



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA - SEDE CARABOBO
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA
TRABAJO DE INVESTIGACIÓN



**FENOMENOLOGÍA HERMENÉUTICA DE LA ATENCIÓN DE LOS MÉDICOS A
NIÑOS Y NIÑAS VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL EN LA EMERGENCIA
PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL DR. ADOLFO PRINCE LARA**

AUTORES:

CARABALLO, JULIÁN
CARDONA, KATHERINE
CHENG, ANGÉLICA
RUIZ, FREDDY

TUTOR: DR. NAHIN PÉREZ

DOCENTE DE LA ASIGNATURA: MSC. LUIS ALEXIS DÍAZ

VALENCIA, MARZO DE 2015.



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA – SEDE CARABOBO
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN



CONSTANCIA DE APROBACIÓN

Los suscritos miembros del jurado designado para examinar el Trabajo de Investigación titulado:

FENOMENOLOGÍA HERMENÉUTICA DE LA ATENCIÓN DE LOS MÉDICOS A NIÑOS Y NIÑAS VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL EN LA EMERGENCIA PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL DR. ADOLFO PRINCE LARA

Presentado por los bachilleres:

Julián Caraballo C.I. 21.199.960

Katherine Cardona C.I. 21.479.442

Angélica Cheng C.I. 19.296.474

Freddy Ruiz C.I. 20.664.208

Hacemos constar que hemos examinado y aprobado el mismo, y que aunque no nos hacemos responsables de su contenido, lo encontramos correcto en su calidad y forma de presentación.

Fecha: _____

Profesor

Profesor

Profesor



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA – SEDE CARABOBO
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN



FENOMENOLOGÍA HERMENÉUTICA DE LA ATENCIÓN DE LOS MÉDICOS A NIÑOS Y NIÑAS VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL EN LA EMERGENCIA PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL DR. ADOLFO PRINCE LARA

AUTORES:

CARABALLO, JULIÁN
CARDONA, KATHERINE
CHENG, ANGÉLICA
RUIZ, FREDDY

TUTOR: DR. NAHIN PÉREZ

DOCENTE DE LA ASIGNATURA: MSc. LUIS ALEXIS DÍAZ

AÑO: 2015.

RESUMEN

El manejo de los casos de abuso sexual infantil es muy delicado. Ocasiona un profundo efecto a nivel personal en el equipo médico, lo cual es una complicación plenamente diferenciada de la gran gama de motivos de consulta y atención propios del mundo de la medicina. **Objetivo general:** Construir el significado que dan los médicos a la atención a los niños y niñas víctimas de abuso sexual (NNVAS) en la emergencia pediátrica del Hospital Dr. Adolfo Prince Lara. **Materiales y métodos:** De enfoque epistémico sistémico dentro del paradigma interpretativo comprensivo, el método orientador fue el fenomenológico hermenéutico. Con información proporcionada a través de entrevistas a profundidad, los sujetos de estudio fueron 5 médicos residentes de la Emergencia Pediátrica, 3 médicos especialistas, 1 enfermera y 1 trabajador de Servicios Sociales. **Resultados:** 14 categorías emergieron como significativas, entre las que destacan: significado que le da el médico a lo vivenciado por el NNVAS, significado y dificultades emergentes en su atención, factores de sensibilidad y prioridades de atención que caracterizan al médico de esta emergencia en su atención al NNVAS y dificultades emergentes no atribuibles a éste. **Conclusiones:** El sentido que le dan los médicos a la atención de NNVAS en la emergencia pediátrica del Hospital Dr. Adolfo Prince Lara es profundamente significativo en lo personal y profesional. El médico actúa profesionalmente y favorece las prioridades del NNVAS al brindarle protección, comodidad, apoyo psicológico y físico, además de brindar apoyo a familiares. Se infiere que no existe un protocolo oficial documentado y propio del hospital para la atención al NNVAS. Asimismo, hay ocasionalmente ausencia de vigilancia, autoridades competentes y un área especializada para su atención.

