que pueden ser duraderas y de alcance amplio para la vida de las víctimas, la violencia contra las mujeres es una causa importante de enfermedad y en algunos casos de la muerte misma. Los estudios indican que la violencia contra las mujeres tiene consecuencias que abarca lesiones físicas, embarazos no deseados, abortos, infecciones de transmisión sexual (incluida la infección por el VIH/sida), mortalidad materna, trastorno por estrés postraumático, depresión y suicidio, entre otras.

1.2.2 Especificación del problema

La agresión sexual se ha convertido en la actualidad en una problemática de salud a nivel mundial por lo que se tiene que ejecutar las líneas de atención para brindar el cuidado oportuno a la víctima de violencia sexual.

En la clínica de sobrevivientes de violencia sexual del Hospital nacional de Chimaltenango se atendieron durante el año 2017, 204 casos, de los cuales el 94% son de sexo femenino, siendo las adolescentes entre 14 y 15 años la edad de mayor predominio.

En el año 2018 fueron atendidos 219 casos agredidas sexualmente en la clínica de sobrevivientes de violencia sexual del Hospital Nacional de Chimaltenango, a comparación del año 2017, los casos fueron en aumento a comparación del año del 2017; se ve reflejado que el personal de enfermería tiene la responsabilidad latente de brindar la atención y el cuidado personalizado diariamente a la paciente víctima de violencia sexual.

El personal de enfermería debe de abordar nuevos planteamientos, actualizaciones para el desarrollo profesional conjuntamente con la gestión de los cuidados de enfermera y con la practica independiente enriquecer los conocimientos para ponerlo en práctica y satisfacer las necesidades de cuidado de la paciente víctima de violencia sexual en forma integral, ya que de ello depende la sobrevivencia, recuperación y rehabilitación de la paciente, además de maximizar los recursos y la calidad de atención que se presta.

Por lo anterior se plantea la interrogante ¿Está el personal de enfermería del Ala Materno neonatal del Hospital Nacional de Chimaltenango capacitado con el conocimiento necesario para brindar el cuidado de la paciente víctima de violencia sexual?

1.2.3 Delimitación del problema

Al observar en el último año el incremento de ingresos de pacientes mujeres Víctimas de Violencia sexual en la clínica de Abuso Sexual del Hospital Nacional Materno neonatal de Chimaltenango, se hace urgente identificar el conocimiento del personal de enfermería con respecto a la atención según protocolo del MSPAS para garantizar el cuidado y calidad en la atención.

- Ámbito geográfico: Departamento de Chimaltenango.
- Ámbito institucional: Ala materno neonatal del Hospital Nacional de Chimaltenango.
- Ámbito personal: personal de enfermería del ala materno neonatal
- Ámbito temporal: Octubre a Diciembre del 2018

1.2.3.1 Unidad de análisis

La investigación se realizó con el personal de enfermería, tanto enfermeras y enfermeros profesionales como personal auxiliar de enfermería que labora en los servicios de: Emergencia, Labor y Partos, Recién Nacidos, Post-Parto y ginecología del Ala Materno Neonatal del Hospital Nacional de Chimaltenango, a través de un instrumento de multi-opción, previo a solicitud de autorización a las Autoridades de Enfermería del Hospital Nacional de Chimaltenango y firma del Consentimiento Informado del personal involucrado en el estudio.

1.2.3.2 Tamaño de la muestra

La población estudiada está conformada por 62 auxiliares de enfermería y 19 enfermer@s profesionales que labora en el Ala Materno Neonatal del Hospital Nacional de Chimaltenango, haciendo un total de 81 personas. En el presente estudio se tomó en cuenta el 100% del Personal de Enfermería del Ala Materno Neonatal debido a la rotación constante del personal de enfermería.

1.2.3.3 Ámbito geográfico:

El Hospital Nacional de Chimaltenango está ubicado en 8a. calle 1-54 zona 5 Calzada La Alameda, Departamento de Chimaltenango, Chimaltenango. Es un departamento del país de Guatemala, C.A. que se encuentra situado en la región

Central de país. Limita al norte con los departamentos de El Quiché y Baja Verapaz; al este con Guatemala ciudad y Sacatepéquez; al sur con Escuintla y Suchitepéquez, y al oeste con Sololá. La cabecera departamental es Chimaltenango. Distancia aproximada de 54 kilómetros de la Ciudad Capital, con una extensión de 1979 Km², a una altura de 1800m sobre el nivel del mar. Este cuenta con 16 municipios; los idiomas que se hablan son el maya Kaqchikel y español. Producción agrícola variada y abundante que proporciona excedentes que se comercializan en otros departamentos.

1.3 HIPÓTESIS

El personal de enfermería del ala materna del Hospital Nacional de Chimaltenango desconoce las intervenciones en el cuidado y el rol que debe desempeñar según protocolo de Atención a víctimas sobrevivientes de violencia Sexual.

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 Objetivo general:

- Identificar el conocimiento que el personal de enfermería tiene sobre el cuidado de la paciente víctima de Violencia Sexual.

1.4.2 Objetivos específicos:

- Conocer las intervenciones del personal de enfermería en el cuidado de la paciente víctima de violencia sexual.
- Describir la línea de abordaje clínico para la atención de enfermería por medio de la ruta de detección y acción en víctimas de abuso sexual para la respuesta inmediata, primeros auxilios y referencia oportuna.
- Aplicar correctamente el protocolo para la asistencia de las pacientes víctimas de Violencia intrafamiliar.

1.5 DEFINICION Y OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	INSTRUMENTO
-Conocimientos del personal de enfermería	- Fundamento teórico y práctico que posee el personal de enfermería del Ala Materno Neonatal del Hospital Nacional de Chimaltenango.	- Idea, noción o conocimiento que posee el personal de enfermería que asiste a pacientes víctima de violencia sexual ingresadas en la clínica de violencia sexual.	<ul style="list-style-type: none"> - Respuesta positiva ante los pasos del protocolo de atención a víctimas sobrevivientes de violencia sexual - Primer contacto Espacio seguro - Notificación obligatoria por el personal de enfermería. - Priorización de la atención 	- Cuestionario multi opción sobre protocolo de atención del MSPAS.

<p>-Cuidado de la paciente víctima de violencia sexual.</p>	<p>- Atención que el personal de Enfermería proporciona a la paciente víctima de violencia sexual.</p>	<p>- Son todas aquellas acciones oportunas que el personal de enfermería brinda a la paciente víctima de violencia sexual.</p>	<p>-Tratamiento profiláctico por enfermería a pacientes víctimas de violencia sexual</p> <p>- Identificación al brindar atención a pacientes Víctimas de violencia sexual.</p> <p>-Exámenes de laboratorio</p> <p>- Registro por enfermería.</p> <p>-Orientación y consejería por personal de enfermería</p> <p>-Referencia por parte de enfermería a donde corresponda según atención brindada.</p>	<p>- Instrumento de medición de actitud escala de Likert.</p>
---	--	--	--	---

1.6 BOSQUEJO PRELIMINAR DE TEMAS Y SUBTEMAS:

1.6.1 Tema principal

Conocimientos del personal de enfermería en el cuidado de la paciente víctima de violencia sexual ingresadas en el Ala Materno Neonatal del Hospital Nacional de Chimaltenango.

1.6.2 Conocimiento

1.6.2.1 Tipos de conocimiento

1.6.2.1.1 Conocimiento filosófico

1.6.2.1.2 Conocimiento empírico

1.6.2.1.3 Conocimiento científico

1.6.2.1.4 Conocimiento Intuitivo

1.6.2.1.5 Conocimiento religioso o revelado

1.6.2.1.6 Conocimiento declarativo

1.6.2.1.7 Conocimiento procedimental

1.6.2.1.8 Conocimiento directo

1.6.2.1.9 Conocimiento Indirecto o vicario

1.6.2.1.10 Conocimiento lógico

1.6.2.1.11 Conocimiento matemático

1.6.2.1.12 Conocimiento de sistemas

1.6.2.1.13 Conocimiento privado

1.6.2.1.14 Conocimiento publico

1.6.3 Enfermería

1.6.3.1 Formación básica de enfermería

1.6.3.2 Formación de enfermería

- 1.6.3.3 Enfermería en Guatemala**
- 1.6.3.3.1 Doctor, magíster y licenciatura en enfermería**
- 1.6.3.3.2 Enfermero (a)**
- 1.6.3.3.3 Auxiliar de enfermería**
- 1.6.3.4 Personal de enfermería**
- 1.6.4 Cuidados**
- 1.6.4.1 El proceso de cuidar**
- 1.6.4.2 Acciones para el cuidado**
- 1.6.4.3 Clasificación de los cuidados**
- 1.6.5 Definición de paciente**
- 1.6.6 Modelo de enfermería de Hildegarde Peplau**
- 1.6.6.1 Fases de la relación enfermero (a)/paciente**
- 1.6.6.1.1 Orientación**
- 1.6.6.1.2 Identificación**
- 1.6.6.1.3 Exploración**
- 1.6.6.1.4 Resolución**
- 1.6.6.2 Funciones del modelo de Hildegarde Peplau**
- 1.6.6.2.1 Papel del extraño**
- 1.6.6.2.2 Papel de persona-recurso**
- 1.6.6.2.3 Papel de docente**
- 1.6.6.2.4 Papel de conductor**
- 1.6.6.2.5 Papel de sustituto**
- 1.6.6.2.6 Papel de consejero**

- 1.6.7** **Víctima**
- 1.6.8** **Violencia**
- 1.6.8.1** **Tipos de violencia**
- 1.6.8.1.1** **Violencia física**
- 1.6.8.1.2** **Violencia psicológica**
- 1.6.8.1.3** **Violencia económica**
- 1.6.8.1.4** **Violencia sexual**
- 1.6.8.1.5** **Violencia sexual que no aplica contacto corporal**
- 1.6.8.1.6** **Violencia sexual con contacto corporal**
- 1.6.8.1.7** **Violencia contra los derechos sexuales y reproductivos**
- 1.6.9** **Abuso sexual**
- 1.6.10** **Agresión sexual**
- 1.6.11** **Acoso sexual**
- 1.6.12** **Violencia contra las mujeres**
- 1.6.12.1** **Causas y factores de riesgo**
- 1.6.12.1.1** **Factores asociados con las relaciones personales**
- 1.6.12.1.2** **Factores individuales**
- 1.6.12.4** **Consecuencias de la violencia sexual para la salud**
- 1.6.13** **Abordaje y seguimiento**
- 1.6.13.1** **Casos A: Alto riesgo, menos de 72 horas a 120 horas**
- 1.6.13.2** **Daños y consecuencias de la violencia sexual**
- 1.6.14** **Victimización secundaria o revictimización**
- 1.6.15** **Marco legal nacional en Guatemala**

- 1.6.16 Marco legal internacional que respaldan los protocolos para la atención a pacientes víctimas de violencia sexual**
- 1.6.17 Atención a pacientes víctimas de violencia sexual en Guatemala**
- 1.6.18 Ruta interinstitucional de la atención en hospitales, centros y servicios de salud de 24 horas, en pacientes estables**
 - 1.6.18.1 Paso I: Primer contacto**
 - 1.6.18.1.1 Portero o agente de seguridad**
 - 1.6.18.1.2 Admisión o registros médicos**
 - 1.6.18.1.3 Enfermería**
 - 1.6.18.1.4 Médico**
 - 1.6.18.2 Paso II: Notificación obligatoria por el personal de salud; Médico, enfermería o trabajo social.**
 - 1.6.18.3 Paso III: Identificación**
 - 1.6.18.3.1 Médico de la clínica de violencia sexual o de emergencia**
 - 1.6.18.3.2 Enfermería**
 - 1.6.18.3.3 Psicólogo o médico**
 - 1.6.18.4 Paso IV: Priorización de la atención.**
 - 1.6.18.4.1 Lesiones, anticoncepción, profilaxis de VIH, otras ITS y vacunación.**
 - 1.6.18.4.2 Estado de gravidez o embarazo**
 - 1.6.18.4.3 Anticoncepción de emergencia –EA**
 - 1.6.18.4.3.1 Efectos secundarios de la anticoncepción de emergencia**
 - 1.6.18.4.4 Infecciones de transmisión sexual (ITS)**
 - 1.6.18.4.5 Antibioticoterapia**

- 1.6.18.4.6 Antirretrovirales**
- 1.6.18.4.7 Vacuna antitetánica y de hepatitis B**
- 1.6.18.4.8 Atención psicológica**
- 1.6.18.5 Paso V: Registro**
 - 1.6.18.5.1 Médico**
 - 1.6.18.5.2 Enfermera**
 - 1.6.18.5.3 Encargado de farmacia**
 - 1.6.18.5.4 Encargado de bodega y almacén**
 - 1.6.18.5.5 Encargado de estadística**
- 1.6.18.6 Paso VI: Orientación**
- 1.6.18.7 Paso VII: Referencia**
 - 1.6.18.7.1 Médico, enfermera o trabajo social.**
- 1.6.18.8 Flujograma para la atención de víctimas estables.**
- 1.6.19 Ruta interinstitucional de la atención en hospitales, centros y servicios de 24 horas en pacientes víctimas inestables**
 - 1.6.19.1 Recomendaciones para el momento de la recepción**
 - 1.6.19.2 Flujograma para la atención de víctimas inestables.**
- 1.6.20 Exámenes de laboratorio**
- 1.6.21 Tratamiento profiláctico**
 - 1.6.21.1 Lesiones, anticoncepción y profilaxis de VIH, vacunación y otras**
 - 1.6.21.2 Tratamiento de lesiones corporales, genitales y anales**
 - 1.6.21.3 Anticoncepción de emergencia**
 - 1.6.21.4 Profilaxis post exposición al VIH SIDA: tratamiento**

- 1.6.21.5 Profilaxis de otras ITS**
- 1.6.21.6 Vacunación**
 - 1.6.21.6.1 Profilaxis hepatitis B**
 - 1.6.21.6.2 Vacunación antitetánica**
 - 1.6.21.6.3 Esquema de vacunación tétanos en adultos**
- 1.6.22 Abordaje en salud mental**
 - 1.6.22.1 Crisis**
 - 1.6.22.2 ¿Qué hacer?**
 - 1.6.22.3 ¿Qué no hacer?**
 - 1.6.22.4 Abordaje psicológico en niñas y adolescentes**
 - 1.6.22.5 Consecuencias de la violencia contra niñas, niños y/o adolescentes**

1.7 METODOS, TECNICAS E INSTRUMENTOS

1.7.1 Métodos de investigación

Se utilizó una metodología de tipo cuantitativo ya que se busca identificar conocimientos mediante datos detallados y principios teóricos, la recolección de los datos estadísticos permitirá constar pruebas objetivas para el instrumento de medición sobre los conocimientos que el personal de enfermería tienen en el cuidado de pacientes víctimas de violencia sexual y así lograr la mejora de atención dirigido a las pacientes, los datos se recolectaran por medio de registros estadísticos y se elaborará un instrumento multiopcional, según el rol de enfermería aplicando la ruta interinstitucional, el cuestionario permitirá analizar y determinar los conocimientos que actualmente posee el personal.

Es de corte transversal porque se realizara en un tiempo establecido de Octubre a Diciembre del año 2018.

1.7.2 Técnicas de investigación

La técnica utilizada para la investigación fue a través de un estudio de campo con el personal de enfermería, en el Hospital Nacional de Chimaltenango.

1.7.3 Instrumentos de investigación

La aplicación de un cuestionario multiopcional con una segunda sección con aplicación de escala de Likert, se dió a conocer por el investigador de forma presencial previa solicitud de un consentimiento informado para que fuera evidente la participación de forma voluntaria.

1.7.4 Criterios de Inclusión y exclusión:

1.7.4.1 Criterios de inclusión:

Todo el personal de Enfermería (auxiliares de enfermería y enfermer@s profesionales) que labora en el Ala Materno Neonatal del Hospital Nacional de Chimaltenango.

1.7.4.2 Criterios de Exclusión:

Personal de enfermería que está de vacaciones, personal suspendido por el IGSS o por accidente, y todo el personal de enfermería que labora en las medicinas, cirugías, traumatologías y pediatría del Ala general del Hospital Nacional de Chimaltenango.

1.7.5 Aspectos éticos de la investigación

1.7.5.1 Derecho a la intimidad

A todos los participantes se les informa sobre el derecho que tienen para decidir su participación durante la investigación, toda información será de uso científico y confidencial, al no dar a conocer los nombres de los participantes.

1.7.5.2 Justicia

Todos los participantes recibirán respeto y se maneja la información con confidencialidad, no se discriminara a los participantes, ya sea de índole cultural, social, étnica, religión, género, entre otros.

1.7.5.3 Autonomía (Consentimiento informado)

Se elabora una carta de consentimiento informado la cual será analizada y autorizada por cada participante incluido en el estudio

1.7.5.4 Permiso por la institución

El permiso de la institución es importante para la aprobación de la solicitud emitida para llevar a cabo el estudio de investigación.

1.7.5.5 Beneficencia

El estudio será de beneficio para la población e institución siendo utilizado para búsqueda de estrategias en beneficio para los pacientes y su estadía hospitalaria

1.7.5.6 No maleficencia

Con el estudio poder obtener conclusiones y mejorar la atención, sin causar daño a la paciente y al personal de enfermería.

1.7.6 Prueba piloto

1.7.6.1 Características de la infraestructura de la prueba piloto

El estudio piloto se realizó en el Hospital Nacional de Escuintla, ubicado en el departamento de Escuintla ciudad de Guatemala.

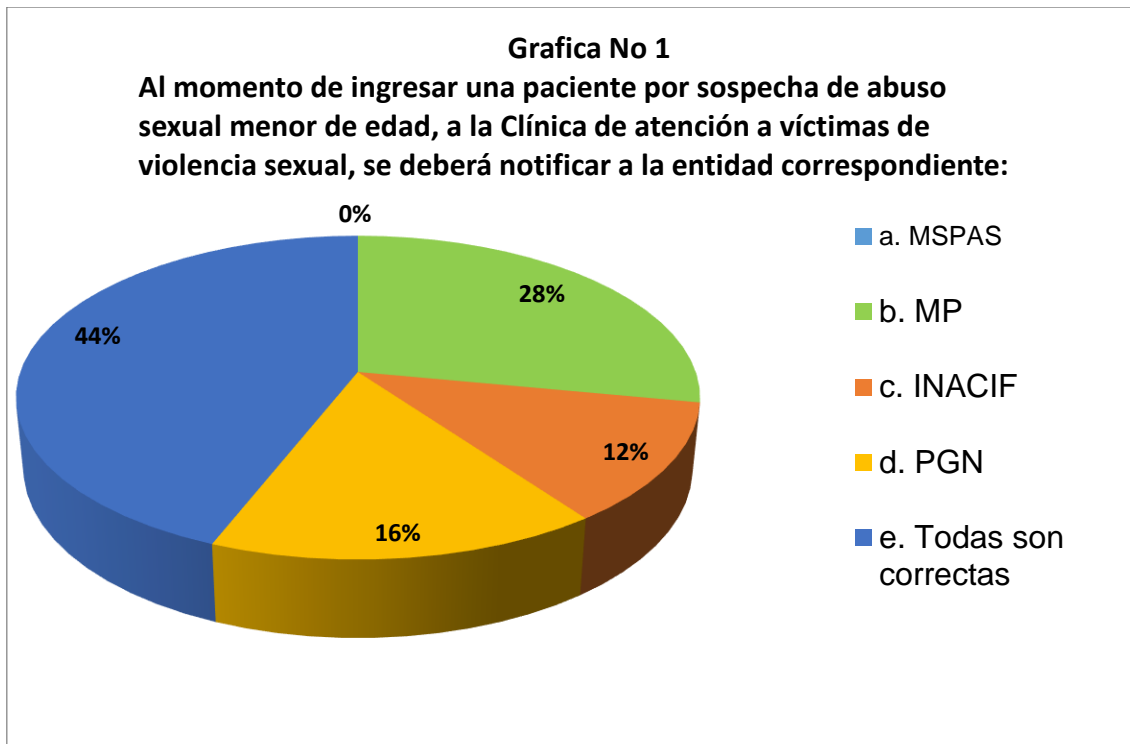
El hospital Nacional de Escuintla cuenta características similares al Hospital Nacional de Chimaltenango, con una infraestructura para la atención a pacientes víctimas de violencia sexual, y los servicios de atención a pacientes con patologías de enfermedad común, pediatría, maternidad y servicios críticos.

El departamento de enfermería está conformado por 66 enfermeras profesionales y 235 auxiliares de enfermería distribuidos en los servicios de atención por la necesidad de personal de los servicios del hospital es necesario la rotación constante del personal de enfermería.

Por esta razón la prueba del instrumento para la ejecución, se realizó en los servicios de emergencia de la maternidad, emergencia de adultos, emergencia pediátrica, cirugía y medicina de mujeres y concluyendo con personal de enfermería de la clínica de atención a pacientes víctimas/sobrevivientes de violencia sexual estos son los servicios con mayor contacto directo en el cuidado de la paciente víctima de violencia sexual

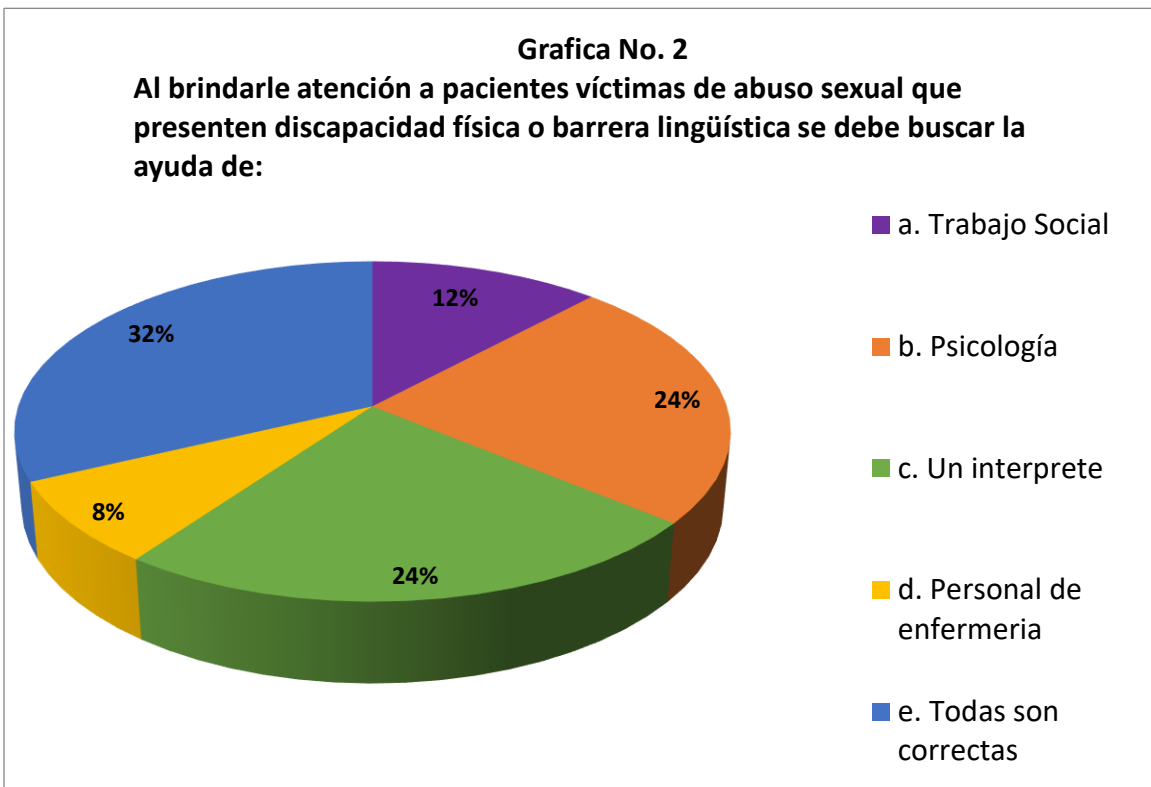
El estudio se llevó acabo el 12 de Noviembre del año 2019, y se tomó como muestra 25 personas, esto con previa autorización por escrita del departamento de enfermería.

1.7.6.2 Análisis y presentación de resultados de la prueba piloto.



FUENTE: Cuestionario a personal de enfermería del hospital Nacional de Escuintla

Para el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social la atención a víctimas de violencia sexual, es una prioridad, y requiere de responsabilidades legales, para ello es importante conocer a que entidad se debe notificar los casos de pacientes víctimas de violencia sexual, ya que es una atención multidisciplinario e interinstitucional para garantizar la atención adecuada, en la medición del instrumento se observa que el 44% de los entrevistados desconocen el protocolo para informar los casos siendo el Ministerio Público la entidad a quien se deberá notificar, observando que solo el 28% tiene conocimiento del protocolo, este protocolo con lleva el enfoque multidisciplinario necesario, a fin de garantizar la atención médica así como la denuncia legal que se debe interponer para la persecución penal de los agresores.

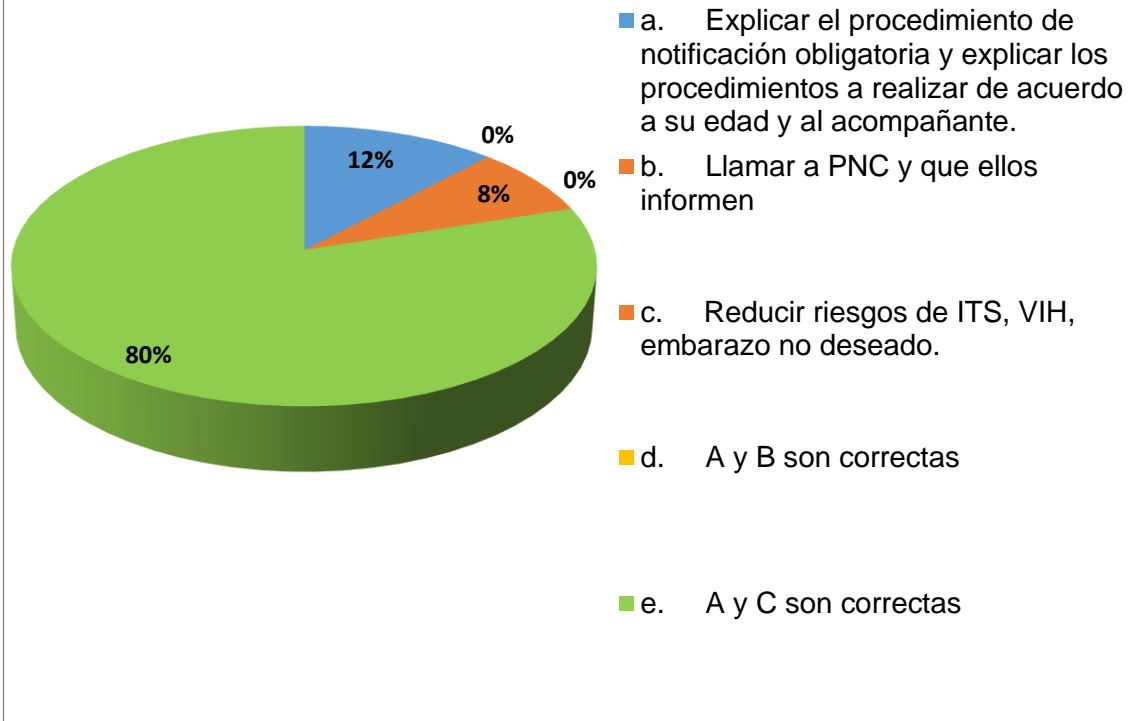


FUENTE: Cuestionario a personal de enfermería del hospital Nacional de Escuintla

Enfermería busca brindar bienestar y seguridad a la paciente mostrando confiabilidad y confidencialidad pero en ocasiones se presentan barreras lingüísticas o físicas para la atención inmediata, siendo necesario un intérprete; para los encuestados solo 24% identifica tal necesidad, el 32% aún desconoce la acción inmediata de buscar un intérprete que pueda explicar al paciente con palabras sencillas y claras el tipo de atención que debe recibir y las necesidades de realizar interconsultas ya que el temor a lo desconocido puede provocar inseguridad y desconfianza por parte de la paciente. El intérprete contribuirá a explicar con mayor claridad los procedimientos, a la vez se podrá identificar las necesidades voluntad y consentimiento de la paciente y familia.

Grafica No.3

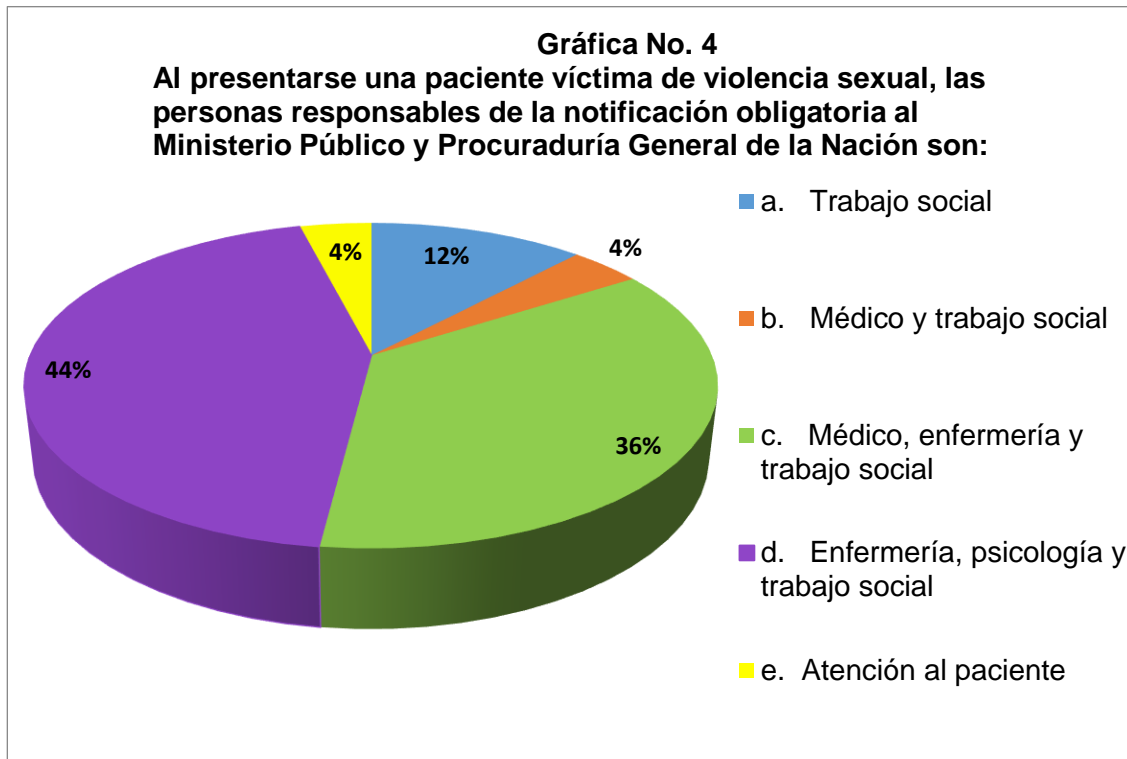
Para la atención de pacientes víctimas por sospecha de abuso sexual en el primer contacto con el personal de enfermería, se debe explicar aspectos más importantes en la atención:



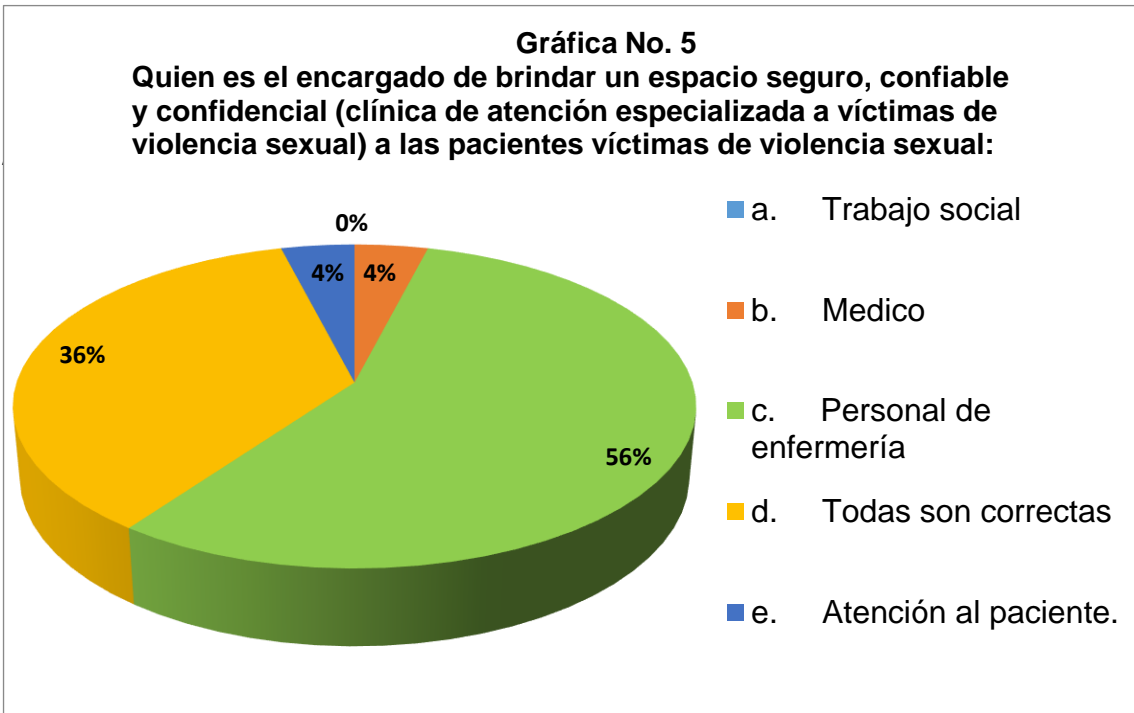
FUENTE: Cuestionario a personal de enfermería del hospital Nacional de Escuintla

Para la atención de la paciente víctima de violencia sexual se debe explicar aspectos importantes durante su asistencia, al realizar las encuestas se observa que el 80% desconoce dicha acción, aún confunden los pasos a seguir durante el primer contacto solo el 12% realizan correctamente la atención al explicarle los procedimientos de notificación obligatoria de acuerdo a la edad e informar los procedimientos y tratamientos a emplear para reducir riesgos de ITS, embarazos no deseados, la importancia de la explicación ayudará a la relación y contribución de la víctima para su correcta asistencia médica como también el cumplimiento de las leyes de protección integral a la víctima, mostrándole la importancia de la comprensión y respeto sobre la información que ella proporciona resguardando su integridad.

FUENTE: Cuestionario a personal de enfermería del hospital Nacional de Escuintla



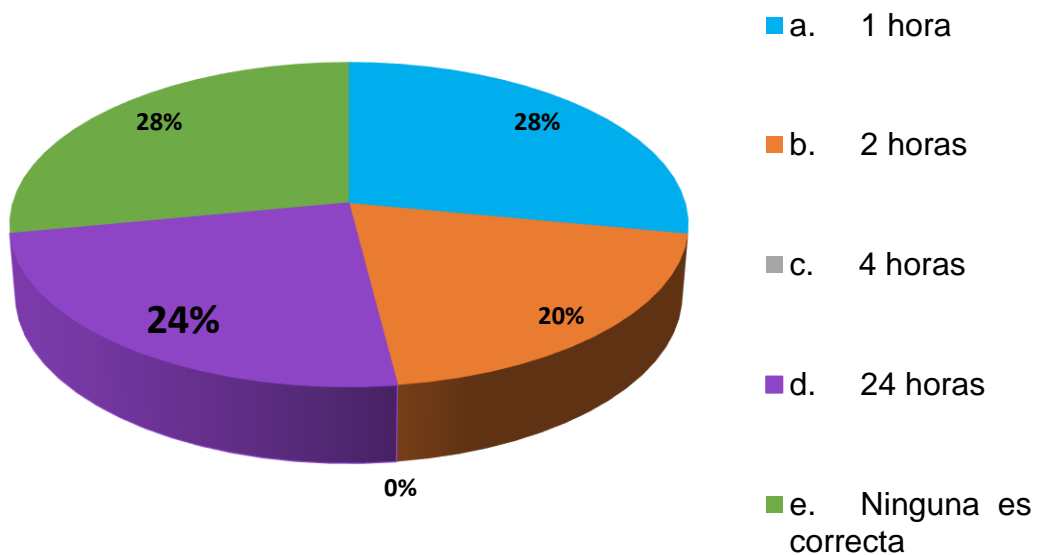
En la gráfica se observa que el 44% desconoce las rutas y responsables quienes deben notificar a las autoridades correspondientes confundiendo las disciplinas que si bien psicología brinda acompañamiento a las pacientes, realmente los que tienen contacto con las pacientes desde el ingreso es el equipo médico, enfermería y trabajo social y solo el 36% tiene conocimiento correcto de que el Médico, enfermería o trabajadora social son los responsables de la notificación obligatoria al Ministerio Público, ellos registran la fecha y la hora del ingreso para la preparación del expediente clínico.



FUENTE: Cuestionario a personal de enfermería del hospital Nacional de Escuintla

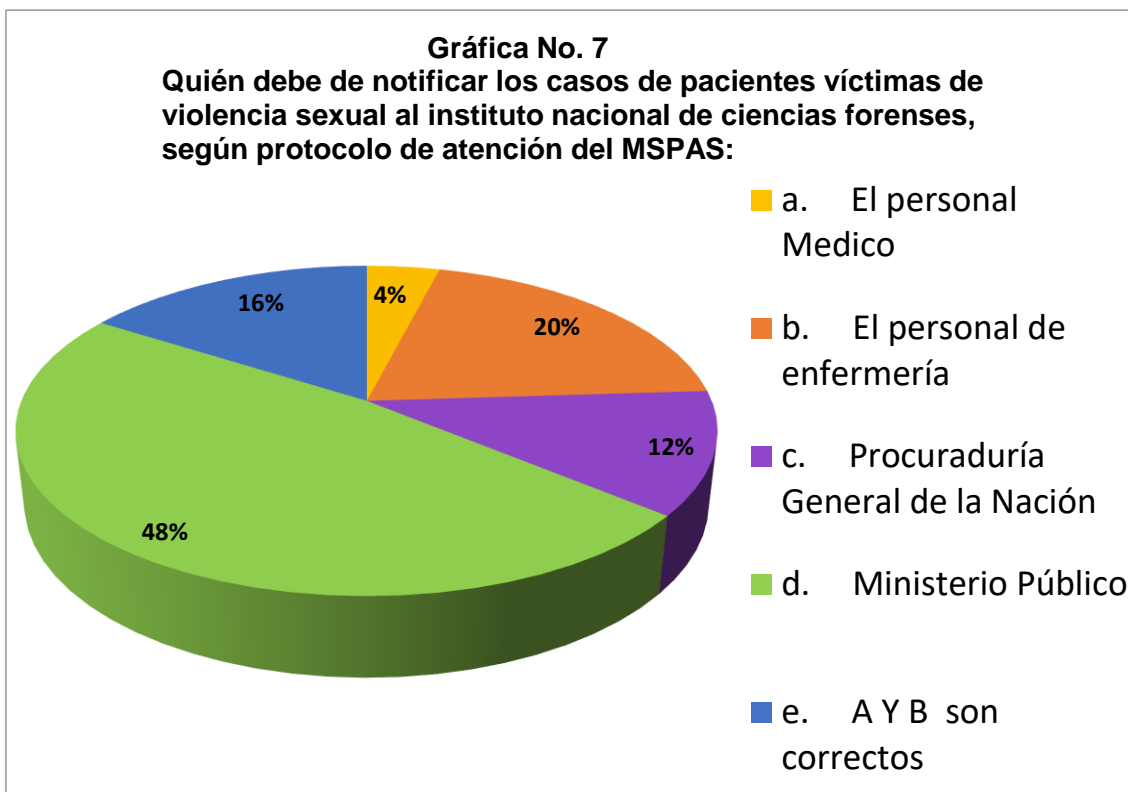
Al mencionar la importancia de la seguridad, confiabilidad hacia las pacientes con sospecha de abuso sexual el 56% tiene conocimiento de que Enfermería tiene un papel importante para el cumplimiento del protocolo de atención y asistencia a la paciente con sospecha víctima de abuso sexual. El 36% del grupo encuestado cree que el equipo multidisciplinario es el encargado de brindar un espacio seguro esta información no es en su totalidad equivoco pero Enfermería da acompañamiento a la paciente desde su ingreso, estadía y egreso de la paciente por lo que es la persona encargada las 24 horas de velar por el resguardo de la paciente como un ser integral.

Gráfico No. 6
Desde el momento que se le llama al Ministerio Publico informándole sobre una paciente víctima de violencia sexual, cuanto tiempo límite se debe esperar para que el fiscal del Ministerio Publico se haga presente al centro hospital



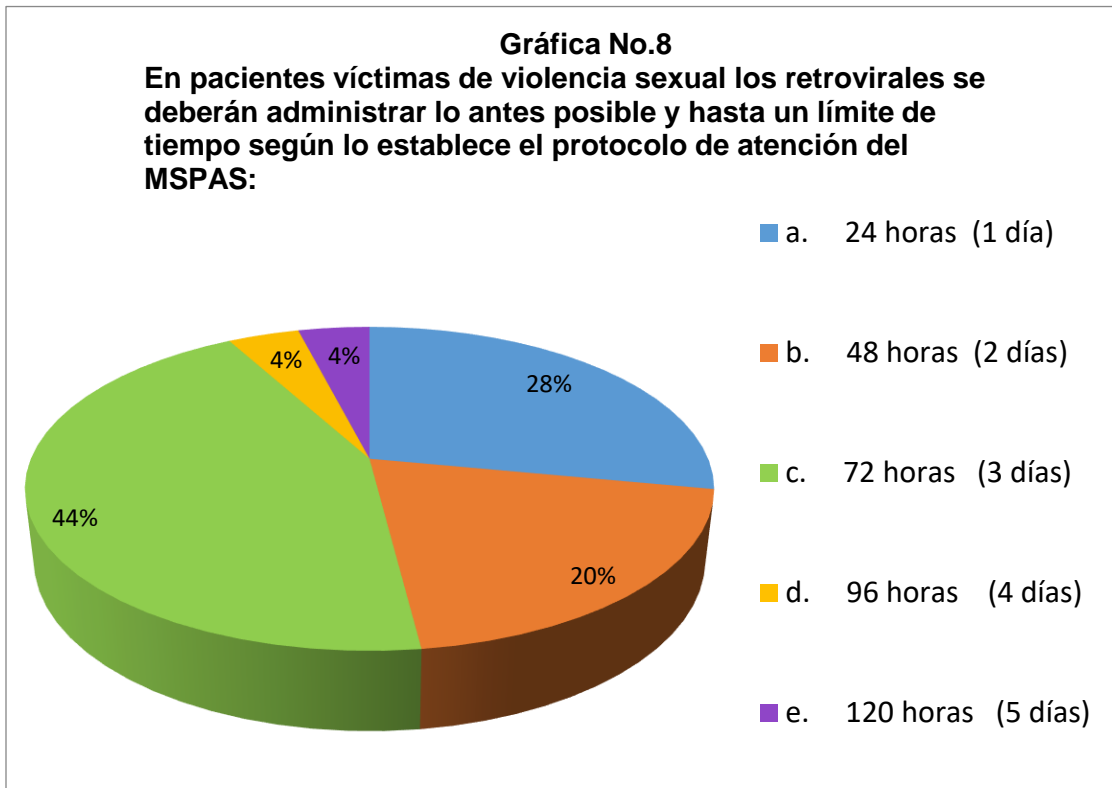
FUENTE: Cuestionario a personal de enfermería del hospital Nacional de Escuintla

El 28% de los encuestados refieren que no existe una hora establecida promedio para esperar a que le ministerio público (MP) se presente sabiendo que la notificación al MP es obligatoria para que se presenten al centro hospitalario, y el 20% de los encuestados conocen el tiempo establecido por el protocolo de atención del ministerio de salud pública y es por ello que el personal de enfermería tiene que colocar en la parte superior derecha del expediente clínico la hora que se le notificó al fiscal del ministerio público, con el fin evitar el retraso en la atención de la paciente víctima de violencia sexual y poder brindarle la atención oportuna e inmediata.



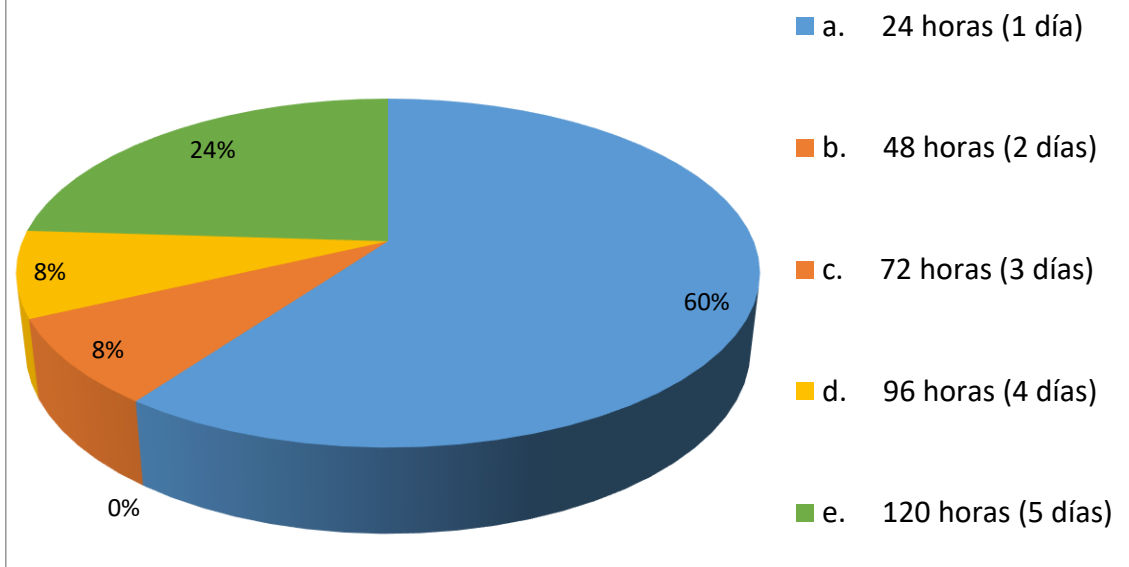
FUENTE: Cuestionario a personal de enfermería del hospital Nacional de Escuintla

Se muestra en la gráfica que solo el 48% tiene conocimiento que el Ministerio Público es el ente encargado de notificar los casos al Instituto Nacional de Ciencias Forenses, la comprensión de la víctima/sobreviviente de violencia sexual es importante, según su desarrollo y madurez. Por ello se debe seguir el protocolo para cumplir con la ley de protección a las pacientes víctimas de abuso sexual para realizar un mínimo de repetición y así evitar la revictimización. Al momento de evaluar a la paciente, la evaluación física se debe realizar en conjunto con el médico forense del INACIF, quien tomará las muestras biológicas e inicia la cadena de custodia. El 52% restante de los encuestados aún desconocen la forma o los pasos a seguir para las notificaciones correspondientes.



El 44% de los encuestados posee conocimiento que durante las 72 debe ser administrado los retrovirales este conocimiento es importante ya que se debe de brindar educación constante de la importancia de las primeras 72 horas en la cual se debe de proporcionar el kit de emergencia para prevenir enfermedades de transmisión sexual, VIH. La OMS presenta estudios que con el kit se puede reducir el riesgo de infección en un 80%. Esta información puede actuar como factor de motivación para que se acerquen las víctimas a los servicios de salud. El 56 % aún desconocen las horas necesarias para brindar el kit de emergencia, esto puede provocar deficiencia del cumplimiento y resguardo de la salud de la paciente aumentando el riesgo de las enfermedades no deseadas.

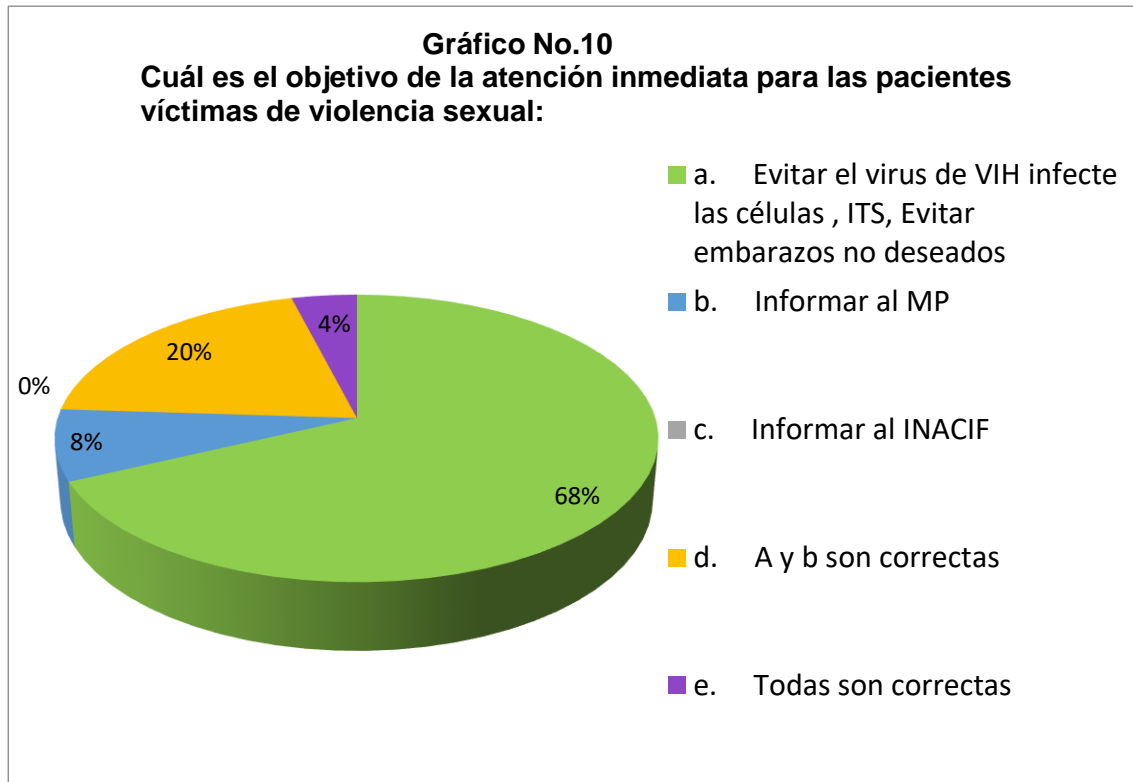
Gráfica No.9
La anticoncepción de emergencia AE, se le cumple a toda
paciente víctima de violencia sexual lo antes posible y hasta un
límite de tiempo:



FUENTE: Cuestionario a personal de enfermería del hospital Nacional de Escuintla

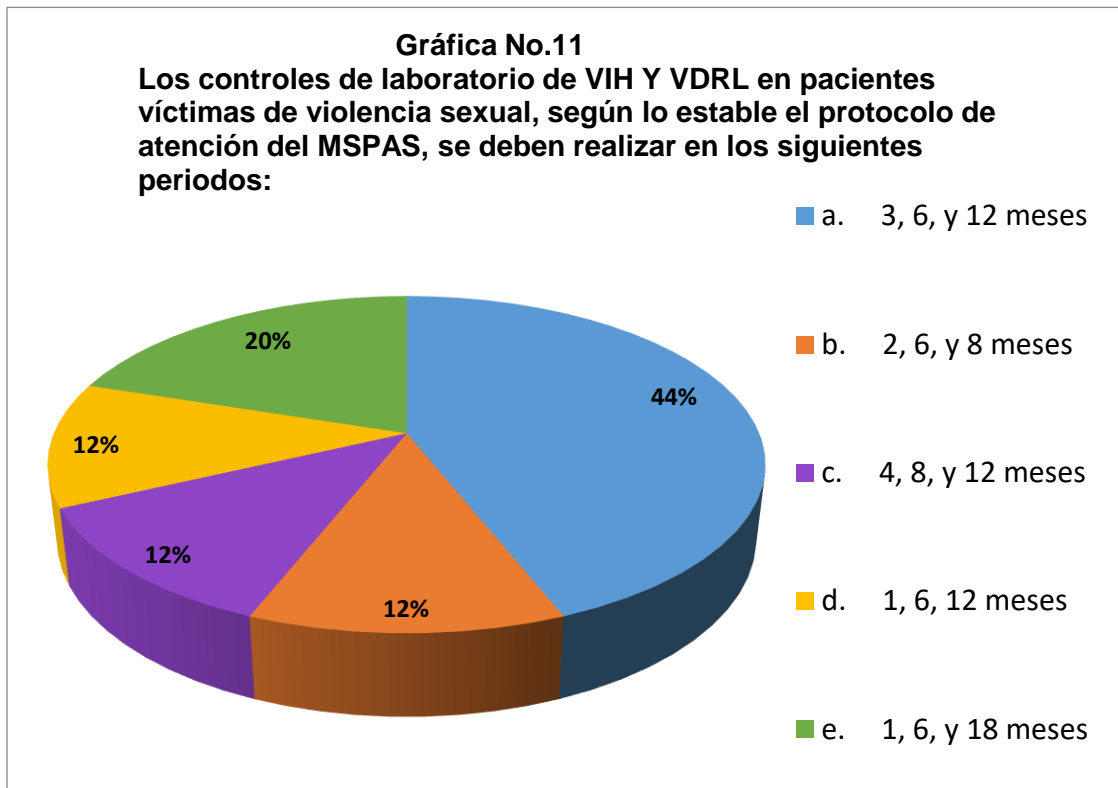
El 60% de los encuestados aún desconocen las horas que se puede considerar para brindar los anticonceptivos de emergencia y solamente el 24% reconoce que la anticoncepción de urgencia se puede brindar hasta las 120 horas este dato es importante ya que se ha confirmado que se puede prevenir más del 95% de los embarazos cuando se utiliza la anticoncepción dentro de los 5 días posteriores a la relación sexual; el prevenir los embarazos no deseados en pacientes víctimas de violencia sexual es el objetivo fundamental de la anticoncepción de emergencia según el protocolo de atención a víctimas de violencia sexual del MSPAS. Por ello es importante que el personal de enfermera tenga el conocimiento correcto para brindar una mejor atención a las pacientes víctimas de abuso sexual.

FUENTE: Cuestionario a personal de enfermería del hospital Nacional de Escuintla



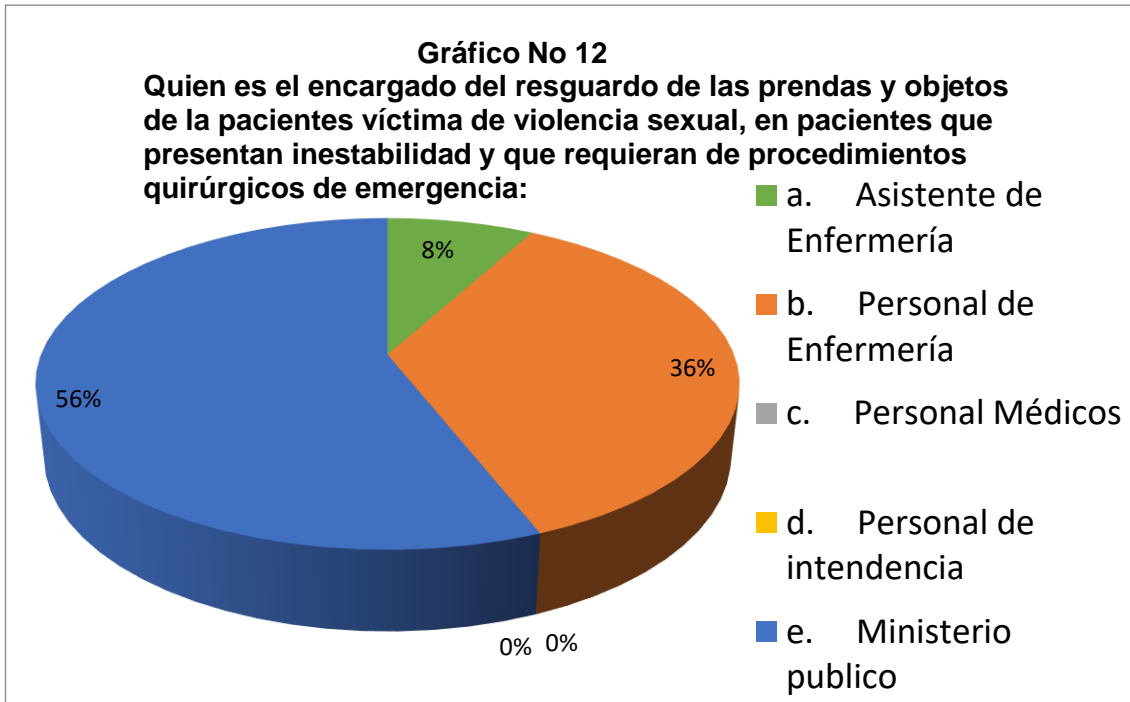
El 68% de los encuestados tienen conocimiento de la importancia de la atención inmediata para las pacientes víctimas de violencia sexual, se debe reconocer que la paciente víctima de violencia sexual presenta una situación de urgencia y debe atenderse de inmediato para evitar infecciones de transmisión sexual, VIH, embarazos no deseados la aplicación correcta del protocolo incluye también orientaciones para la profilaxis de VIH/SIDA, ITS y anticoncepción de emergencia; además, brinda aclaraciones sobre el consentimiento informado y el secreto profesional. Se debe enfatizar aun el porcentaje restante para profundizar el conocimiento del proceso de atención integral a las pacientes víctima de violencia sexual.

FUENTE: Cuestionario a personal de enfermería del hospital Nacional de Escuintla



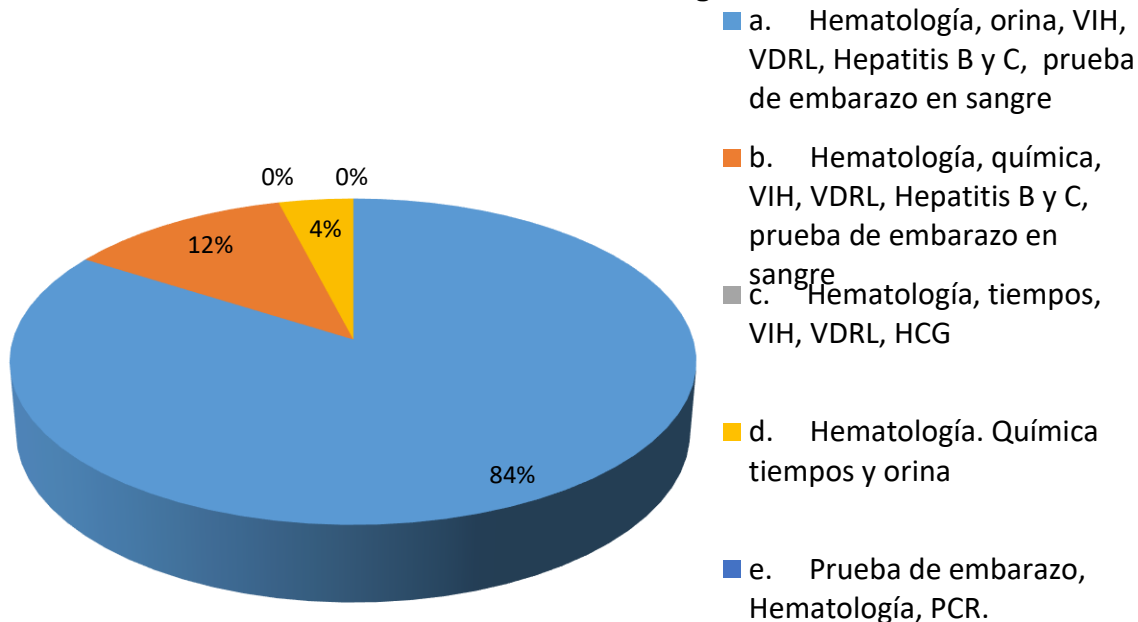
Se observa que el 44% de los participantes encuestados reconoce la necesidad de realizar laboratorios de control a los 3, 6 y 12 meses de las pruebas de VDRL y VIH. El 56% restante aún desconoce los tiempos establecidos en el protocolo analizado por el MSPAS, a los 4, 6 y 12 meses es después de las primeras muestras se debe de realizar para determinar la frecuencia de reactividad a la prueba de VDRL y VIH siempre con el acompañamiento y consejería del personal capacitado para continuar el seguimiento de los pacientes y garantizar el tratamiento.

FUENTE: Cuestionario a personal de enfermería del hospital Nacional de Escuintla



El 36% de los encuestados poseen el conocimiento que el personal de enfermera es el responsable del resguardo de las prendas en pacientes inestables y que necesitan atención quirúrgica inmediata según lo establece el protocolo de atención del MSPAS y un 56% de los participantes refieren que el Ministerio Público es el encargado del resguardo de las prendas y objetos de la paciente víctima de violencia sexual, si bien se reconoce que enfermería tiene contacto directo con la paciente desde el ingreso brindándole acompañamiento, enfermería se encarga de informarle a la paciente la importancia de entregar las prendas para que posteriormente sean entregadas al Ministerio Público por medio de un respaldo escrito (libro administrativo del servicio), se ve reflejado que un 64% de los participantes encuestados aún desconoce cuál es la ruta de atención en víctimas inestables.

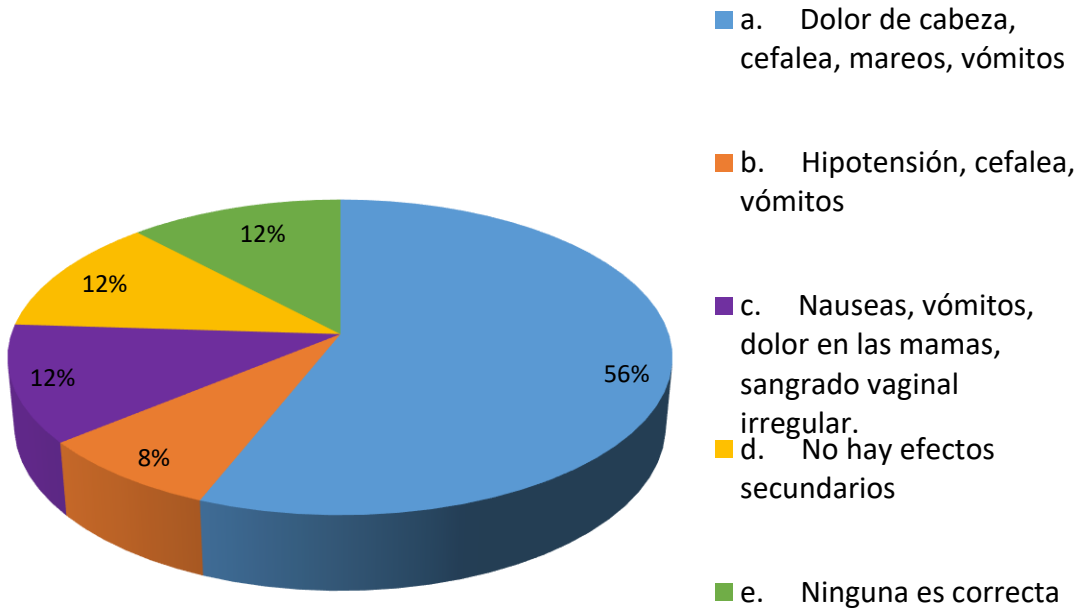
Gráfica No. 13
Los laboratorios de rutina para las pacientes víctimas de violencia sexual son los siguientes



FUENTE: Cuestionario a personal de enfermería del hospital Nacional de Escuintla

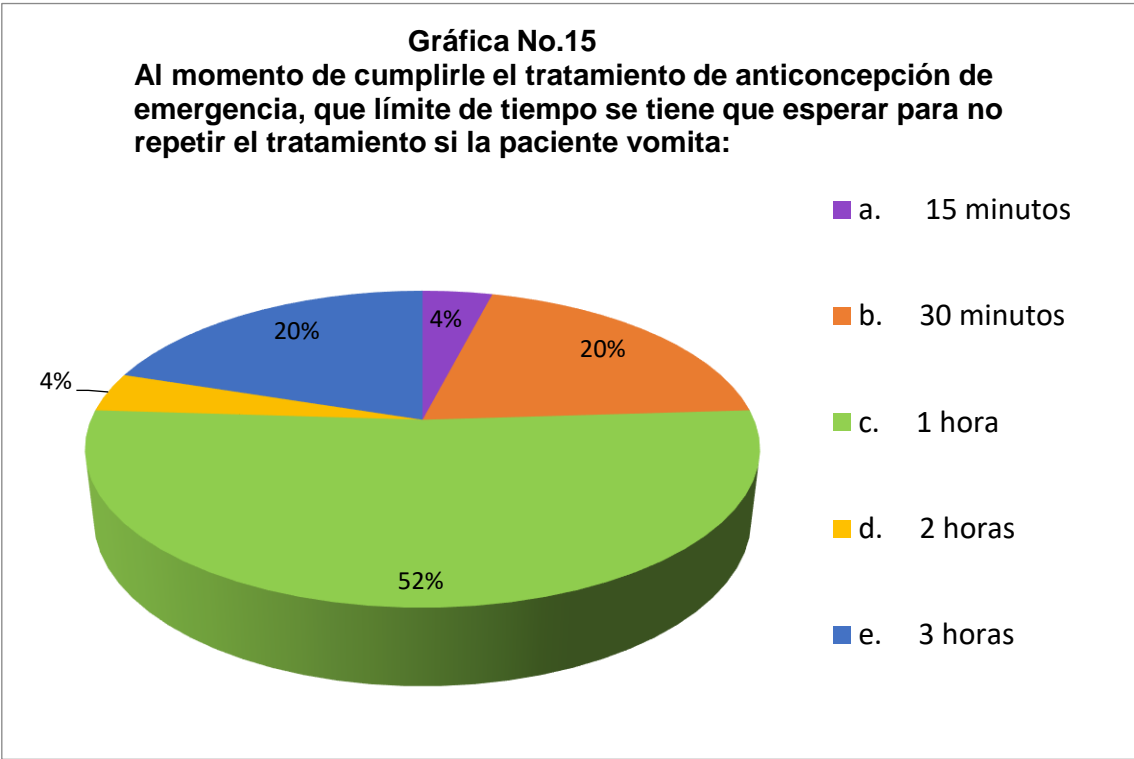
El 84% de los participantes tiene conocimiento de los laboratorios que se debe realizar a las pacientes víctimas de violencia sexual de rutina como hematología, orina, VIH, VDRL, hepatitis y prueba de embarazo, se tiene presente que un resultado de ITS negativo no excluye infección si el hecho de violencia sexual fue reciente, ya que muchas ITS tienen un periodo de incubación largo y son asintomáticas. Es por ello que en la gráfica anterior se menciona que se debe dar seguimiento de los controles de laboratorio.

Gráfica No.14
Los efectos secundarios de la anticoncepción de emergencia, según protocolo de atención del MSPAS son:



FUENTE: Cuestionario a personal de enfermería del hospital Nacional de Escuintla

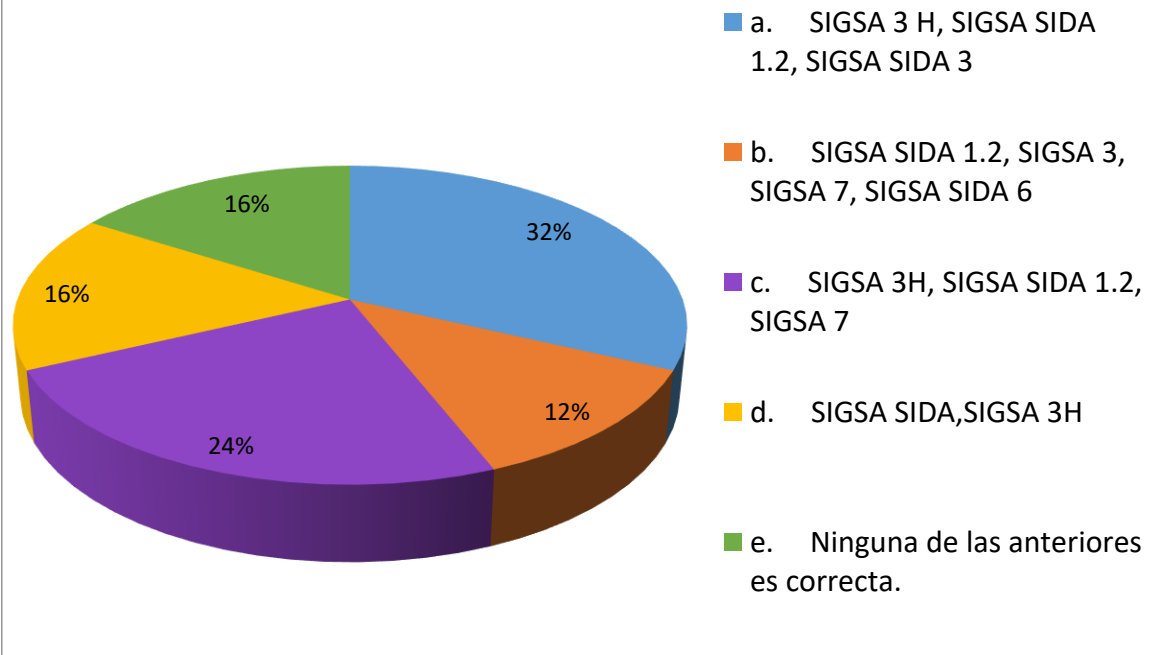
Solamente el 12% de los participantes reconocen los efectos secundarios de los anticonceptivos de emergencia siendo náuseas, vómitos, dolor en las mamas, sangrado vaginal irregular que raramente se produce sangrado en la fecha esperada de la menstruación siendo información importante que se debe de brindar a las pacientes el 56% desconoce que el dolor de mamas y el sangrado vaginal irregular también se puede presentar como efecto secundario el resto de los participantes maneja información errónea de que produce otras afecciones como hipotensión o que tenga efectos secundarios, siendo importante que se obtenga la información correcta para informar adecuadamente a las pacientes no creando confusión en el tratamiento. Los anticonceptivos de emergencia impiden el embarazo al evitar o retrasar la ovulación y no puede provocar un aborto.



FUENTE: Cuestionario a personal de enfermería del hospital Nacional de Escuintla

El 52% de los participantes refieren que se espera 1 hora para no repetir el tratamiento si la paciente vomita siendo erróneo ya que el protocolo de atención refiere que “si se producen en las primeras 2 horas después de tomar el tratamiento, es necesario repetir la dosis”. Fisiológicamente se entiende que no se ha realizado la absorción del tratamiento por vía oral, pasado las 2 horas este se ha absorbido; por tanto si se producen el vómito después de las 2 horas de la toma, no es necesario repetir la dosis, ésta información se observa que solo el 4% tiene conocimiento de esta información causando preocupación por el incumplimiento oportuno del tratamiento.

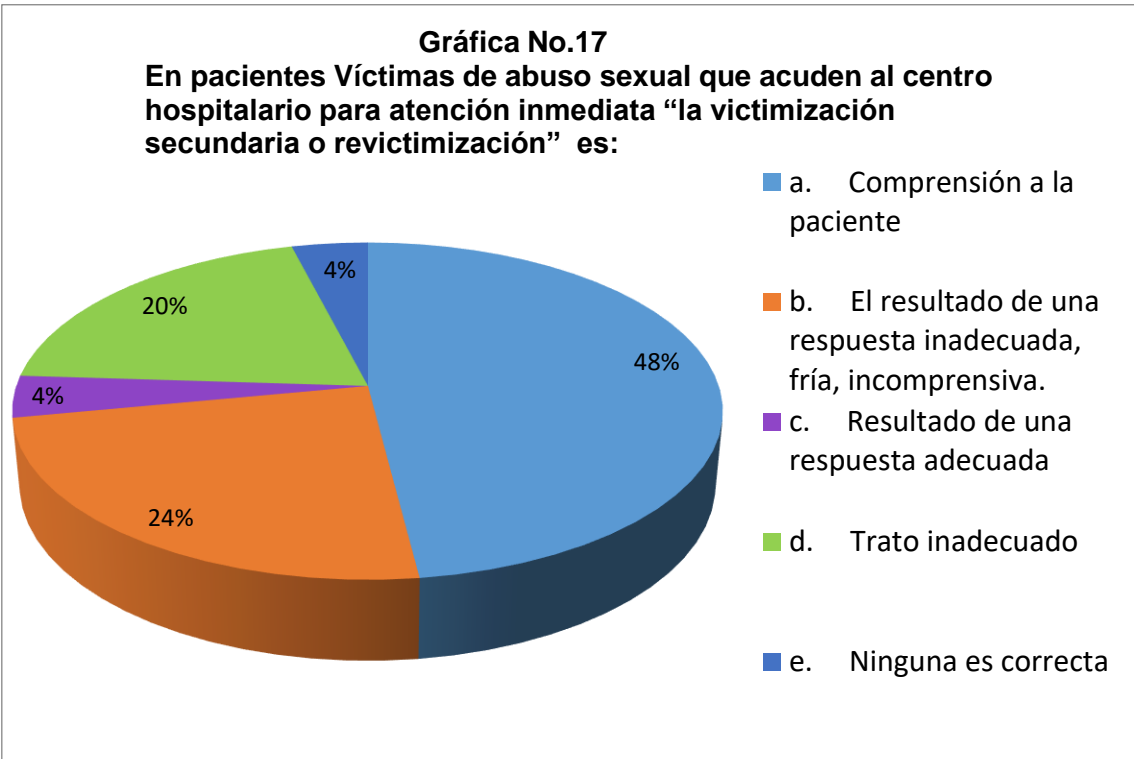
Gráfica No.16
Para el registro de los casos de pacientes víctimas de violencia sexual se tienen que anotar en los SIGSAS según corresponda:



FUENTE: Cuestionario a personal de enfermería del hospital Nacional de Escuintla

El 12% de los participantes tienen conocimiento de las SIGSAS para registro de pacientes víctimas de violencia sexual que son atendidas realizando las anotaciones en las sigsas correspondientes, él Médico Registra en el libro de emergencia, SIGSA 3 C/S, SIGSA 3 H como Abuso Sexual (CIE 10 T.74.2). Enfermería registra en SIGSA SIDA 1.2 la orientación de VIH. Registra diariamente las ITS en SIGSA SIDA 3. Consolida mensualmente en SIGSA 7 (morbilidad, primeras consultas) el abuso sexual y las ITS en SIGSA Sida 6 mensual, enviar informe al área de salud. Información obtenida en el protocolo de atención a pacientes víctimas de violencia sexual brindado por el MSPAS.

El 88% de los participantes que es un número mayoritario, desconoce el uso correcto de las SIGSAS siendo una herramienta importante para el registro y uso estadístico.



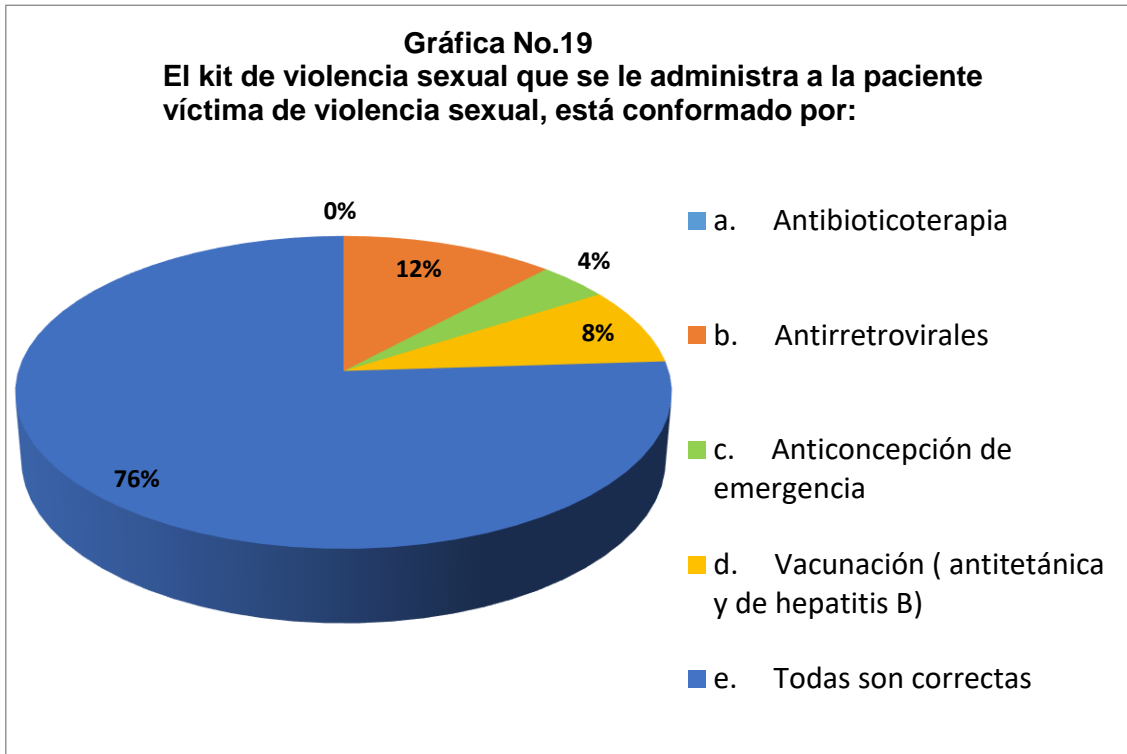
FUENTE: Cuestionario a personal de enfermería del hospital Nacional de Escuintla

El 48% de los participantes presentan un total desconocimiento al termino revictimización ya que refieren que es la comprensión a la paciente, solamente el 24% de los encuestados tiene el conocimiento que la revictimización es el resultado de una respuesta inadecuada, fría, incomprensiva, se conoce como revictimización/victimización secundaria o doble victimización el proceso mediante el cual se produce un sufrimiento añadido por parte de instituciones y profesionales encargados de prestar atención a la víctima. La victima experimenta un papel doloroso emocional y físico por lo que suele ser estresante el sistema de atención. Es por ello de la importancia de capacitar constantemente a los servidores de salud dándoles a conocer el protocolo y la definición de termino utilizados para fortalecer la atención asistencial.



FUENTE: Cuestionario a personal de enfermería del hospital Nacional de Escuintla

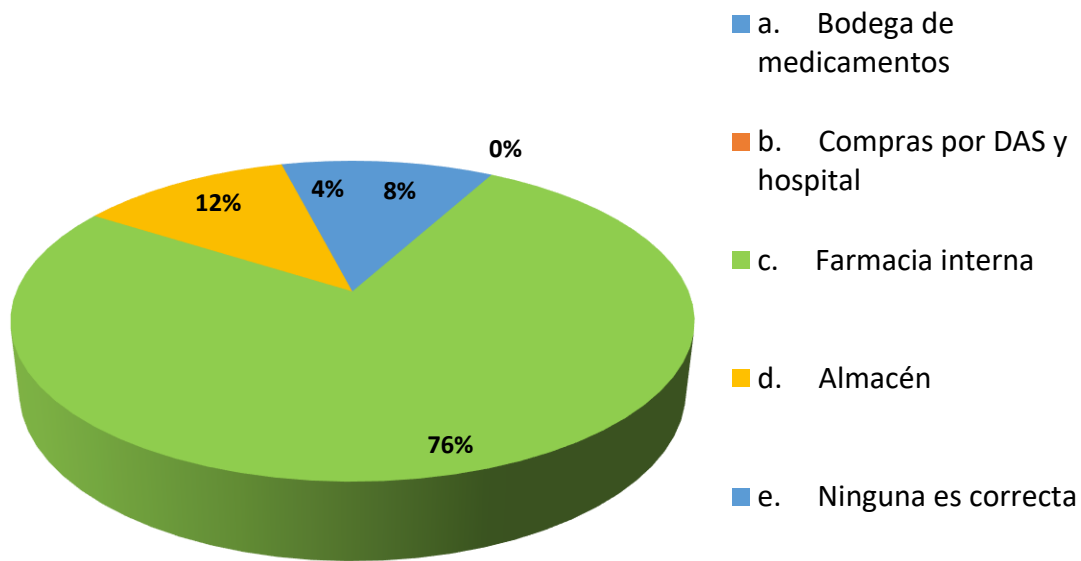
El 28% de los participantes reconoce que existe un Protocolo de atención a víctimas de violencia sexual, establecido por el MSPAS, En Guatemala la asistencia a las pacientes víctimas de violencia sexual para la atención en la salud es una emergencia médica de tipo legal. La OMS hace énfasis de la asistencia de los casos de violencia sexual. El 72% de los participantes restantes desconoce el nombre del protocolo de atención utilizado en Guatemala. Se debe reconocer que el abordaje de la violencia sexual debe ser especializado, interdisciplinario, interinstitucional. El protocolo del MSPAS conlleva el enfoque multidisciplinario necesario, a fin de garantizar la atención médica así como la denuncia legal que se debe realizar para el seguimiento penal de los agresores y la correcta protección a las víctimas de violencia sexual.



FUENTE: Cuestionario a personal de enfermería del hospital Nacional de Escuintla

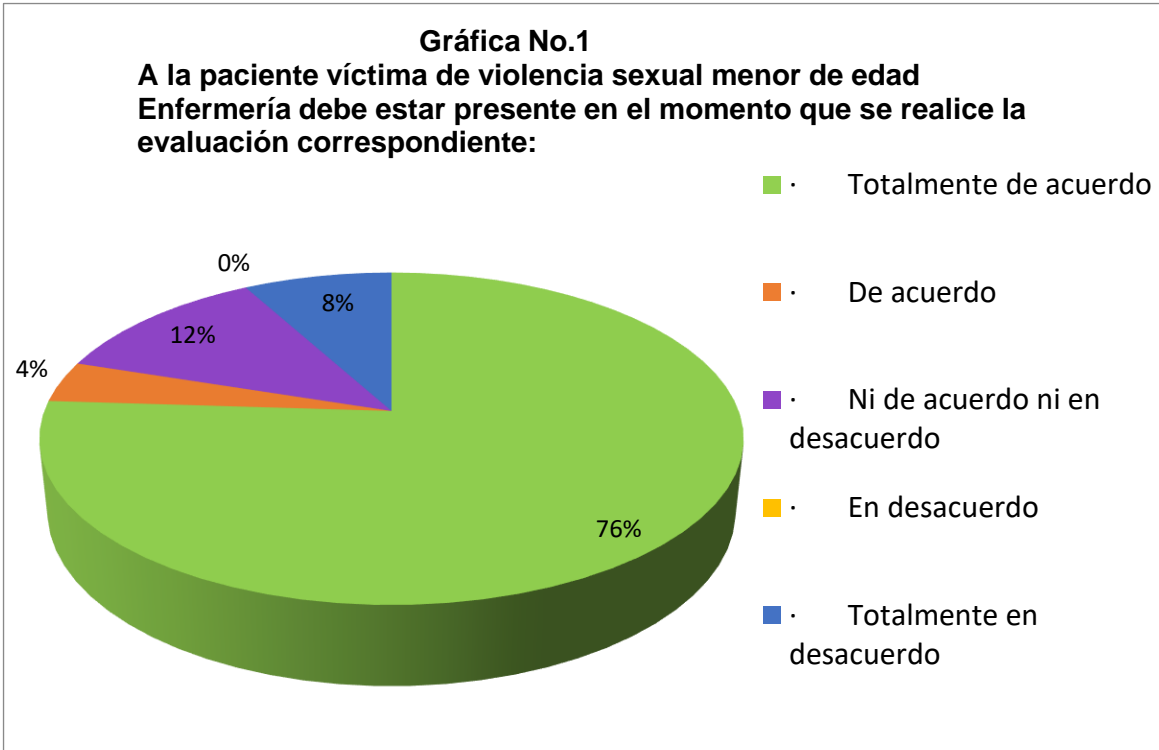
El 76% de los participantes tienen conocimiento del kit de violencia sexual que se le administra a la paciente víctima de violencia sexual, esto es importante cuando una paciente víctima de abuso sexual se presente a los servicios de salud en búsqueda de atención, ésta debe ser inmediata y gratuita. El personal de salud debe hacer uso del kit de atención de emergencia. La antibioterapia para las infecciones de transmisión sexual prevención de Sífilis, *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* (gonococo), *Trichomonas vaginalis*. Antirretrovirales, se administran en todas las y los pacientes que manifiestan actos de penetración por vía vaginal, anal o bucal dentro de las primeras 72 horas, para evitar que el virus de VIH infecte a las células. Vacuna antitetánica y de Hepatitis B, aplique vacuna antitetánica, aplique vacuna contra la Hepatitis B, es importante preguntar por antecedentes alérgicos. También se observa que el 24% aún desconoce el uso correcto del kit de emergencia siendo importante la capacitación inmediata y constante.

Gráfica No.20
Según la ruta de adquisición del kit de medicamentos de violencia sexual Quién es el encargado de proporcionar los medicamentos al personal de enfermería:



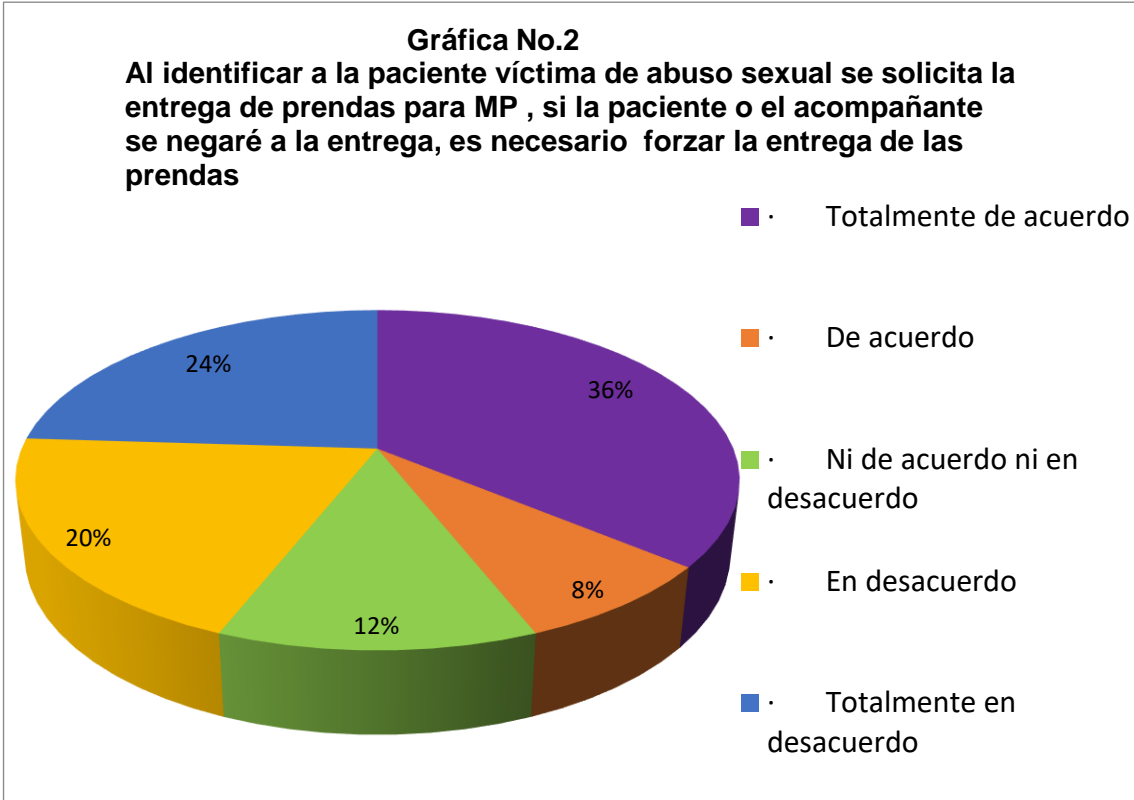
FUENTE: Cuestionario a personal de enfermería del hospital Nacional de Escuintla

El 76% de los participantes refieren que farmacia interna se encarga de proporcionar los medicamentos al personal de enfermería la cual es correcta, como se puede ver en el protocolo de atención el encargado de bodega y almacenes es responsable del almacenaje y distribución por requerimiento de los distintos Kits de Violencia Sexual del MP y del INACIF. Esto a la vez queda bajo el resguardo de farmacia interna quien despachara a enfermería cuando se requiera el tratamiento.



FUENTE: Cuestionario a personal de enfermería del hospital Nacional de Escuintla

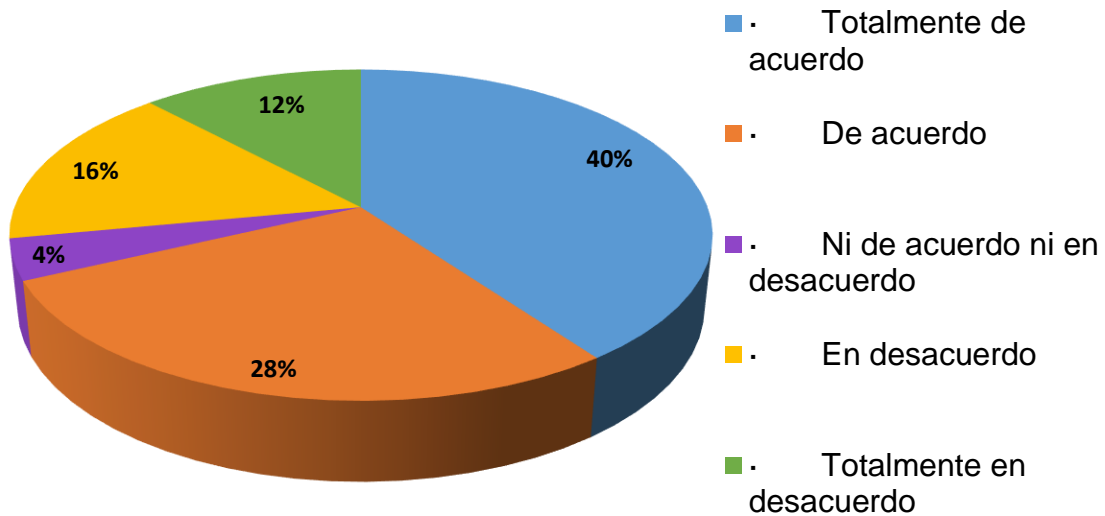
El 76% de los participantes tienen conocimiento de la importancia del acompañamiento por parte de enfermería hacia las pacientes víctimas de violencia sexual menores de edad, se sabe que es un problema de salud pública que afecta a la población femenina con una alta tasa en menores de edad. Por esta razón, se hace necesaria la participación activa de enfermería en todos los procesos, con relación al rol de la profesión en la asistencia de la violencia de género.



FUENTE: Cuestionario a personal de enfermería del hospital Nacional de Escuintla

Solo el 36% de los participantes reconocen que no se debe forzar a la entrega de prendas, el consentimiento puede abordar cuestiones relacionadas con la confidencialidad y el valor de los resultados para la atención médica inmediata, cuando las pacientes han ingresado pueden presentar un estado de conciencia alterado por el trauma emocional y físico y hacer la evaluación aún más difícil por ello se debe respetar en todo momento la decisión de la paciente, información sobre el protocolo de atención para la toma de decisiones, debido a que el 64% restante aún desconoce esta información, es necesario dar a conocer el protocolo paso a paso.

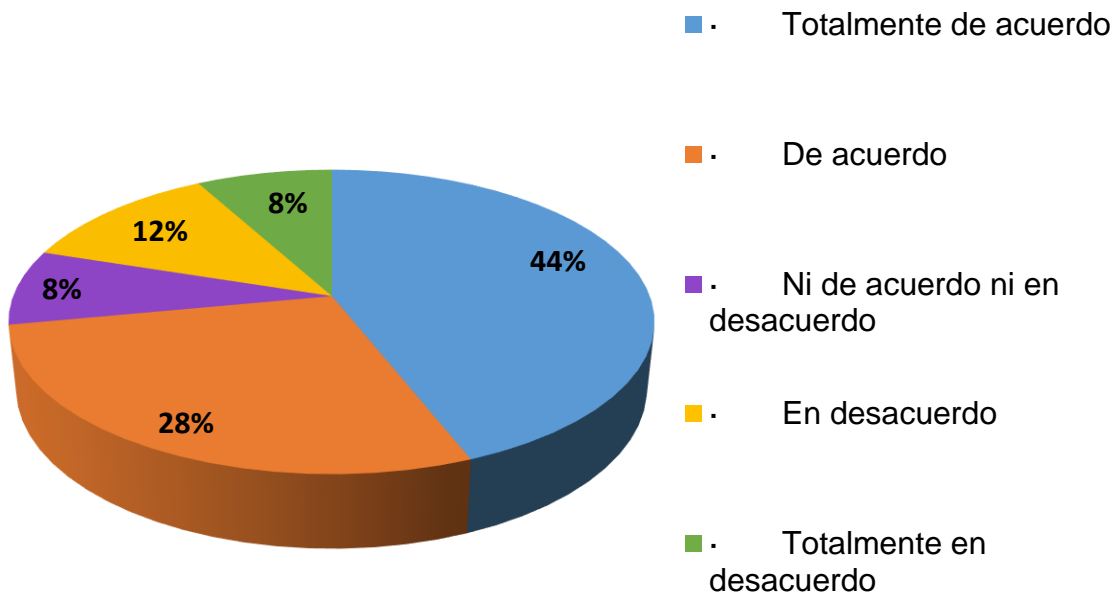
Gráfica No.3
Es necesario realizar pruebas de embarazo en sangre como rutina antes de administrar la pastilla de anticoncepción de emergencia:



FUENTE: Cuestionario a personal de enfermería del hospital Nacional de Escuintla

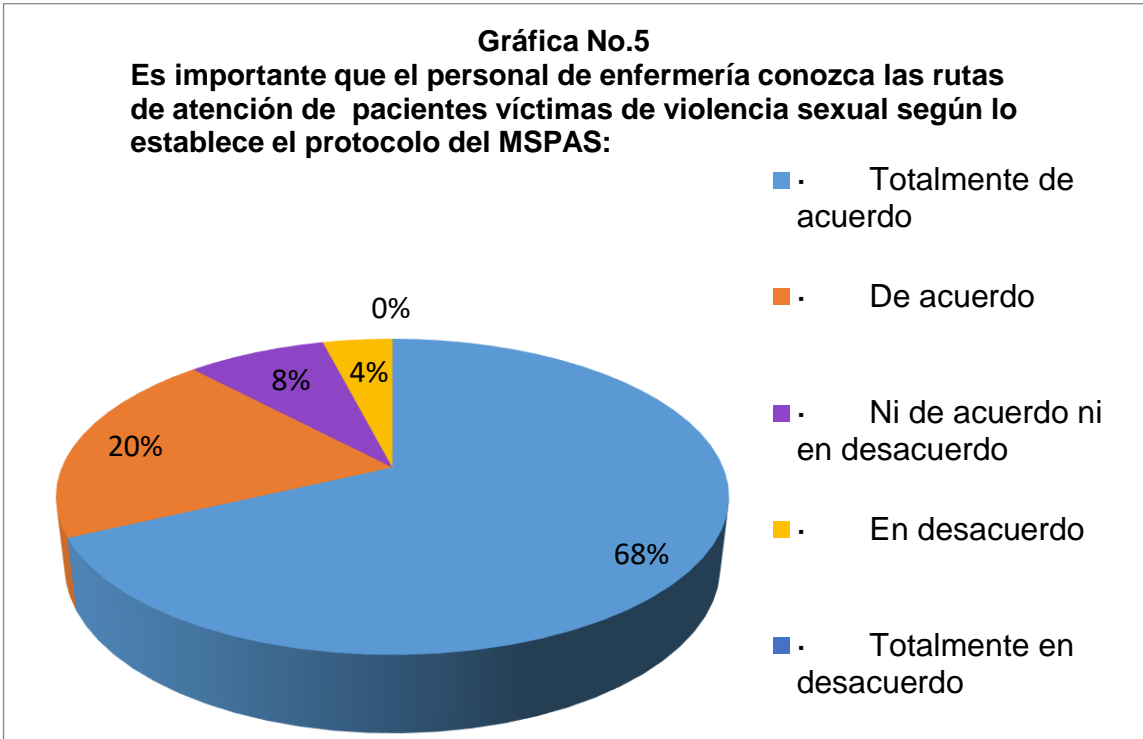
Solo el 12% de los participantes tienen conocimiento que no es necesario realizar una prueba de embarazo como rutina antes de administrar la pastilla de anticoncepción de emergencia dentro del protocolo menciona que: No es necesario realizar una prueba de embarazo de manera rutinaria, antes de administrar del pastilla de emergencia, Debido a este indicador es importante que el personal actúe de forma oportuna e inmediata.