Palabras clave: médico, niño, abuso sexual, emergencia pediátrica, fenomenología hermenéutica.



UNIVERSITY OF CARABOBO
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
SCHOOL OF MEDICINE – CAMPUS CARABOBO
DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH
RESEARCH WORK



**HERMENEUTIC PHENOMENOLOGY OF THE MEDICAL APPROACHING TO
CHILDREN VICTIMS OF SEXUAL ABUSE IN THE PEDIATRIC EMERGENCY
SERVICE OF THE DR. ADOLFO PRINCE LARA HOSPITAL.**

AUTHORS:

Caraballo, Julian
Cardona, Katherine
Cheng, Angelica
Ruiz, Freddy

TUTOR: Dr. Nahin Perez

SUBJECT TEACHER: MSc. Luis Alexis Díaz

YEAR: 2015

ABSTRACT

Managing cases of sexually abused children is a very delicate task. It has a deep effect on a personal level for the medical team in charge, which is a very different complication from the ones that we usually find in the world of medicine. **General Objective:** To build up the meaning given by medical doctors to the attention of sexually abused children (SAC) at the pediatrics ER of the Hospital Adolfo Prince Lara. **Materials and Methods:** With an epistemic and systemic approach, the orienting method was phenomenological hermeneutic. With information acquired throughout profound interviews, the subjects of study were 5 medical residents of the pediatrics ER, 3 medical PHDs, 1 nurse and 1 social services worker. **Results:** 14 categories emerged as meaningful, from which the following stand out: meaning given by the medical doctors to the cases of SAC, meanings and emerging complications during the attention of SAC, sensibility factors and attention priorities which define the medical doctors of the mentioned pediatrics ER and emerging complications unassociated with the doctors. **Conclusions:** The meaning given by the medical doctors to the attention of SAC at the pediatrics ER of the Hospital Adolfo Prince Lara is deeply significant at a personal and professional level. The medical doctor performs professionally and prioritizes the SAC's needs by offering protection, comfort and physical and psychological support to the patients and his/her family. It's inferred that there's no official protocol at the Hospital Adolfo Prince for the attention of SAC. On the same note, there's an occasional absence of security personal as well as competing authorities and there's a real need for a specialized area for their attention.

Key Words: medical doctor, children, sexual abuse, pediatrics ER, phenomenological hermeneutic.

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el maltrato infantil se define como los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. La exposición a la violencia de pareja también se incluye a veces entre las formas de maltrato infantil ⁽¹⁾.

Los casos de maltrato infantil en todas sus formas son parte de la realidad de nuestra sociedad a pesar de la existencia de organismos legales encargados de garantizar la protección del desarrollo integral de niños, niñas y adolescentes como miembros de una familia. Esta problemática es un tema de derechos humanos que afecta la salud a causa de atentados contra el bienestar físico, psíquico y emocional de la persona. Los casos del abuso a menores representan situaciones donde es imperativa la toma de medidas de protección y la puesta en marcha de programas de intervención para su detección, abordaje, tratamiento, notificación y erradicación. Las repercusiones físicas y psicosociales en los pacientes víctimas de abuso son de tales dimensiones que pueden llegar a comprometer el desarrollo y desenvolvimiento del infante como miembro de la sociedad, por este motivo es necesario que el personal de salud asuma un papel activo en el manejo y tratamiento de estos casos.

La dimensión que adquiere el maltrato infantil es amplia y así lo corrobora una investigación realizada entre noviembre de 1998 y noviembre de 2002, donde se asistió a 128 niños maltratados del área urbana, suburbana y rural de la ciudad de Mercedes Argentina, de entre 0 y 19 años. Estos niños llegaron a la consulta de manera espontánea o por solicitud de familiares, juzgados, escuelas, guarderías, teléfono del niño (línea 102) o el hospital local. Cobró importancia para la presente investigación, el procedimiento realizado para la atención del paciente. En una primera instancia, éste era asistido por el médico pediatra y luego derivado de manera intragrupal a los otros profesionales. Posteriormente, en reunión de equipo, se categorizaba cada caso y se determinaban en consecuencia las conductas por seguir. Se clasificaron a los pacientes en las categorías de: a. Víctimas de