Gráfica No.4
Las pastillas de anticoncepción de emergencia,
dañan/perjudican al feto si la paciente está embarazada.



FUENTE: Cuestionario a personal de enfermería del hospital Nacional de Escuintla

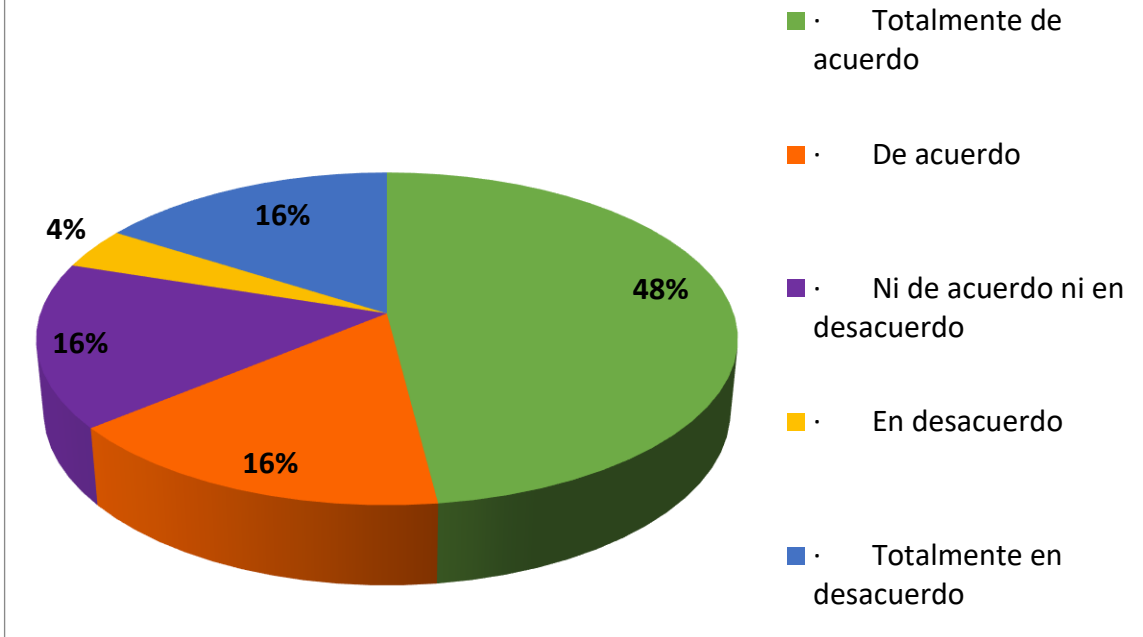
El 12% de los participantes muestra desconocimiento de información sobre el uso de la pastilla anticonceptiva. La OMS a través de estudios ha confirmado que la píldora de AE, no puede dañar un feto en desarrollo pero al no brindar la pastilla en el tiempo establecido puede aumentar el riesgo de un embarazo no deseado. Al persistir el desconocimiento no se podrá actuar oportunamente para el resguardo de la salud de la paciente y evitar embarazos no deseados.



FUENTE: Cuestionario a personal de enfermería del hospital Nacional de Escuintla

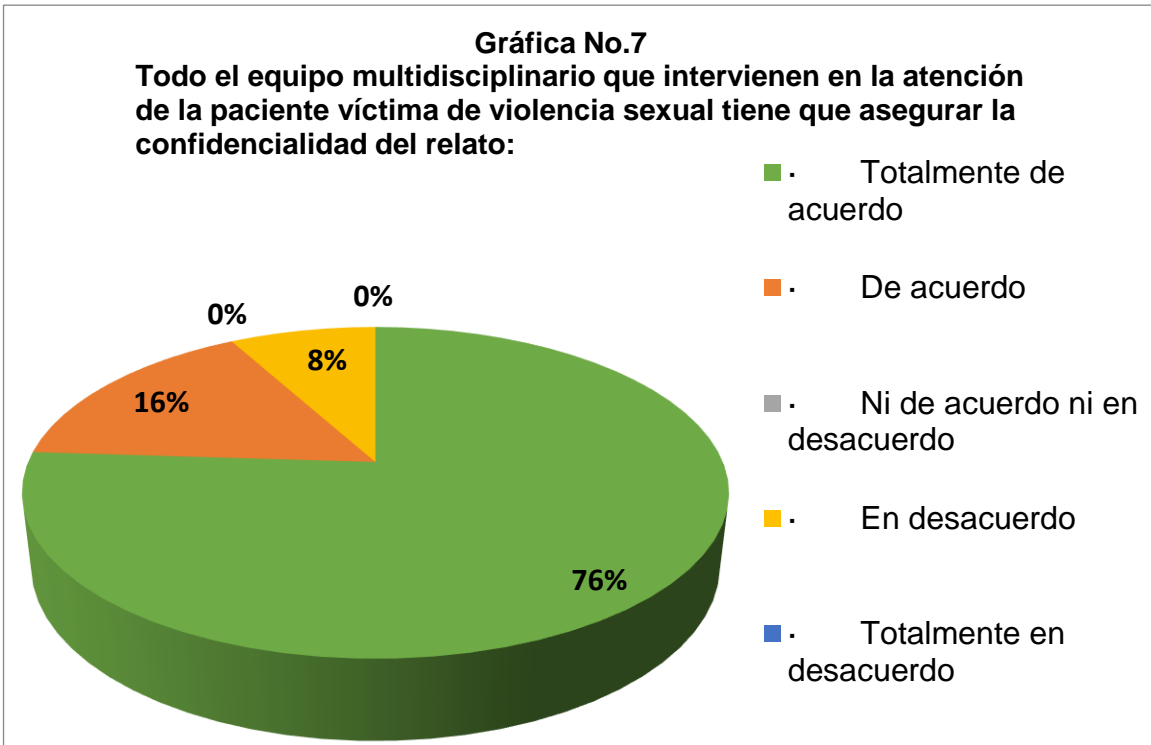
El 68% de los participantes refieren que es importante que el personal de enfermería tenga conocimiento de las rutas de atención de las pacientes al identificar los conocimientos y las actitudes sobre la violencia así como las barreras personales e institucionales existentes podrán reducir el riesgo de la revictimización de las pacientes, el correcto manejo legal y el cumplimiento de los tratamientos.

Gráfica No.6
Sí la víctima aún no ha tenido su primera menstruación pero muestra signos de pubertad, se le debe igual administrar la pastilla de emergencia:



FUENTE: Cuestionario a personal de enfermería del hospital Nacional de Escuintla

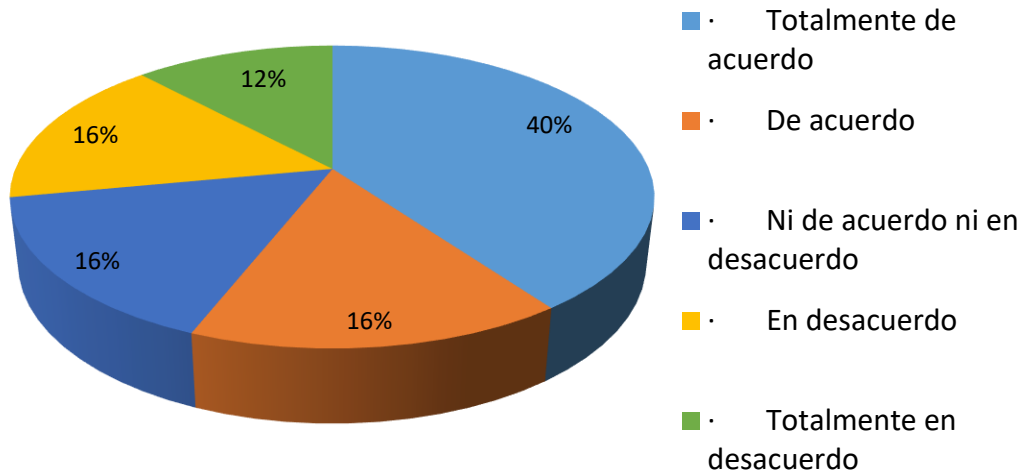
El 48% de los participantes tienen conocimiento de que se debe administrar la pastilla anticonceptiva de emergencia aunque la víctima aún no ha tenido su primera menstruación, el protocolo menciona que es necesario administración de la pastilla de anticoncepción de emergencia a toda víctima de violencia sexual lo antes posible y hasta dentro de las 120 horas (5 días) posteriores a la violación. Si la víctima es una niña que aún no ha tenido su primera menstruación, pero muestra signos de pubertad, puede igualmente administrarse pastillas. Esto debido a que existe un riesgo latente de que se produzca un embarazo no deseado ya que la pubertad tiene etapas las cuales el cuerpo se prepara para poder ser reproductivo.



FUENTE: Cuestionario a personal de enfermería del hospital Nacional de Escuintla

El 76% de los participantes conocen que la confidencialidad del relato de las pacientes víctimas de violencia sexual es importante. Al cumplir este hecho reduce el riesgo de revictimización de la paciente es por ello que se debe realizar las entrevistas y evaluaciones con las entidades correspondientes para reducir el número de exposición de la paciente. El 24% de los participantes muestra desconocimiento de la importancia del mismo.

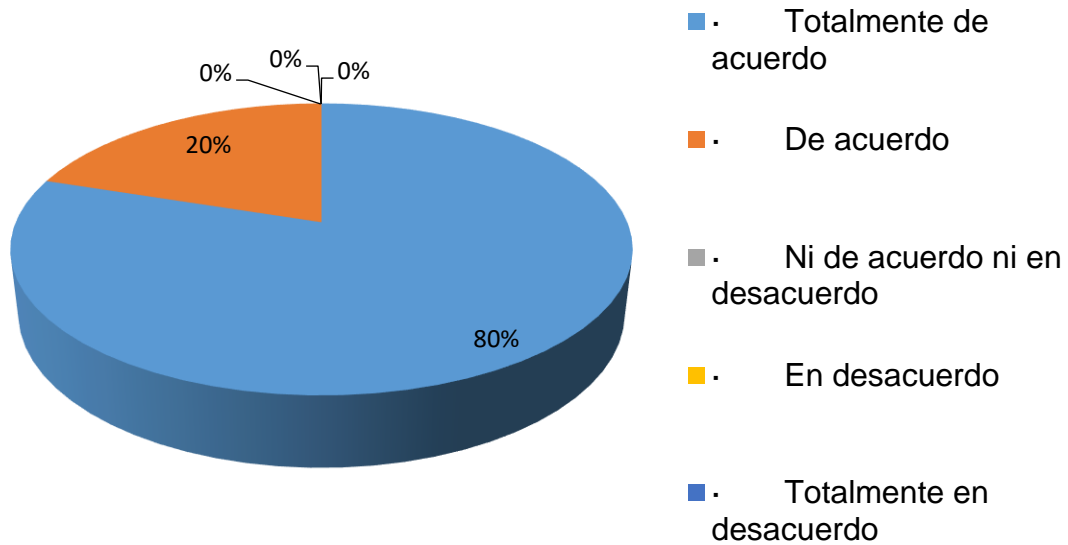
Gráfica No.8
Las intervenciones en salud mental (primeros auxilios psicológicos) en casos de violencia sexual, atendidos en la red de servicios de salud, pueden ser desarrolladas por personal multidisciplinario, no especializado, pero c



FUENTE: Cuestionario a personal de enfermería del hospital Nacional de Escuintla

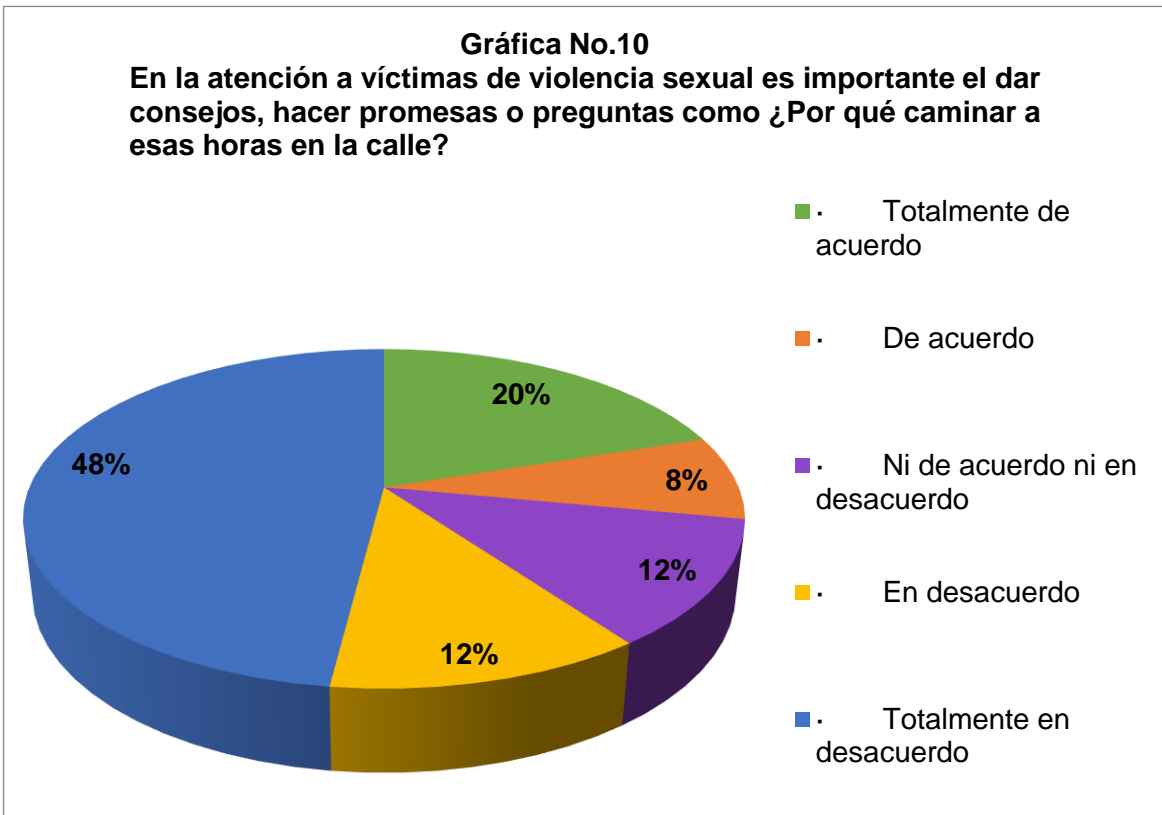
El 40% de los participantes tiene conocimiento de que las intervenciones en salud mental en los casos de violencia sexual ingresadas en los servicios de salud, pueden ser realizadas por personal multidisciplinario, no especializado, siempre con una adecuada inducción. Pero aún queda el 60% restante que desconocen la importancia de la capacitación o inducción de la atención dirigida a pacientes víctimas de abuso sexual.

Gráfica No.9
La atención a víctimas de violencia sexual tiene que ser especializada (asegurar privacidad y confidencialidad, utilizar tono de voz suave, consejería balanceada)



FUENTE: Cuestionario a personal de enfermería del hospital Nacional de Escuintla

El 80% de los participantes tienen conocimiento de la importancia que el personal de salud tenga una especialización en salud mental ya que se debe proporcionar un plan de atención adecuado para cada víctima y familia, esto asegurará la confidencialidad y la participación de la paciente víctima de violencia sexual que seguramente en ese momento afronta un trauma psicológico y físico.



FUENTE: Cuestionario a personal de enfermería del hospital Nacional de Escuintla

El 48% de los participantes muestran conocimiento que durante la atención a víctimas de violencia sexual no se debe dar consejos o preguntas que pueden causar sentimiento de culpa. Se reconocen que lo vivido por la paciente es una experiencia traumática que acarrea consecuencias negativas en la salud mental, física, sexual y reproductiva de las mujeres, la OMS en varios estudios muestra que el acompañamiento oportuno, la confidencialidad, reducirán la revictimización y reducirá riesgos de embarazos no deseados, el seguimiento psicológico oportuno para que la paciente víctima pueda nuevamente reincorporarse a la sociedad.

1.7.6.3 Conclusiones de la prueba piloto

En base al análisis de resultados obtenidos del conocimiento, se llegó a las siguientes conclusiones:

1. En la medición del instrumento se observa que el 44% de los entrevistados desconocen el protocolo de atención, este Protocolo conlleva el enfoque multidisciplinario necesario, a fin de garantizar la atención médica así como la denuncia legal que se debe interponer para la persecución penal de los agresores, siendo el MP la entidad a quien se deberá notificar observando que solo el 28% tiene conocimiento del protocolo, Para el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social la atención a víctimas de violencia sexual, es una prioridad, y requiere de responsabilidades legales para ello es importante conocer a que entidad se debe notificar los casos de pacientes Víctimas de violencia sexual.
2. Solo el 12% del personal de enfermería realizan correctamente la atención a la paciente al explicarle los procedimientos de notificación obligatoria de acuerdo a la edad e informar los procedimientos y tratamientos a emplear para reducir riesgos de ITS, embarazos no deseados, en ocasiones se presentan barreras lingüísticas o físicas para la atención inmediata, siendo necesario un intérprete; para los encuestados solo 24% identifica tal necesidad, Enfermería sabe que el temor a lo desconocido puede provocar inseguridad y desconfianza por parte de la paciente. El intérprete contribuirá a explicar con mayor claridad los procedimientos a la vez se podrá identificar las necesidades voluntad y consentimiento del paciente y familia. Es importante mostrar comprensión y respeto sobre la información que la paciente proporciona resguardando su integridad
3. Al mencionar la importancia de la seguridad, confiabilidad hacia las pacientes con sospecha de abuso sexual el 56% tiene conocimiento de que Enfermería

tiene un papel importante para el cumplimiento del protocolo de atención y asistencia a las pacientes con sospecha víctimas de abuso sexual.

4. El 48% tiene conocimiento que el Ministerio Público es el ente encargado de notificar los casos al Instituto Nacional de Ciencias Forenses ya que se debe seguir el protocolo para cumplir con la ley de protección a las pacientes víctimas de violencia sexual.
5. Solo el 44% de los encuestados posee conocimiento que durante las 72 debe ser administrado los retrovirales este conocimiento es importante para prevenir enfermedades de transmisión sexual, VIH. La OMS presenta estudios que con el kit se puede reducir el riesgo de infección en un 80%. Que el 56 % aún desconocen las horas necesarias para brindar el kit, puede provocar deficiencia del cumplimiento y resguardo de la salud de la paciente aumentando el riesgo de las enfermedades no deseadas.
6. Solamente el 24% reconoce que La anticoncepción de urgencia se puede brindar hasta las 120 horas este dato es importante ya que se ha confirmado que se puede prevenir más del 95% de los embarazos cuando se utiliza la anticoncepción dentro de los 5 días posteriores a la relación sexual. Por ello es importante que el personal asistencia obtenga el conocimiento correcto para brindar una mejor atención a las pacientes
7. El 44% de los participantes reconoce la necesidad de realizar laboratorios de control a los 3, 6 y 12 meses de las pruebas de VDRL y VIH. El 56% restante aún desconoce los tiempos establecidos en el protocolo, se deberá capacitar a la institución para que adquiriera los conocimientos necesarios y así poder brindar información clara y concisa de los pasos a seguir para el cumplimiento de los procedimientos.
8. El 56% desconoce que el dolor de mamas y el sangrado vaginal irregular también se puede presentar como efecto secundario al ingerir los anticonceptivos de emergencia, siendo importante que se obtenga la

información correcta para informar adecuadamente a las pacientes no creando confusión en el tratamiento. Los anticonceptivos de emergencia impiden el embarazo al evitar o retrasar la ovulación y no puede provocar un aborto. En ocasiones las pacientes pueden presentar vómitos y solamente el 4% sabe que se debe repetir la dosis en las primeras 2 horas después de haber administrado el anticonceptivo para que el cuerpo pueda absorber y cumplir su funcionalidad.

9. El 76% de los participantes que es un número mayoritario, desconoce el uso correcto de las SIGSAS siendo una herramienta importante para el registro y uso estadístico
10. El 48% de los participantes presentan un total desconocimiento al término revictimización siendo el proceso mediante el cual se produce un sufrimiento añadido por parte de instituciones y profesionales encargados de prestar atención a la víctima. Es por ello de la importancia de capacitar constantemente a los servidores de salud dándoles a conocer el protocolo y la definición de término utilizados para fortalecer la atención asistencial y evitar la revictimización.
11. El 76% de los participantes tienen conocimiento del kit de violencia sexual, esto es importante ya que el personal de salud debe hacer uso del kit de atención de emergencia dentro de las primeras 72 horas, para evitar que el virus de VIH infecte a las células. Vacuna antitetánica y de Hepatitis B. Aplique vacuna antitetánica. Aplique vacuna contra la Hepatitis B. Es importante preguntar por antecedentes alérgicos. También se observa que el 24% aún desconoce el uso correcto del kit de emergencia siendo necesario capacitar constantemente al personal para fortalecer la atención correcta a las pacientes.

1.7.6.4 Recomendaciones de la prueba piloto

- Dar a conocer a las autoridades del hospital Nacional de Escuintla los resultados de la investigación realizada.
- Desarrollar un programa educativo para los servicios de salud dirigido al personal de enfermería dando a conocer el protocolo de atención a pacientes víctimas de violencia sexual esto permitirá brindar una mejor atención a las pacientes al momento que ingresen por ser víctimas de ABS.
- Realizar intervenciones oportunas sobre sexualidad, violencia física, psicología, en grupos de mayor riesgo.
- Ingreso correcto y oportuno en las SIGSAS para mejorar el registro de los casos presentados para presentar correctamente las estadísticas para uso de investigación.
- Difundir información del tema de la atención a pacientes víctimas de violencia sexual para que las personas puedan decidir inmediatamente la búsqueda de la asistencia médica, prevenir así enfermedades no deseadas y embarazos. La información vital procedente de los servicios de salud puede ser un faro de luz y esperanza para las víctimas donde se les puede aconsejar y brindar tratamiento de emergencia, resguardado su integridad

**1. 8 CRONOGRAMA
DE ACTIVIDADES**

MES	2019												2020																															
	MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				ENERO			
Semana	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1			
Color representativo	Red	Yellow	Blue	Green																																								
DESCRIPCIÓN																																												
Elaboración del protocolo de investigación	Red	Yellow	Blue	Green	Red	Blue	Green	Red	Yellow	Green	Red	Yellow	Blue	Red	Green	Red	Yellow	Blue	Green	Red	Yellow	Blue	Green	Red	Yellow	Blue	Green	Red	Yellow	Blue	Green	Red	Yellow	Blue	Green	Red	Yellow	Blue	Green	Green				
Presentación del protocolo a asesora	Red		Green						Yellow				Green								Blue								Green								Red	Blue						
Corrección del protocolo por revisora									Yellow																																			
Autorización del protocolo	Red																																											
Solicitud a subdirección de enfermería para la autorización del estudio de campo																																												
Solicitud para realizar prueba piloto en Hospital Nacional de Escuintla																																												
Ejecución del estudio piloto en Hospital Nacional de Escuintla																																												

1.9 RECURSOS

1.9.1 Recursos Humanos

Para la investigación se utilizó:

No.	Recurso humano	Cantidad
1	Estudiante investigador	1
2	Asesora:	1
3	Revisora	1
4	Enfermeras profesionales del servicio	19
5	Auxiliares de enfermería del servicio	62
6	Sub dirección de enfermería	1
7	Supervisor de enfermería	6

1.9.2 Recursos Materiales

No.	Recursos
1	Internet
2	Computadora
3	Impresora
4	Tinta
5	Hojas
6	Bolígrafos
7	Fotocopias
8	Cuestionarios
9	Folders
10	Ganchos de folders
11	Gasto para transporte
12	Alimento
13	Resaltadores
14	Sobres manila

1.8.3 Recursos financieros

No.	Recurso	Precio por unidad	No. De recursos utilizados	Total de precio
1	Internet	Q 250.00	3 meses	Q 750.00
2	Computadora	Q 100.00	1	Q 100.00
3	Impresora	Q 100.00	1	Q100.00
4	Tinta	Q 50.00	3	Q 150.00
5	Hojas	Q 0.15	1500	Q225.00
6	Bolígrafos	Q 2.00	35	Q 70.00
7	Fotocopias	Q 0.50	150	Q 75.00
9	Folders	Q 1.00	9	Q 9.00
10	Ganchos de folders	Q 1.00	9	Q 9.00
11	Gastos para transporte	Q 25.00	Vehículo, Motocicleta, Transporte publico	Q 450
12	Alimentación	Q 35.00	12	Q 70.00
Total				Q 1558.00

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Conocimiento

Existe una extensa información literaria del papel y definición de conocimiento, “El conocimiento implica una distribución de recursos heterogénea y sostenible lo que se deriva de su naturaleza compleja e idiosincrásica. Así, el desarrollo de una estrategia basada en el conocimiento valioso de la organización es probable que permita una ventaja competitiva sostenible. El conocimiento cambia la naturaleza de las decisiones de inversión en recursos, una empresa debe ser capaz de identificar el conocimiento actual dentro y fuera de la empresa y decidir sobre proyectos de desarrollo de conocimiento. Esto, enfatiza el contexto social haciendo necesario compartir experiencias y conocimientos” AUTORES: Venzin, Von Krogh y Roos (1998).

El conocimiento es un flujo en el que se mezclan la experiencia, valores importantes, información contextual y puntos de vista de expertos, que facilitan un marco de análisis para la evaluación e incorporación de nuevas experiencias e información. Se origina y es aplicado en la mente de los conocedores. En las organizaciones, a menudo se encuentra no sólo en los documentos sino también en las rutinas organizativas, procesos, prácticas y normas. De forma general, en las organizaciones es un activo intangible que forma parte de distintos elementos y procesos de la organización y puede adoptar distintas formas. Este activo se puede someter a diferentes actividades de gestión, siendo posible su movilidad.

2.1.1 Tipos de conocimiento

AUTOR BLACKLER (1995) En la literatura del aprendizaje organizativo se señala que el cerebro, el cuerpo, el diálogo, las rutinas o los símbolos representan el conocimiento cerebral que es un conocimiento abstracto dependiente de

habilidades conceptuales y cognitivas; El conocimiento corporal está relacionado con la acción orientada y suele ser parcialmente explícito. El conocimiento incorporado en la cultura se refiere a procesos para alcanzar comprensiones compartidas. Los sistemas culturales están íntimamente relacionados con procesos de socialización; el conocimiento incrustado es el que reside en las rutinas y el conocimiento codificado es aquel que está expresado en signos y símbolos.

NONAKA Y TAKEUCHI (1995) estos autores proponen cuatro tipos de conocimientos derivados de la interacción social entre el conocimiento tácito y explícito, como son: el conocimiento armonizado, sistémico, conceptual y operacional; estos se desarrollan a través de distintos patrones de creación y expansión de conocimientos en las organizaciones.

SPENDER (1996) este autor constituye una clasificación de tipos de conocimientos que representa en una matriz en la que diferencia dos dimensiones: tácito – explícito, individual – social. El conocimiento explícito es como: saber sobre. Mientras que el conocimiento tácito está asociado a la experiencia. El Individual es inherentemente transferible a través de las personas. El Social esta públicamente disponible y está incorporado en las rutinas, normas y cultura.¹¹

Existen muchas formas de clasificar los diferentes tipos de conocimiento existentes, basado por el tipo de información sobre la que se conoce o la manera en que se adquiere o procesa la información. Algunos de los principales tipos son los siguientes.

2.1.1.1 Conocimiento filosófico:

En este caso se parte de la introspección y la reflexión sobre la realidad y las circunstancias que nos rodean a nosotros y al mundo, en ocasiones basándose en la experiencia y dada por observaciones directas de fenómenos naturales o sociales. Así pues, se parte de la observación y la reflexión sin llegar a la experimentación, y de este conocimiento surgen diversas metodologías y técnicas

¹¹ Segarra M. y Bou, M.C. (2005) Concepto, tipos y dimensiones del conocimiento: Configuración del conocimiento estratégico. No. 52 y 53 pag 105

que permiten que con el tiempo la especulación se convierta en conocimiento científico.

Existen perspectivas según las cuales el conocimiento filosófico debe ser una forma de producción de conocimiento basada únicamente en el pensamiento en sí, independientemente de la fuente de la que surja la información tratada, mientras que en otras, debe centrarse en los temas tratados directamente por la ciencia (aplicada o no) o por la historia. Si bien este debate no está cerrado, no cabe duda de que históricamente el conocimiento filosófico ha sido independiente del científico.

2.1.1.2 Conocimiento Empírico

Estos basados en lo directamente observable. Se considera conocimiento empírico a todo aquel que se aprende en el medio mediante la experiencia personal. Se basa en la observación sin considerar emplear un método para investigar los fenómenos ni su nivel de generalización. Sin embargo, hay que señalar que el conocimiento empírico puro no existe, ya que siempre que miramos hacia el entorno estamos aplicando una serie de creencias, categorías de pensamiento y teorías o pseudoteorías a lo que percibimos, para poder interpretarlo llegando a conclusiones significativas.

2.1.1.3 Conocimiento Científico

Semejante al conocimiento empírico en el sentido de que parte de la observación de la realidad y se basa en fenómenos demostrables, en esta ocasión estamos ante uno de los tipos de conocimiento en los que se realiza un análisis crítico de la realidad a partir de la comprobación (experimental o no) para poder originar conclusiones válidas. El conocimiento científico permite la crítica y la modificación de sus conclusiones y premisas básicas. Por otro lado, el conocimiento científico está muy ligado al desarrollo histórico del pensamiento humano; es algo que hace varios siglos no existía, porque no existía la ciencia.

2.1.1.4 Conocimiento Intuitivo

Es un tipo de conocimiento en el que la relación entre los fenómenos o informaciones se llevan a cabo a través de un proceso subconsciente, sin que exista información objetiva suficiente a un nivel observable como para elaborar dicho conocimiento y sin que sea necesario una comprobación directa de su veracidad. Se vincula a la experiencia y a la asociación de ideas y de sensaciones. Por ejemplo, podemos suponer que alguien está enfadado debido a que tiene las cejas arqueadas y la musculatura facial tensa o a que su comportamiento es más frío de lo habitual, y también podemos asociar la manera de hablar de una persona al concepto "dulce".

2.1.1.5 Conocimiento religioso o revelado

Derivado de la fe y las creencias de las personas. Los datos reflejados y considerados verdaderos por este tipo de conocimiento no pueden ser demostrados ni falseados a partir de lo observable, siendo inferidos a partir de la interiorización de varios dogmas religiosos. Si bien puede ser crítico consigo mismo y desarrollarse de diferentes formas, por lo general este tipo de conocimiento tiende a ser transmitido sin que se realicen grandes esfuerzos por variarse sus axiomas.

2.1.1.6 Conocimiento Declarativo

Entendemos aquél en que somos capaces de conocer información teórica sobre las cosas, siendo totalmente conscientes de dichos conocimientos y estableciéndolos en forma de idea o proposición. Dichas ideas pueden o no ser verificadas posteriormente. Permite la abstracción y la reflexión sobre la información, así como su elaboración.

2.1.1.7 Conocimiento procedimental

Este tipo de conocimiento, llamado a veces conocimiento tácito, se aplica a la gestión de problemas nuevos en un ámbito personal o profesional en el que se ha adquirido mucha experiencia y soltura. Además, aquello que se aprende no puede ser expresado verbalmente, sino que tiene que ver con movimientos realizados en

un tiempo y un espacio determinados. Hace referencia al tipo de conocimiento que nos permite ser capaces de saber cómo hacer algo, a pesar de que a nivel conceptual podamos no poseer ningún tipo de conocimiento sobre lo que estamos haciendo.

2.1.1.8 Conocimiento Directo

Se basa en la experimentación directa con el objeto de conocimiento, obteniendo información de primera mano respecto a dicho objeto. Por ello, no se depende de la interpretación de otras personas.

2.1.1.9 Conocimiento Indirecto o vicario

En el conocimiento indirecto aprendemos sobre algo a partir de otras informaciones sin por ello experimentar con el objeto de estudio de forma directa.

2.1.1.10 Conocimiento Lógico

Se basa en la derivación de conclusiones coherentes con las premisas de las que se parte. Es información que sigue las reglas del razonamiento deductivo y cuyo proceso puede ser resumido a través de silogismos.

2.1.1.11 Conocimiento Matemático

Este es otro de los tipos de conocimiento que más se relaciona con la lógica, pero no es exactamente como el anterior. En este caso, el contenido de las proposiciones con las que se trabaja para extraer información se basa exclusivamente en números y en operaciones matemáticas. Por eso, no se refiere directamente a elementos materiales, sino a relaciones entre números, algo que tiene que ver con un tipo de razonamiento más abstracto.

2.1.1.12 Conocimiento de Sistemas

Este tipo de conocimiento hace referencia a la capacidad de generar sistemas a partir de elementos individuales que pueden ser combinados entre sí. Es un ámbito técnico relacionado con las matemáticas y usado habitualmente en programación y oficios como la arquitectura o la sociología.

2.1.1.13 Conocimiento privado

Se fundamenta en experiencias personales de tipo autobiográfico, y en sí mismas no están disponibles para un gran grupo de personas.

2.1.1.14 Conocimiento Público

Forma parte de la cultura popular y sus contenidos han sido difundidos a través de muchos grupos y capas de la sociedad.¹²

2.2 Enfermería

La enfermería, como parte integral del sistema de atención de salud, abarca la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y los cuidados que se prestan a quienes padecen enfermedades físicas, enfermedades mentales, y a las personas discapacitadas de todas las edades, en todos los entornos de atención de salud y en otros ámbitos de la comunidad. En este amplio abanico de atención de salud, los fenómenos de especial preocupación para las enfermeras son las “respuestas a los problemas de salud efectivos o potenciales” por parte de personas, familias y grupos (ANA, 1980, P.9). Estas respuestas humanas conforman un amplio abanico que va desde las reacciones para el restablecimiento de la salud tras un episodio individual de enfermedad hasta la elaboración de políticas para promover la salud de una población a largo plazo.

¹² Castillero, O. (2019) los 14 tipos de conocimientos (en línea) (disponible) .<https://psicologiymente.com/miscelánea/tipos-de-conocimiento>

En el entorno sanitario global, enfermería comparte con otros profesionales de la salud y de otros ámbitos de servicio público las funciones de planificación, implementación y evaluación para garantizar la idoneidad del sistema sanitario con el fin de promover la salud, prevenir la enfermedad y cuidar de las personas enfermas y discapacitadas. (ICN, 1987)

2.2.1 Formación básica en Enfermería

La formación básica en enfermería es un programa de estudio reconocido formalmente que proporciona una base amplia y sólida en las ciencias del comportamiento, la vida y la enfermería para la práctica general de la profesión, así como para un papel de liderazgo y para la formación post básica para una especialidad o la práctica de la enfermería avanzada.¹³

2.2.2 Formación de enfermería

El interés por la enfermería de práctica avanzada ha aumentado en los últimos años en la Región de las Américas, en particular en los países latinoamericanos. Los debates que han surgido a este respecto han dado lugar a cuestionamientos, internos y externos a la profesión sobre los distintos roles, y su ampliación, que desempeñan las enfermeras en la atención primaria de salud, así como respecto al perfil de las enfermeras de práctica avanzada y su incorporación a los sistemas de salud. Los encargados de tomar decisiones, los gobiernos, las instituciones públicas y privadas de salud, los formadores de opinión, los gestores y los profesionales de la salud, precisan de directrices claras que permitan consolidar y apoyar el avance de la enfermería

2.2.3 Enfermería en Guatemala

El personal de enfermería en Guatemala provee importante soporte a la atención en los servicios de salud, porque brinda asistencia en todos los niveles y en los

¹³ ICN (International Council of Nurses) (2019) Definición de enfermería. Disponible en : <https://www.icn.ch/es/politica-de-enfermeria/definiciones>

lugares más alejados del país. Este espacio es producto de años de trabajo realizado por las enfermeras guatemaltecas en conjunto con los organismos de conducción del país, particularmente desde principios de los 90 con la propuesta denominada Proceso de Desarrollo de Enfermería, que contribuyó a la descentralización de la organización gremial y educativa en todo el territorio guatemalteco y que se fortaleció con la “Declaración de Cermeño” en Panamá 19943, con la creación del Grupo Centroamericano de Profesionales de Enfermería. El perfil de desempeño del recurso humano de enfermería en todos sus niveles, va desde brindar el cuidado directo con criterios científicos, técnicos, humanísticos y ético legales, pasando por elaborar y dirigir proyectos sociales, hasta gerencia del cuidado y las organizaciones e instituciones del sector salud en cualquiera de sus niveles

El Decreto del Congreso No. 07-2007 del 20 de Febrero de 2007 emite la Ley de Regulación del Ejercicio de la enfermería en todo el territorio nacional. Dicha norma ha sido reglamentada por el Acuerdo Gubernativo No. 56-2008 del 1 de febrero de 2008 que tiene como objetivo desarrollar los preceptos normativos contenidos en la ley. Además de las disposiciones de estas normas y conforme lo establece el Acuerdo Gubernativo reglamentario, la actividad de la enfermería se cumplirá a través de procedimientos y mecanismos implementados mediante instrucciones documentadas o escritas emanadas de la Unidad de Desarrollo de Enfermería y el Consejo Nacional de Enfermería, abarcando cuatro áreas fundamentales que son el cuidado directo, docencia, investigación y administración del cuidado. El artículo 5 del Decreto del Congreso No. 07-2007 organiza a la enfermería atendiendo al grado académico y al organismo donde de se desempeñen. Así, respecto al grado académico se clasifica la profesión en:

2.2.3.1 Doctor, magíster y licenciado en enfermería

Graduados de las universidades estatales o privadas del país o incorporados en universidades extranjeras.

2.2.3.2 Enfermero (a)

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

2.2.3.3 Auxiliar de enfermería

Incluye a quienes hayan aprobado el curso básico de enfermería acreditado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, debiendo contar con la escolaridad mínima de tercero básico. Auxiliar de enfermería comunitario, personas formadas bajo la responsabilidad del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, con la visión de cubrir las comunidades postergadas, debiendo contar con la escolaridad mínima de tercero básico. Para tal efecto se crea un pensum con enfoque comunitario y quienes reciban esta capacitación están habilitados únicamente para el trabajo de salud comunitario.¹⁴

2.2.3.4 Personal de enfermería

Comprende a los trabajadores de enfermería cuyo trabajo se enfoca a los procesos de los cuidados, autónomos y en colaboración que se prestan a las personas de todas las edades, familias, y comunidad, la relación enfermero pacientes en todos los conceptos. Las funciones esenciales de la enfermería se tornan en la participación política de salud y en la gestión de los pacientes y sus sistemas de salud.

¹⁴ OPS (Organización Panamericana de la Salud) OMS (Organización Mundial de la Salud) ampliación del rol de las enfermeras y enfermeros en la atención primaria de Salud. Washington DC. 2018

2.3 Cuidados

Hay un concepto muy importante para enfermería, y es el cuidado, este concepto se puede abstraer de las diferentes definiciones de enfermería, la respuesta sería que es el cuidado de las personas, y esto define el que hacer de enfermería por lo cual definir claramente que es cuidado: Es la provisión de condiciones óptimas para los procesos reparadores, ayudar a las y los enfermos y sanos a satisfacer sus necesidades, fomentar la interacción armónica entre el ambiente y la persona, prestar un servicio que fomente la capacidad de influir positivamente en la persona, ayudar a las personas cuando son dependientes para realizar sus actividades de funcionamiento, prevenir efectos nocivos del estrés y protección de la persona, protección en contra de las amenazas físicas o sociales, intervenciones enfermería con la persona, acciones deliberadas que se llevan a cabo para el bienestar del pacientes. Estos son conceptos que se definen para el que hacer propio de la profesión.¹⁵

2.3.1 El proceso de Cuidar

Según la Real Academia Española, el vocablo proceso se puede definir como: acción de ir hacia delante, un conjunto de fases sucesivas de un fenómeno natural. El proceso de cuidar en enfermería recoge la forma de pensar y la forma de hacer de los profesionales de enfermería. Esta forma de pensar y de hacer se personalizará cuando esté dirigida a un sujeto concreto (entendido como persona, familia o comunidad). Así el proceso de cuidar en enfermería quedaría definido como el ejercicio de las posibilidades o facultades propias de la profesión de enfermería. Significa una forma de pensar propia en torno al ser humano, a su salud, al entorno y al cuidado, y una forma de hacer condicionada por los resultados de la acción de pensar.

Los seres humanos llevamos a cabo, para nosotros mismos y para los demás, un proceso de cuidar que se prolonga desde el nacimiento hasta la muerte y que está

¹⁵ Argueta A. (2001) Proceso de Enfermería Paso a Paso. 1ra ed. Guatemala pág. 18

en continua variación. Pero, el proceso de cuidar como acción profesional queda vinculada a las enfermeras exigiéndoles un compromiso que va más allá de la mera realización de una serie de acciones de cuidados aprendidos como parte de las costumbres culturales de un grupo humano y sin más base que la tradición.

2.3.2 Acciones para el cuidado

El profesional de enfermería, responsabilizado del proceso de cuidar, debe estar capacitado para llevar a cabo una serie de actividades como Identificar la necesidad del cuidado; considerando las variables individuales, grupales y culturales que modifican esta necesidad. Esto supone un ejercicio complejo, para dar respuesta a esa necesidad detectada se necesitar un conocimiento técnico acerca de los tipos de acciones que le permitirán satisfacer la necesidad identificadas.

Los cuidados básicos durante la hospitalización y la visión de las enfermeras proporcionan seguridad a los pacientes y familiares, aseguran una calidad asistencial en los procedimientos derivados de la patología y son responsabilidad de los profesionales de enfermería.

2.3.3 Clasificación de los cuidados

Los cuidados pueden clasificarse en cuidados directos y cuidados indirectos: Los cuidados indirectos son aquellos relacionados con el entorno del paciente y cuestiones organizativas como comunicación con otras unidades, gestión de traslados, relaciones con la atención primaria de salud, actividades multidisciplinarias, sesiones clínicas, entre otros.

Son aquellos que se realizan directamente sobre los pacientes. A su vez, se dividen en: Cuidados técnicos: en general, se asocian a las enfermedades que motivaron el ingreso y su tratamiento, e implican la realización de procedimientos instrumentales y los Cuidados específicos son los relacionados con la hospitalización con la responsabilidad de los servicios de enfermería orientados hacia la seguridad de las personas y se relacionan con la pérdida de autonomía. Requieren de

procedimientos y técnicas específicas dirigidas a la cobertura de los cuidados básicos y la prevención de efectos adversos (úlceras por presión, caídas, adherencia al tratamiento, etc.). El juicio clínico, los conocimientos procedentes de la ciencia biomédica y de las humanidades, permite el pensamiento y criterio reflexivo. Finalmente, tales acciones y técnicas han de ser autonomía y competencia profesional de la enfermera.¹⁶

2.4 Definición de Paciente

Del latín *patiens* padecer, sufre, paciente es un adjetivo que hace referencia a quien tiene paciencia (la capacidad de soportar o padecer algo, de hacer cosas minuciosas o de saber esperar). El término suele utilizarse para nombrar a la persona que padece físicamente y que, por lo tanto, se encuentra bajo atención médica. En concreto, la atención se divide en la identificación de todo el conjunto de síntomas que tiene, el diagnóstico que lleva a cabo el médico correspondiente, el tratamiento, la intervención quirúrgica en el caso de que sea necesaria y finalmente el resultado.

Existen diversos tipos de pacientes en lo que respecta a personalidad, paciencia y empatía con los médicos y enfermeras. Así en base a esas cualidades, se puede tratar a enfermos como

Los que lo saben todo. Estas personas consideran que saben no sólo lo que les pasa sino también el tratamiento que deben recibir. Acaparan la conversación en todo momento, se dedican a “dirigir” y se manifestarán abiertamente en contra de las opciones y exámenes que no sean acordes a los que ellos consideran oportunos.

Los tímidos. Personas calladas, que acatan todo lo que se les dice y que no preguntan nada aunque no entiendan lo que se les explica.

¹⁶ Mena D. González V. (2016) Cuidados Básicos de Enfermería. España. Pag 24

Los escépticos. Son aquellos que desconfían en todo momento de los argumentos que se les dice y que ponen en tela de juicio la profesionalidad de quienes les atienden.

Los reflexivos, que se identifican por oír los consejos que se les dan y que preguntan mucho sobre el tratamiento al que se van a someter.

Para la gramática, el sujeto paciente es quien recibe la acción del verbo. Por lo tanto, se trata del sintagma que cumple la función sintáctica del sujeto de los verbos en voz pasiva.

En un sentido similar, la filosofía sostiene que el sujeto paciente es quien recibe o padece la acción de un agente.¹⁷

2.5 Modelo de enfermería de Hildegarde Peplau.

Hildegarde Peplau, nació el 1 de septiembre de 1909 al 17 de marzo 1990 creando la teoría de las relaciones interpersonal Es un modelo de atención de enfermería, que destaca la importancia de la enfermera (o) en este proceso interpersonal definido como terapéutico.

Es un modelo orientado principalmente a la enfermería psiquiátrica que toma como sustento las bases teóricas psicoanalistas, de las necesidades humanas y del concepto de motivación y desarrollo personal.

Peplau define la “Enfermería Psicodinámica” como “aquella que es capaz de entender la propia conducta para ayudar a otras personas a identificar cuáles son las dificultades y aplicar los principios sobre las relaciones humanas a los problemas que surgen en cualquier nivel de experiencia “es un proceso interpersonal y terapéutico que funciona en términos de cooperación con otros procesos humanos, haciendo de la salud una posibilidad para los individuos en las comunidades. Basa

¹⁷ Autores: Julián Pérez Porto y María Merino. Publicado: 2010. Actualizado: 2013. Definición de paciente (<https://definicion.de/paciente/>)Copyright © 2008-2019

este planteamiento en que las personas son seres humanos que viven una especie de equilibrio inestable de manera que, cuando ese equilibrio se altera, aparece la enfermedad.

Define SALUD como palabra símbolo que implica el movimiento d avance de la personalidad y otros procesos humanos hacia una vida creativa, constructiva, personal y comunitaria

La relación interpersonal entre enfermera y paciente puede llevarse a cabo en diferentes ENTORNOS: hospital, escuela, comunidad, etc., con el objetivo de mejorar la salud, aumentar el bienestar y atender a las enfermedades.

Caracterizar el modelo, la forma de actuación de la enfermería para alcanzar los objetivos anteriores. Se trata de actuar en lugar de la persona o paciente, actuar orientándole, actuar manteniendo y mejorando su estado físico y psíquico, actuar mediante la instrucción, etc.