maltrato físico, b. Víctimas de abuso sexual, c. Víctimas de negligencia, d. Víctimas del maltrato emocional puro, e. Víctimas del síndrome de Münchaussen (pacientes que presentaban signos o síntomas de haber sido víctimas de la administración intencional de sustancias que produjeran modificaciones físicas o fisiológicas o cuyas secreciones corporales habían sido manipuladas). Los resultados llevaron a concluir que los casos de maltrato físico y abuso sexual constituyeron la mayoría de la muestra, pero se pudieron detectar otras formas, como negligencia, abuso emocional y síndrome de Münchaussen el cual es una forma de trastornos ficticios con sintomatología somática ⁽²⁾. Es una variante especial de maltrato infantil por parte de los padres en la que éstos pretenden que sus hijos sean hospitalizados y atendidos. Los autores acotan que el abordaje de esta problemática debe ser interdisciplinario ya que es casi imposible abordarlo adecuadamente desde una sola disciplina ⁽³⁾.

En lo referido al abuso sexual infantil, se reconoce que éste se refiere a involucrar al niño en actividades sexuales que no llega a comprender totalmente, a las cuales no está en condiciones de dar consentimiento, o para las cuales está evolutivamente inmaduro, o en actividades sexuales que transgreden las leyes o restricciones sociales ⁽⁴⁾. Este abuso abarca un amplio rango de comportamientos que pueden incluir o no los contactos de naturaleza sexual. Los actos que no involucran contacto incluyen: comentarios de índole sexual, exhibicionismo y masturbación, voyeurismo y exposición a material pornográfico. Los actos de contacto, en cambio, incluyen: contacto sexual, penetración digital o con objetos y el intercambio sexual ⁽⁵⁾.

El abuso sexual es una emergencia psicosocial difícil de manejar por el médico en la emergencia, refiere una investigación. Añade que al igual que en el abuso físico, el abuso sexual del niño genera un gran conflicto emocional en los profesionales de la salud del Departamento de Emergencia (DE). Es importante trabajar en forma multidisciplinaria con enfermería y asistentes sociales. Los efectos de este tipo de abuso son muy importantes, pero pueden no manifestarse con síntomas por muchos años. El diagnóstico oportuno, el manejo humanitario del tema y proporcionar un tratamiento a largo plazo son las metas del médico de emergencia. Muchos centros han adoptado estrategias de reconocimiento y

registro de los episodios agudos (menos de 72 horas) de abuso sexual en el DE y están desarrollando programas de evaluación fuera de la emergencia ⁽⁶⁾.

De cualquier modo no se debe dejar de relacionar que, según informes de UNICEF, existen 100 millones de niños y niñas abandonados en todo el mundo, de los cuales 40 millones pertenecen a América Latina ⁽⁷⁾. En suma, la problemática de los niños ha preocupado históricamente. Así, la Organización de Estados Americanos (OEA) inicia su participación más formalmente a través de la Declaración de los Derechos del Niño de 1959 ⁽⁸⁾, así como la Convención de los Derechos del Niño de 1989 ⁽⁷⁾, donde se reafirma el derecho de los niños y niñas a ser protegidos contra la explotación, violencia y otras formas de abuso.

En cuanto a Venezuela, la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela en su artículo 78 declara que los niños, niñas y adolescentes son sujetos plenos de derecho y estarán protegidos por la legislación, órganos y tribunales especializados, los cuales respetarán, garantizarán y desarrollarán los contenidos de la Constitución, la ley, la Convención sobre Derechos del Niño y demás tratados internacionales que en esta materia haya suscrito y ratificado la República ⁽⁹⁾. Asimismo, el Artículo 33 de la Ley Orgánica para la Protección del Niño y del Adolescente, establece que todos los niños y adolescentes tienen derecho a ser protegidos contra cualquier forma de abuso y explotación sexual. Y añade que el Estado garantizará programas permanentes y gratuitos de asistencia y atención integral a los niños y adolescentes que hayan sido víctimas de abuso o explotación sexual ⁽¹⁰⁾.