En este modelo las acciones son relajadas tanto por el paciente como por la enfermera a través de la interrelación personal.

La meta se puede considerar alcanzada cuando el paciente alcanza al máximo grado de crecimiento personal y de salud dentro de sus limitaciones.

La dinámica que hace progresar la actividad es la capacidad de los sujetos (tanto enfermera como paciente) para poder establecer relaciones interpersonales aprender y desarrollarse.

El objetivo de este modelo de enfermería es ayudar al paciente y al grupo comunitario a conseguir la salud de forma que enfermera y paciente alcancen el mayor grado de desarrollo personal.

2.5.1 Fases de la relación enfermero(a)/paciente

2.5.1.1 Orientación:

En esta fase el paciente tiene “una necesidad insatisfecha” y por tanto precisa apoyo profesional. La enfermera le ayuda a reconocer y entender sus problemas.

2.5.1.2 Identificación:

El paciente se relaciona e identifica con quienes pueden ayudarle. La enfermera le ayuda a desarrollar fuerzas positivas para llegar a satisfacer sus necesidades

2.5.1.3 Explotación

El paciente intenta aprovechar al máximo todo lo que se le brinda a través de su relación con la enfermera.

2.5.1.4 Resolución

Los objetivos iniciales van cambiando progresivamente, y en la medida que el paciente se hace menos dependiente se va liberando de su identificación con el enfermero/a.

2.5.2 Funciones del modelo de Hildegarde Peplau

2.5.2.1 Papel del extraño

El enfermero es, en primera instancia, para el paciente, un extraño. Es necesario establecer con el paciente una relación aceptándolo tal y como es, sin juicios de valor sobre su persona. En esta fase la relación enfermero – paciente no está aún personalizada, y se correspondería con la identificación.

2.5.2.2 Papel de persona-recurso

La enfermera da respuestas específicas a las preguntas del paciente en lo relativo a su salud, es muy importante que estas se den de acuerdo con la personalidad y capacidades intelectuales del paciente.

2.5.2.3 Papel de docente

La autora habla de dos categorías de enseñanza a los enfermos: enseñanza instructiva, basada en dar a las personas la información necesaria, y enseñanza

experiencial basada en utilizar la experiencia del paciente como base para el aprendizaje (aprender la propia experiencia).

2.5.2.4 Papel de conductor

El profesional de enfermería ayuda al paciente enfermo a través de una relación de cooperación y de participación activa.

2.5.2.5 Papel de sustituto

El profesional de enfermería desarrolla un papel de sustituto de alguien. Posteriormente es necesario ayudarlo a diferenciar, puesto que hay que establecer los campos de dependencia e independencia en la relación enfermero- paciente.

2.5.2.6 Papel de consejero

Es el papel que Peplau le da mayor importancia en la enfermería psiquiátrica. El consejo funciona en la relación, de manera que las enfermeras/os responden a las necesidades de sus pacientes, ayudando a que recuerden y entiendan completamente lo que le sucede en la actualidad, de modo que pueda integrar esa experiencia en vez de disociarla de las demás experiencias de su vida.

En conclusión el modelo de Peplau, es un modelo de interacción donde enfermera-paciente unidos pueden aprender y crecer personalmente.¹⁸

2.6 Víctima

La definición que se señala en la Declaración sobre los Principios Fundamentales de la Justicia para víctimas del delito y del abuso del poder proclamada el día 29 de

¹⁸ Raile Alligood E. Marriner Tomas A. (2011) Modelos y Teorías en Enfermería. España. Pág. 54 al 58

noviembre de 1985 por la Resolución 4034 de la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas que establece:

Se entenderá por "víctimas" las personas que, individual o colectivamente, hayan sufrido daños, inclusive lesiones físicas o mentales, sufrimiento emocional, pérdida financiera, o menoscabo sustancial de los derechos fundamentales, como consecuencia de acciones u omisiones que violen la legislación penal vigente en los Estados miembros, incluida la que proscribe el abuso de poder.

Podrá considerarse "víctima" a una persona con arreglo a la presente Declaración, independientemente de que se identifique, aprehenda, enjuicie o condene al perpetrador e independientemente de la relación familiar entre el perpetrador y la víctima.

En la expresión "víctima" se incluye además en su caso, a los familiares o personas a cargo que tengan relación inmediata con la víctima directa y a las personas que hayan sufrido daños al intervenir para asistir a la víctima en peligro, o para prevenir la victimización.

Las disposiciones serán aplicables a todas las personas sin distinción alguna ya sea de raza, color, sexo, edad, idioma, religión, nacionalidad, opinión política o de otra índole, creencias o prácticas culturales, situación económica, nacimiento o situación familiar, origen étnico o social o impedimento físico. La importancia que comienza a darse al papel de la víctima, en el derecho internacional, permite que esta figura sea contemplada en los procesos penales como parte esencial para la integración de las investigaciones y para la apreciación del esquema total del crimen.¹⁹

2.7 Violencia

¹⁹ Huertas O. Castellanos R. (2014) La dimensión internacional a los derechos a la verdad, a la justicia y a la reparación para las víctimas de violaciones a los derechos humanos. Colombia <https://lavozdelderecho.com/index.php/actualidad-2/corrupt-5/item/2822-diccionario-juridico-concepto-de-victima-en-el-derecho-internacional>

La Asamblea General de Naciones Unidas de 1993 (Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, 2012), definió la violencia de género cómo: «Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada». A partir de esta amplia definición sobre la violencia de género, se generan, clasifican y tratan distintos conceptos específicos para comprenderla mejor en su totalidad. En primer lugar, se definen cuatro tipos distintos de violencia contra las mujeres (Generalitat de Catalunya, 2009): a) Violencia física, b) Violencia psicológica, c) Violencia económica y Violencia sexual.

2.7.1 Tipos de violencia

2.7.1.1 Violencia física

«Comprende cualquier acto no accidental que implique el uso deliberado de la fuerza, como bofetadas, golpes, palizas, empujones, heridas, fracturas o quemaduras, que provoquen o puedan provocar una lesión, daño o dolor en el cuerpo de la mujer» (OMS).

2.7.1.2 Violencia psicológica

«Conducta intencionada y prolongada en el tiempo, que atenta contra la integridad psíquica y emocional de la mujer y contra su dignidad como persona, y que tiene como objetivo imponer las pautas de comportamiento que el hombre considera que debe tener su pareja. Sus manifestaciones son: las amenazas, insultos, humillaciones o vejaciones, la exigencia de obediencia, el aislamiento social, la culpabilización, la privación de libertad, el control económico, el chantaje emocional, el rechazo o el abandono» (OMS). Este tipo de violencia, en muchas ocasiones, no se la identifica como tal, ya que es más difícil de demostrar y, a su vez, se puede atribuir por parte de la víctima a manifestaciones del carácter propio del agresor.

2.7.1.3 Violencia económica

«Consiste en la privación intencionada y no justificada de recursos para el bienestar físico o psicológico de una mujer y, si procede, de sus hijas o hijos, y la limitación en la disposición de los recursos propios o compartidos en el ámbito familiar o de pareja. Se trata del establecimiento y el mantenimiento de una dependencia económica forzada» (Generalitat de Catalunya, 2009).

2.7.1.4 Violencia sexual

En España, según la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género y con los datos cedidos por el Consejo General del Poder Judicial a fecha de 30 de setiembre de 2016, se cifran 108.638 denuncias por violencia de género. Y, en el caso concreto de Cataluña, la cifra es de 14.863 mujeres (Ministerio de Sanidad, 2017). La violencia sexual es uno de los vértices de la violencia de género (VG) y es una expresión clara de la dominación patriarcal de la sociedad, aunque actualmente no se reconoce. En la actualidad, se contempla el derecho al disfrute de una sexualidad propia libre y respetuosa, con uno mismo y con los demás. Cifras recogidas por la OMS de septiembre de 2016 revelan que una de cada tres mujeres a nivel mundial ha sufrido Violencia Sexual de pareja o mediante terceros en algún momento a lo largo de su vida. De ahí la importancia de abordar los problemas de salud relacionados con la violencia y las agresiones sexuales. Se considera violencia sexual «Todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo» (OMS, 2016). Este tipo de violencia comprende, entre otras: Violencia sexual infligida por la pareja, violencia sexual por personas que no son la pareja, iniciación sexual forzada, abuso sexual en la niñez, acoso y violencia sexuales en escuelas y lugares de trabajo y violencia sexual contra hombres y niños varones (OMS, 2016). Y se diferencian a

su vez, distintos tipos de manifestaciones (Organización Panamericana de la Salud, 2013).²⁰

La violencia sexual es un problema presente en todo el mundo y afecta a millones de personas. La violación y otras formas de violencia sexual son prácticas comunes que buscan humillar, castigar, controlar, causar sufrimiento y/o destruir personas, familias y comunidades. La violencia sexual es un problema serio que devasta la vida de las personas que la sufren por ser una conducta de sometimiento forzado que evidencia una práctica de poder y de relaciones desiguales de género. La violencia sexual es un fenómeno que afecta indiscriminadamente a hombres y mujeres, independientemente de su edad, clase social, pertenencia étnica, creencias, estado civil, escolaridad y diversidad sexual, aunque se ensaña particularmente contra las mujeres a lo largo del curso de vida. A diferencia de una enfermedad, la violencia sexual, en particular aquella ocurrida dentro del hogar o del círculo familiar o más cercano, es a menudo difícil de detectar y las y los sobrevivientes se mantienen invisibles.²¹

Para la OMS, la violencia sexual es “Todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona, independientemente de la relación con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo”.²²

La violencia sexual contra menores de edad ocurre cuando un adulto o alguien mayor, abusa del poder, relación de apego o autoridad que tiene sobre un niño o niña y/o se aprovecha de la confianza y respeto para hacerlo participar en actividades sexuales que los niños/as no comprenden y para lo cual son incapaces de dar su consentimiento, aun cuando el niño/a se dé cuenta de la connotación que tiene la actividad.²³

²⁰ Alonso Lupiáñez J. (2017) ATENCIÓN ENFERMERA A LA SEXUALIDAD DE LAS MUJERES QUE HAN SIDO VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL file:///C:/Users/ACER/Desktop/tesis%20victimas%20de%20violencia/19653-42775-1-%20tesis%20de%20referencia%20.pdf

²¹ Médicos sin Fronteras. Caminando hacia una atención integral: Reflexiones y propuestas. Guatemala, 2011.

²² Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial de Violencia y Salud. Capítulo 6: violencia sexual, 2002

²³ Secretaría contra la Violencia Sexual, Explotación y Trata de Personas (SVET), Boletín: “Ruta de Abordaje para la Atención Integral de Embarazos en menores de 14 años.” Publicado por el Observatorio en Salud Sexual y Reproductiva -OSAR-.

2.7.1.5 Violencia sexual que no implica contacto corporal

Exhibicionismo, forzar a ver material pornográfico, mensajes obscenos por correo electrónico o telefónicos, gestos y palabras obscenos, insultos sexistas, acoso sexual, proposiciones sexuales indeseadas, voyerismo.

2.7.1.6 Violencia sexual con contacto corporal

Tocamientos, la imposición de relaciones sexuales o prácticas no deseadas, obligar a adoptar posturas que la mujer considera degradantes y violación.

2.7.1.7 Violencia contra los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres

Incluye cualquier actuación que restrinja a las mujeres el ejercicio de su derecho a la salud sexual y reproductiva, afectando su libertad para disfrutar de una vida sexual sin riesgos para su salud, así como ejercer libremente su derecho a la maternidad. Ejemplos de esta son los abortos selectivos y las esterilizaciones forzadas.

2.8 Abuso sexual

Los abusos sexuales engloban los atentados contra la libertad sexual de las personas, pero ejecutados sin violencia ni intimidación, aunque sin el consentimiento de la víctima, ya que se ejercen mediante coacción o imposición (OMS, 2016). La persona abusadora tiene una situación de superioridad sobre la persona abusada, ya sea por un mayor control, una mayor madurez, por la diferencia de edad, etc. El abuso sexual puede ocurrir mediante contacto físico (tocamientos, penetración bucal, genital o anal, o introducción de objetos), o sin contacto físico (exhibicionismo, fotografías de contenido sexual, visualización de películas pornográficas)

2.9 Agresión sexual

Este tipo de violencia también comprende los atentados contra la libertad sexual de la mujer no consentidos, pero realizados con constreñimiento o intimidación. (Generalitat de Catalunya, 2012). Tipos de agresión sexual: violencia sexual que no implica contacto corporal (ej.: obligar a una mujer a masturbarse o a mantener relaciones sexuales con otras personas), violencia sexual con contacto corporal (dentro de ésta se encuentra la violación), violencia contra los derechos sexuales y reproductivos, tráfico o utilización de mujeres y niñas con fines de explotación sexual, prostitución y comercio sexual, la mutilación genital.

2.10 Acoso sexual

Este tipo de violencia (Generalitat de Catalunya, 2012) se sucede a partir de comportamientos verbales, no verbales o físicos, de carácter sexual por parte del acosador que la mujer no desea y que provocan en ella una situación intimidatoria, un entorno hostil, humillante, ofensivo o crean sensación de malestar o amenaza. El acoso puede producirse en un ambiente laboral, docente, en situaciones donde existe superioridad o jerarquía o donde la víctima se encuentra en un entorno vulnerable, o también se puede dar en situaciones de relación familiar, amigos, vecindario, etc.²⁴

2.11 Violencia contra las Mujeres:

Las Naciones Unidas definen la violencia contra las mujeres como “todo acto de violencia basada en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la privada”. Esta definición abarca una amplia gama de actos dañinos dirigidos a las mujeres y utiliza el término “basada en género” para hacer hincapié en que gran parte de la violencia contra las mujeres tiene sus orígenes en un orden social donde prima la desigualdad de género.²⁵

²⁴ Alonso Lupiáñez J. (2017) ATENCIÓN ENFERMERA A LA SEXUALIDAD DE LAS MUJERES QUE HAN SIDO VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL file:///C:/Users/ACER/Desktop/tesis%20victimas%20de%20violencia/19653-42775-1-%20tesis%20de%20referencia%20.pdf

²⁵ Contreras JM, Bott S, Guedes A, Dartnall E. Violencia sexual en Latinoamérica y El Caribe: Análisis de datos secundarios. 2010;100.

La violencia sexual es una expresión de discriminación contra las mujeres; es el resultado de una violencia estructural de género y de patrones socioculturales que discriminan a las mujeres. La violencia estructural de género responde a un sistema que justifica la dominación masculina sobre la base de una supuesta inferioridad biológica de las mujeres, que tiene su origen en la familia y se proyecta en todo el orden social, económico, cultural, religioso y político. Los patrones socioculturales, a su vez, reproducen e incentivan la violencia sexual, enviando un mensaje de control y poder sobre las mujeres. Algunos de estos factores que inciden en la existencia y persistencia de la violencia contra las mujeres, y la violencia sexual en particular son: a) El sistema patriarcal impregna todos los servicios relacionados con la atención a las víctimas y se ve reflejado en las normas jurídicas, peritajes, valoraciones y resoluciones; b) Las víctimas de violencia sexual se ven cercadas durante todo el proceso por los mitos y los estereotipos patriarcales que culpabilizan a las mujeres; c) Las prácticas patriarcales son reproducidas por todos los/as actores del sistema en sus relaciones de pareja y familiares. A pesar de ser injustas y discriminatorias, se perciben como “naturales” y son aceptadas y toleradas socialmente; d) Los valores patriarcales encasillan a las mujeres y a los hombres en un deber ser, y que reproducen la violencia; minimizando los actos de violencia y discriminación que bajo esa perspectiva obedecen al rol natural establecido por el sistema.²⁶

2.11.1 Causas y Factores de Riesgo

Las investigaciones realizadas mundialmente indican que el conflicto armado y la violencia criminal son otros importantes factores macrosociales asociados con los altos niveles de violencia física y sexual contra las mujeres en la sociedad. Las investigaciones indican que los factores clave asociados con las altas tasas de violencia en la región son: desigualdad social, expansión y empobrecimiento de poblaciones urbanas, aumentos en desempleo, corrupción, tráfico y uso de drogas ilícitas, proliferación de pandillas, sistemas de justicia ineficientes, discriminación

²⁶ Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Acceso a la justicia para mujeres víctimas de violencia sexual en Mesoamérica. 2011.

social y modelos jerárquicos de masculinidad (machismo). En base a otros estudios encontramos el modelo ecológico el cual postula que la violencia es el resultado de factores que operan en cuatro niveles _ Individual, racional, comunitario y social. ²⁷

2.11.1.1 Factores asociados con las relaciones personales:

Se ha comprobado que la dinámica de control y poder que refleja desigualdades en las relaciones de género está estrechamente vinculada con la violencia sexual contra las mujeres infligida por parejas íntimas. Los hombres a menudo ejercen violencia sexual para controlar el cuerpo y la sexualidad de las mujeres. La evidencia de la región de LAC indica que la violencia sexual perpetrada por parejas íntimas a veces es provocada cuando el hombre es celoso; cuando la mujer se niega a tener relaciones sexuales con su pareja, o cuando el hombre se siente en riesgo de perder control de la relación.²⁸

Varios estudios en la región han identificado los celos como un factor de riesgo o algo que puede provocar la violencia sexual. En encuestas nacionales de salud reproductiva realizadas en Haití y México, se encontró una considerable asociación entre la violencia sexual infligida por parejas íntimas y los celos. En Nicaragua, tanto los datos cuantitativos como cualitativos señalaron a los celos como el principal catalizador de violencia, incluida la violencia sexual. Alguna evidencia indica que los hombres a veces ejercen violencia sexual como una forma de dominar a sus parejas y de restablecer su identidad masculina. ²⁹

2.11.1.2 Factores individuales

Las investigaciones han identificado varios factores individuales asociados con un mayor riesgo de sufrir o perpetrar violencia sexual, por ejemplo la temprana edad,

²⁷ Caballero ME, González S, Saadeh M. Las representaciones sociales sobre el abuso sexual con énfasis en el incesto. 2006;108.

²⁸ Orozco Recinos MDJ. Estudio de Casos de Abuso Sexual en el Hospital Roosevelt, Departamento de Pediatría. Tesis. 2005;48

²⁹ Fontbona Torres JR. Elementos Diagnósticos y Terapéuticos Narrativos para el trabajo con Sobrevivientes de Abuso Sexual en su Infancia. Tesis. 2009;68.

pertenecer a una pandilla, consumo ilícito de alcohol y drogas, exposición en la niñez a la violencia entre los padres, personalidad antisocial, antecedentes de abuso sexual durante la niñez, escasa educación aceptación de la violencia, múltiples parejas o infidelidad, estos son algunos factores de riesgo para sufrir violencia. En algunos lugares, las personas más marginadas de la sociedad a menudo son las más vulnerables a la victimización sexual, por ejemplo: niñas y niños de la calle, huérfanos o personas jóvenes que carecen del apoyo de su familia.³⁰

Actitudes tradicionales sobre los roles de género y la sexualidad de las mujeres: La evidencia indica que la violencia sexual está estrechamente vinculada con valores, normas y prácticas culturales que respaldan la idea de que los hombres son superiores a las mujeres y tienen derecho a controlar la sexualidad de las mujeres. Por ejemplo, algunas investigaciones en LAC señalan un vínculo entre rígidos comportamientos y actitudes de los hombres y la perpetración de violencia contra las mujeres, incluida la violencia sexual.³¹

2.12 Consecuencias de la violencia sexual para la salud

Salud Reproductiva:

- Traumatismo Ginecológico
- Embarazo No Planeado
- Aborto Inseguro
- Disfunción sexual
- Infecciones de transmisión sexual (ITS)

³⁰ Soto MT, Chacón Orizabal I. Violación y Embarazo, análisis de las secuelas psicológicas. Fund Sobreviv. 2011;54.

³¹ García Moreno C, Guedes A, Knerr W. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. *Violencia sexual*. 2013;1–12. Available from: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/en/index.html>, y del sitio web de la Organización Panamericana de la Salud, <http://www.paho.org/violence>

- Fístula Traumática

Salud Mental:

- Depresión
- Trastorno de estrés postraumático
- Ansiedad
- Trastorno del Sueño
- Síntomas somáticos
- Comportamiento suicida

Conductuales:

- Comportamiento de alto riesgo
- Riesgo de sufrir violencia sexual posteriormente

Resultados Mortales:

- Suicidio
- Complicaciones en el embarazo
- Aborto inseguro
- Sida
- Asesinato durante la violación
- Infanticidio de un niño como resultado de la violación

2.13 Abordaje y Seguimiento

Los conceptos y recomendaciones establecidos en estas fichas pretenden orientar la gestión y el manejo de personas víctimas de violencia sexual y algunas de sus comorbilidades y complicaciones, sin embargo, todo paciente deberá tener un manejo individualizado de acuerdo con sus condiciones particulares. La violencia sexual indistintamente del tiempo transcurrido es considerada como una emergencia médica que debe ser atendida con prioridad, sin embargo los tratamientos varían por el tiempo transcurrido, la edad de la persona, el sexo de la

persona y algunas condiciones especiales como embarazo, peso, retos especiales, idioma, etc.³²

La guía divide la atención en **A, B, C** de conformidad con el tiempo transcurrido según lo siguiente:

A: Personas que asisten al servicio antes de 72 horas o antes de las 120 horas (antes del 2do. o 5to. día).

B: Personas que asisten al servicio después de 120 horas (6 días) hasta 6 meses.

C: Personas que asisten al servicio después de 6 meses en adelante.

Si la persona está en riesgo mortal por el nivel de lesiones que tiene, debe ser atendida inmediatamente brindándole la información y atención necesaria y adecuada, posteriormente se realizan los otros procedimientos importantes. Es importante que antes de iniciar la conversación con la persona que ha sido víctima, el personal de salud se presente dando su nombre y apellido, explique su cargo y cuál será su función en el proceso. Esto permitirá que la persona víctima lo identifique, tome confianza y se sienta segura.

2.13.1 Casos A: Alto riesgo, menos de 72 horas a 120 horas

Este apartado desarrolla las acciones contenidas en la Ruta de Atención que los Hospitales del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social deben aplicar en casos de Violencia Sexual, según cada caso en particular. Solicite el expediente clínico para casos de violencia sexual, el cual se debe escribir con lapicero de manera clara, sin abreviaturas, tachones o borrones, no usando corrector. Si se equivoca teste y entrelínea la información correcta. Si al recibir un caso de violencia sexual, se determina que la condición de salud es crítica (evaluación al daño y necesidad de soporte avanzado de vida en trauma) o que han transcurrido menos de 72 horas del hecho, debe ser priorizada e inmediata la atención médica para salvaguardar la vida de la persona como una prioridad y posteriormente atender los otros procedimientos.

³² MSPAS. Guía de Atención en casos de Violencia Sexual. CICAM. 2010;16.

- La notificación del evento a las autoridades legalmente competentes es obligatoria y no requiere del consentimiento de la persona víctima. Recordar que no se denuncia a nadie, se notifica el hecho. Si la persona es menor de edad (niño, niña o adolescente) se debe notificar inmediatamente al Ministerio Público y este al Juzgado de la Niñez y la Adolescencia para la protección del/de la menor, sobre todo si existe sospecha que el violentador es el padre o persona cercana.³³

Violencia contra niñas, niños y adolescentes

Para la OMS el maltrato “abarca todas las formas de malos tratos físicos y emocionales, abuso sexual, descuido o negligencia o explotación comercial o de otro tipo, que originen un daño real o potencial para la salud del niño, niña y adolescente, su supervivencia, desarrollo o dignidad en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder”.³⁴

En una sociedad jerarquizada por género y por edad, por relaciones de poder que legitiman las relaciones de abuso de unos contra otros, generalmente contra aquellas personas que son consideradas inferiores, incompletas como el caso de niñas, niños y adolescentes, los abusos físicos, emocionales y psíquicos pasan a ser una constante en las relaciones interpersonales, sobre todo en aquellos procesos de crianza, cuidado y educación.³⁵

2.13.2 Daños y consecuencias de la violencia sexual

Las víctimas de violencia sexual pueden sufrir serias consecuencias conductuales, sociales y de salud mental que afectan la salud en general. Las consecuencias pueden ser fatales y no fatales. Entre las no fatales de orden físico figuran: lesión, impedimento motor, síntomas físicos, discapacidad permanente. En el campo de las lesiones en el comportamiento que afectan la salud y en los desórdenes funcionales, destacan: fumar, consumo de alcohol y drogas, conducta sexual de riesgo,

³³ Sexual V. Guía de Atención en casos de Violencia Sexual.

³⁴ Carlsson et al. Evaluación externa de la campaña contra el castigo físico y el abuso en América Central y México 1996-2000. Save The Children Suecia. Citado en el informe sobre violencia contra niños, niñas y adolescentes, 2006

³⁵ Violencia contra niños, niñas y adolescentes. Informe de América Latina en el marco del Estudio Mundial de las Naciones Unidas. 2006

inactividad física, desórdenes alimenticios, síndrome de dolores crónicos, intestino irritable, desórdenes gástricos, quejas somáticas, fibromialgia. Y en el campo de la salud mental: estrés post-traumático, depresión, ansiedad, fobia/ crisis de pánico, desórdenes alimenticios, disfunción sexual, baja autoestima, estrés mental, abuso de sustancias. Y en torno a la salud reproductiva: embarazo no deseado, producto de la violación, infecciones de transmisión sexual (ITS) y/o VIH, desórdenes ginecológicos, abortos inseguros, complicaciones en el embarazo, pérdida del bebé/ bajo peso del recién nacido, inflamación de la pelvis, fibromas, irritación genital, dolor durante el coito sexual, dolor pélvico crónico, infecciones de las vías urinarias o disminución del deseo sexual.³⁶

2.14 Victimización secundaria o revictimización

En Derecho Penal, la víctima es la persona física o jurídica que sufre un daño provocado por un delito. El daño puede ser físico o moral, material o psicológico. Se puede ser víctima de delitos que no hayan producido un daño corporal físico como un robo o una estafa, siendo entonces el daño meramente patrimonial. Por lo general, el delito apareja daño moral al daño material sufrido. El riesgo de revictimización consiste en que a los efectos padecidos por el delito sufrido, se le suman otros efectos provocados (o aumentados) por las experiencias a que es sujeta la persona que inicia el proceso legal o que es atendida en los servicios públicos. Cuando existe revictimización, el propio proceso penal se vuelve contra el niño o niña o la persona adulta víctima, que sufre ahora el otro maltrato: el institucional.³⁷

La victimización o revictimización es el “resultado de la respuesta inadecuada, fría, incomprensiva e insensible de las instituciones y los individuos hacia las víctimas. Así la victimización secundaria se deriva de las relaciones de la víctima con las

³⁶ Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud; Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; Secretaría Presidencial de la Mujer. Perfil de género y salud. Guatemala, 2013. Basado en el informe mundial sobre la violencia y la salud de la OMS.

³⁷ Oficina de defensoría de los derechos de la infancia. Acciones para evitar la revictimización del niño víctima del delito. México, 2006.

instituciones sociales (servicios sociales, sanitarios, medios de comunicación, jurídicos, etc.)³⁸

2.15 Marco legal nacional en Guatemala

- Constitución Política de la República de Guatemala
- Código Penal, Decreto 17-73
- Acuerdos de Paz
- Acuerdo sobre Aspectos Socioeconómicos y Situación Agraria
- Código de Salud, Decreto 90-97
- Ley General para el Combate del Virus de Inmunodeficiencia Humana –VIH- y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida –SIDA- y de la Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el VIH/SIDA, Decreto 27-2000
- Ley de Desarrollo Social, Decreto 42-2001
- Ley de Probidad y Responsabilidades de Funcionarios y Empleados Públicos, Decreto 12-2002
- Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia, Decreto 27-2003
- Ley de Acceso Universal y Equitativo a los Métodos de Planificación Familiar y su incorporación al Programa Nacional de Salud Reproductiva
- Ley para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Intrafamiliar, Decreto 97-2006
- Ley contra el Femicidio y otras Formas de Violencia contra la Mujer, Decreto 22- 2008
- Ley contra la Violencia Sexual, Explotación y Trata de Personas, Decreto 09-2009 2009 Ley para la Maternidad Saludable, Decreto 32-2010.

2.16 Marco legal internacional que respaldan los protocolos para la atención a pacientes víctimas de violencia sexual

³⁸ UTE-UNFPA. Por una atención libre de victimización secundaria en casos de violencia sexual. El Salvador, 2013.

- Convención Americana sobre Derechos Humanos
- Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer –CEDAW-, Asamblea General de las Naciones Unidas.
- Convención Americana para Prevenir y Sancionar la Tortura, Organización de Estados Americanos
- Declaración y Programa de Acción de Viena, Asamblea General de las Naciones Unidas
- Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, Asamblea General de las Naciones Unidas
- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, suscrita en el XXIV Período Ordinario de Sesiones de la Asamblea General de la OEA, Belém do Pará
- Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, Organización de las Naciones Unidas
- Declaración y Plataforma de Acción de la Conferencia de la Mujer de Beijing, Cuarta Conferencia Mundial
- Protocolo Facultativo de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas
- Declaración del Milenio, Organización de las Naciones Unidas
- Protocolo para Prevenir, Reprimir y Sancionar la Trata de Personas, Organización de las Naciones Unidas
- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad
- Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas.

2.17 Atención a pacientes víctimas de violencia sexual en Guatemala

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

2.18 Ruta interinstitucional de la atención en hospitales, centros y servicios de salud de 24 horas, en pacientes estables

La ruta identifica los procesos principales que el personal de los servicios de salud debe desarrollar, con la debida diligencia, para la atención de calidad, inmediata y oportuna a las víctimas/sobrevivientes de violencia sexual. La atención médica es de emergencia, ya sea el médico general o el especialista, quien deberá notificar al Ministerio Público y éste debe presentarse en tiempo no mayor a dos horas (Instrucción General para la atención y persecución penal de delitos cometidos en contra de la niñez y adolescencia. Instrucción General No. 02-2,013) y será el Ministerio Público quien notifique a INACIF.

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

2.18.1 Paso I. Primer contacto

2.18.1.1 Portero o agente de seguridad

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

2.18.1.2 Admisión o registros médicos

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

2.18.1.3 Enfermería

Brinda un espacio seguro, confiable y confidencial (Clínica de atención especializada a víctimas/sobrevivientes de violencia sexual o, si esta no existe, en la camilla de la emergencia que cada centro disponga).

- Si la persona no habla español o tiene alguna discapacidad, es importante que un intérprete esté presente. En beneficio de la comodidad de la víctima esta debe estar de acuerdo.
- Explica el tipo de atención que debe recibir y las necesidades de realizar interconsultas.
- Explica los tres aspectos más importantes en la atención:
 - Reducir el riesgo de una ITS, VIH, embarazo no deseado.
 - Explica el procedimiento de notificación obligatoria.
 - En caso de niña, niño o adolescente es necesario hacer saber a la persona adulta lo que se realizará y explicar al niño(a) o adolescente los procedimientos a realizar, acordes a su edad.
 - Comparte la importancia de recibir la atención psicológica.
 - Asegurarse de contar con los insumos necesarios para la toma de muestras para los exámenes de laboratorios.

- Respetar la decisión de la persona.
- Si el niño, niña o adolescente niega la presencia del adulto debe considerarse su voluntad (Artículo 9. Ley contra la Violencia Sexual, Explotación y Trata de Personas y Ley PINA, Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia, 2,013).

2.18.1.4 Médico

- Se identifica, pregunta el nombre de la persona, el motivo de su consulta, estando siempre atento a los hechos y sentimientos que la persona manifiesta.
- Brinda el tiempo que sea necesario para la atención.
- Busca expediente clínico de violencia sexual.
- Realiza la notificación obligatoria al MP y de no existir, deberá comunicarse al Juzgado de Paz, y en caso de menores de edad también debe notificar a la PGN y/o Juzgado de la Niñez. Según el paso 2 de la ruta de atención interinstitucional.
- Avisa al médico especialista, según el tipo de víctima y recursos (Pediatra, cirujano, ginecólogo).
- Muestra respeto y comprensión sobre lo que la persona le está diciendo; no juzga ni crítica; por el contrario, le comunica que el servicio de salud es un espacio de protección para su integridad y para superar la situación que está viviendo.

Médico de clínica de violencia sexual:

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

2.18.2 Paso II: Notificación obligatoria por el personal de salud Médico, enfermera o trabajadora social

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

2.18.3 Paso III: Identificación

2.18.3.1 Médico de clínica de violencia sexual o de emergencia:

- En el caso de una niña, niño o adolescente, es necesario hacer saber a la persona adulta que le acompaña sobre todo el proceso que se debe realizar, y cuando se hagan las evaluaciones una enfermera deberá estar presente. Deberá haber un mínimo de entrevistas y exámenes clínicos, para evitar la revictimización. • Comparta que es importante que ella o él también puedan recibir atención psicológica. Explica el procedimiento y firma el consentimiento informado.
- En el caso de menores de edad quien acompaña debe firmar o colocar su impresión dactilar, como constancia de la aceptación del o los procedimientos que se deben realizar. Así mismo, si la persona tiene intérprete sea por idioma o incapacidad, debe identificarse y dejar su firma o impresión dactilar.
- Evalúa estado mental y emocional de la persona.
- Revisa antecedentes médicos, personales, familiares, traumáticos, alérgicos, quirúrgicos, y ginecológicos y obstétricos.

- Solicita información del hecho, teniendo cuidado de no revictimizar a la persona. • Procede al examen físico iniciando por área extragenital, paragenital y genital.
- En víctimas estables el área genital se evaluará conjuntamente con el médico forense del INACIF, quien tomará las muestras biológicas e inicia la cadena de custodia.
- Ordena exámenes de laboratorios (VDRL, HIV, Hepatitis A y B, prueba de embarazo, Orina, hematología).
- Llena, revisa y se asegura que el expediente clínico esté completo.

2.18.3.2 Enfermería

- Reconoce recursos sociales con que cuenta la paciente y solicita una mudada de ropa a la persona que acompaña, informando que es importante entregar las prendas al Ministerio Público (si la persona se negare a entregarla, no insistir).
- Verifica que existan los insumos necesarios para la toma de muestras para los exámenes de laboratorio.
- Verifica que existan Kits de medicamentos en farmacias de 24 horas y los que proporcionan el MP e INACIF para el resguardo de prendas y objetos y la toma de muestras biológicas.

2.18.3.3 Psicólogo (a) o médico

- Procede a evaluación básica del estado emocional y la conducta de la persona.
- Revisa antecedentes psicológicos y psiquiátricos (ver expediente clínico).
- Garantiza que la consulta se realice en privado, preservar la confidencialidad, pero informar a la paciente.
- Mantiene una actitud libre de prejuicios.
- Presta atención y apoyo, en respuesta a inquietudes de la víctima sobreviviente de violencia sexual sin imponer criterio personal.
- Escucha atentamente, sin presionar para que la víctima hable (se requiere prudencia al abordar temas delicados en presencia de intérpretes).

- Si la persona no tiene problemas de alcohol o drogas, síntomas psicóticos o suicidas, y no tiene dificultades en sus rutinas diarias, se recomienda esperar durante uno a tres meses después de ocurrido el hecho.
- Ofrece a la persona la posibilidad de regresar para recibir más apoyo.

2.18.4 Paso IV: Priorización de la atención médica

2.18.4.1 Lesiones, anticoncepción, profilaxis de VIH, otras ITS y vacunación

- El tratamiento médico incluye el abordaje de las lesiones corporales y/o genitales, la anticoncepción hormonal de emergencia, el tratamiento antirretroviral para prevención del VIH- PPE y los tratamientos para otras ITS, además de las vacunas del tétanos y Hepatitis B.
- Tratamiento de lesiones corporales, genitales y anales lesiones corporales, signos clínicos y evaluar sobre posibles referencias. Debe realizarse un minucioso examen ginecológico (genitales internos y externos), y un examen anal consignando y registrando todas las observaciones, cuando esté presente el INACIF, evaluar conjuntamente para evitar la revictimización y la contaminación de la escena del crimen.

2.18.4.2 Estado de gravidez o embarazo

En todos los casos realice prueba de embarazo. Si hay embarazo, utiliza anticonceptivos de manera permanente, tienen histerectomía, esterilización o está menopáusica la prueba no debe realizarse. Si se confirma embarazo se referirá a un centro de atención de embarazadas, centro de salud, CAP o CAIMI más cercano.

2.18.4.3 Anticoncepción de emergencia - AE

- Administrar anticoncepción de emergencia (AE) a toda víctima de violencia sexual lo antes posible y hasta dentro de las 120 horas (5 días) posteriores a la violación. Si la víctima es una niña que aún no ha tenido su primera menstruación, pero muestra signos de pubertad, puede igualmente administrarse pastillas de AE de LNG. No es necesario realizar una prueba

de embarazo de manera rutinaria, antes de administrar AE. Datos de estudios recientes han reafirmado la certeza de que las píldoras de AE de LNG no pueden dañar un feto en desarrollo. Todas las mujeres que han sufrido una violación pueden usar AE, incluso aquellas que no pueden usar anticonceptivos hormonales de manera continua. Según los Criterios Médicos de Elegibilidad de la OMS, la AE no tiene contraindicaciones en ninguna circunstancia.

- Como la AE en algunos casos puede provocar náusea, es necesario administrar los medicamentos de forma escalonada (levonorgestrel 0.75 mg c/12 horas o 1 tableta de 1.5 mg, dosis única). Utilizar antiemético en caso necesario (Dimenhidrinato 50 mg PO o IV si el caso lo amerita). Si la paciente vomita deberá administrarse de nuevo.

2.18.4.3.1 Efectos secundarios de la anticoncepción de emergencia (AE):

- Náuseas: para evitar debe comer algún alimento antes de la toma.
- Vómitos: si se producen en las primeras 2 horas después de tomarlas, es necesario repetir la dosis. Si se producen después de las 2 horas de la toma, no es necesario repetir la dosis.
- Dolor en las mamas.
- Sangrado vaginal irregular: Raramente se produce sangrado en la fecha esperada de la menstruación.
- Contraindicaciones: No existen.
- Después de los primeros 5 días del hecho de violencia sexual: La anticoncepción de emergencia no es efectiva. Si se sospecha presencia de embarazo, calcular la edad del mismo por fecha de última menstruación o por ultrasonido, si es posible realizarlo.

2.18.4.4 Infecciones de transmisión sexual (ITS)

- Realizar profilaxis de manera sistemática a toda víctima/sobreviviente para evitar infección por: Gonorrea, Clamidia, Tricomoniasis y Sífilis en posible incubación.

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

2.18.4.5 Antibioticoterapia

Para las infecciones de transmisión sexual.

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

2.18.4.6 Antirretrovirales

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

2.18.4.7 Vacuna antitetánica y de Hepatitis B.

- Aplique vacuna antitetánica.
- Aplique vacuna contra la Hepatitis B.
- Es importante preguntar por antecedentes alérgicos.

2.18.4.8 Atención psicológica

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

2.18.5 Paso V: Registro

2.18.5.1 Médico

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

2.18.5.2 Enfermera

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

2.18.5.3 Encargado de farmacia

- Registro diario en stock de medicamentos en farmacias de 24 horas.
- Registro en tarjeta de control de suministros, kardex y receta de violencia sexual.

- Registre en el BRES (Balance, Requisición y Envío de Suministros).

2.18.5.4 Encargado de bodega y almacenes

- Bodega es responsable del almacenaje y distribución por requerimiento de los distintos Kits de Violencia Sexual del MP y del INACIF.

2.18.5.5 Encargado de estadística

- Está obligada enviar la información anterior a SIGSA en forma nominal y no consolidada por medio de SIGSA Web, SIGSA 3 H.

2.18.6 Paso VI: Orientación

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

2.18.7 Paso VII. Referencia

2.18.7.1 Médico, enfermera o trabajadora social.

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

- Atención legal y resarcimiento económico.

2.18.8 Flujoograma para la atención de víctimas estables

2.19 Ruta interinstitucional de la atención en hospitales, centros y servicios



de 24 horas en pacientes víctimas inestables

La vida de las pacientes es prioritaria y se le da la atención especializada de emergencia. En estos casos se hace la notificación obligatoria y se abocan al servicio cuando la paciente esté en condiciones estables. Antes de la cirugía, enfermería se encarga del resguardo de prendas y objetos de la paciente y el médico cirujano de la toma de muestras biológicas del INACIF y las resguarda para ser entregadas al MP. Cuando MP se presenta a la institución reciben las prendas, objetos y muestras biológicas, mediante un documento, el MP firma de recibido, hace el embalaje e inician la cadena de custodia.

En la página siguiente se presentan los flujogramas que ilustran las rutas interinstitucionales de atención a personas víctimas/sobrevivientes de violencia sexual, en condición estable e inestable.

2.19.1 Recomendaciones para el momento de la recepción

- Garantizar un ambiente de privacidad.
- Tener en cuenta el estado emocional de la persona. Asegurar la confidencialidad del relato.
- Creer en su palabra, sin culpabilizar, revictimizar, ni tratar de influenciar en sus decisiones.
- Permitir un acompañante si la persona lo desea.
- Respetar su voluntad si no quiere compartir lo que le ha sucedido con otros, incluidos familiares.
- Informar los procedimientos con palabras sencillas y solicitarle su consentimiento.
- Realizar un abordaje interdisciplinario, o bien derivar a los servicios de Psicología y Servicio Social luego de la asistencia.
- Evitar que tenga que repetir lo ocurrido: unificar el registro de datos en la historia clínica.
- Explicar la importancia de la denuncia como derecho y reparación.
- Realizar los procedimientos de tal forma que sirvan como pruebas en un eventual proceso judicial.

La víctima/sobreviviente de violencia sexual, según la ubicación geográfica que se trate, será atendida en los centros CAP (Centro de Atención del Parto) y CAIMI (Centro Atención Integral Materno Infantil) de acuerdo a la normativa de este Protocolo. En los casos que no se cuente con especialista, Psicólogo, Pediatra, Trabajadora Social, MP, INACIF y/o PGN, deberá ser referida/o a un centro de mayor complejidad (Al centro hospitalario más cercano). En el caso de embarazos en menores de 14 años, deberán atenderse en centros de tercer nivel, por las complicaciones que estas niñas pueden presentar en el embarazo o parto y por la infraestructura de los hospitales.

- Atender las complicaciones del embarazo: Aborto, ectópico, mola hidatiforme, parto prematuro, hemorragias, hipertensión, sepsis y otras.
- Consulta a Odontología, Psicología y nutrición.
- El parto debe ser atendido por un Obstetra dentro del centro de tercer nivel.
- Sera resuelto por Cesárea en el caso de ser menor de 12 años.
- Oportunidad de Parto si cumple requisitos: Tiene instalado el Trabajo de Parto, no existe DCP, se cuenta con anestesia epidural, pediatra y obstetra, de lo contrario se deberá resolver por cesárea.
- Atender complicaciones del Puerperio.
- Brindar medidas de protección dentro de la institución, mientras la PGN proporciona medidas de protección.

2.19.2 Flujoograma para la atención de víctimas inestables



2.20 Exámenes de laboratorio

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

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

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

- Pruebas biológicas:
- Hisopados oral, vaginal y rectal.
- Raspado de uñas.
- Peinado púbico.

Muestra de sangre en base sólida. Nota: Los kits para recolección de muestras biológicas de las clínicas de la Red Hospitalaria, están en el archivo o escritorio y las clínicas deben estar siempre con llave y bajo la responsabilidad de la enfermera profesional de la emergencia. Se entregaron bajo acta a cada director de hospital para equipar las clínicas de atención de pacientes con violencia sexual. Donde no existe clínica el director del hospital decide en qué parte de la emergencia se colocarán. En los centros de atención primaria se les entregó a los directores por APS.

Las tomas dependen del lugar anatómico de la violencia sexual que se haya sufrido:

- Frotis para microscopía directa y Gram endocervical y anal.
- Cultivo endocervical y de cada sitio en que hubo penetración o intento para Gonococo.

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

2.21 Tratamiento profiláctico

2.21.1 Lesiones, anticoncepción y profilaxis de VIH, otras ITS y vacunación

Lesiones, anticoncepción y profilaxis de VIH, otras ITS y vacunación El tratamiento médico incluye el abordaje de las lesiones corporales y/o genitales, la anticoncepción hormonal de emergencia, el tratamiento antirretroviral para prevención del VIH-PPE y los tratamientos para otras ITS, además de una serie de vacunas

.

2.21.2 Tratamiento de lesiones corporales, genitales y anales

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

2.21.3 Anticoncepción de emergencia

La anticoncepción de emergencia es un método que previene el embarazo después de un acto sexual sin protección. Las píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE) deben darse dentro de los primeros 3 días después de la violación y se pueden dar hasta los 5 días, pero son menos efectivas. Las PAE evitan el embarazo; funcionan principalmente impidiendo la ovulación y alterando la consistencia del moco cervical lo cual impide la entrada de espermatozoides a la cavidad uterina. Pueden ocasionar náuseas, vómitos, manchado o sangrado.

Anticoncepción de emergencia
 Nota: En caso de utilizar las dosis altas administrar un antiemético
 El kit profiláctico de atención a víctimas/sobrevivientes de violencia sexual contiene una de las siguientes opciones de medicamentos:

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

2.21.4 Profilaxis post exposición al VIH/Sida: Tratamiento antirretroviral

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

Evaluación de Riesgo en casos de exposición a violencia sexual:

Bajo riesgo:

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

Riesgo Moderado:

- Violación oral, vaginal y rectal con o sin eyaculación

Alto riesgo

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

Profilaxis Post Exposición al VIH Adolescentes y adultos/as, embarazadas y mujeres dando de lactar

El kit contiene una de estas opciones de medicamentos:

INFEC- CIÓN	OPCIÓN	FÁRMACOS	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	ADMINISTRACIÓN Y DOSIS	TOTAL TABLETAS
VIH	Primera Opción	Tenofovir + Emtricitabina	300 mg+200 mg	1 tableta cada 24 ho- ras por 28 días	28 tabletas
	Segunda Opción	Tenofovir +	300 mg	1 tableta cada 24 horas por 28 días	28 tabletas
		Lamivudina	150mg	1 tableta cada 12 horas por 28 días	56 tabletas
	Tercera Opción	Zidovudina + Lamivudina	300 + 150 mg	1 tabletas cada 12 horas por 28 días	56 tabletas
*Agregar un tercer medi- camento a cualquiera de los esquemas anteriores en los casos de exposición de alto riesgo (múltiples agreso- res o violencia extrema o continuada)		*Lopinavir + Ritonavir	200 mg + 50mg	2 tabletas cada 12 horas por 28 días	112 tabletas

2.21.5 Profilaxis de otras ITS

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

Profilaxis de ITS en adolescentes, adultas/os y mujeres no embarazadas				
ITS	FÁRMACOS	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	ADMINISTRACIÓN Y DOSIS	TOTAL DE FRASCOS O TABLETAS POR TRATAMIENTO
Gonorrea y Chlamydia	Elección: Azitromicina	Tableta de 500 mg	2 gr dosis única vía oral	4 tabletas
	Alternativa: Doxiciclina	Tabletas de 100 mg	100 mg cada 12 horas por 5 días PO	14 tabletas
Sífilis	Elección: Penicilina Benzatínica	vial de 2,400,000 millones UI	2,400,000 millones UI IM dosis única	1 vial
	Alternativa: Doxiciclina	Tabletas de 100 mg	100 mg cada 12 horas x 14 días vía oral	28 tabletas
Tricomoniasis*	Elección: Metronidazol	tabletas 500 mg	2 g dosis única vía oral	4 tabletas
	Alternativa: Tinidazol	tabletas 500 mg	2 g dosis única vía oral	4 tabletas

Profilaxis en embarazadas

ITS	FÁRMACOS	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	ADMINISTRACIÓN Y DOSIS	TOTAL DE FRASCOS O TABLETAS POR TRATAMIENTO
Sífilis*	Elección: Penicilina Benzatínica	Vial de 2,400,000 UI	2,400,000 UI vía IM dosis única	1 vial
Chlamydia Gonorrea	Azitromicina	Tableta de 500 mg	2 g vía oral dosis única	4 tabletas

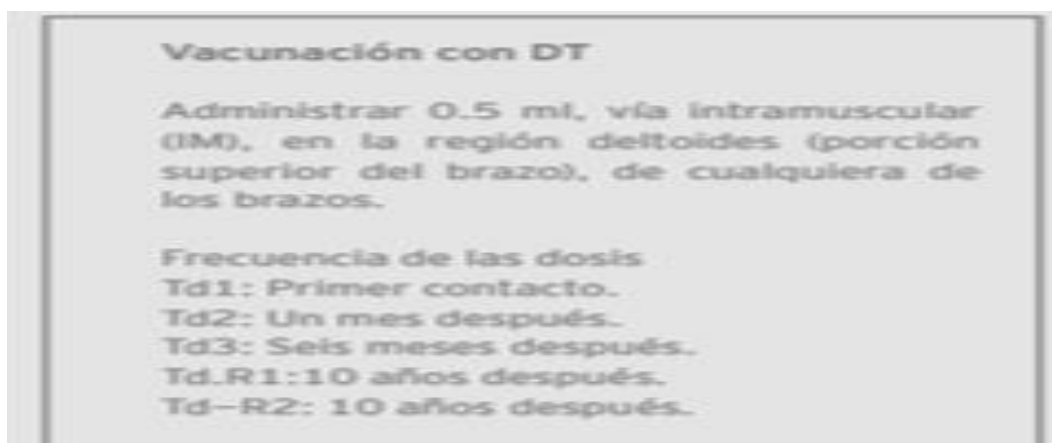
2.21.6 Vacunación

2.21.6.1 Profilaxis Hepatitis B

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

2.21.6.2 Vacunación antitetánica

Siempre vacunar en caso de violencia sexual En niñas y niños menores de 6 años, investigar el esquema de vacunación al momento de realizar la historia clínica, en los antecedentes, en estos casos preferiblemente aplicar DPT. En caso de mayores de 6 años que hayan sido víctimas/sobrevivientes de violencia sexual y que presenten lesiones corto-contundentes, erosiones y/o excoriaciones con pérdida de sustancia, quemaduras, lesiones penetrantes en cualquier parte del cuerpo o evidencia de haber sufrido penetración ano-genital, aplicar DT (por neurotoxicidad de Bordetella Pertussis).