A pesar de los estamentos legales prenombrados, el histórico del problema continua 4 y 6 años después respectivamente cuando para el año 2004, el Cuerpo de Investigaciones Científicas, Penales y Criminalísticas (CICPC) registra 2.090 quejas de maltrato contra niños, niñas y adolescentes. La mayoría de estos delitos (1800) casos correspondían a violencia sexual, siendo del sexo femenino los más frecuentes ⁽¹¹⁾. En lo local, en el año 2007, la médica sexóloga Lourdes Lobo, coordinadora desde el año 2003 del Programa de Educación Afectivo Sexual, Prevención de Abuso y Atención a los Niños Abusados de los municipios Naguanagua y Valencia (estado Carabobo), resaltó cifras alarmantes cuando informa que sólo en la primera quincena del mes de junio de ese año recibió 400 niños y

niñas que habían sido abusados sexualmente. El número le permitió asociar que el factor "vacaciones" es un agente importante en el aumento de casos de abusos⁽¹²⁾.

En cuanto al hospital locación del estudio no se encontraron estadísticas oficiales que nos indiquen alguna proyección reciente respecto al fenómeno. La única fuente de información son los testimonios extraoficiales de los miembros asiduos de los grupos médicos de guardia del referido nosocomio. Asimismo, un grupo de pediatras adscritos a éste refieren una incidencia significativa que no ha sido cuantificada, alegando que la incidencia de abuso sexual en niños y niñas pacientes del hospital en cuestión podría ser probablemente una de las más altas del país.

En nuestras experiencias individuales y como grupo participante de los módulos clínicos en nuestra carrera de medicina, en la sala de emergencia pediátrica del centro asistencial, observamos con preocupación la incidencia de estos casos en donde incluso hasta el personal de seguridad es necesario y no participa con el rigor debido, o está ausente cuando es especialmente necesitado en los momentos posteriores a la confirmación del diagnóstico de un abuso sexual.

Fuentes extraoficiales consultadas en este hospital refieren que, en algunos casos, el ajetreo propio de la emergencia lleva al grupo de guardia al descuido de estos pacientes, siendo extraídos del centro asistencial sin alta médica ni permiso del médico tratante; en otros casos, ante la ausencia de un personal de seguridad oportuno que los detenga, los representantes confrontan al personal de emergencia y deciden llevarse al paciente ante la conclusión de que el presunto victimario es con casi total seguridad un miembro de la familia al que deciden proteger por encima del paciente, o por tener miedo a las represalias que éste pueda tener en contra de sus seres queridos. En efecto, una investigación señala elementos relacionados e indica como puntos concluyentes que las características propias de las visitas en urgencias hacen difícil llegar al diagnóstico definitivo en muchas ocasiones. La mayoría no requiere actuación inmediata, y es imprescindible la actuación coordinada con unidades multidisciplinarias especializadas, que confirman un tercio de los casos⁽¹³⁾.

Otras fuentes extraoficiales igualmente consultadas en el Hospital Dr. Adolfo Prince Lara refieren que en casos de conflicto entre el personal del centro asistencial y los familiares de los pacientes, los médicos tratantes han llegado a no comunicar a las autoridades el acto ilegal cometido, algunos porque la evidencia se va con el paciente al que ni siquiera se le ha redactado una historia clínica y otros porque consideran que informar a las autoridades empeora la situación de inmensa humillación que vive el o la paciente, al que deben proteger en nombre del secreto médico. En definitiva, se está en presencia de un fenómeno al que no se le está dando la atención debida, que en contraste a lo anterior, otros investigadores indican que generalmente no es posible confirmar o descartar el diagnóstico de abuso sexual a un menor en una única exploración y por un solo profesional. El diagnóstico de abuso sexual en un menor requiere un proceso de valoración médica, psicológica y social. La exploración física debe ser coordinada, adaptada a las características del menor y precoz, antes de las 48-72 horas siguientes al presunto abuso. La ausencia de indicadores físicos, de lesiones, o de verbalización del menor, no descarta la existencia de abuso sexual ⁽¹⁴⁾.