2.21.6.3 Esquema de vacunación tétanos en adultos

- El esquema de la vacunación del tétanos incluye hoy, al mes, al año y cada 10 años.
- Si fue vacunado, verificar el esquema de vacunación y administrar 1 dosis de refuerzo.
- Si está en vacunación se puede obviar.

2.22 Abordaje en salud mental

Las intervenciones en salud mental en casos de violencia sexual atendidos en la red de servicios de salud, pueden ser desarrolladas por personal multidisciplinario, no especializado, con una adecuada inducción. Los primeros auxilios psicológicos, se entienden como todas aquellas acciones o intervenciones en crisis, que permiten restablecer la estabilidad emocional de la persona y facilitar las condiciones para su readaptación.

2.22.1 Crisis:

Se refiere al estado temporal de trastorno y desorganización a nivel mental, emocional y conductual, que atraviesa la persona como respuesta a una situación que rebasa la capacidad de respuesta. Las personas en crisis, generalmente experimentan emociones fuertes y síntomas físicos. Algunas expresan manifestaciones emocionales otras las ocultan. Es importante que el personal de salud especializado en salud mental continúe con la atención psicológica, ya que se debe crear el plan terapéutico individual y familiar, que contribuirá al proceso de recuperación y reinserción a la vida cotidiana. En el caso que no exista personal especializado en un servicio de salud cercano, utilice el directorio (ver anexo 8) para referencia a otras instituciones que presten servicios de apoyo integral.

2.22.2 ¿QUE HACER?

- Asegurar privacidad y confidencialidad
- Escuchar con atención, respeto, aceptación e interés los hechos y sentimientos, sin presionar para que se responda o revele información
- Creer la historia de abuso sin emitir juicios y prejuicios
- Utilizar tono de voz suave
- Estimular la comunicación, respetando el silencio entendido como una respuesta ante el evento
- Utilizar lenguaje corporal de acuerdo a la situación (postura, movimiento de las manos, expresiones faciales, contacto visual)
- Valorar prácticas tradicionales de enfrentar los problemas, respetando creencias y costumbres
- Informar sobre la necesidad de la exploración física y explicación de los procedimientos médicos y psicológicos a realizar
- Prestar atención a signos de peligro: ideación o intento suicida u homicida
- Orientar sobre aspectos legales, de salud, apoyos sociales y otros servicios
- REFERIR a atención psicológica

2.22.3 ¿QUE NO HACER?

- Comentarios o preguntas que puedan generar culpa o inseguridad, por ejemplo: ¿Por qué vestirse de esa manera? ¿Por qué caminar a esas horas en la calle?
- Dar consejos
- Hacer promesas
- Comparaciones
- Ponerse de ejemplo o contar historias propias
- Emitir juicios o críticas
- Preguntas morbosas
- Exagerar o minimizar el hecho o sentimientos
- Bromas o sarcasmos
- Buscar ayuda o establecer redes de apoyo sin consentimiento.

2.22.4 Abordaje psicológico en niñas, niños y adolescentes

El abordaje se centra en establecer una comunicación de confianza, brindado en un ambiente de protección y seguridad, partiendo de la credibilidad del relato emitido. Tomar en cuenta la edad, comprensión, expresión verbal, madurez emocional, entorno familiar y social, características que permiten el abordaje diferenciado; considerando que el victimario o agresor puede ser una persona cercana a la víctima.

En las citas de seguimiento a las víctimas/sobrevivientes de violencia sexual, indague:

- Cambios de carácter
- Tristeza profunda
- Rechazo a asistir al centro educativo
- Problemas en el rendimiento escolar
- Aislamiento
- Enuresis y encopresis infantil (pérdida del control de esfínteres)
- Autoagresión (jalones de pelo, mordeduras), conducta suicida (ideas o intentos) u homicida
- Alteraciones del sueño (duerme mucho, poco, no duerme, sobresaltos)

- Trastornos alimenticios (come mucho, poco, no come)
- Consumo de alcohol, tabaco u otras drogas
- Quejas frecuentes de dolor o malestar físico

Nota: Si se presenta una o más de estas manifestaciones, insista en la referencia al servicio especializado de salud mental.

2.22.5 Consecuencias de la violencia contra niñas, niños y/o adolescentes.

CONSECUENCIAS EMOCIONALES	CONSECUENCIAS COGNITIVAS	CONSECUENCIAS CONDUCTUALES
A corto plazo o en periodo inicial a la violencia sexual		
<ul style="list-style-type: none"> • Sentimiento de tristeza y desamparo • Cambios bruscos de estado de ánimo • Irritabilidad • Rebellidía • Temores diversos • Vergüenza y culpa • Ansiedad 	<ul style="list-style-type: none"> • Disfunciones sexuales • Baja estima y pobre auto-concepto • Estigmatización: sentirse diferente a los demás • Depresión • Trastornos emocionales 	<ul style="list-style-type: none"> • Conductas agresivas • Rechazo a figuras adultas • Marginación • Hostilidad hacia el agresor • Embarazo precoz • ITS
A mediano plazo		
<ul style="list-style-type: none"> • Depresión enmascarada o manifiesta • Trastornos ansiosos • Trastornos del sueño: • Terrores nocturnos, insomnio. • Trastornos alimenticios: • Anorexia, bulimia, obesidad. • Distorsión del desarrollo sexual. • Temor a expresión sexual. • Ideas suicidas. • Intento de suicidio. • Conducta suicidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Repitencia escolar. • Trastornos del aprendizaje. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fugas del hogar • Deserción escolar • Ingestión de drogas y alcohol • Inserción en actividades delictivas • Interés excesivo por juegos sexuales • Masturbación compulsiva • Embarazo precoz • ITS
A largo plazo		
<ul style="list-style-type: none"> • Disfunciones sexuales • Baja autoestima y pobre autoconcepto • Estigmatización: sentirse diferente a los demás • Depresión • Trastornos emocionales diversos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fracaso escolar 	<ul style="list-style-type: none"> • Prostitución • Promiscuidad sexual • Alcoholismo • Drogadicción • Delincuencia • Inadaptación social • Relaciones familiares conflictivas

CAPITULO III

SITUACIONAL ACTUAL DE LA UNIDAD DE ANÁLISIS

3.1 Diagnóstico de la situación actual

Diagnóstico de la situación actual de la unidad de análisis del Ala Materno Neonatal del Hospital Nacional del departamento de Chimaltenango de la ciudad de Guatemala, en cuanto a conocimientos del personal de enfermería sobre el cuidado de la paciente víctima de violencia sexual.

En el departamento y Municipio de Chimaltenango, se encuentra ubicado el Hospital Nacional de Chimaltenango teniendo dos infraestructuras de atención (Ala de atención materno Neonatal, y Ala de atención general); el presente estudio se realizó en el Ala Materno Neonatal; edificio construido con el apoyo de KOICA (Cooperación internacional de Corea) y MSPAS.

Los servicios con que cuenta el Hospital general son: Emergencia de adultos y pediatría, sala de operaciones, central de equipo, medicina/cirugía/traumatología de hombres y mujeres, encamamiento de pediatría, intensivo de pediatría, intensivo de adultos.

En el Ala Materno Neonatal se encuentran los servicios de atención: emergencia de Ginecoobstetricia (clínica de atención a pacientes víctimas/sobrevivientes de violencia sexual), labor y partos, sala de operaciones de maternidad, recién Nacidos (intensivo de neonatos), post parto y ginecología (sala 10), donde laboran un total de 62 Auxiliares de Enfermería que brindan intervenciones oportunas mediante el cuidado a mujeres víctimas de violencia/abuso sexual y pacientes embarazadas, parto y post parto conjuntamente con el cuidado del recién nacido.

El personal de enfermería del Ala materno Neonatal, está integrado por: Licenciadas en Enfermería 01, enfermeras profesionales 19 (menos 01 enfermera profesional gozando su periodo vacacional), 65 auxiliares de enfermería (menos 03 personas auxiliares de enfermería gozando de periodo vacacional, quienes se rigen por

valores éticos, legales y morales enmarcadas en el reglamento interno y en la Normativa de enfermería.

En el año 2018 en el Ala Materno Neonatal del Hospital Nacional de Chimaltenango se reportaron 197 casos y en el año 2017 se reportaron 192 casos mujeres víctimas sobrevivientes de violencia sexual, donde enfermería junto con el equipo multidisciplinar realizó acciones establecidas en el protocolo de atención del MSPAS.

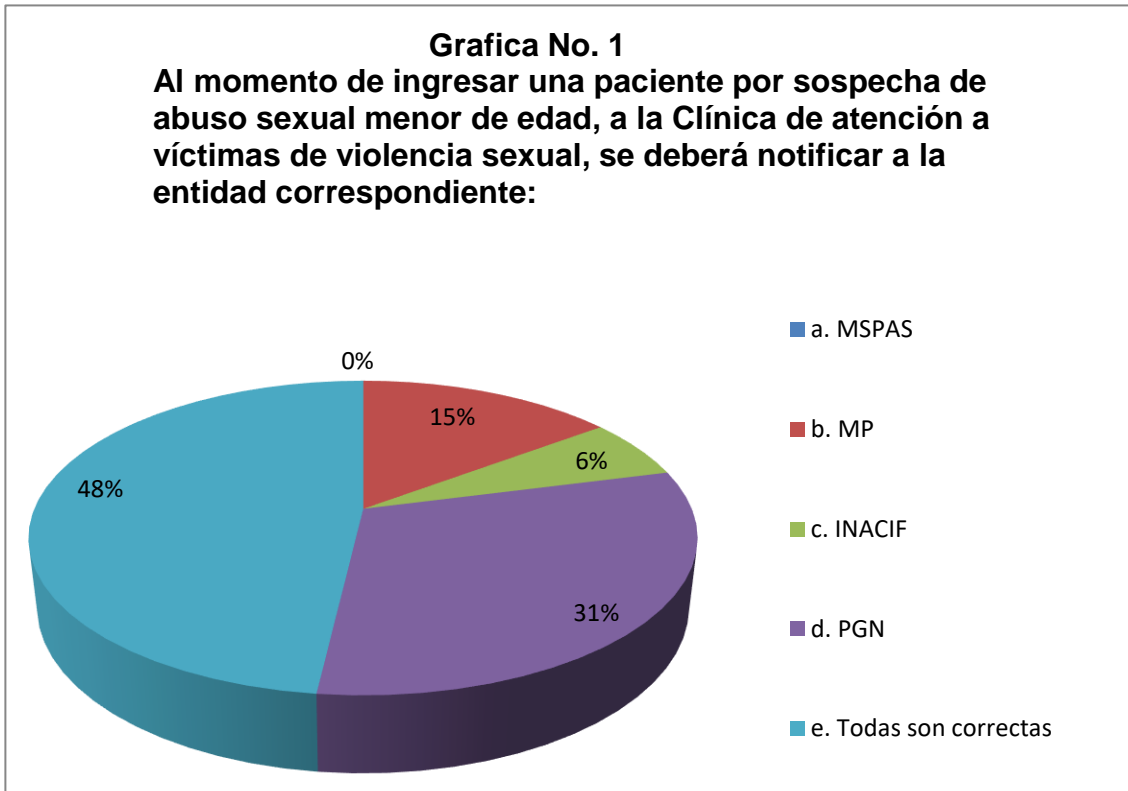
En la actualidad ha habido un aumento de casos de pacientes víctimas de violencia sexual, las pacientes sufren varias consecuencias que pueden ser duraderas y de alcance amplio en sus vidas, la violencia contra las mujeres es una causa importante de enfermedad y en algunos casos de la muerte misma.

Se observó que el personal de enfermería necesita fortalecer sus conocimientos sobre el tema de violencia sexual y el protocolo de atención a víctimas y sobrevivientes de violencia sexual para que se realicen las acciones con acierto, garantizando la seguridad y bienestar de la paciente.

CAPITULO IV

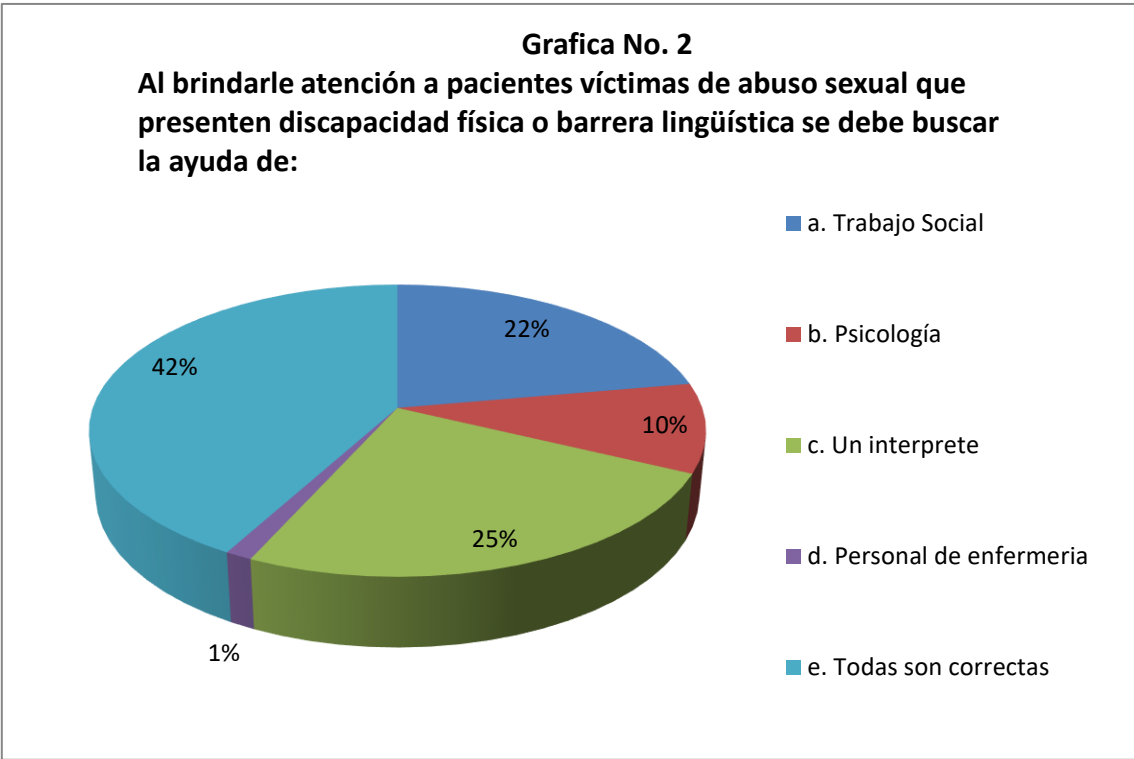
ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

4.1 Análisis de gráficas



FUENTE: Cuestionario a personal de enfermería del hospital Nacional de Chimaltenango

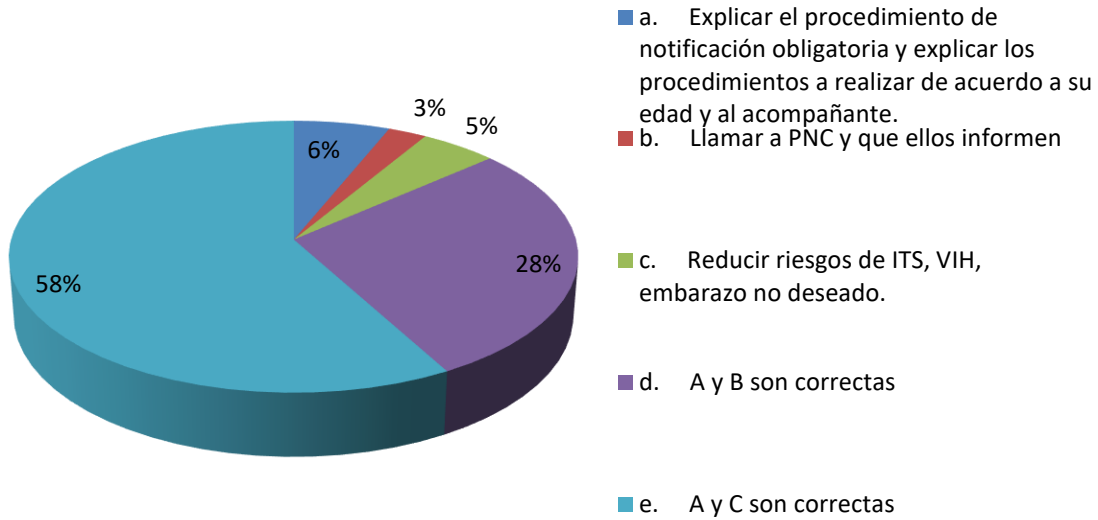
En la medición del instrumento se observa que el 48% de los entrevistados desconocen el protocolo para informar los casos de las pacientes que ingresan por sospecha de abuso sexual; siendo el Ministerio Público la entidad a quien se deberá notificar, se observa que solo el 31% tiene conocimiento del protocolo del MSPAS, éste Protocolo conlleva el enfoque multidisciplinario necesario, a fin de garantizar la atención médica así como la denuncia legal que se debe interponer para la persecución penal de los agresores. Para el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social la atención a víctimas de violencia sexual, es una prioridad en salud.



FUENTE: Cuestionario a personal de enfermería del hospital Nacional de Chimaltenango

Enfermería busca brindar bienestar y seguridad a la paciente mostrando confiabilidad y confidencialidad pero en ocasiones se presentan barreras lingüísticas o físicas para la atención inmediata, siendo necesario un intérprete; para los encuestados solo el 25% identifican tal necesidad, el 42% aún desconoce la acción inmediata de buscar un intérprete que pueda explicar al paciente de manera sencilla y de acuerdo a su lenguaje los procedimientos a recibir y además la necesidad de realizar interconsultas ya que el temor a lo desconocido puede provocar inseguridad y desconfianza por parte de la paciente. El intérprete contribuirá a explicar con mayor claridad los procedimientos a la vez se podrá identificar las necesidades y el consentimiento del paciente y familia.

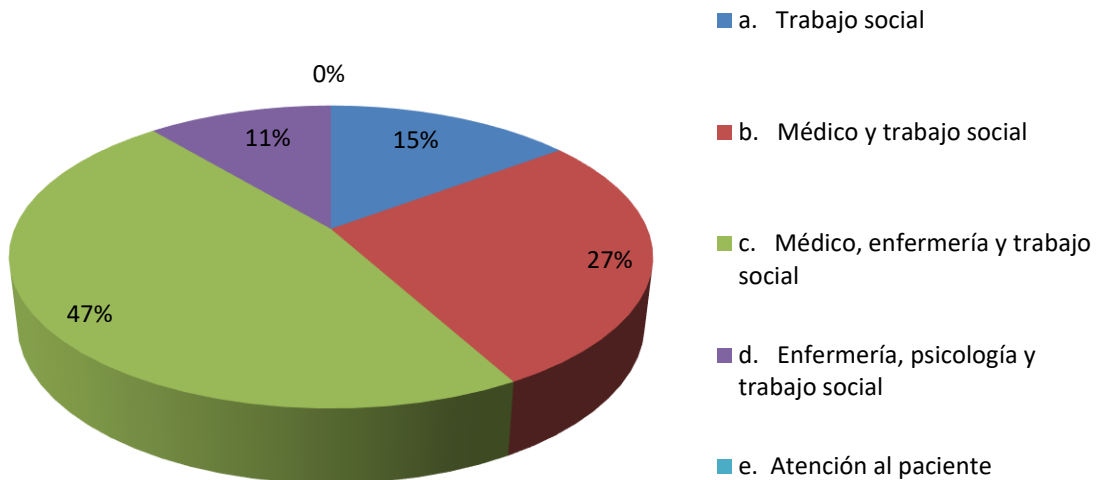
Grafica No.3
Para la atención de pacientes víctimas de violencia sexual en el primer contacto con el personal de enfermería, se debe explicar los aspectos más importantes de la atención:



FUENTE: Cuestionario a personal de enfermería del hospital Nacional de Chimaltenango

Al realizar las encuestas se observa que el 58% de los participantes no poseen la información completa para explicarle correctamente a la pacientes durante el primer contacto, solo el 28% realizan la atención correcta al explicarle los procedimientos de notificación obligatoria de acuerdo a la edad e informar los procedimientos y tratamientos a emplear para reducir riesgos de ITS, embarazos no deseados; la importancia de la explicación ayudarán a la relación y contribución de la víctima para su correcta asistencia médica como también el cumplimiento de las leyes de protección integral a la víctima, mostrándole la importancia de la comprensión y respeto sobre la información que ella proporciona resguardando su integridad, el resto de los participantes desconocen en totalidad las acciones inmediatas.

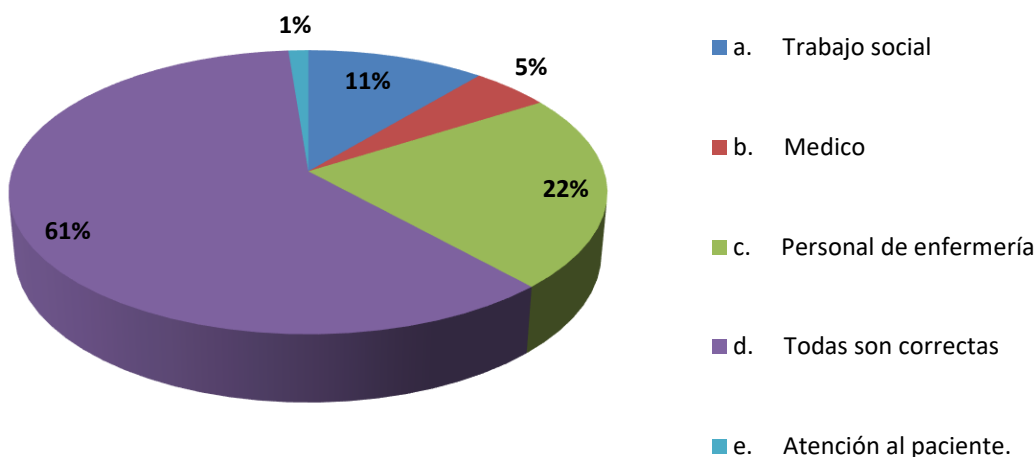
Gráfica No. 4
Al presentarse una paciente víctima de violencia sexual, las personas responsables de la notificación obligatoria al Ministerio Público y Procuraduría General de la Nación son:



FUENTE: Cuestionario a personal de enfermería del hospital Nacional de Chimaltenango

El 47% de los participantes tienen conocimiento de las rutas de atención y personas responsables a quienes se les deben notificar los casos; el médico, enfermera y trabajadora social realizan la notificación obligatoria al Ministerio Público; en ese momento registra la fecha y la hora del ingreso para la preparación del expediente clínico. El 27% de los participantes obvian el papel de enfermería ya que también forma parte de las personas encargadas de la notificación; el resto de los participantes no poseen información correcta de las rutas ya que confunden las responsabilidades de las disciplinas que si bien psicología brinda acompañamiento a las pacientes, realmente los que tienen contacto con las pacientes desde el ingreso es el equipo médico, enfermería y trabajo social.

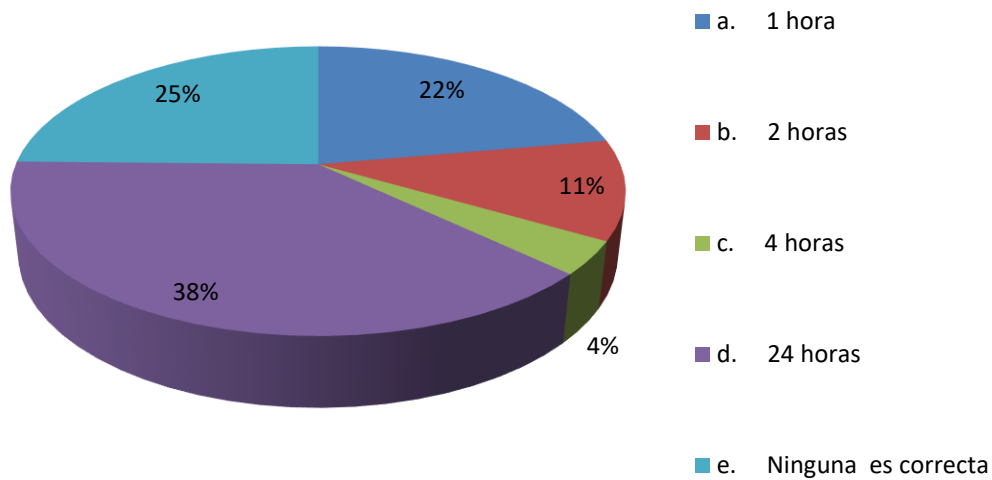
Gráfica No. 5
Quien es el encargado de brindar un espacio seguro, confiable y confidencial (clínica de atención especializada a víctimas de violencia sexual) a las pacientes víctimas de violencia sexual:



FUENTE: Cuestionario a personal de enfermería del hospital Nacional de

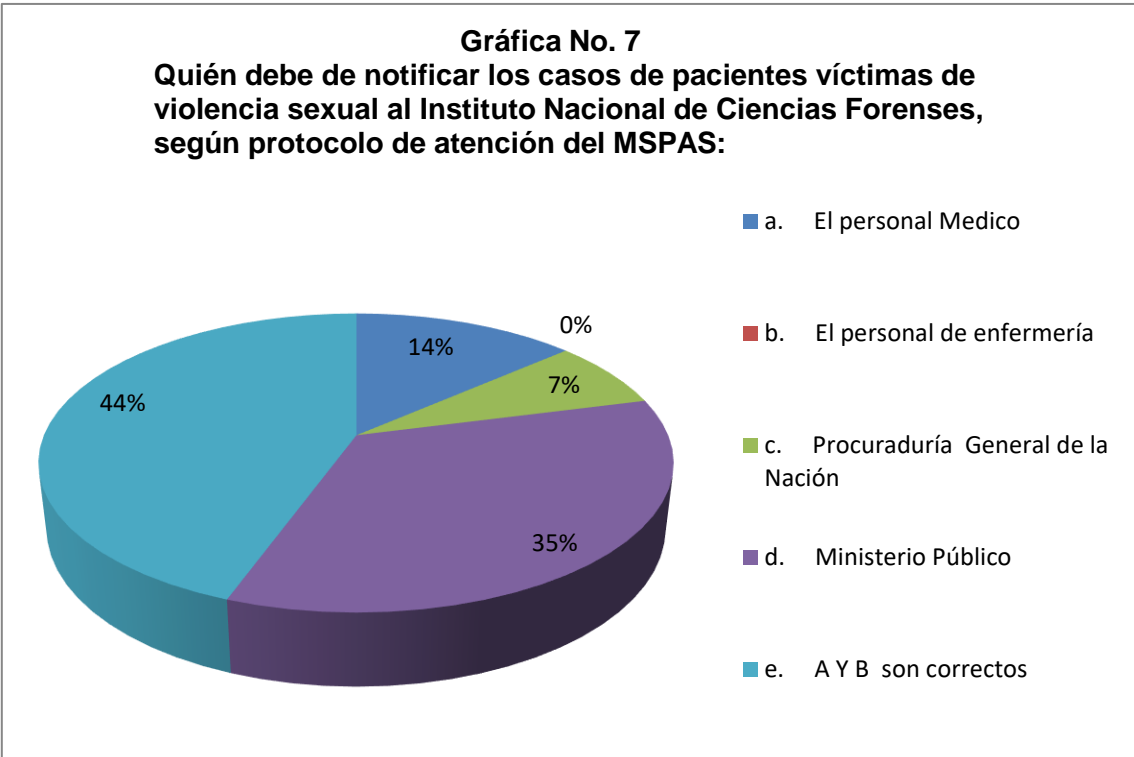
Al mencionar la importancia de la seguridad, confiabilidad hacia las pacientes con sospecha de abuso sexual solo el 22% de los participantes tiene conocimiento de que Enfermería realiza un papel importante para el cumplimiento del protocolo de atención y asistencia a las pacientes con sospecha víctimas de abuso sexual. El 61% del grupo encuestado cree que el equipo multidisciplinario es el encargado de brindar un espacio seguro a las víctimas; esta información no es en su totalidad equivoco, pero Enfermería da acompañamiento a la paciente desde su ingreso, estadía y egreso de la paciente por lo que es la persona encargada de velar por el resguardo de la paciente como un ser integral las 24 horas del día.

Gráfico No. 6
Desde el momento que se le llama al Ministerio Público informándole sobre una paciente víctima de violencia sexual, ¿cuanto tiempo límite se debe esperar para que el fiscal del Ministerio Publico se haga presente al centro



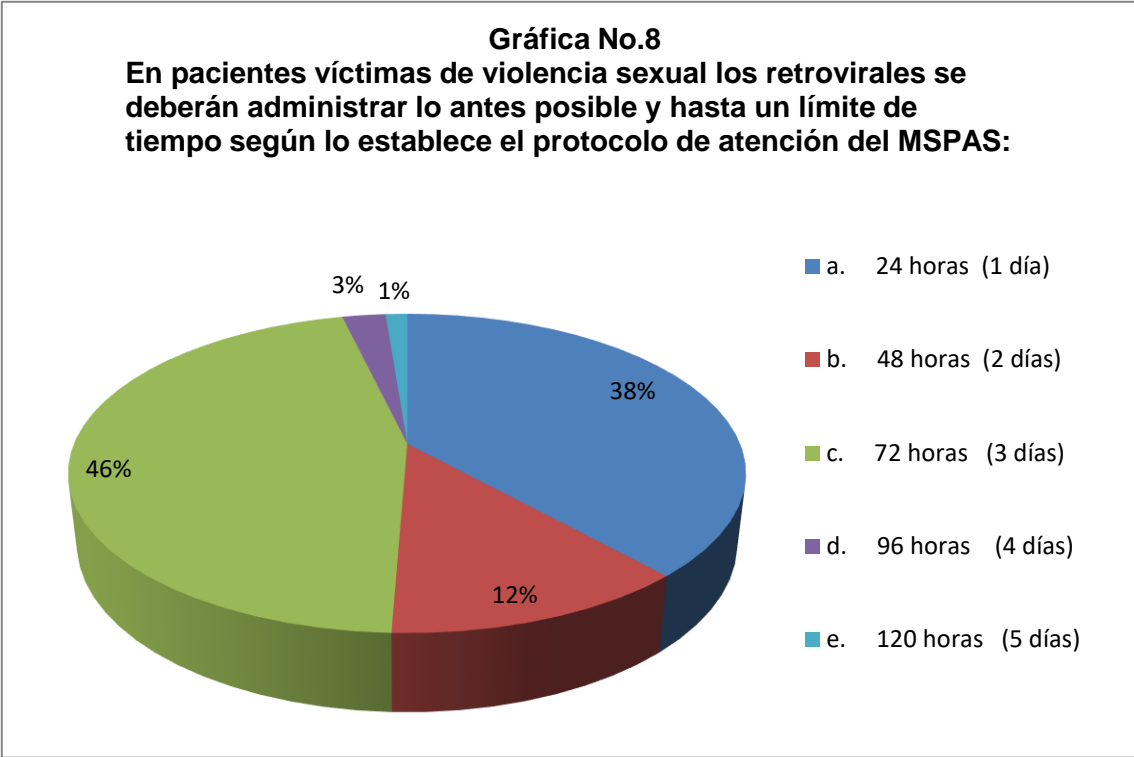
FUENTE: Cuestionario a personal de enfermería del hospital Nacional de Chimaltenango

El 38% de los encuestados refieren que debe esperar durante 24 horas para que se haga presente el fiscal del Ministerio Público, el 25% de participantes piensan que no existe una hora establecida promedio para esperar a que el ministerio público (MP) se presente. Sabiendo que la notificación al MP es obligatoria para que se hagan presente durante las 2 primeras horas solo el 11% tiene este conocimiento, pero en el centro hospitalario también se reconoce que debido a que ha habido un aumento de casos denunciados, las entidades pueden tardar en presentarse al área hospitalaria donde se ha creado un espacio de protección para el resguardo de la integridad de la paciente y para superar la situación del estado de salud, es por ello que se debe esperar a que el MP se presente para continuar el protocolo de atención y evitar la revictimización de la paciente



FUENTE: Cuestionario a personal de enfermería del hospital Nacional de Chimaltenango

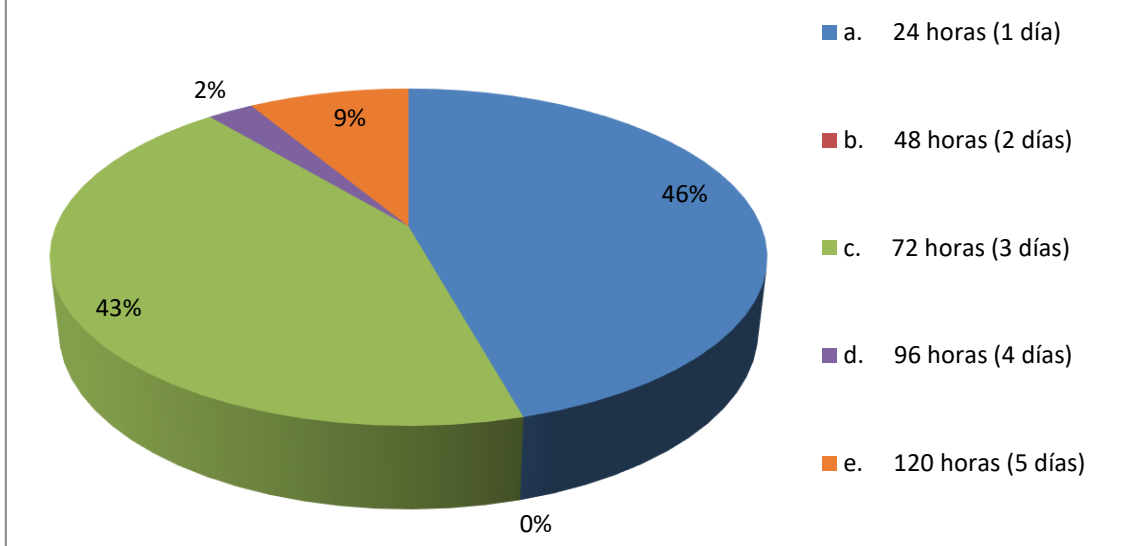
Solo el 35% de los participantes tiene conocimiento que el Ministerio Público es el ente encargado de notificar los casos al Instituto Nacional de Ciencias Forenses, El 44% de los encuestados aún desconocen la forma o los pasos a seguir para las notificaciones correspondientes según el protocolo de atención establecido. La comprensión de la víctima/sobreviviente de violencia sexual es importante, según su desarrollo y madurez; por ello se debe seguir el protocolo para cumplir con la ley de protección a las pacientes víctimas de violencia sexual, para realizar un mínimo de repetición y conocimiento del caso y evitar así la revictimización realizando las entrevistas, las evaluación física evaluándose en conjunto con el médico forense del INACIF, quien tomará las muestras biológicas e inicia la cadena de custodia con la PNC.



FUENTE: Cuestionario a personal de enfermería del hospital Nacional de Chimaltenango

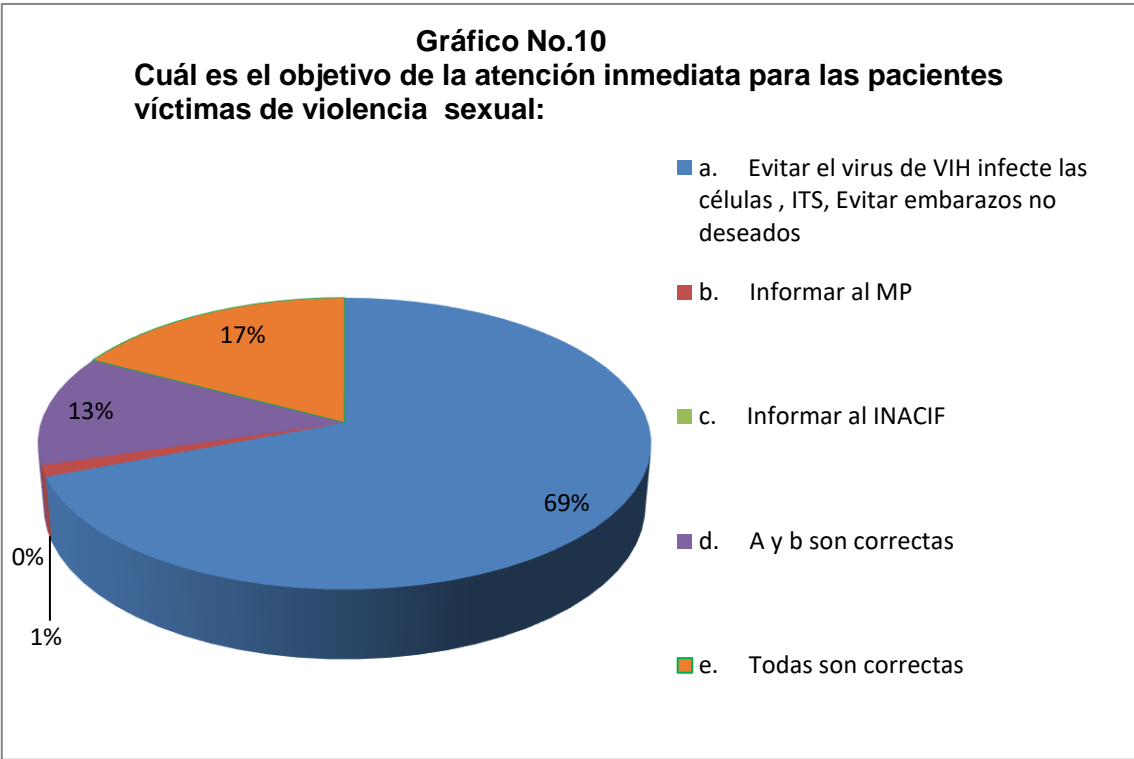
El 46% de los encuestados posee conocimiento de la importancia de actuar en las primeras 72 horas para la administración de los retrovirales, el 38% de los participantes aun confunden el tiempo limitando las horas para brindar el kit de medicamentos profiláctico; el conocimiento de las 72 horas para proporcionar el kit de emergencia es muy importante y vital porque se podrá prevenir enfermedades de trasmisión sexual, VIH y embarazos no deseados en las pacientes que han sufrido abuso sexual. La OMS presenta estudios que con el kit de emergencia se puede reducir el riesgo de infección en un 80%. Esta información puede actuar como factor de motivación para que se acerquen las víctimas a los servicios de salud.

Gráfica No.9
La anticoncepción de emergencia AE, se le cumple a toda
paciente víctima de violencia sexual lo antes posible y hasta un
límite de tiempo:



FUENTE: Cuestionario a personal de enfermería del hospital Nacional de Chimaltenango

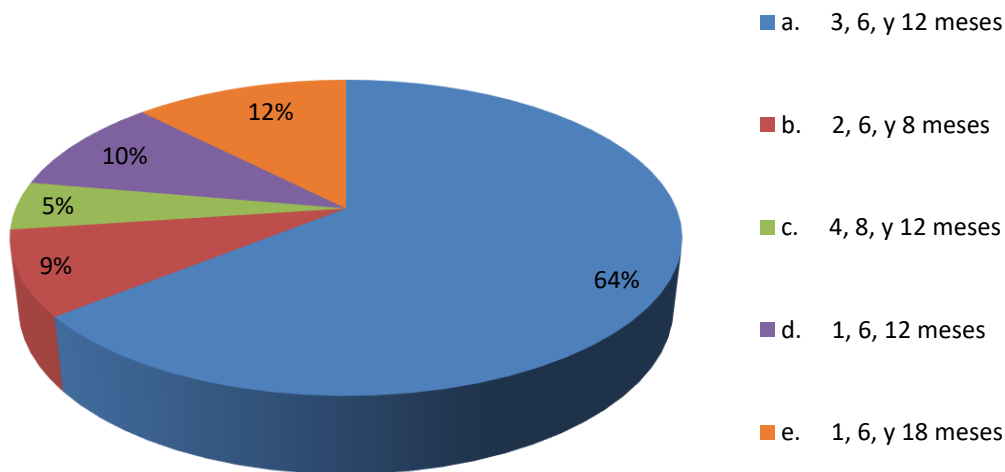
El 43% y el 46% de los encuestados aún desconocen y limitan el tiempo que se puede considerar para brindar los anticonceptivos de emergencia y solamente el 9% reconoce que la anticoncepción de urgencia se puede brindar hasta las 120 horas; Un mayor porcentaje aún necesita fortalecer esta información que es muy importante. Se ha confirmado que se puede prevenir más del 95% de los embarazos cuando se utiliza la anticoncepción dentro de los 5 días posteriores a la relación sexual; el prevenir los embarazos no deseados en pacientes víctimas de violencia sexual es prioritario ya que han pasado por violencia física y psicológica, este método podrá brindar un porcentaje mayor de prevención de embarazos. Por ello es importante que el personal asistencial obtenga el conocimiento correcto para brindar una mejor atención a las pacientes.



FUENTE: Cuestionario a personal de enfermería del hospital Nacional de Chimaltenango

El 69% de los encuestados tienen conocimiento de la importancia de la atención inmediata para las pacientes víctimas de violencia sexual, se debe reconocer que la paciente víctima de violencia sexual presenta una situación de urgencia y debe atenderse de inmediato para evitar infecciones de transmisión sexual, VIH, embarazos no deseados, la aplicación correcta del protocolo incluye también orientaciones para la profilaxis de VIH/SIDA, ITS y anticoncepción de emergencia; además, brinda aclaraciones sobre el consentimiento informado y el secreto profesional. Se debe enfatizar aun el porcentaje restante para profundizar el conocimiento del proceso de atención integral a las pacientes víctima de violencia sexual.

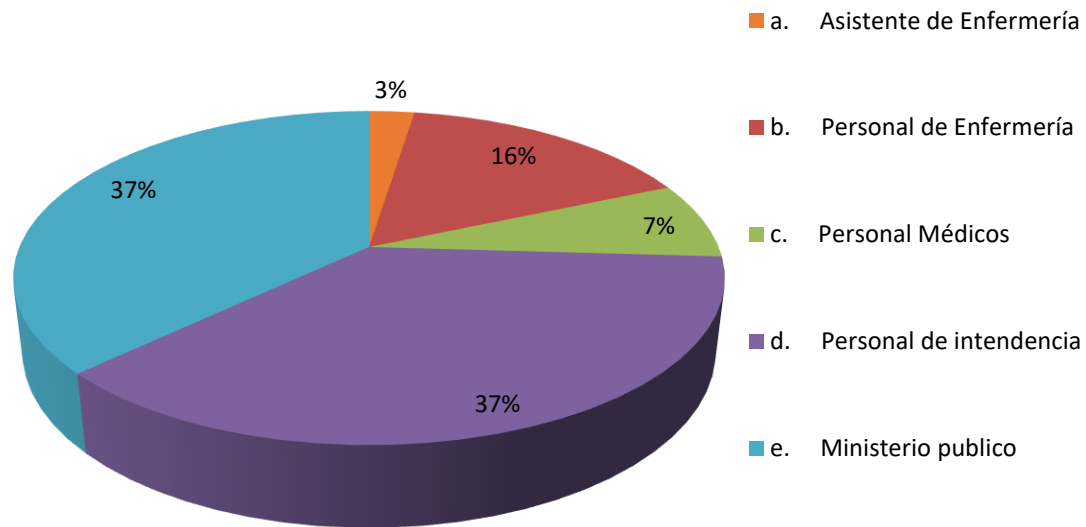
Gráfica No.11
Los controles de laboratorio de VIH Y VDRL en pacientes víctimas de violencia sexual, según lo estable el protocolo de atención del MSPAS, se deben realizar en los siguientes periodos:



FUENTE: Cuestionario a personal de enfermería del hospital Nacional de Chimaltenango

Se observa que el 64% de los participantes que respondieron el instrumento reconoce la necesidad de realizar laboratorios de control a los 3, 6 y 12 meses de las pruebas de VDRL y VIH. Aún existe un porcentaje que desconoce los tiempos establecidos en el protocolo analizado por el MSPAS, por lo cual la capacitación al personal es necesario ya que está comprobado que los controles realizados en el tiempo establecido ayuda a determinar la frecuencia de reactividad de VDRL y VIH siempre con el acompañamiento y consejería del personal capacitado para continuar el seguimiento de los pacientes y garantizar el tratamiento.