Ante el panorama descrito anteriormente surgió la siguiente interrogante: ¿Qué sentido le dan a la atención de niños y niñas víctimas de abuso sexual, los médicos de la Emergencia Pediátrica del Hospital Dr. Adolfo Prince Lara? Para responderla se planteó como propósito general construir el sentido que le dan los médicos de la Emergencia Pediátrica del Hospital Dr. Adolfo Prince Lara, a la atención de niños y niñas víctimas de abuso sexual. Para ello se describieron los contenidos noemáticos de los médicos de la Emergencia Pediátrica referentes a la atención dada a los niños y niñas víctimas de abuso sexual, se reconocieron las esencias emergentes desde tales contenidos, se interpretaron y, finalmente, se comprendió el significado que le dan los médicos de la referida emergencia a la atención de niños y niñas víctimas de abuso sexual.

Todo lo anteriormente planteado nos impulsó a emprender esta investigación que nos dio luces sobre la manera en que se está tratando esta problemática. Asimismo, los pasos dados en esta investigación despertaron nuestra sensibilidad social hacia cómo se están llevando los casos a una resolución en esta Emergencia Pediátrica. Fue de suma importancia conocer los pasos o protocolos que orientan en la resolución eficaz del caso de un/a niño/a abusado

sexualmente. Es nuestra firme convicción que los niños son el alma y corazón de cada país, por lo que deben ser protegidos con especial atención y que como futuros médicos hemos de velar por los más indefensos que no tienen la oportunidad de ser escuchados. Es por esto que decidimos embarcarnos en este camino investigativo alimentado además por la voluntad de responder cuestiones académico-sociales de sustantiva importancia para el ejercicio médico, la salud pública en general y la salud infantil en lo particular.

MATERIALES Y MÉTODOS

El enfoque epistémico de esta investigación fue sistémico, dentro del paradigma interpretativo comprensivo. El método fue el fenomenológico hermenéutico, orientando las acciones metodológicas por el diseño de Díaz (2011), que consta de 5 fases: fase previa (suspensión de juicio o epojé y descripción protocolar del fenómeno), fase estructural (reducción fenomenológica y reducción eidética), fase descriptiva (reducción transcendental), fase interpretativa y, por último, fase de construcción teórica ⁽¹⁵⁾.

El modo de recogida de información fue la entrevista a profundidad. Los sujetos de estudio fueron 5 miembros del personal médico residente de la Emergencia Pediátrica del Hospital referido y 3 médicos especialistas pediatras. En la búsqueda de la validez de la información, a través de la triangulación, además del grupo de médicos que se entrevistaron, se tomó la información proveniente de 1 enfermera y 1 miembro del personal de Servicios Sociales. Los sujetos de estudio fueron seleccionados de manera intencional mediante un proceso recursivo, dinámico y constructivo, tomando en cuenta el logro de la saturación respectiva de la información y categorías respectivas.

Para el procedimiento, solicitamos consentimiento institucional a la dirección del Hospital (Anexo A). Asimismo, solicitamos consentimiento informado (Anexo B), a los sujetos que participaron en la investigación constando que ésta fue compatible con sus valores, intereses y preferencias, y que lo hicieron por su propia voluntad con el conocimiento suficiente para decidir con responsabilidad sobre sí mismos. Posteriormente, se recogió la información y se transcribió tal cual como fue referido por los sujetos de estudio, lo cual culminó con la descripción protocolar del fenómeno. En la siguiente etapa, se localizaron los contenidos significativos (citas) los cuales se agruparon y dieron forma a las categorías o significados generales del fenómeno. Todo lo cual conllevó a la estructuración global del fenómeno, es decir, una integración de todas los significados particulares como sustento a las categorías de significados generales, y la descripción de las esencias que conforman dicha estructura. Finalmente, se interpretaron los resultados obtenidos en la investigación con los de otras investigaciones y las propias para compararlos, contraponerlos, entender mejor las posibles diferencias y, de ese modo, llegar a una integración mayor y a un enriquecimiento del “cuerpo de conocimientos” del área estudiada ⁽¹⁶⁾.