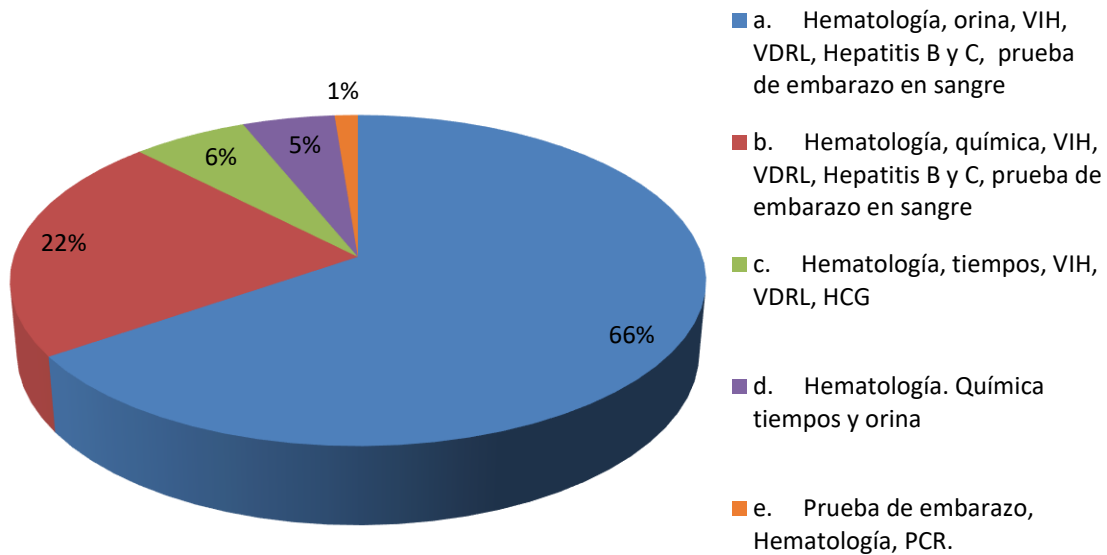
Gráfica No. 12
Quien es el encargado del resguardo de las prendas y objetos de la pacientes víctima de violencia sexual, en pacientes que presentan inestabilidad y que requieran de procedimientos quirúrgicos de emergencia:



FUENTE: Cuestionario a personal de enfermería del hospital Nacional de Chimaltenango

Un 37% refiere que el encargado es el Ministerio Público, el otro 37% de los participantes refirió que el encargado del resguardo de pertenencia es el personal de Intendencia del área Hospitalaria; estos porcentajes demuestran que desconocen las responsabilidades establecidas en el protocolo de atención a pacientes víctimas de violencia sexual. Solamente el 16% reconoce que enfermería tiene contacto con la paciente desde el ingreso brindándole acompañamiento, enfermería se encarga de informar a la paciente la importancia de entregar las prendas al Ministerio Público (si la persona se negare a entregarla, enfermería no debe insistir; por lo cual en el protocolo se ha establecido que el personal de Enfermería se encarga del resguardo de pertenencia hasta ser entregado a las entidades correspondientes siendo material de investigación legal de los casos.

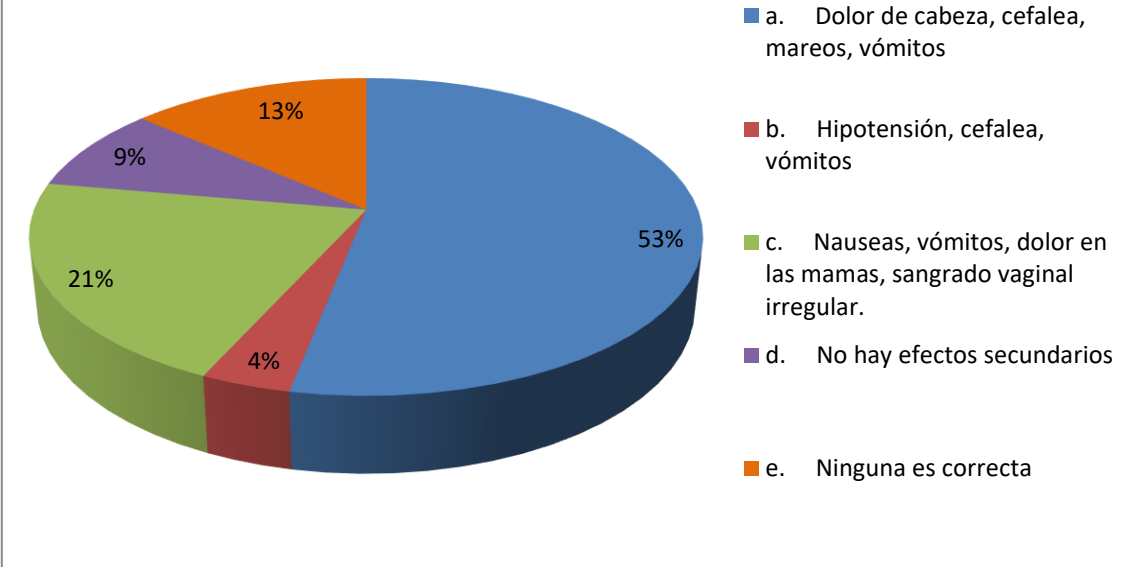
Gráfica No. 13
Los laboratorios de rutina para las pacientes víctimas de violencia sexual son los siguientes



FUENTE: Cuestionario a personal de enfermería del hospital Nacional de Chimaltenango

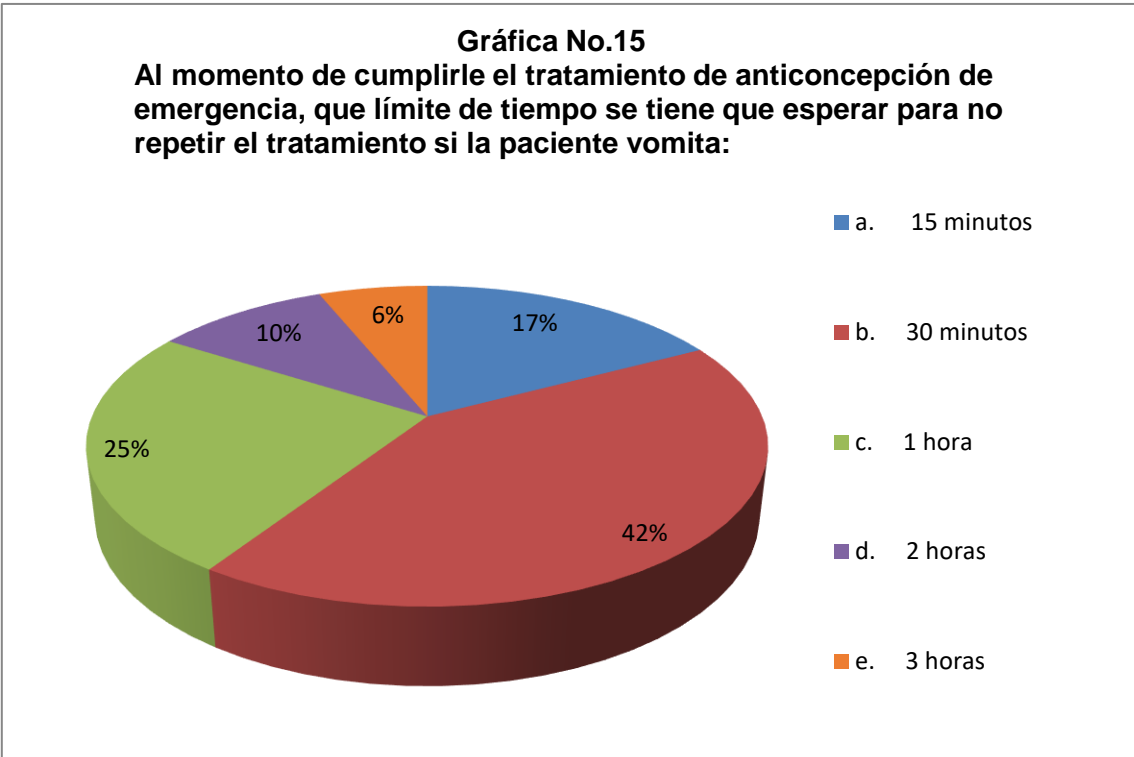
El 66% de los participantes tiene conocimiento sobre qué laboratorios se deben realizar a las pacientes víctimas de violencia sexual de rutina como hematología, orina, VIH, VDRL, hepatitis y prueba de embarazo, se tiene de conocimiento que un resultado de ITS negativo no excluye infección si el hecho de violencia sexual fue reciente, ya que muchas ITS tienen un periodo de incubación largo y son asintomáticas. Existe el porcentaje restante de desconocimiento sobre la información de los laboratorios a realizar cuando una paciente ingresa, por ello se debe fortalecer esta información para brindar un buen seguimiento de la atención y cuidados dirigidos a las pacientes evitando o previniendo patologías adicionales.

Gráfica No.14
Los efectos secundarios de la anticoncepción de emergencia, según protocolo de atención del MSPAS son:



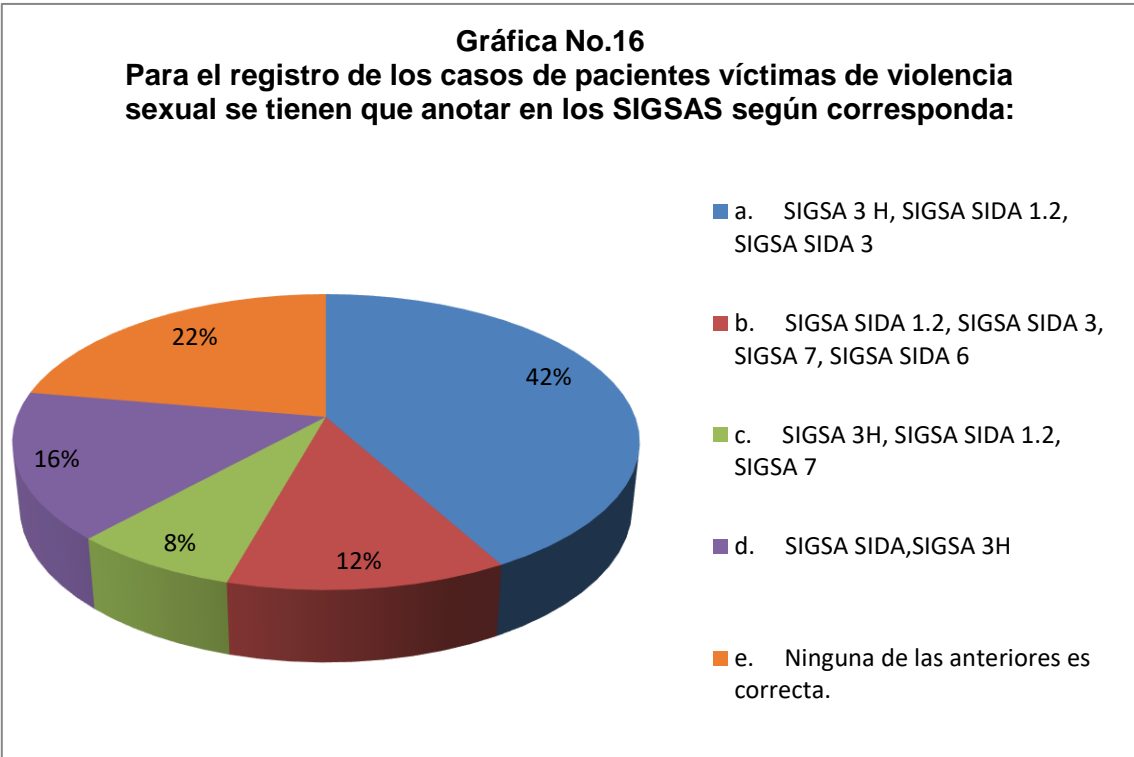
FUENTE: Cuestionario a personal de enfermería del hospital Nacional de Chimaltenango

Solamente el 21% de los participantes reconocen los efectos secundarios de los anticonceptivos de emergencia siendo náuseas, vómitos, dolor en las mamas, sangrado vaginal irregular que raramente se produce sangrado en las fecha esperada de la menstruación; información importante que se debe de brindar a las pacientes al momento de brindar la pastilla, esto evitará temor a lo desconocido si se presentara algún efecto. El 53% desconoce que el dolor de mamas y el sangrado vaginal irregular también se puede presentar como efecto secundario; el resto de los participantes maneja información errónea de que produce otras afecciones como hipotensión o que tenga efectos secundarios, siendo importante que se obtenga un conocimiento correcto para informar adecuadamente a las pacientes no creando confusión en el tratamiento. Los anticonceptivos de emergencia impiden el embarazo al evitar o retrasar la ovulación y no puede provocar un aborto.



FUENTE: Cuestionario a personal de enfermería del hospital Nacional de Chimaltenango

El 42% de los participantes refieren que se espera 30 minutos para no repetir el tratamiento si la paciente vomita mostrando un conocimiento erróneo ya que el protocolo de atención refiere que “si se producen en las primeras 2 horas después de tomar el tratamiento, es necesario repetir la dosis”. Solamente un 10% tiene conocimiento correcto de cuánto tiempo se tiene que esperar para no repetir el tratamiento. Fisiológicamente se entiende que no se ha realizado la absorción del tratamiento por vía oral, pasado las 2 horas este se ha absorbido; por tanto Si se producen el vómito después de las 2 horas de la toma, no es necesario repetir la dosis, el porcentaje mayor que muestra desconocimiento de esta información causa preocupación por el incumplimiento oportuno del tratamiento.

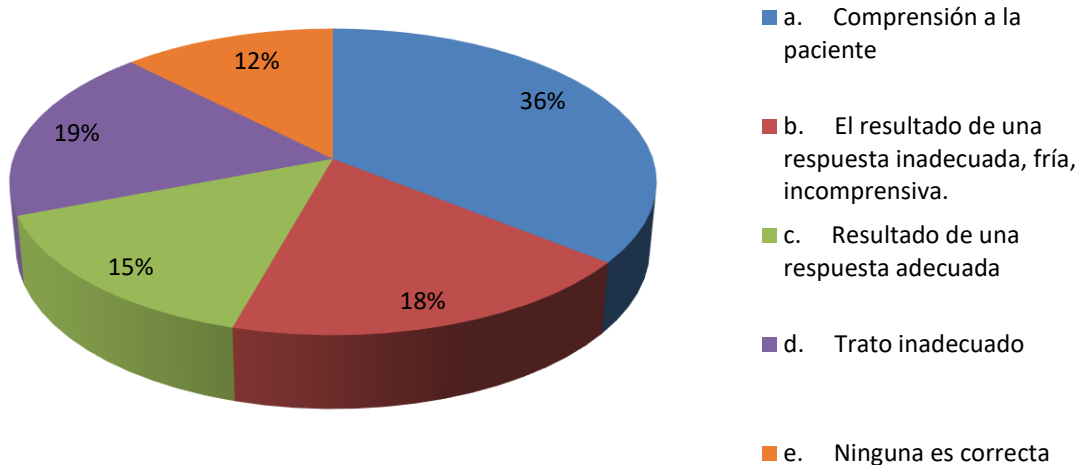


FUENTE: Cuestionario a personal de enfermería del hospital Nacional de Chimaltenango

Solo el 12% de los participantes tienen conocimiento de las SIGSAS para registro de pacientes víctimas de violencia sexual que son atendidas realizando las anotaciones en las SIGSAS correspondientes, los Médico Registran los datos en el libro de emergencia, SIGSA 3 C/S, SIGSA 3 H como Abuso Sexual (CIE 10 T.74.2). Enfermería Registra en SIGSA SIDA 1.2 la orientación de VIH, registra diariamente las ITS en SIGSA SIDA 3, consolida mensualmente en SIGSA 7 (morbilidad, primeras consultas) el abuso sexual y las ITS en SIGSA Sida 6 mensual, luego se debe enviar informe al área de salud. Información obtenida en el protocolo de atención a pacientes víctimas de violencia sexual brindado por el MSPAS.

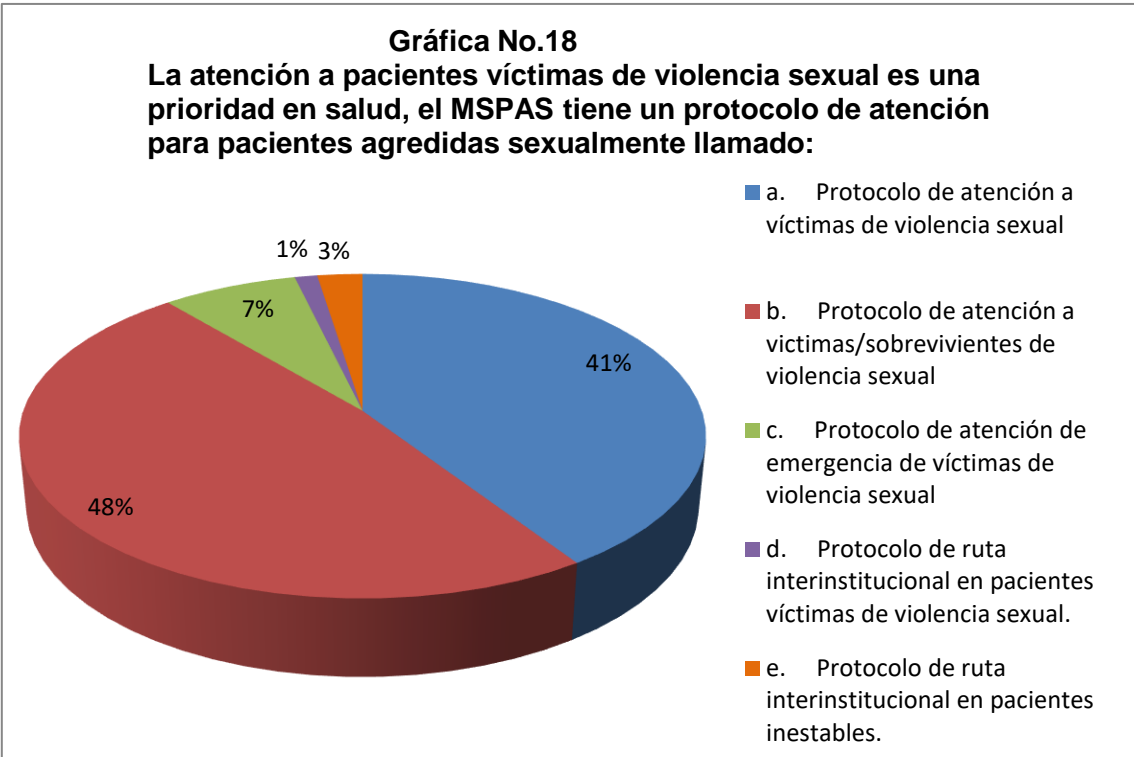
El porcentaje mayoritario desconoce el uso correcto de las SIGSAS siendo una herramienta importante para el registro y uso estadístico de los casos.

Gráfica No.17
En pacientes Víctimas de abuso sexual que acuden al centro hospitalario para atención inmediata “la victimización secundaria o revictimización” es:



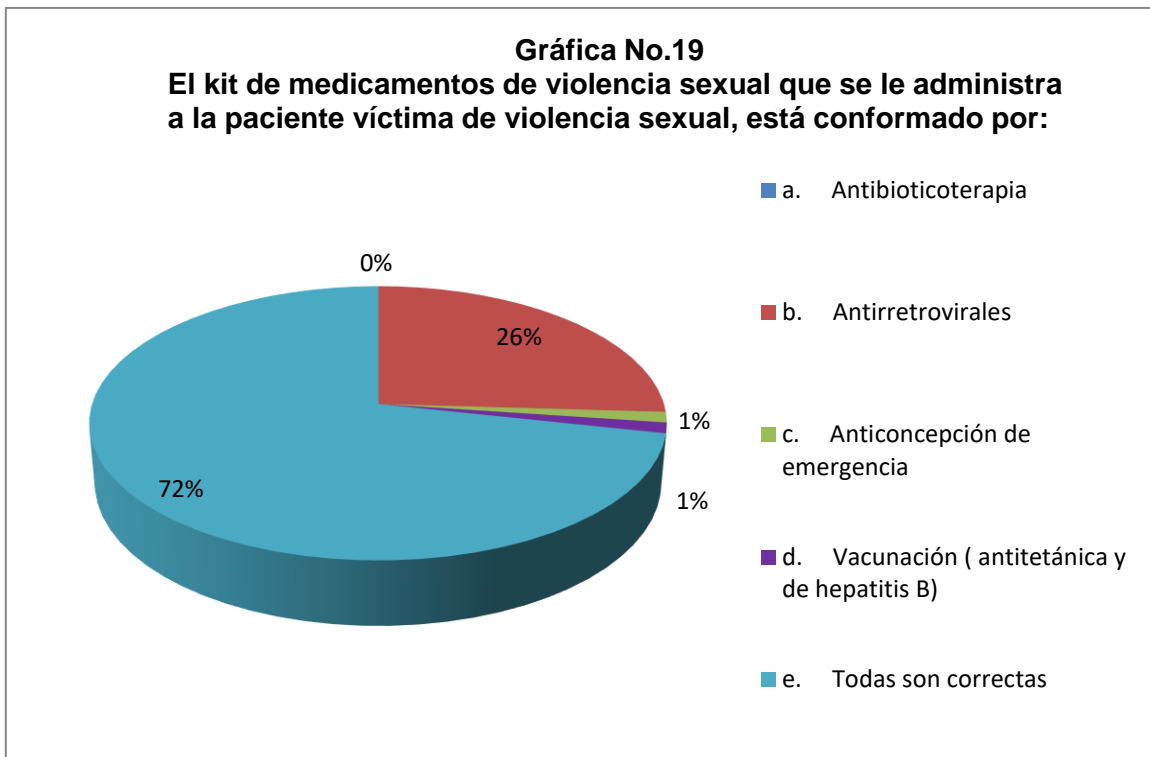
FUENTE: Cuestionario a personal de enfermería del hospital Nacional de Chimaltenango

El 36% de los participantes presentan un total desconocimiento al termino revictimización ya que refieren que es la comprensión a la paciente, cuando el termino correcto de revictimización o victimización secundaria o doble victimización es el resultado de una respuesta inadecuada, fría, incomprensible y que solamente el 18% de los participantes conocen correctamente este término; la revictimización es un proceso mediante el cual se produce un sufrimiento añadido por parte de instituciones y profesionales encargados de prestar atención a la víctima: La victima experimenta un papel doloroso emocional y físico por lo que suele ser estresante el sistema de atención. Por tal razón es importante capacitar constantemente a los servidores de salud dándoles a conocer el protocolo y la definición de termino utilizados para fortalecer la atención asistencial.



FUENTE: Cuestionario a personal de enfermería del hospital Nacional de Chimaltenango

El 48% de los participantes reconoce que existe un protocolo de atención a Víctimas de Violencia sexual, establecido por el MSPAS, En Guatemala la asistencia a las pacientes víctimas de violencia sexual para la atención en la salud es una emergencia médica de tipo legal. La OMS hace énfasis de la asistencia de los casos de violencia sexual. El 41% refiere la existencia de un protocolo pero no reconoce el nombre correcto del protocolo utilizado en Guatemala. Se debe reconocer que el abordaje de la violencia sexual debe ser especializado, interdisciplinario, interinstitucional Este Protocolo conlleva el enfoque multidisciplinario necesario, a fin de garantizar la atención médica así como la denuncia legal que se debe realizar para el seguimiento penal de los agresores y la correcta protección a las víctimas de violencia sexual dentro de las jurisdicciones de nuestro país.

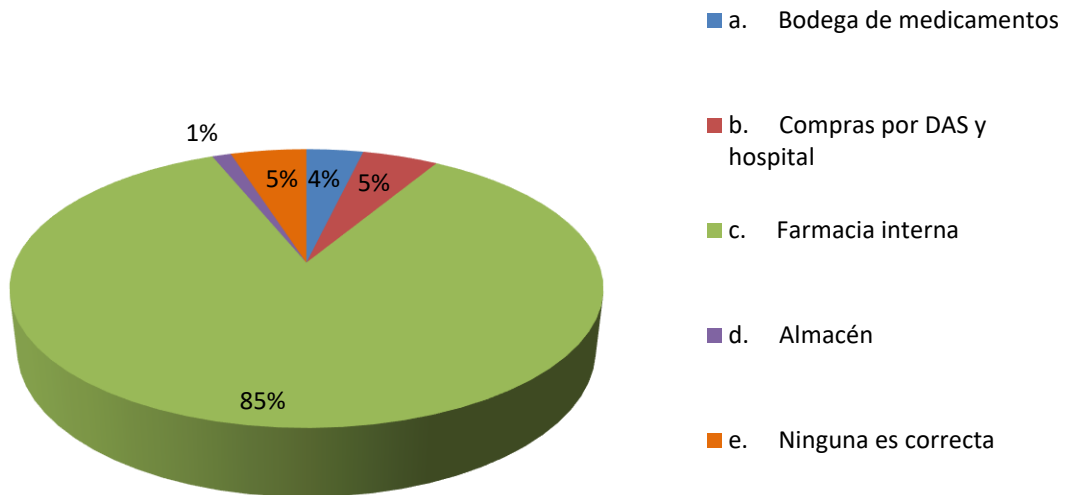


FUENTE: Cuestionario a personal de enfermería del hospital Nacional de Chimaltenango

El 72% de los participantes tiene conocimiento del kit profiláctico de medicamentos de violencia sexual que se le administra a la paciente, cuando una paciente víctima de abuso sexual llega a los servicios de salud en búsqueda de atención se le debe brindar el kit de forma inmediata y gratuita. El personal de salud debe hacer uso del kit de atención de emergencia, Antibioticoterapia para las infecciones de transmisión sexual, prevención de Sífilis, Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae (gonococo), Trichomonas vaginalis. Los Antirretrovirales Se administran en todas las y los pacientes que manifiestan actos de penetración por vía vaginal, anal o bucal dentro de las primeras 72 horas, para evitar que el virus de VIH infecte a las células. Vacuna antitetánica y de Hepatitis B. Para la administración de la vacuna contra la Hepatitis B es importante preguntar por antecedentes alérgicos.

Se observa que el 26% aún desconoce todo lo que compone el kit de emergencia por lo que es importante la capacitación inmediata y constante para poder cumplir correctamente con el tratamiento.

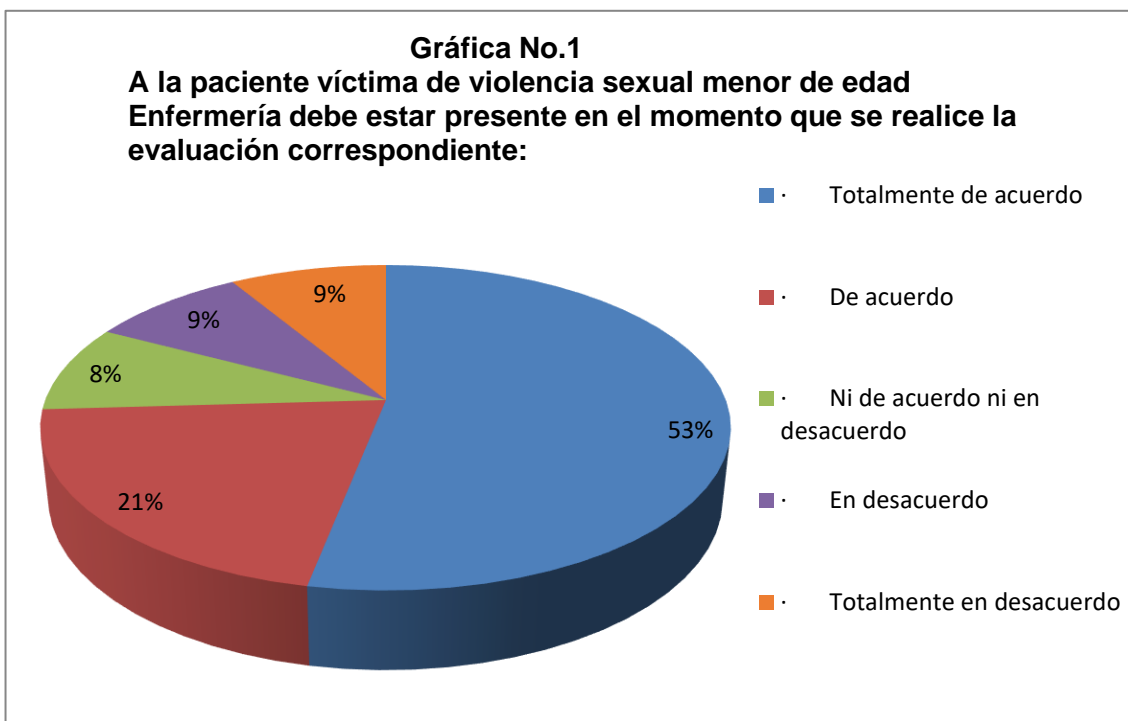
Gráfica No.20
Según la ruta de adquisición del kit de medicamentos de violencia sexual ¿Quién es el encargado de proporcionar los medicamentos al personal de enfermería?



FUENTE: Cuestionario a personal de enfermería del hospital Nacional de Chimaltenango

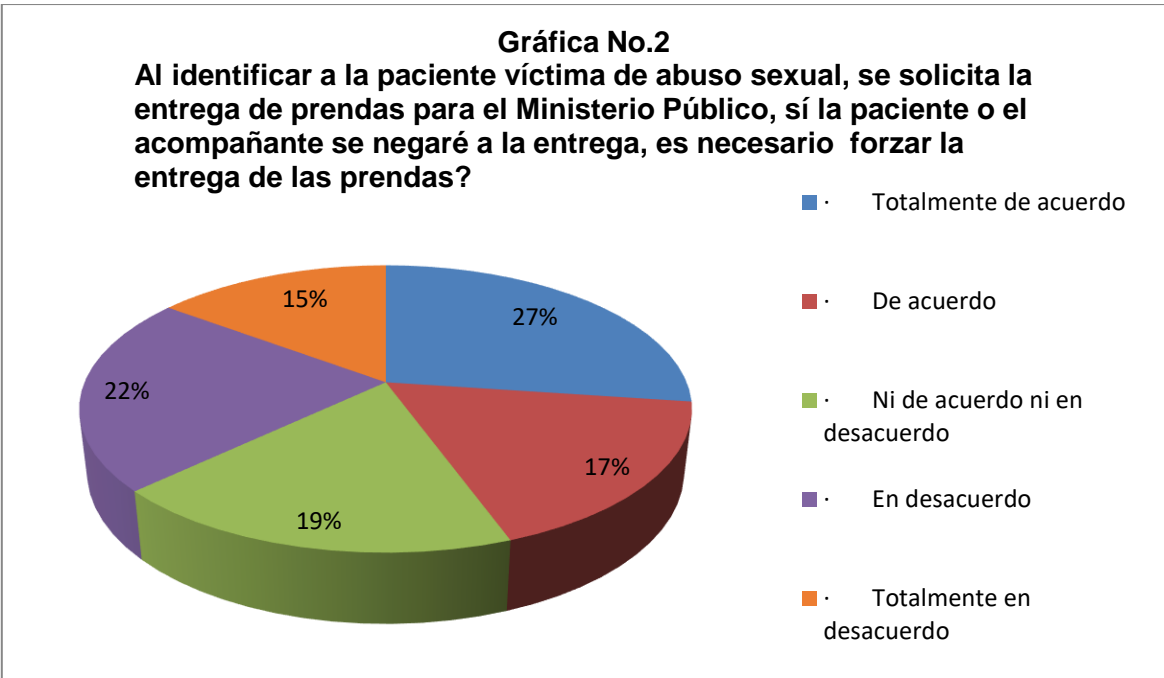
El 85% de los participantes refieren que farmacia interna se encarga de proporcionar los medicamentos al personal de enfermería la cual es correcta la respuesta, como se puede ver en el protocolo de atención el encargado de bodega y almacén son los responsables del almacenaje y distribución por requerimiento de los distintos Kits de Violencia Sexual del MP y del INACIF. Esto a la vez queda bajo el resguardo de farmacia interna quien despachará a enfermería cuando se requiera el tratamiento.

SECCIÓN II



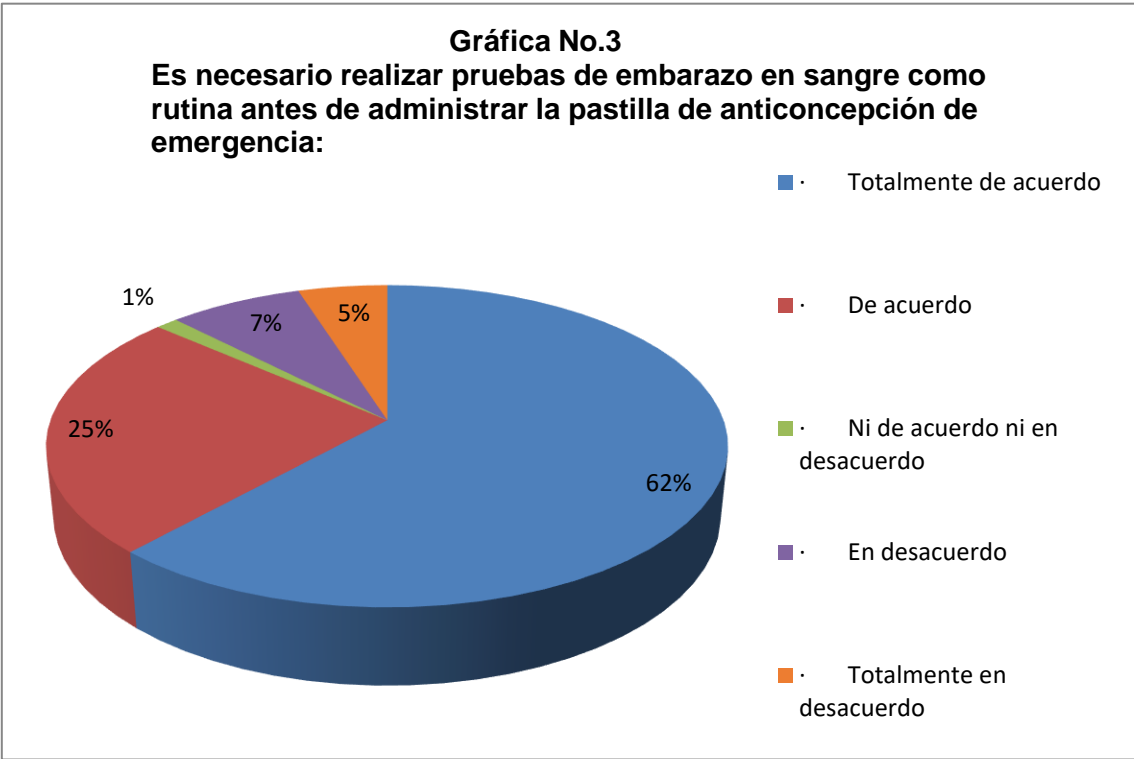
FUENTE: Cuestionario a personal de enfermería del hospital Nacional de Chimaltenango

El 53% de los participantes tienen conocimiento de la importancia del acompañamiento por parte de enfermería con las pacientes víctimas de violencia sexual menores de edad, se conoce que es un problema de salud pública que afecta a la población femenina con una tasa alta en menores de edad. Por esta razón, se hace necesaria la participación activa de enfermería en todos los procesos, con relación al rol de la profesión en la asistencia de la violencia de género. Se observa otro porcentaje de 21% que también está de acuerdo con la participación de enfermería en el proceso de atención, se debe seguir informando al resto de los participantes sobre el involucramiento de enfermería para el cumplimiento del protocolo.



FUENTE: Cuestionario a personal de enfermería del hospital Nacional de Chimaltenango

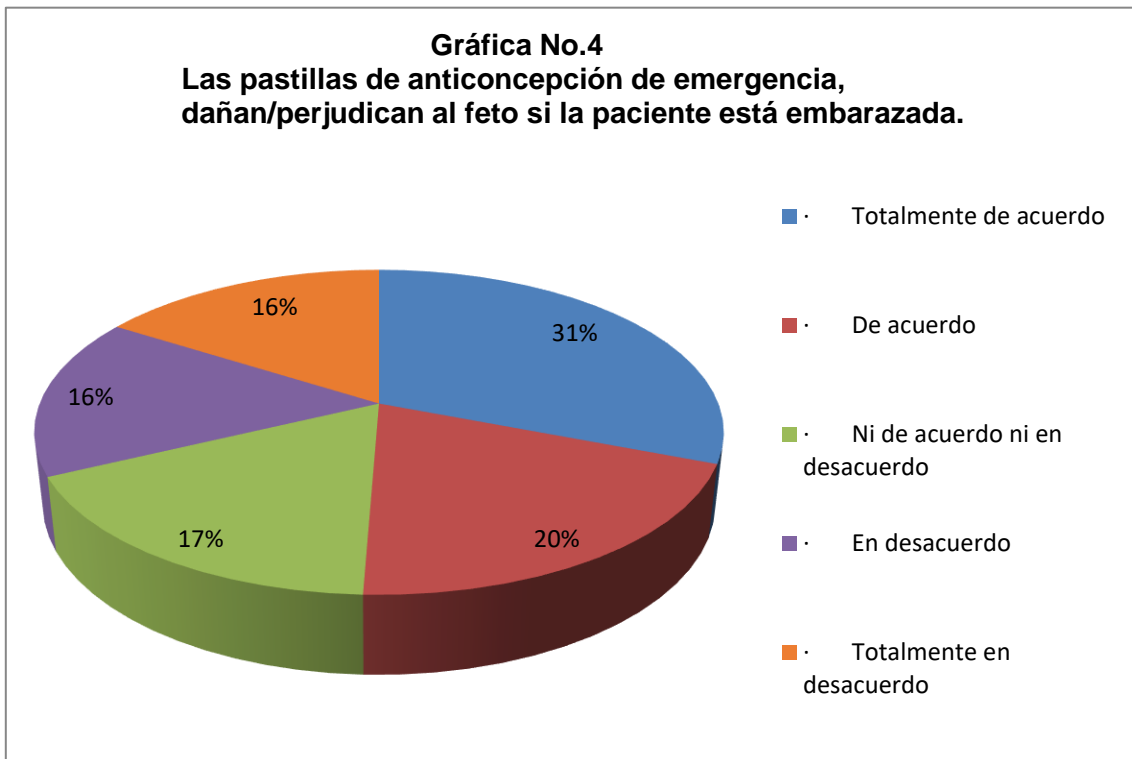
El 22% de los participantes refiere estar en desacuerdo y un 15% en total desacuerdo de que se deba forzar la entrega de las prendas por parte de las víctimas ya que reconocen que no se le debe forzar, al observar que existe dos porcentajes que refirieron forzar a las pacientes para la entrega de las prendas ocasiona una gran preocupación de que las pacientes pueden sufrir revictimización durante su atención. El consentimiento puede abordar cuestiones relacionadas con la confidencialidad y el valor de los resultados para la atención médica inmediata, cuando las pacientes han ingresado pueden presentar un estado de conciencia alterado por el trauma emocional y físico y hacer la evaluación aún más difícil por ello se debe respetar en todo momento la decisión del pacientes información sobre el protocolo para la toma de decisiones.



FUENTE: Cuestionario a personal de enfermería del hospital Nacional de Chimaltenango

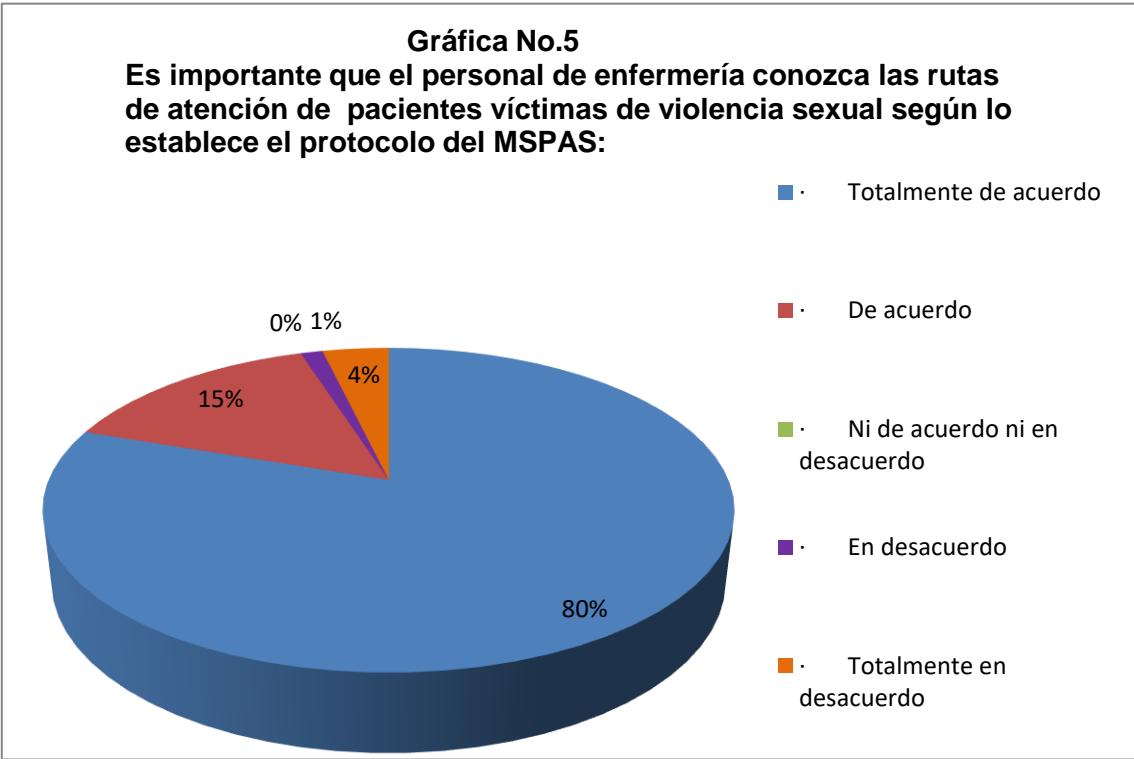
Solo el 7% de los participantes refirieron desacuerdo y un 5% muestran totalmente en desacuerdo de realizar la prueba de embarazo ya que tienen conocimiento que no es necesario realizar la prueba como rutina antes de administrar la pastilla de anticoncepción de emergencia; dentro del protocolo menciona que: No es necesario realizar una prueba de embarazo de manera rutinaria, antes de administrar del pastilla de emergencia porque no provoca complicaciones si existiera un embarazo, la pastilla no afecta al feto. Debido al porcentaje mayor de 62% que refiere la necesidad dela prueba se nos indica que es necesario fundamentar científicamente en base a protocolo y estudios realizados para que el personal pueda actuar de forma oportuna.

Gráfica No.4
Las pastillas de anticoncepción de emergencia,
dañan/perjudican al feto si la paciente está embarazada.



FUENTE: Cuestionario a personal de enfermería del hospital Nacional de Chimaltenango

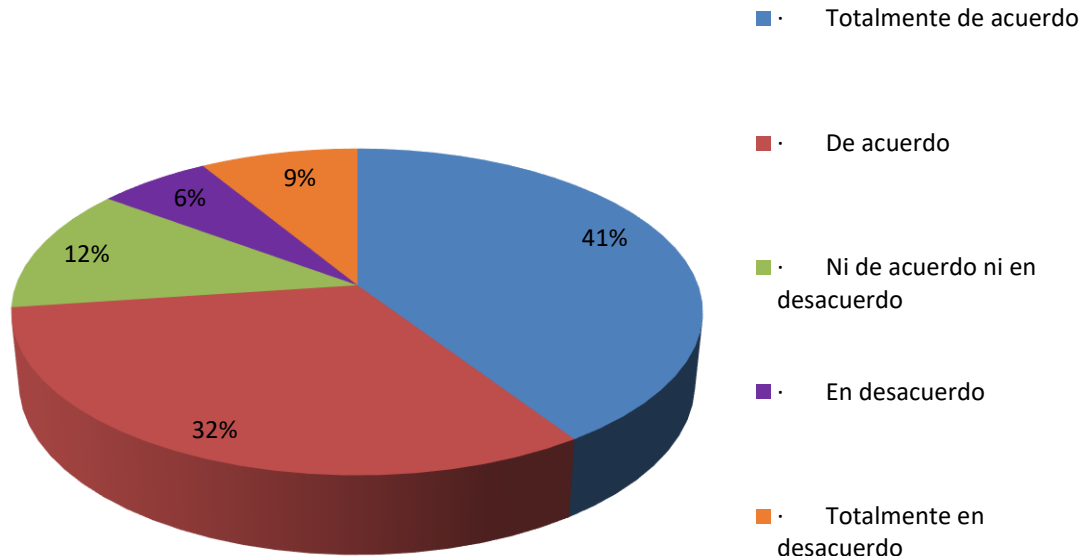
El 16% de los participantes refieren estar en desacuerdo, un 16% refiere total desacuerdo de que la pastilla de anticoncepción de emergencia pueda dañar o perjudicar al feto al sumar los porcentajes mencionados vemos que solo un 32% de los participantes tiene el conocimiento científico adecuado, La OMS a través de estudios ha confirmado que la píldora o pastilla de anticoncepción de emergencia, NO puede dañar un feto en desarrollo pero al no brindar la pastilla en el tiempo establecido puede aumentar el riesgo de un embarazo no deseado. Al persistir el desconocimiento no se podrá actuar oportunamente para el resguardo de la salud de la paciente y evitar embarazos no deseados.



FUENTE: Cuestionario a personal de enfermería del hospital Nacional de Chimaltenango

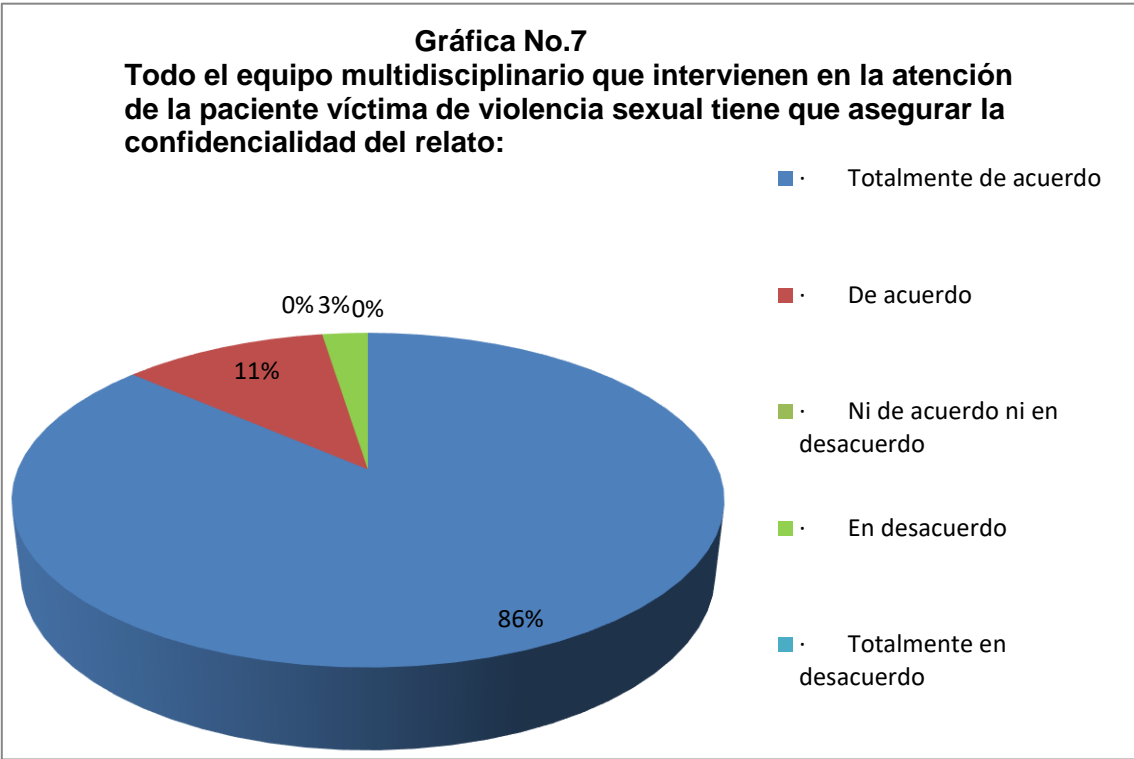
El 15% de los participantes refieren estar de acuerdo y un 80% en total acuerdo sumando ambos porcentajes un 95% de los participantes que refieren la importancia de que el personal de enfermería tenga conocimiento de las rutas de atención a las pacientes víctimas de abuso sexual. Al Identificar los conocimientos y las actitudes sobre la violencia sexual; así como las barreras personales e institucionales existentes podrán reducir el riesgo de la revictimización de las pacientes, el correcto manejo legal y el cumplimiento de los tratamientos.

Gráfica No.6
Sí la victima aún no ha tenido su primera menstruación pero muestra signos de pubertad, se le debe igual administrar la pastilla de emergencia:



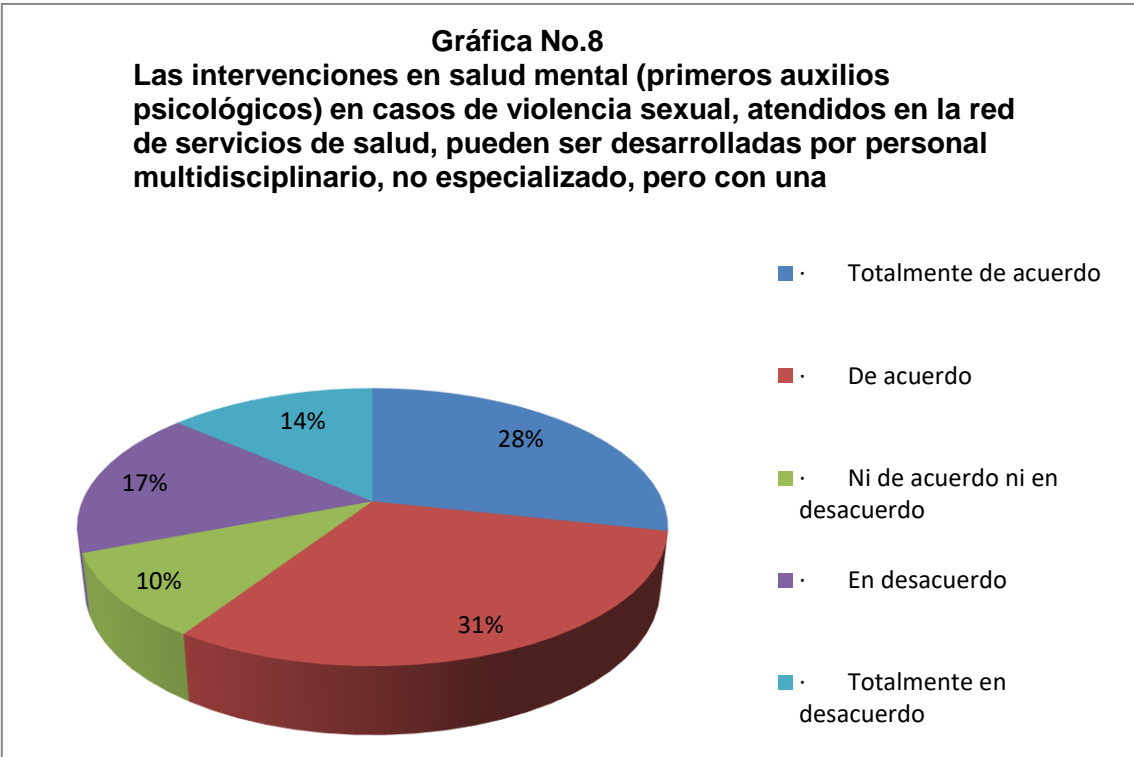
FUENTE: Cuestionario a personal de enfermería del hospital Nacional de Chimaltenango

El 32% de los participantes está de acuerdo y el 41% totalmente de acuerdo de administrar la pastilla de emergencia. Sumando ambos porcentajes el 73% de los participantes tienen conocimiento de que se debe administrar la pastilla de emergencia aunque la victima aún no ha tenido su primera menstruación el protocolo hace referencia que es necesario la administración de la pastilla anticonceptiva de emergencia a toda víctima de violencia sexual lo antes posible y hasta dentro de las 120 horas (5 días) posteriores a la violación. Si la víctima es una niña que aún no ha tenido su primera menstruación, pero muestra signos de pubertad, puede igualmente ingerir la pastilla de emergencia. Esto debido a que existe un riesgo latente que se produzca un embarazo no deseado ya que la pubertad tiene etapas las cuales el cuerpo se prepara para poder ser reproductivo.



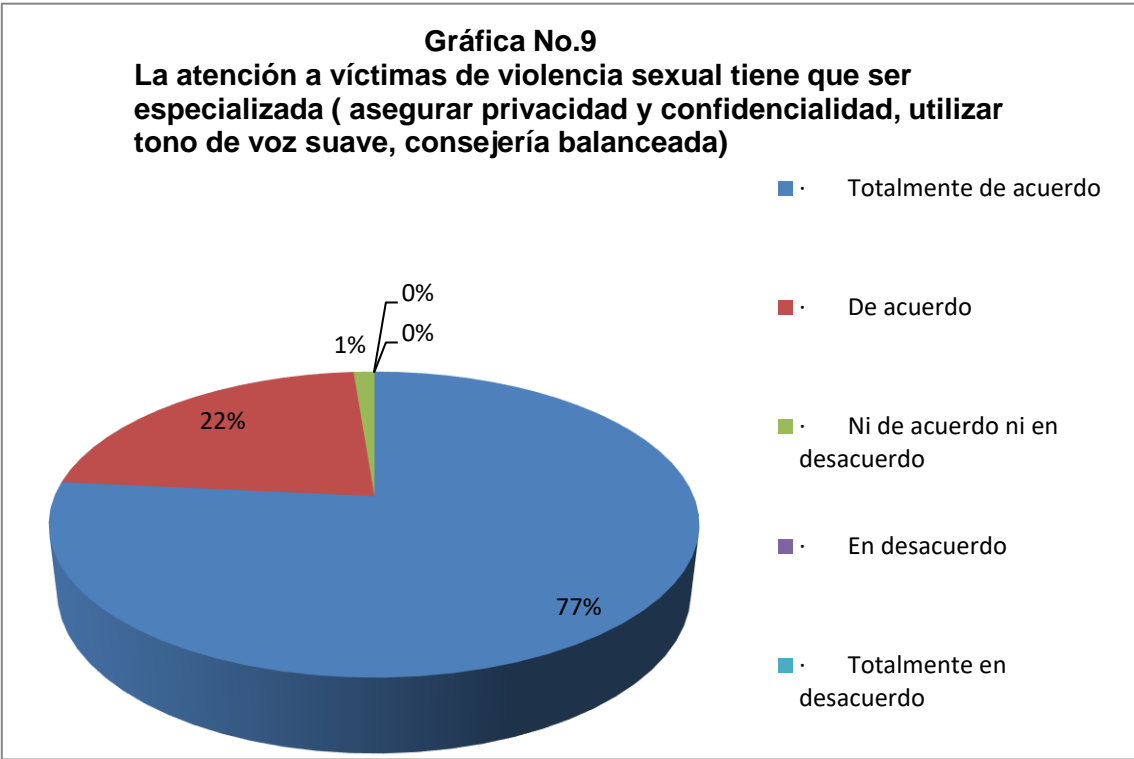
FUENTE: Cuestionario a personal de enfermería del hospital Nacional de Chimaltenango

Los porcentajes que refieren estar en acuerdo y totalmente de acuerdo el 97% da de los participantes conocen que la confidencialidad del relato de las pacientes víctimas de violencia sexual es importante. Al cumplir este hecho reduce el riesgo de revictimización de la paciente es por ello que se debe realizar las entrevistas y evaluaciones con las entidades correspondientes para reducir el número de exposición de las pacientes.



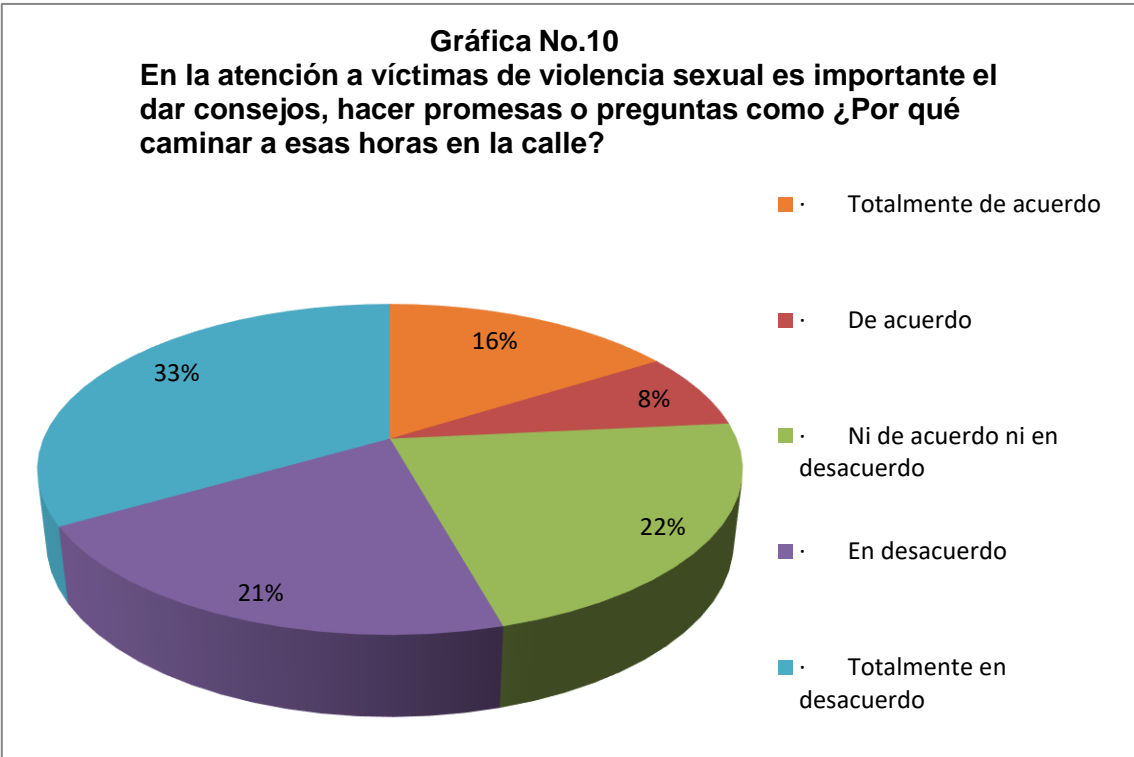
FUENTE: Cuestionario a personal de enfermería del hospital Nacional de Chimaltenango

Los porcentajes sumandos que refieren estar en acuerdo y totalmente de acuerdo; el 59% de los participantes tiene conocimiento de que las intervenciones en salud mental en los casos de violencia sexual que son ingresadas en los servicios de salud, pueden ser llevadas a cabo por personal multidisciplinario, no especializado, siempre que cuente con una adecuada inducción. Pero aún observamos que aún existe un alto porcentaje de los participantes que desconocen la importancia de la capacitación o inducción de la atención dirigida a pacientes víctimas de abuso sexual.



FUENTE: Cuestionario a personal de enfermería del hospital Nacional de Chimaltenango

Estos porcentajes (22% + 77%) que refieren estar en acuerdo y totalmente de acuerdo el 99% da de los participantes tiene conocimiento de la importancia que el personal de salud brinde una atención oportuna y especializada, teniendo en cuenta conocimientos básicos de psicología en salud mental ya que se debe proporcionar un plan de atención adecuado para cada víctima y familiar, esto asegurará la confidencialidad y la participación de la paciente víctima de violencia sexual que seguramente en ese momento afronta un trauma psicológico y físico.



FUENTE: Cuestionario a personal de enfermería del hospital Nacional de Chimaltenango

Sumandos ambos porcentajes (33%,21%) que refieren estar en desacuerdo y totalmente en desacuerdo el 54% de los participantes muestran conocimiento que durante la atención a víctimas de violencia sexual no se debe dar consejos o preguntas que pueden causar sentimiento de culpa. Se reconocen que lo vivido por la paciente es una experiencia traumática que acarrea consecuencias negativas en la salud mental, física, sexual y reproductiva de las mujeres, la OMS en varios estudios muestra que el acompañamiento oportuno, la confidencialidad, reducirán la revictimización y reducirá riesgos de embarazos no deseados, el seguimiento psicológico oportuno para que la víctima pueda nuevamente reincorporarse a la sociedad.

CONCLUSIONES

En base al análisis de resultados obtenidos del conocimiento de enfermería quienes participaron en el estudio, se llegó a las siguientes conclusiones:

- Se observó un déficit en el conocimiento del personal de enfermería en el cuidado de la paciente víctima de violencia sexual según protocolo del MSPAS por la falta de conocimientos de los procesos inter disciplinarios y las acciones mismas de enfermería.
- La falta de actualización de conocimientos del personal de enfermería sobre los pasos correctos establecidos y términos utilizados según protocolo de atención es un impase del desempeño oportuno de enfermería para la prevención de la revictimización y de enfermedades o embarazos no deseados según las gráficas obtenidas.
- Se evidenció el inadecuado cumplimiento de las rutas interinstitucionales del protocolo de atención a víctimas/sobrevivientes de violencia sexual, causando controversia y cuestionamiento de la atención desde el ingreso de la paciente hasta su alta.
- Se identifica el conocimiento en el cumplimiento de algunas acciones oportunas que no se pueden obviar como: el periodo para los controles de laboratorio de VIH y VDRL, la extracción de laboratorios de rutina, los espacios seguros, los medicamentos que conforma el kit de profiláctico de emergencia y la ruta de adquisición, como también han logrado asegurar la confidencialidad del relato de los casos atendidos.

RECOMENDACIONES

- Dar a conocer a las autoridades del Hospital Nacional de Chimaltenango los resultados de la investigación realizada.
- Desarrollar un programa educativo para los servicios de salud dirigido al personal de enfermería dando a conocer el protocolo de atención a pacientes víctimas de violencia sexual esto permitirá brindar una mejor atención a las pacientes al momento que ingresen por ser víctimas de Violencia sexual.
- Realizar intervenciones oportunas sobre sexualidad, violencia física, psicología, en grupos de mayor riesgo
- Difundir información del tema de la atención a pacientes víctimas de violencia sexual para que las personas puedan decidir inmediatamente la búsqueda de la asistencia médica, prevenir así enfermedades no deseadas y embarazos. La información vital procedente de los servicios de salud puede ser un faro de luz y esperanza para las víctimas donde se les puede aconsejar y brindar tratamiento de emergencia, resguardando su integridad.
- Que los programas de educación continua dirigidos al personal Auxiliar de enfermería del Ala Materna Neonatal del Hospital Nacional de Chimaltenango sean enfocados y priorizados a los resultados obtenidos en el presente estudios tomando como prioridad los pasos descritos en el protocolo de atención a víctimas sobrevivientes de violencia sexual.

BIBLIOGRAFIA

1. Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (2014). Violence against women: an EU-wide survey, Anexo 3, págs. 184-188.
2. Alonso Lupiáñez J. (2017) ATENCIÓN ENFERMERA A LA SEXUALIDAD DE LAS MUJERES QUE HAN SIDO VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL file:///C:/Users/ACER/Desktop/tesis%20victimas%20de%20violencia/19653-42775-1-%20tesis%20de%20referencia%20.pdf
3. Argueta A. (2001) Proceso de Enfermería Paso a Paso. 1ra ed. Guatemala pág. 18
4. Julián Pérez Porto y María Merino. Publicado: 2010. Actualizado: 2013. Definición de paciente (<https://definicion.de/paciente/>) Copyright © 2008-2019
5. Caballero ME, González S, Saadeh M. Las representaciones sociales sobre el abuso sexual con énfasis en el incesto. 2006;108.
6. Carlsson et al. Evaluación externa de la campaña contra el castigo físico y el abuso en América Central y México 1996-2000. Save The Children Suecia. Citado en el informe sobre violencia contra niños, niñas y adolescentes, 2006
7. Castillero, O. (2019) los 14 tipos de conocimientos (en línea) (disponible) .<https://psicologiymente.com/miscelánea/tipos-de-conocimiento>
8. Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Acceso a la justicia para mujeres víctimas de violencia sexual en Mesoamérica. 2011.
9. Con información de: J. Rosales / M. Castillo / H. Oliva / M.
10. Contreras JM, Bott S, Guedes A, Dartnall E. Violencia sexual en Latinoamérica y El Caribe: Análisis de datos secundarios. 2010;100.
11. Fontbona Torres JR. Elementos Diagnósticos y Terapéuticos Narrativos para el trabajo con Sobrevivientes de Abuso Sexual en su Infancia. Tesis. 2009;68.
12. García Moreno C, Guedes A, Knerr W. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres Violencia sexual. 2013;1–12. Available from:

<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/en/index.html>, y del sitio web de la

13. Hospital Nacional de Chimaltenango área de estadística
14. Huertas O. Castellanos R. (2014) La dimensión internacional a los derechos a la verdad, a la justicia y a la reparación para las víctimas de violaciones a los derechos humanos. Colombia <https://lavozdelderecho.com/index.php/actualidad-2/corrupt-5/item/2822-diccionario-juridico-concepto-de-victima-en-el-derecho-internacional>
15. ICN (International Council of Nurses) (2019) Definición de enfermería. Disponible en : <https://www.icn.ch/es/politica-de-enfermeria/definiciones>
16. Médicos sin Fronteras. Caminando hacia una atención integral: Reflexiones y propuestas. Guatemala, 2011.
17. Mena D. Gonzáles V. (2016) Cuidados Básicos de Enfermería. España. Pag 24
18. MSPAS (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social) (2016) Protocolo de Atención a Víctimas sobrevivientes de violencia sexual.
19. MSPAS. Guía de Atención en casos de Violencia Sexual. CICAM. 2010;16.
20. Oficina de defensoría de los derechos de la infancia. Acciones para evitar la revictimización del niño víctima del delito. México, 2006.
21. ONU MUJERES <https://lac.unwomen.org/es/donde-estamos/guatemala>
22. OPS (Organización Panamericana de la Salud) OMS (Organización Mundial de la Salud) ampliación del rol de las enfermeras y enfermeros en la atención primaria de Salud. Washington DC. 2018
23. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial de Violencia y Salud. Capítulo 6: violencia sexual, 2002
24. Organización Mundial de la Salud. Violencia contra la mujer: violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer. Nota descriptiva N°. 239. Actualización de septiembre de 2011. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011
25. Organización Panamericana de la Salud, <http://www.paho.org/violence>

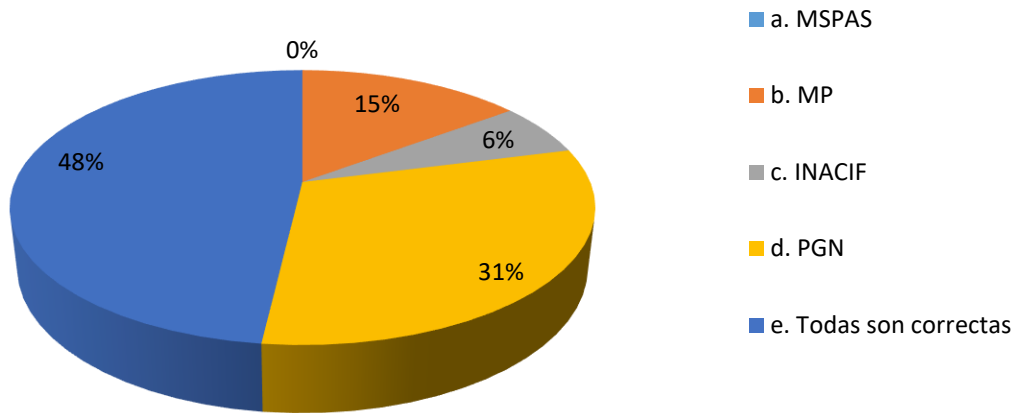
26. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud; Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; Secretaría Presidencial de la Mujer. Perfil de género y salud. Guatemala, 2013. Basado en el informe mundial sobre la violencia y la salud de la OMS.
27. Orozco Recinos MDJ. Estudio de Casos de Abuso Sexual en el Hospital Roosevelt, Departamento de Pediatría. Tesis. 2005;48
28. Promundo y ONU Mujeres, (2017) Understanding Masculinities: Results from the International Men and Gender Equality Survey (IMAGES) – Middle East and North Africa., p. 16
29. Raile Alligood E. Marine Tomas A. (2011) Modelos y Teorías en Enfermería. España. Pág. 54 al 58
30. Ruiz Yánes Y, Minera Alejandro M. et al. (2007) "VIOLENCIA SEXUAL: conocimientos y actitudes en adolescentes" Universidad de San Carlos de Guatemala, facultad de ciencias médicas pág. 8
31. Sandoval <https://www.prensalibre.com/guatemala/provincia-delitos-sexuales-violaciones-mujeres-violencia-0-1267073385/>
32. Secretaría contra la Violencia Sexual, Explotación y Trata de Personas (SVET), Boletín: "Ruta de Abordaje para la Atención Integral de Embarazos en menores de 14 años." Publicado por el Observatorio en Salud Sexual y Reproductiva -OSAR-.
33. Secretaria presidencial de la mujer, segundo año de gobierno, memoria de labores, prevención contra la violencia de la mujer. Año 2018
34. Segarra M. y Bou, M.C. (2005) Concepto, tipos y dimensiones del conocimiento: Configuración del conocimiento estratégico. No. 52 y 53 pag 105
35. Sexual V. Guía de Atención en casos de Violencia Sexual.
36. Soto MT, Chacón Orizabal I. Violación y Embarazo, análisis de las secuelas psicológicas. Fund Sobreviv. 2011;54.
37. UNICEF (2017). A Familiar Face: Violence in the lives of children and adolescents, págs. 73, 82.

38. UTE-UNFPA. Por una atención libre de victimización secundaria en casos de violencia sexual. El Salvador, 2013.
39. Violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe, análisis comparativo de datos poblacionales de 12 países, (OPS 2014)
40. Violencia contra niños, niñas y adolescentes. Informe de América Latina en el marco del Estudio Mundial de las Naciones Unidas. 2006

ANEXOS

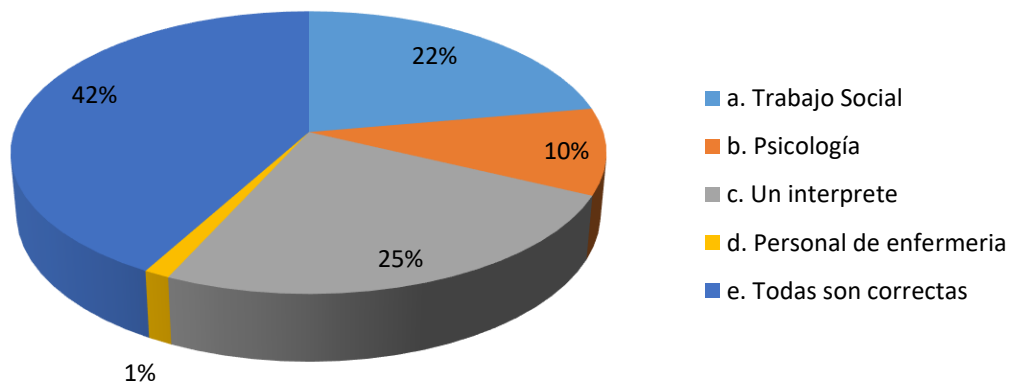
Grafica No. 1

Al momento de ingresar una paciente por sospecha de abuso sexual menor de edad, a la Clínica de atención a víctimas de violencia sexual, se deberá notificar a la entidad correspondiente:



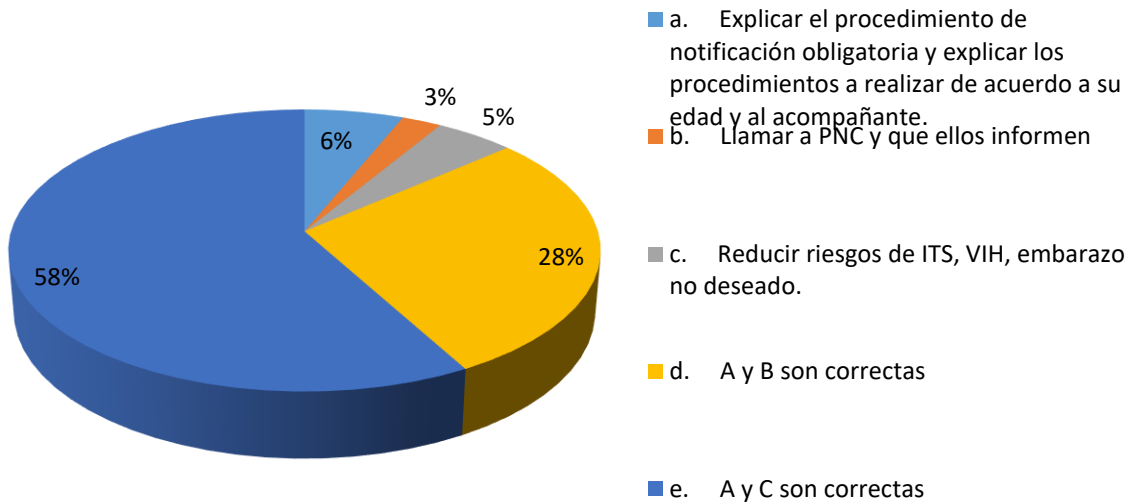
Grafica No. 2

Al brindarle atención a pacientes víctimas de abuso sexual que presenten discapacidad física o barrera lingüística se debe buscar la ayuda de:



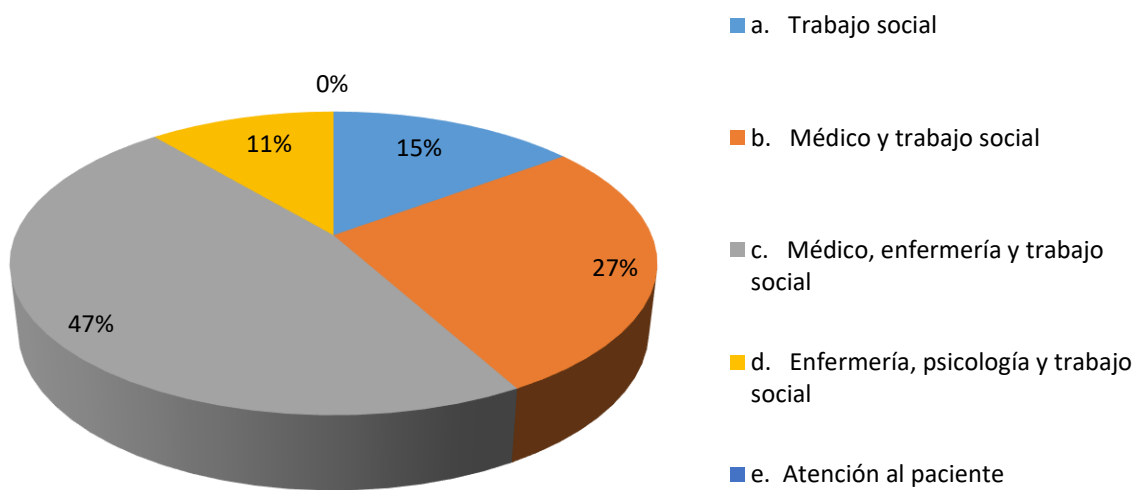
Grafica No.3

Para la atención de pacientes víctimas de violencia sexual en el primer contacto con el personal de enfermería, se debe explicar los aspectos más importantes de la atención:



Gráfica No. 4

Al presentarse una paciente víctima de violencia sexual, las personas responsables de la notificación obligatoria al Ministerio Público y Procuraduría General de la Nación son:



Gráfica No. 5

Quien es el encargado de brindar un espacio seguro, confiable y confidencial (clínica de atención especializada a víctimas de violencia sexual) a las pacientes víctimas de violencia sexual:

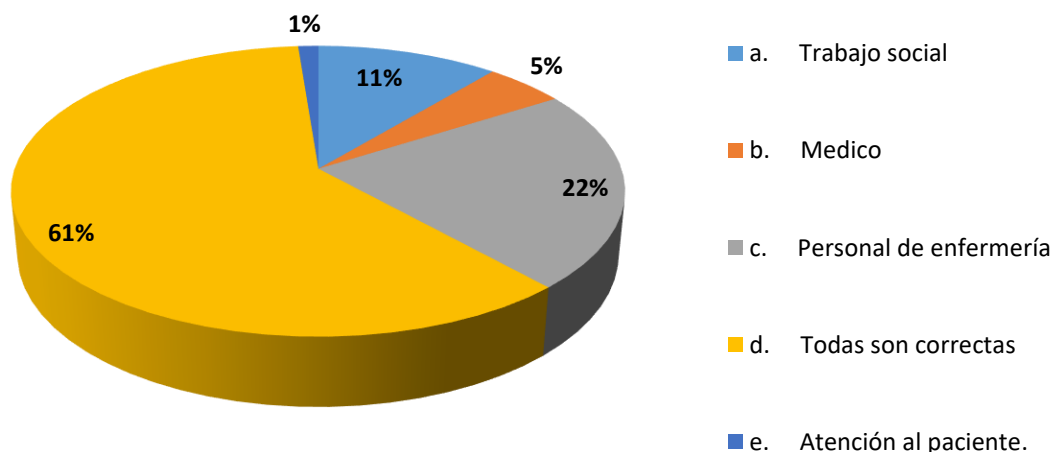
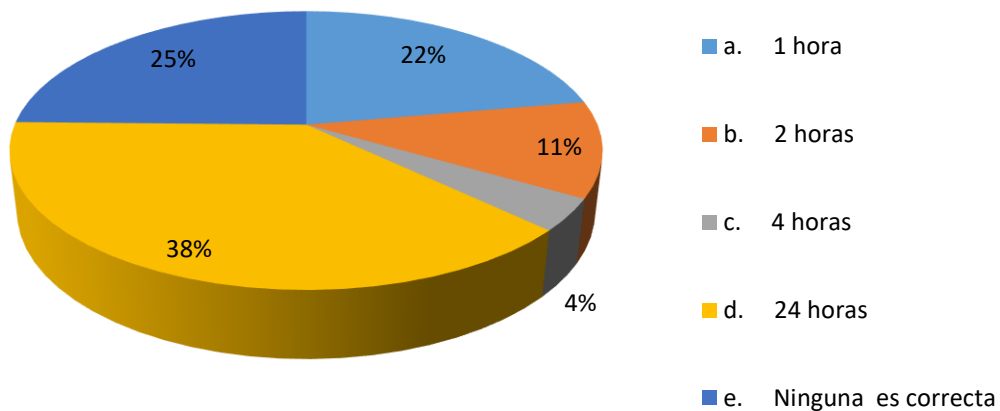
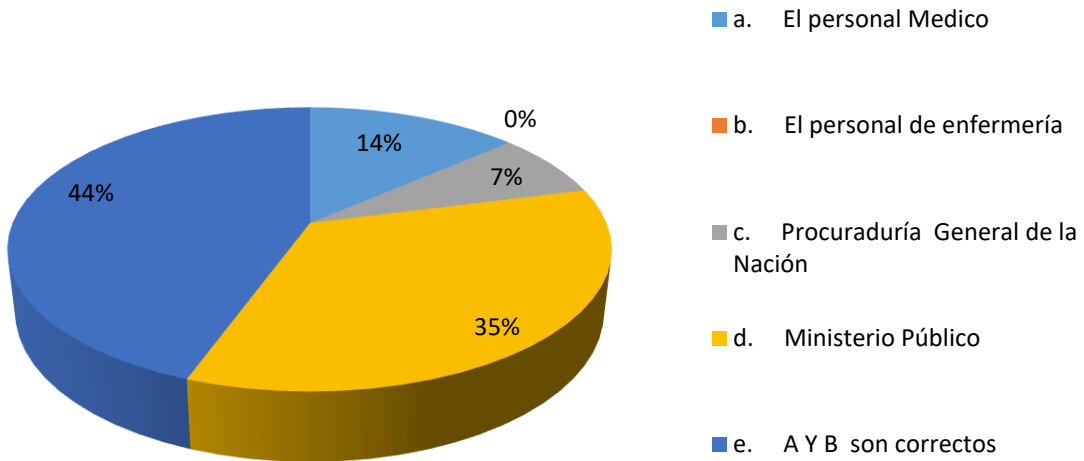


Gráfico No. 6

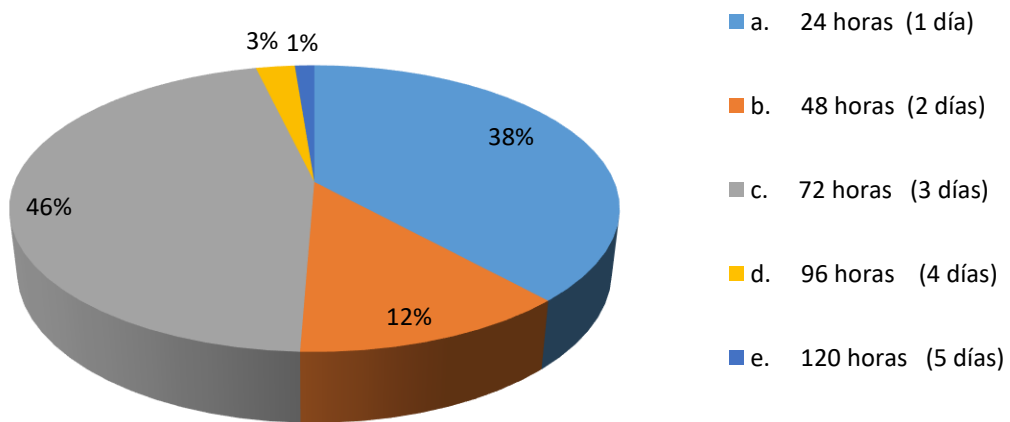
Desde el momento que se le llama al Ministerio Publico informándole sobre una paciente víctima de violencia sexual, cuanto tiempo límite se debe esperar para que el fiscal del Ministerio Publico se haga presente al centro hospital



Gráfica No. 7
Quién debe de notificar los casos de pacientes víctimas de violencia sexual al Instituto Nacional de Ciencias Forenses, según protocolo de atención del MSPAS:



Gráfica No.8
En pacientes víctimas de violencia sexual los retrovirales se deberán administrar lo antes posible y hasta un límite de tiempo según lo establece el protocolo de atención del MSPAS:



Gráfica No.9
La anticoncepción de emergencia AE, se le cumple a toda paciente víctima de violencia sexual lo antes posible y hasta un límite de tiempo:

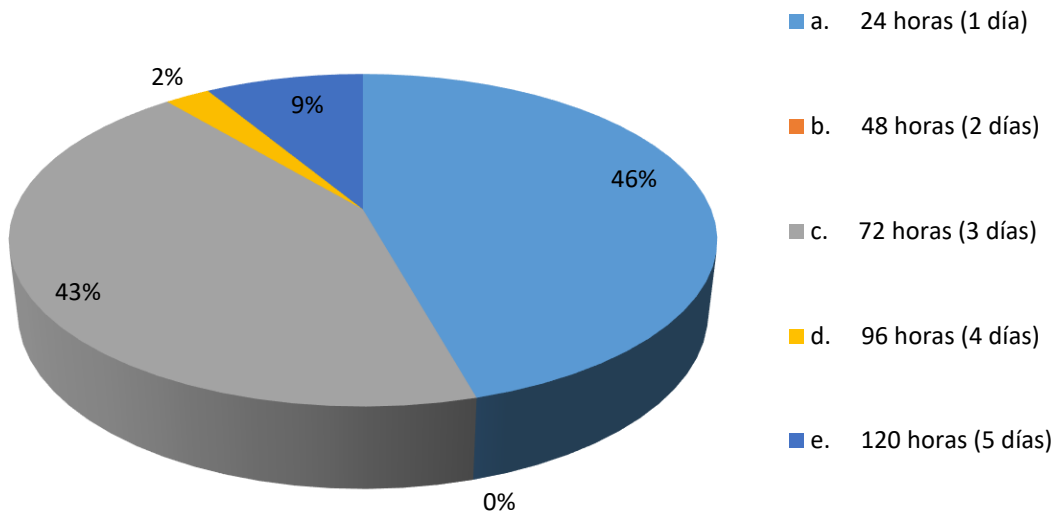
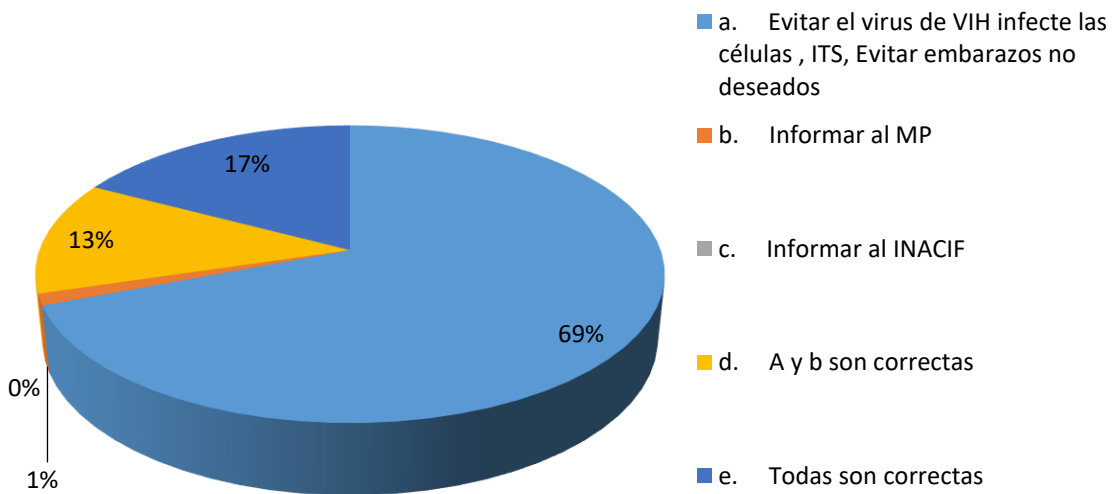
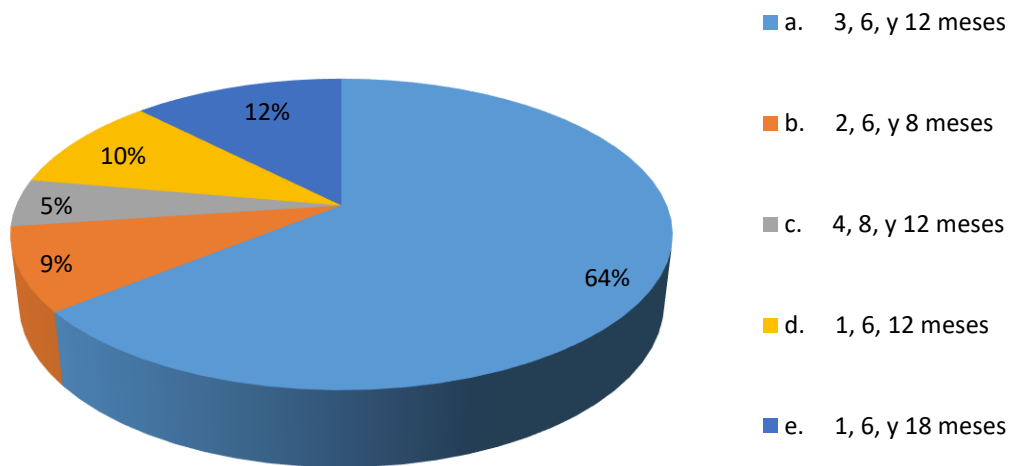


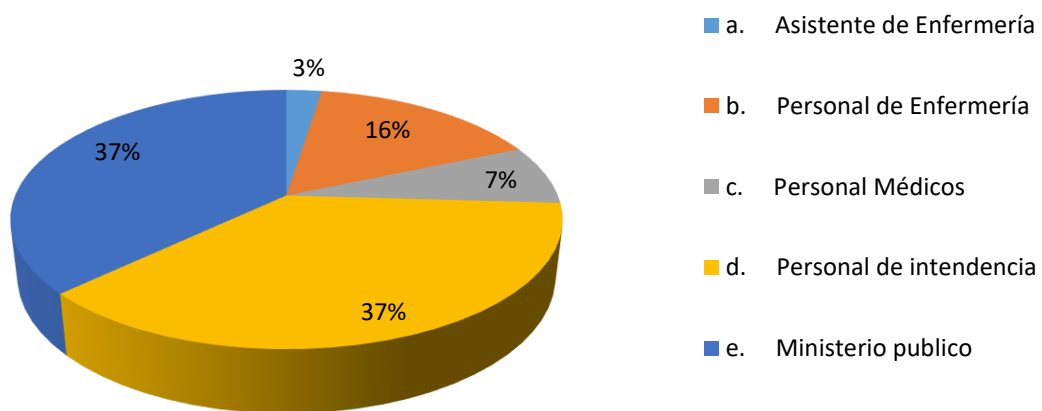
Gráfico No.10
Cuál es el objetivo de la atención inmediata para las pacientes víctimas de abuso sexual:



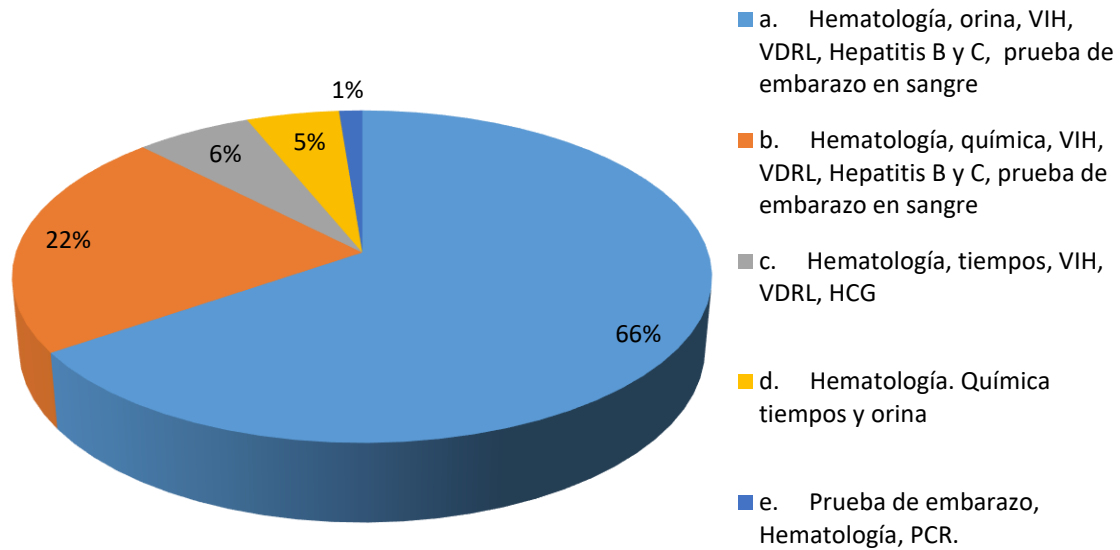
Gráfica No.11
Los controles de laboratorio de VIH Y VDRL en pacientes víctimas de violencia sexual, según lo establece el protocolo de atención del MSPAS, se deben realizar en los siguientes periodos:



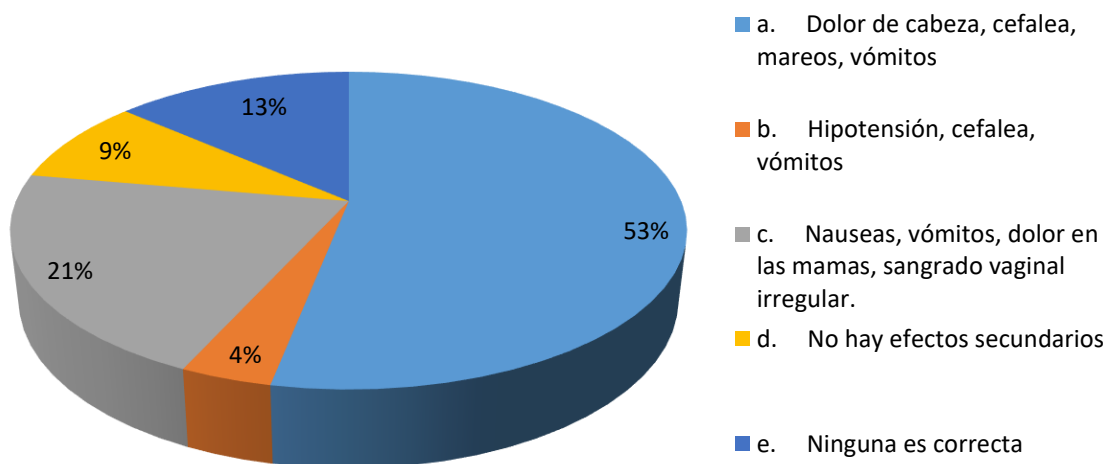
Gráfica No. 12
Quien es el encargado del resguardo de las prendas y objetos de la pacientes víctima de violencia sexual, en pacientes que presentan inestabilidad y que requieran de procedimientos quirúrgicos de emergencia:



Gráfica No. 13
Los laboratorios de rutina para las pacientes víctimas de violencia sexual son los siguientes

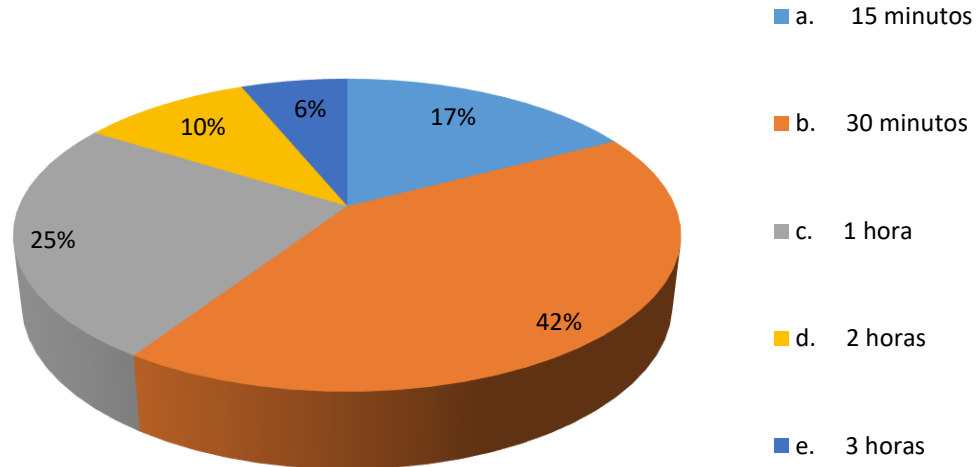


Gráfica No.14
Los efectos secundarios de la anticoncepción de emergencia, según protocolo de atención del MSPAS son:



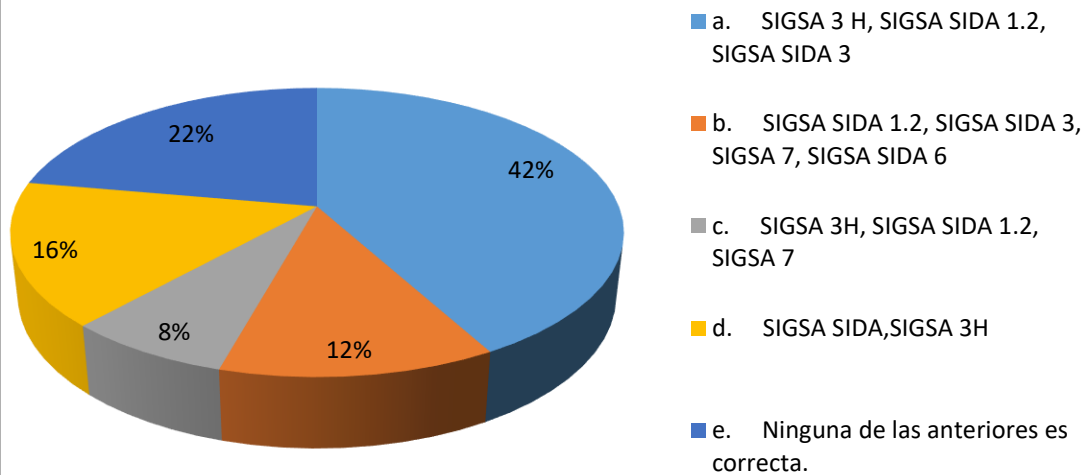
Gráfica No.15

Al momento de cumplirle el tratamiento de anticoncepción de emergencia, que límite de tiempo se tiene que esperar para no repetir el tratamiento si la paciente vomita:

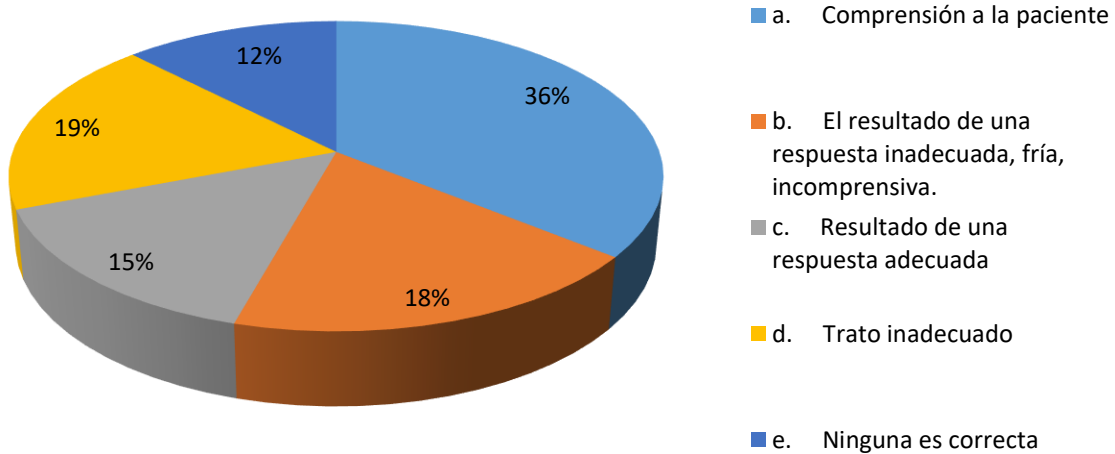


Gráfica No.16

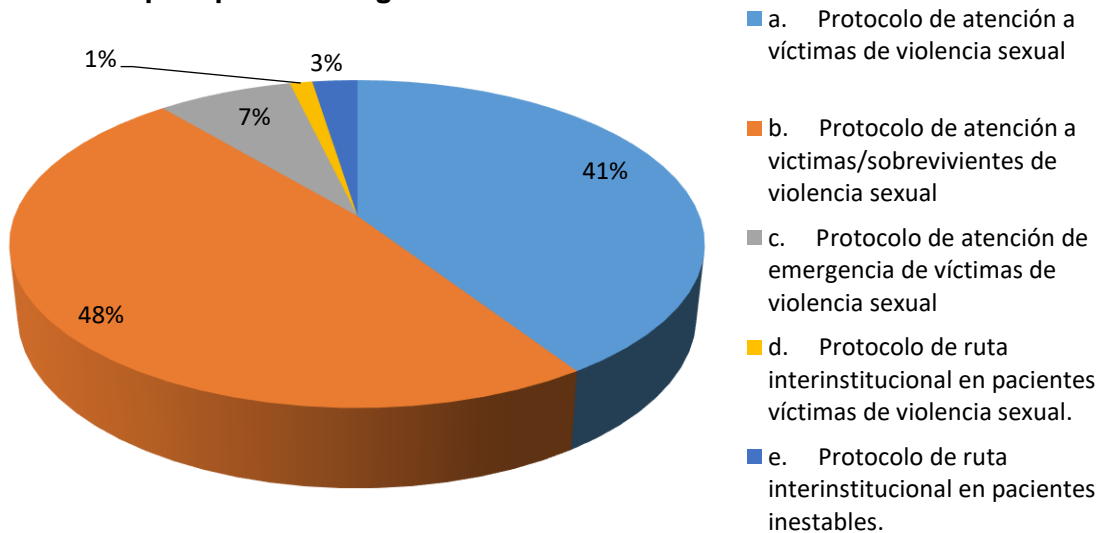
Para el registro de los casos de pacientes víctimas de violencia sexual se tienen que anotar en los SIGSAS según corresponda:



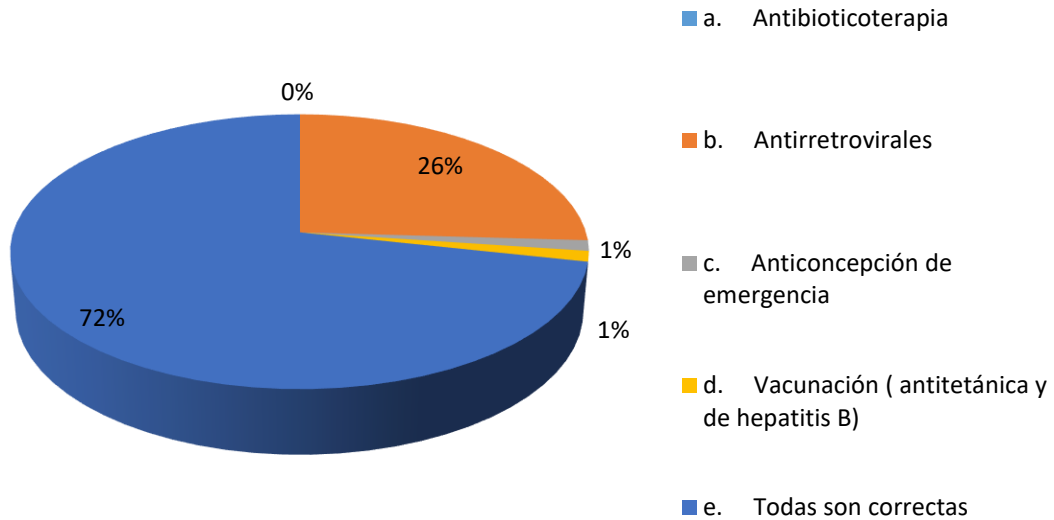
Gráfica No.17
En pacientes Víctimas de abuso sexual que acuden al centro hospitalario para atención inmediata “la victimización secundaria o revictimización” es:



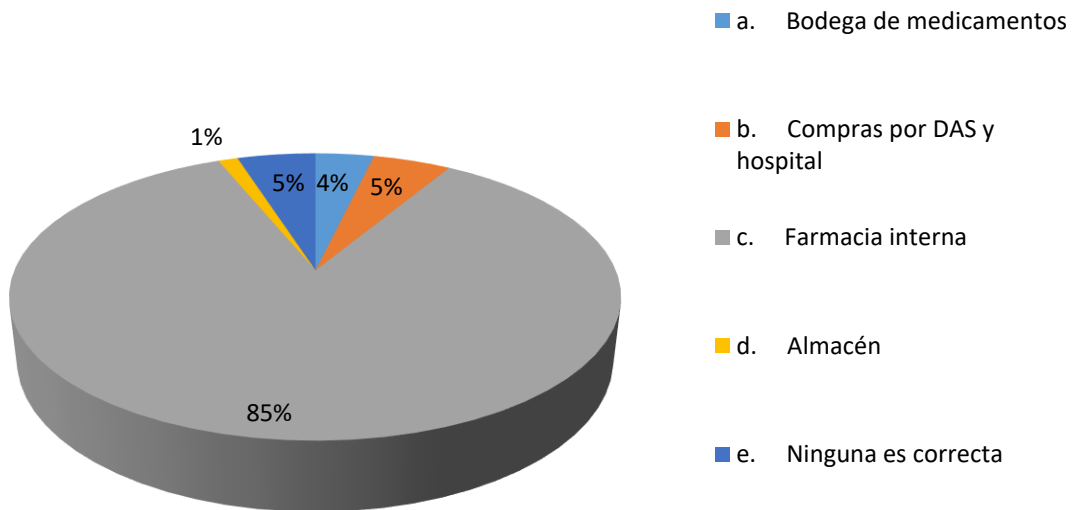
Gráfica No.18
La atención a pacientes víctimas de violencia sexual es una prioridad en salud, el MSPAS tiene un protocolo de atención para pacientes agredidas sexualmente llamado:



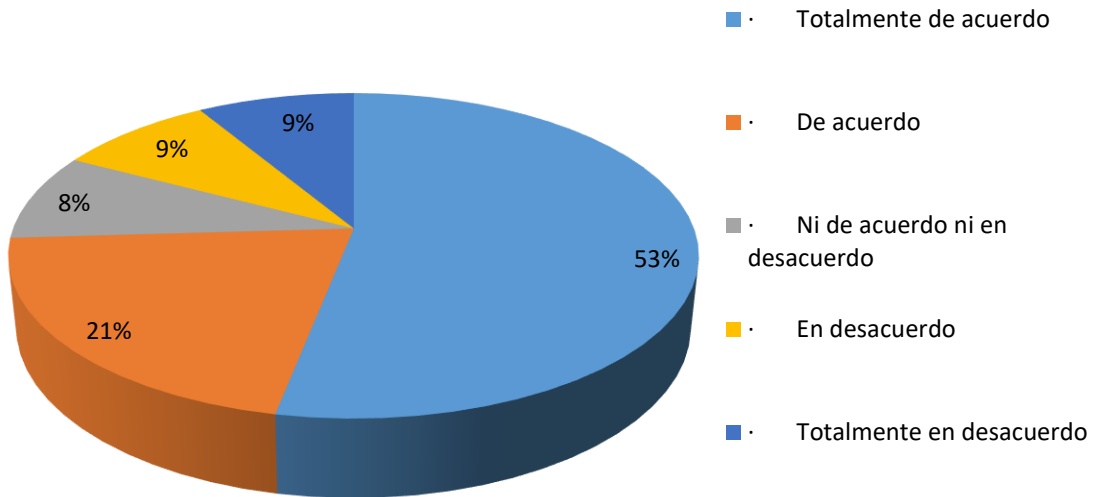
Gráfica No.19
El kit de medicamentos de violencia sexual que se le administra a la paciente víctima de violencia sexual, está conformado por:



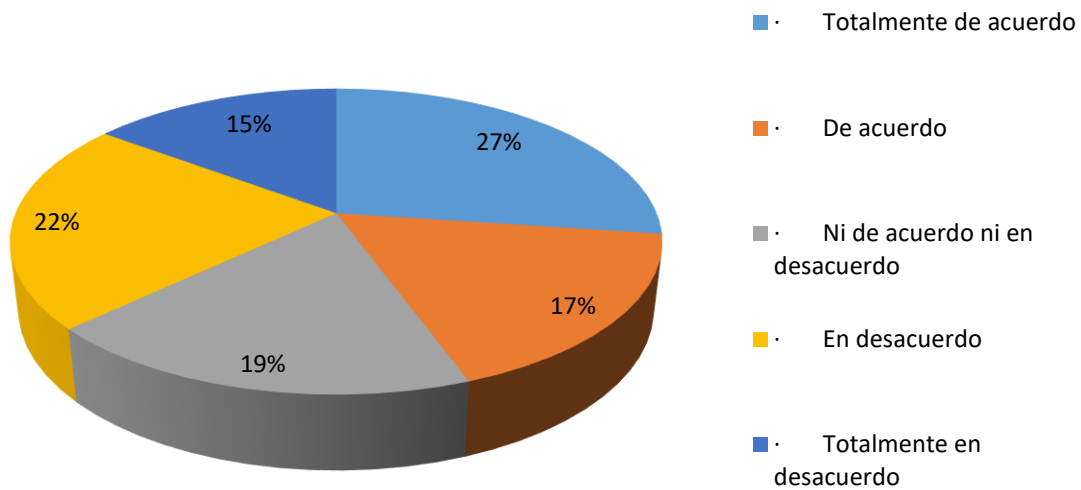
Gráfica No.20
Según la ruta de adquisición del kit de medicamentos de violencia sexual Quién es el encargado de proporcionar los medicamentos al personal de enfermería:



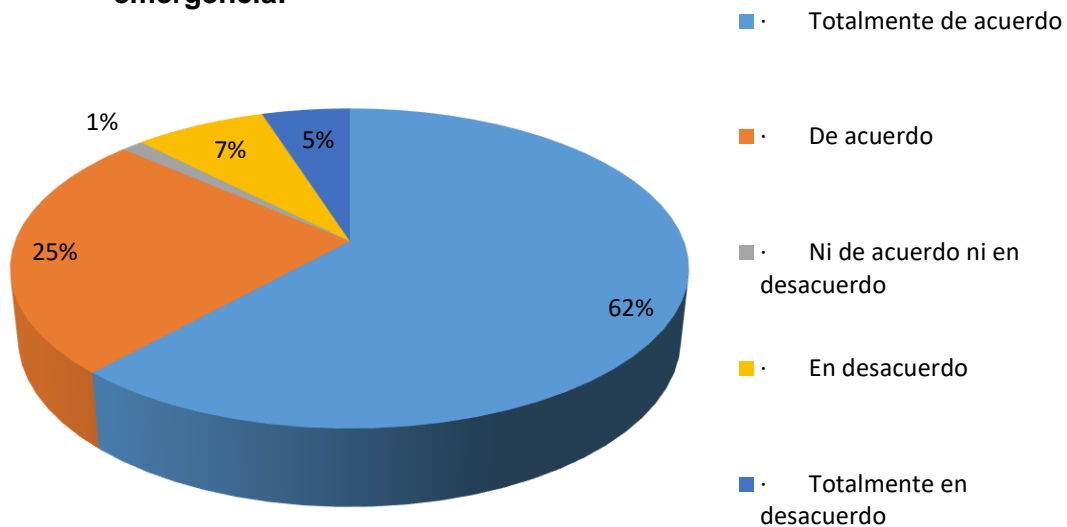
Gráfica No.1
A la paciente víctima de violencia sexual menor de edad
Enfermería debe estar presente en el momento que se realice la
evaluación correspondiente:



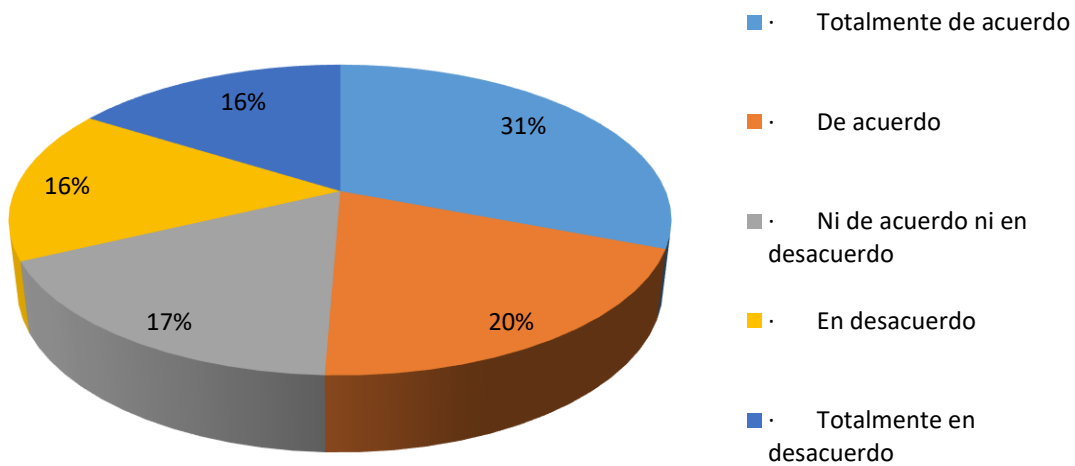
Gráfica No.2
Al identificar a la paciente víctima de abuso sexual, se solicita la
entrega de prendas para el Ministerio Público, sí la paciente o el
acompañante se negaré a la entrega, es necesario forzar la
entrega de las prendas?



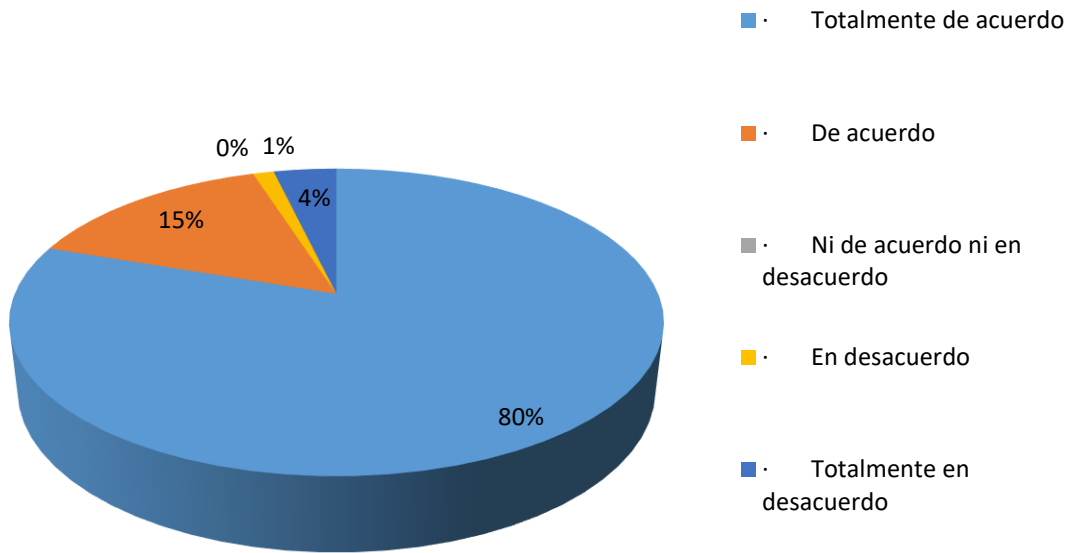
Gráfica No.3
Es necesario realizar pruebas de embarazo en sangre como rutina antes de administrar la pastilla de anticoncepción de emergencia:



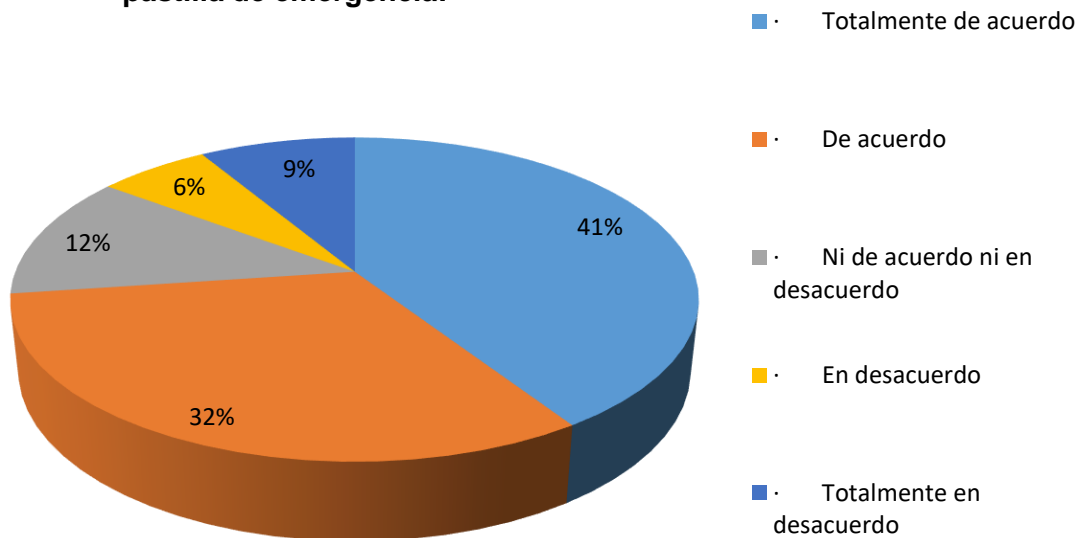
Gráfica No.4
Las pastillas de anticoncepción de emergencia, dañan/perjudican al feto si la paciente está embarazada.



Gráfica No.5
Es importante que el personal de enfermería conozca las rutas de atención de pacientes víctimas de violencia sexual según lo establece el protocolo del MSPAS:

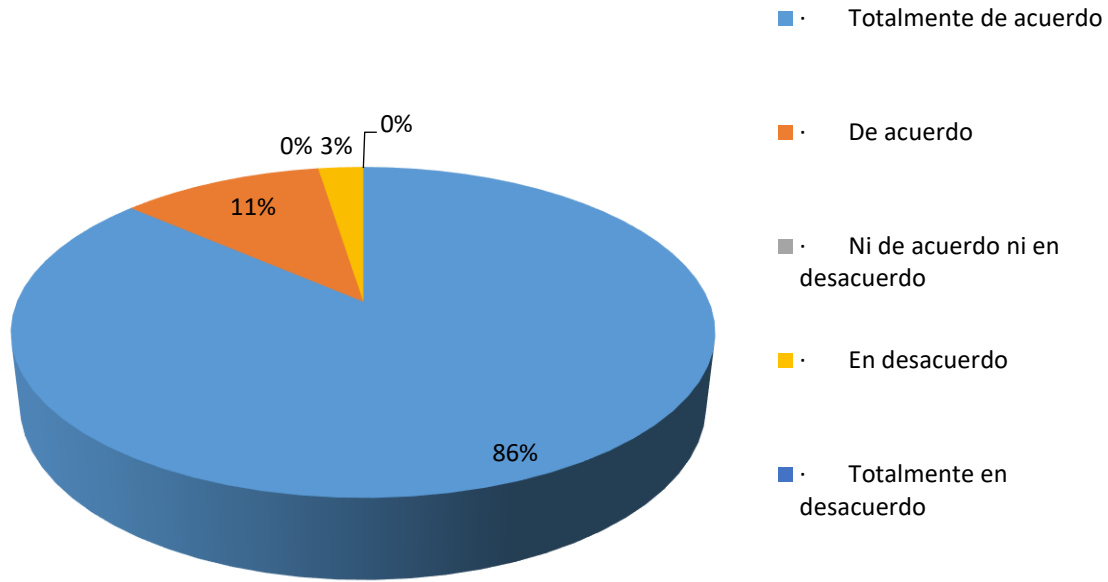


Gráfica No.6
Sí la victima aún no ha tenido su primera menstruación pero muestra signos de pubertad, se le debe igual administrar la pastilla de emergencia:



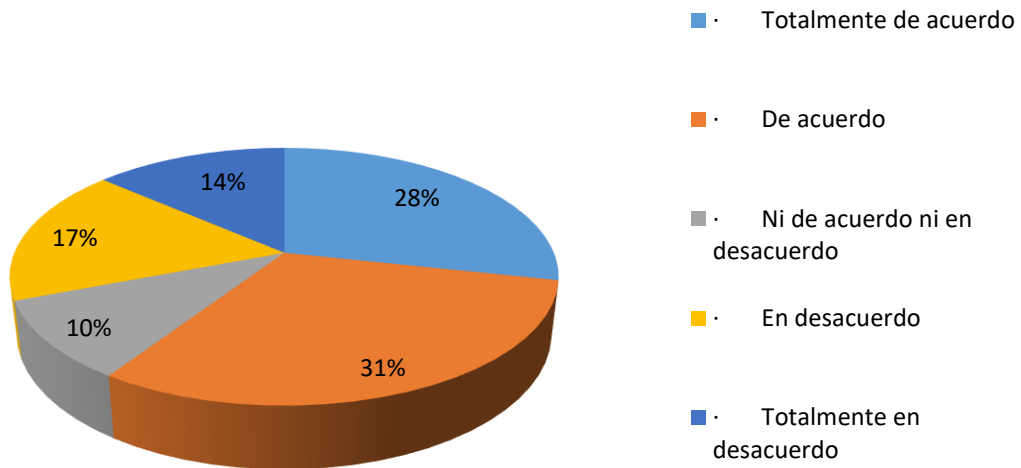
Gráfica No.7

Todo el equipo multidisciplinario que interviene en la atención de la paciente víctima de violencia sexual tiene que asegurar la confidencialidad del relato:

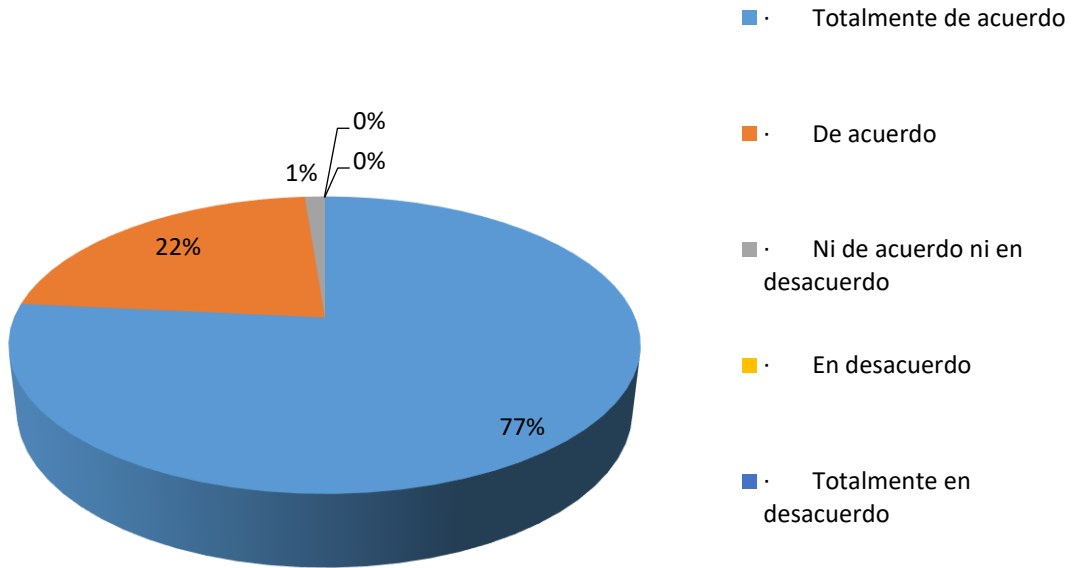


Gráfica No.8

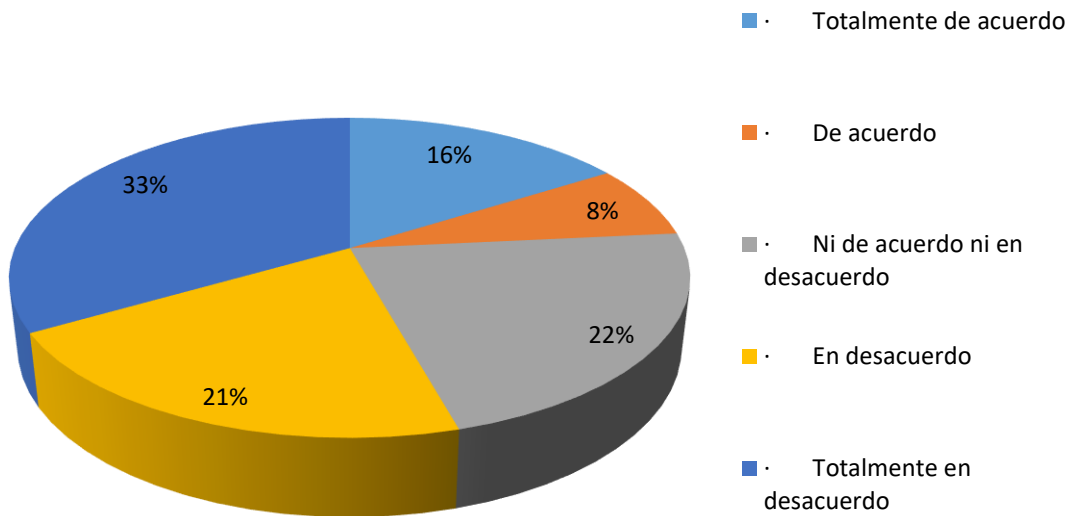
Las intervenciones en salud mental (primeros auxilios psicológicos) en casos de violencia sexual, atendidos en la red de servicios de salud, pueden ser desarrolladas por personal multidisciplinario, no especializado, pero con una



Gráfica No.9
La atención a víctimas de violencia sexual tiene que ser especializada (asegurar privacidad y confidencialidad, utilizar tono de voz suave, consejería balanceada)



Gráfica No.10
En la atención a víctimas de violencia sexual es importante el dar consejos, hacer promesas o preguntas como ¿Por qué caminar a esas horas en la calle?



UNIVERSIDAD GALILEO
FACULTAD: CIENCIAS DE LA SALUD
INVESTIGADOR: E.P VICTOR
ESTUARDO CIFUENTES GOMEZ



CUESTIONARIO

Cuestionario No. _____

Sección: I

Instrucciones: A Continuación se le presenta una serie de preguntas, las cuales se le solicita que lea detenidamente y conteste según lo que usted conoce, por favor subraye la respuesta que considere correcta.

. Recordándole que solo tendrá que subrayar una por cada pregunta.

1. Al momento de ingresar una paciente por sospecha de abuso sexual menor de edad, a la Clínica de atención a víctimas de violencia sexual, se deberá notificar a la entidad correspondiente:
 - a. MSPAS
 - b. MP
 - c. INACIF
 - d. PGN
 - e. Todas son correctas

2. Al brindarle atención a pacientes víctimas de abuso sexual que presenten discapacidad física o barrera lingüística se debe buscar la ayuda de:
 - a. Trabajo Social
 - b. Psicología
 - c. Un interprete
 - d. Personal de enfermería
 - e. Todas son correctas

3. Para la atención de pacientes víctimas de violencia sexual en el primer contacto con el personal de enfermería, se debe explicar los aspectos más importantes de la atención:
 - a. El procedimiento de notificación obligatoria y explicar los procedimientos a realizar de acuerdo a su edad y al acompañante.
 - b. Llamar a PNC y que ellos informen
 - c. Reducir riesgos de ITS, VIH y embarazo no deseado.
 - d. A y B son correctas
 - e. A y C son correctas

4. Al presentarse una paciente víctima de violencia sexual, las personas responsables de la notificación obligatoria al Ministerio Público y Procuraduría General de la Nación son:
 - a. Trabajo social
 - b. Médico y trabajo social
 - c. Médico, enfermería y trabajo social
 - d. Enfermería, psicología y trabajo social
 - e. Atención al paciente

5. Quien es el encargado de brindar un espacio seguro, confiable y confidencial (clínica de atención especializada a víctimas de violencia sexual) a las pacientes con sospecha de abuso sexual:
 - a. Trabajo social
 - b. Medico
 - c. Personal de enfermería
 - d. Todas son correctas
 - e. Atención al paciente.

6. Desde el momento que se le llama al Ministerio Publico informándole sobre una paciente víctima de violencia sexual, cuanto tiempo límite se debe esperar para que el fiscal del Ministerio Publico se haga presente al centro hospitalario según el protocolo de atención a víctimas de violencia sexual:
- a. 1 hora
 - b. 2 horas
 - c. 4 horas
 - d. 24 horas
 - e. Ninguna es correcta
7. Quién debe de notificar los casos de pacientes víctimas de violencia sexual al Instituto Nacional de Ciencias forenses, según protocolo de atención del MSPAS:
- a. El personal Medico
 - b. El personal de enfermería
 - c. Procuraduría General de la Nación
 - d. Ministerio Público
 - e. A Y B son correctos
8. En pacientes víctimas de violencia sexual los retrovirales se deberán administrar lo antes posible y hasta un límite de tiempo según lo establece el protocolo de atención del MSPAS:
- a. 24 horas (1 día)
 - b. 48 horas (2 días)
 - c. 72 horas (3 días)
 - d. 96 horas (4 días)
 - e. 120 horas (5 días)

9. La anticoncepción de emergencia AE, se le cumple a toda paciente víctima de violencia sexual lo antes posible y hasta un límite de tiempo:

- a. 24 horas (1 día)
- b. 48 horas (2 días)
- c. 72 horas (3 días)
- d. 96 horas (4 días)
- e. 120 horas (5 días)

10. Cuál es el objetivo de la atención inmediata para las pacientes víctimas de abuso sexual:

- a. Evitar el virus de VIH infecte las células , ITS, Evitar embarazos no deseados
- b. Informar al MP
- c. Informar al INACIF
- d. A y b son correctas
- e. Todas son correctas

11. Los controles de laboratorio de VIH Y VDRL en pacientes víctimas de violencia sexual, según lo estable el protocolo de atención del MSPAS, se deben realizar en los siguientes periodos:

- a. 3, 6, y 12 meses
- b. 2, 6, y 8 meses
- c. 4, 8, y 12 meses
- d. 1, 6, y 12 meses
- e. 1, 6, y 18 meses

12. Quien es el encargado del resguardo de las prendas y objetos de la pacientes víctima de violencia sexual, en pacientes que presentan inestabilidad y que requieran de procedimientos quirúrgicos de emergencia:

- a. Asistente de Enfermería
- b. Personal de Enfermería
- c. Personal Médico
- d. Personal de intendencia
- e. Ministerio Público

13. Los laboratorios de rutina para las pacientes víctimas de violencia sexual son los siguientes:

- a. Hematología, Orina, VIH, VDRL, Hepatitis B y C, prueba de embarazo en sangre
- b. Hematología, química, VIH, VDRL, Hepatitis B y C, prueba de embarazo en sangre
- c. Hematología, tiempos, VIH, VDRL, HCG
- d. Hematología. Química tiempos y orina
- e. Prueba de embarazo, Hematología, PCR.

14. Los efectos secundarios de la anticoncepción de emergencia, según protocolo de atención del MSPAS son:

- a. Dolor de cabeza, cefalea, mareos, vómitos
- b. Hipotensión, cefalea, vómitos
- c. Nauseas, vómitos, dolor en las mamas, sangrado vaginal irregular.
- d. No hay efectos secundarios
- e. Ninguna es correcta

15. Al momento de cumplirle el tratamiento de anticoncepción de emergencia, que límite de tiempo se tiene que esperar para no repetir el tratamiento si la paciente vomita:
- 15 minutos
 - 30 minutos
 - 1 hora
 - 2 horas
 - 3 horas
16. Para el registro de los casos de pacientes víctimas de violencia sexual se tienen que anotar en los SIGSAS según corresponda:
- SIGSA 3 H, SIGSA SIDA 1.2, SIGSA SIDA 3
 - SIGSA SIDA 1.2, SIGSA SIDA 3, SIGSA 7, SIGSA SIDA 6
 - SIGSA 3H, SIGSA SIDA 1.2, SIGSA 7
 - SIGSA SIDA, SIGSA 3H
 - Ninguna de las anteriores es correcta.
17. En pacientes Víctimas de abuso sexual que acuden al centro hospitalario para atención inmediata “La victimización secundaria o revictimización” es:
- Comprensión a la paciente
 - El resultado de una respuesta inadecuada, fría, incomprensiva.
 - Resultado de una respuesta adecuada
 - Trato inadecuado
 - Ninguna es correcta

18. La atención a pacientes víctimas de violencia sexual es una prioridad en salud, el MSPAS tiene un protocolo de atención para pacientes agredidas sexualmente llamado:

- a. Protocolo de atención a víctimas de violencia sexual
- b. Protocolo de atención a víctimas/sobrevivientes de violencia sexual
- c. Protocolo de atención de emergencia de víctimas de violencia sexual
- d. Protocolo de ruta interinstitucional en pacientes víctimas de violencia sexual.
- e. Protocolo de ruta interinstitucional en pacientes inestables.

19. El kit de medicamentos de violencia sexual que se le administra a la paciente víctima de violencia sexual, está conformado por:

- a. Antibioticoterapia.
- b. Antirretrovirales
- c. Anticoncepción de emergencia
- d. Vacunación (antitetánica y de hepatitis B)
- e. Todas son correctas

20. Según la ruta de adquisición del kit de medicamentos de violencia sexual
Quién es el encargado de proporcionar los medicamentos al personal de enfermería:

- a. Bodega de medicamentos
- b. Compras por DAS y hospital
- c. Farmacia interna
- d. Almacén
- e. Ninguna es correcta

SECCION II

Instrucciones: A continuación se le presenta una serie de preguntas las cuales usted deberá leer y subrayar la que considere la más asertiva. Recordándole que solo tendrá que subrayar una por cada pregunta.

1. A la paciente víctima de violencia sexual menor de edad Enfermería debe estar presente en el momento que se realice la evaluación correspondiente:
 - Totalmente de acuerdo
 - De acuerdo
 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - En desacuerdo
 - Totalmente en desacuerdo

2. Al identificar a la paciente víctima de abuso sexual, se solicita la entrega de prendas para el Ministerio Público, si la paciente o el acompañante se negará a la entrega, es necesario forzar la entrega de las prendas?
 - Totalmente de acuerdo
 - De acuerdo
 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - En desacuerdo
 - Totalmente en desacuerdo

3. Es necesario realizar pruebas de embarazo en sangre como rutina antes de administrar la pastilla de anticoncepción de emergencia.
 - Totalmente de acuerdo
 - De acuerdo
 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - En desacuerdo
 - Totalmente en desacuerdo

4. Las pastillas de anticoncepción de emergencia, dañan/perjudican al feto si la paciente está embarazada.
- Totalmente de acuerdo
 - De acuerdo
 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - En desacuerdo
 - Totalmente en desacuerdo
5. Es importante que el personal de enfermería conozca las rutas de atención de pacientes víctimas de violencia sexual según lo establece el protocolo del MSPAS:
- Totalmente de acuerdo
 - De acuerdo
 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - En desacuerdo
 - Totalmente en desacuerdo
6. Sí la víctima aún no ha tenido su primera menstruación pero muestra signos de pubertad, se le debe igual administrar la pastilla de emergencia
- Totalmente de acuerdo
 - De acuerdo
 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - En desacuerdo
 - Totalmente en desacuerdo

7. Todo el equipo multidisciplinario que interviene en la atención de la paciente víctima de violencia sexual tiene que asegurar la confidencialidad del relato:
- Totalmente de acuerdo
 - De acuerdo
 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - En desacuerdo
 - Totalmente en desacuerdo
8. Las intervenciones en salud mental (primeros auxilios psicológicos) en casos de violencia sexual, atendidos en la red de servicios de salud, pueden ser desarrolladas por personal multidisciplinario, no especializado, pero con una adecuada inducción:
- Totalmente de acuerdo
 - De acuerdo
 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - En desacuerdo
 - Totalmente en desacuerdo
9. La atención a víctimas de violencia sexual tiene que ser especializada (asegurar privacidad y confidencialidad, utilizar tono de voz suave, consejería balanceada)
- Totalmente de acuerdo
 - De acuerdo
 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - En desacuerdo
 - Totalmente en desacuerdo

10. En la atención a víctimas de violencia sexual es importante el dar consejos, hacer promesas o preguntas como ¿Por qué caminar a esas horas en la calle?

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de la firma de este documento doy mi consentimiento para formar parte de la investigación titulada "Conocimientos del personal de enfermería en el cuidado de la paciente víctima de violencia sexual ingresadas en el Ala Materno Neonatal del Hospital Nacional de Chimaltenango. "El cual será desarrollado por el enfermero profesional Víctor Estuardo Cifuentes Gómez, estudiante de la carrera Licenciatura en Enfermería de la Universidad Galileo.

Es de mi conocimiento que el cuestionario que responderé forma parte del estudio de campo, necesaria en toda investigación, que la información recolectada será utilizada únicamente en esta investigación y será estrictamente confidencial.

Además se me ha informado con claridad los objetivos de la investigación, y que puedo retirarme de la misma en el momento que lo desee, sin afectar mi relación laboral.

Chimaltenango, _____ de _____ del 2020.

(f) _____
Participante en el estudio

(f) _____
Responsable del estudio



Guatemala, 28/09/2019

**Doctora
Vilma Chávez de Pop
Decana
Facultad de Ciencias de la Salud
Presente.**

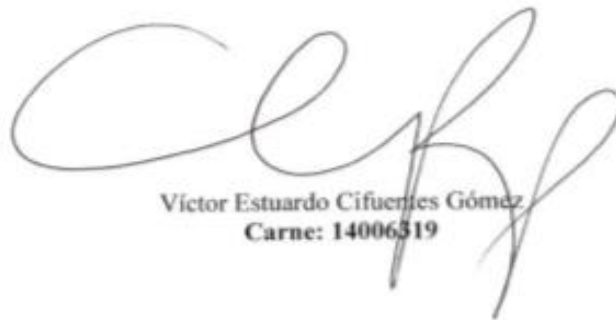
Señora Decana, Dra. Vilma Chávez de Pop:

Por este medio yo: **Víctor Estuardo Cifuentes Gómez**, identificado con número de **carne 14006319**, me dirijo a usted como estudiante de la carrera Licenciatura en Enfermería, para solicitar su aprobación **del punto** de tesis:

“CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE LA PACIENTE VICTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL INGRESADAS EN EL ALA MATERNO NEONATAL DEL HOSPITAL NACIONAL DE CHIMALTENANGO.”

Agradeciendo su atención a la presente y en espera de una respuesta afirmativa, me despido de usted.

Atentamente,



**Víctor Estuardo Cifuentes Gómez
Carne: 14006319**

7 avenida, calle Dr. Eduardo Suger Cofiño, zona 10. Torre I, 1er Nivel
PBX: 2423-8000. Ext. 2330 y 2389. Email: salud@galileo.edu

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
CLÍNICA INTEGRAL DE ITS Y VIH/SIDA
HOSPITAL NACIONAL DE CHIMALTENANGO
PRIORIDAD DE SALUD ITS VIH-SIDA

CÓDIGO _____

Fecha _____

Por medio de la presente doy mi autorización al Laboratorio del Hospital para realizar la prueba de anti VIH y los análisis posteriores que fueren necesarios.

NOMBRE: _____ MOTIVO: _____

DIRECCIÓN: _____ ETNIA: _____

TELÉFONO: _____ OCUPACIÓN: _____ ESCOLARIDAD: _____

SEXO: _____ ESTADO CIVIL: _____ No. DE HIJOS: _____ PARTOS: _____ ABORTOS: _____

CESARIAS: _____ NO. DE PAREJAS SEXUALES: _____ RELIGIÓN: _____ EDAD: _____

LUGAR Y FECHA DE NAC.: _____

El Hospital garantiza que el resultado de este examen es absolutamente confidencial tomando todas las medidas necesarias para el manejo profesional y ético de los que resultaran positivos.

Firma de autorización:

Firma consejero VIH/SIDA



SERVICIO DE SALUD FECHA

NOMBRE DEL PACIENTE No. DE NOTIFICACIÓN DE MP

REGISTRO MÉDICO EDAD PESO

ANTIBIOTICO	Opción	Dosis	Frecuencia	Total entregado
Adultos				
Azitromicina 500 mg	Primera elección en Chlamydia			
	Segunda elección en Sífilis			
Ceftriaxona 500 miligramos	Primera elección en Gonorrea			
Doxiciclina 100 mg	Segunda elección en Chlamydia y Gonorrea			
Penicilina Benzatinica 2 400 000 millones UI	Primera elección en Sífilis			
Metronidazol 500mg	Primera elección en Tricomoniiasis			
Tinidazol 500mg	Segunda elección en Tricomoniiasis			
Niños				
Azitromicina 200 mg/5ml frasco de 15 ml (20 mg/kg)	Primera elección en Chlamydia			
	Segunda elección en Sífilis			
Ceftriaxona 500 miligramos (<30kg 125 mg; >30 kg 250 mg)	Primera elección en Gonorrea			
Doxiciclina Tabletas de 100 mg (100 mg cada 12 horas)	Segunda elección en Chlamydia y Gonorrea			
Penicilina Benzatinica 1,200,000 millones UI	Primera elección en Sífilis			
Metronidazol 250mg/5ml frasco de 120 ml (15-30 mg/kg dosis única)	Primera elección en Tricomoniiasis			
Tinidazol 200 mg/ml (50 mg/ kg dosis única)	Segunda elección en Tricomoniiasis			
ANTIRETROVIRALES				
Adultos				
Tenofovir/ Emtricitabina 300 mg/200 mg + Dolutegravir 50 mg	Primera elección			
Tenofovir/Lamivudina/ Dolutegravir 300mg/300mg/50mg	Primera elección			
Tenofovir Adefenamida/Emtricitabina/Elvitegravir/Cobicistat 10mg/200mg/150mg/150mg	Segunda elección			
Embarazadas y mujeres dando de lactar				
Tenofovir/ Emtricitabina 300mg/200mg + Raltegravir 400 mg	Primera elección			
Niños (as) menores de 2 años de edad				
Zidovudina 10 mg/ml frasco de 240 ml (8 mg/Kg c/12 horas) +	Primera elección			
Lamivudina 10 mg/ml frasco de 240 ml (4 mg/Kg c/12 horas) +				
Lopinavir/Ritonavir 80mg/20mg (16 mg/Kg c/12horas)				
Niños (as) mayores de 2 años de edad (Menor 30 kg)				
Zidovudina 10 mg/ml frasco de 240 ml (8 mg/Kg c/12 horas) +	Primera elección			
Lamivudina 10 mg/ml frasco de 240 ml (4 mg/Kg c/12 horas) +				
Lopinavir/Ritonavir 80mg/20mg/ml frasco de 160ml(16 mg/Kg c/12 horas)				
Niños (as) mayores de 2 años de edad (Mayor 30 kg)				
Zidovudina/Lamivudina 300mg/150mg (1 tableta cada 12 horas) +	Primera elección			
Lopinavir/Ritonavir 200mg/50mg (2 tableta cada 12 horas)				
PILDORAS DE ANTICONCEPCION DE EMERGENCIA				
Acetato de ulipristal 30 mg	Primera elección			
Levonorgestrel 1.5 mg	Primera elección			
Etinilestradiol 0.030mg +Levonorgestrel 0.15mg	Segunda elección			
Norgestrel 0.30mg + Etinilestradiol 0.030mg	Segunda elección			
INMUNIZACIONES				
Toxoide tetánico				
Vacuna de Hepatitis B				

NOMBRE DEL MÉDICO _____ NOMBRE DE LA ENFERMERA _____

FIRMA DEL MÉDICO _____ FIRMA DE LA ENFERMERA _____

SELLO DEL MÉDICO _____ SELLO DEL SERVICIO _____



Chimaltenango 27/12/2019.

A:

E.P Sujeydy yohana Lemus
Subdirectora de Enfermería
Hospital Nacional de Chimaltenango

Por este medio le saludo, deseándole éxitos en sus labores diarias.

El motivo de la presente es para solicitar su autorización para realizar mi estudio de campo con el personal de enfermería en el Ala Materno Neonatal (emergencia, labor y partos, recién nacidos, post parto y ginecología), ya que actualmente estoy realizando mi protocolo de la carrera Licenciatura en **Enfermería**. Esto consiste en el llenado de un cuestionario de multiopcion, que tiene por objeto recolectar información que permita describir los "conocimientos del personal de **Enfermería en el cuidado de la paciente Víctima de Violencia Sexual, ingresadas en el Ala Materno Neonatal del Hospital Nacional de Chimaltenango**".

Agradeciendo de antemano la atención y en espera de una respuesta positiva, se despide de usted, atentamente.

Víctor Estuardo Cifuentes Gómez
Estudiante de la Licenciatura en enfermería
Universidad Galileo sede Chimaltenango
Carne: 14006319



UNIVERSIDAD GALILEO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
INVESTIGADOR: VICTOR CIFUENTES

Escuintla 22/10/2019

A:


Licdo. Henry Macario García
Subdirector de Enfermería
Hospital Nacional de Escuintla

Reciba un cordial saludo deseándole éxitos en sus labores diarias.

El motivo de la presente es para solicitar su autorización para realizar el estudio piloto con el personal de enfermería del Hospital Nacional de Escuintla y con ello poder darle continuidad al tema de tesis titulada "CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE LA PACIENTE VICTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL INGRESADAS EN EL ALA MATERNO NEONATAL DEL HOSPITAL NACIONAL DE CHIMALTENANGO" . Ya que actualmente me encuentro realizando mi tesis de la carrera Licenciatura de Enfermería en la Universidad Galileo.

Agradeciendo su atención a la presente y en espera de una respuesta favorable respetuosamente se despide de usted.

Atentamente:


Victor Estuardo Cifuentes Gómez
Estudiante de la Licenciatura en Enfermería.


AUTORIZADO
hasta el 22/10/19.