Los criterios de rigor científico logrados para esta investigación fueron los de credibilidad, transferibilidad, consistencia y confirmabilidad. La credibilidad se obtuvo a través de una descripción protocolar desde las entrevistas lo más fiel posible, continua y persistente, la triangulación de información proveniente de los diferentes sujetos de estudio y los sujetos relacionados al fenómeno, la recogida de material referencial y la revisión final por partes de los sujetos de estudio. La transferibilidad se consiguió a través de un muestreo teórico conceptual, una descripción exhaustiva y la recogida de abundante información en cada entrevista. La consistencia se logró a través de la triangulación con dos observadores externos y el establecimiento de la pista de revisión del diario de investigación. Finalmente, para la confirmabilidad se recogieron registros lo más concretos posible con ayuda mecánica de un grabador y el diario de investigación, transcripciones textuales, citas directas de fuentes documentales y, finalmente, la revisión de la estructura categorial emergente, la interpretación y la comprensión, con otros investigadores.

RESULTADOS

A continuación presentamos las categorías y estructura emergente del fenómeno el cual contiene las esencias tanto individuales como universales y que se presentan en la siguiente matriz en forma de tabla, resultando ochenta y un (81) esencias individuales que fundamentan catorce (14) esencias universales del fenómeno en estudio. Luego mostramos la descripción del fenómeno en toda su esencia, es decir, la fenomenología de la atención de los médicos a niños y niñas víctimas de abuso sexual en la emergencia pediátrica del hospital locación de estudio.

Tabla 1: Estructura descriptiva de esencias emergentes del fenómeno de la atención de los médicos a niños y niñas víctimas de abuso sexual (NNVAS) en la emergencia pediátrica del Hospital Dr. Adolfo Prince Lara.

UNIDAD HERMENÉUTICA Fenomenología hermenéutica de la atención de los médicos a niños y niñas víctimas de abuso sexual en la emergencia pediátrica del Hospital Dr. Adolfo Prince Lara	
CATEGORÍAS FENOMENOLÓGICAS ESENCIALES INDIVIDUALES	CATEGORÍAS FENOMENOLÓGICAS ESENCIALES GENERALES
Al recibirlo(a) en la emergencia, el médico encuentra que el NNVAS se encuentra: 001.- temeroso 002.- aprensivo 003.- muy vulnerable 004.- alterado físicamente 005.- alterado emocionalmente	01. Estado del NNVAS al ingreso en la emergencia.
Para el médico, lo ocurrido al NNVAS representa: 006.- un peligro 007.- un daño moral 008.- un riesgo muy grave 009.- una vivencia dramática 010.- una vivencia desagradable 011.- una experiencia brutal 012.- una injuria permanente 013.- un hecho emocionalmente incomprensible	02. Significado para el médico de lo ocurrido al NNVAS.
La atención del NNVAS por parte del médico significa: 014.- un reto 015.- un tabú 016.- una situación nueva 017.- un choque con la realidad 018.- una necesidad de protección integral	03. Significado de la atención del NNVAS por parte del médico.

019.- algo muy delicado 020.- algo complicado 021.- algo de gran importancia 022.- algo enardecente	
El médico se ve sensibilizado en la atención del NNVAS por: 023.- ser humanista 024.- ser padre de familia 025.- ser madre de familia	04. Factores que sensibilizan el manejo del NNVAS por parte del médico.
Una prioridad inicial para el médico en la atención del NNVAS es brindarle: 026.- protección 027.- comodidad 028.- apoyo psicológico 029.- apoyo físico 030.- apoyo a familiares	05. Prioridades iniciales de atención del NNVAS por parte del médico.
En algunas ocasiones se presentan dificultades al momento del ingreso del NNVAS porque hay: 031.- pacientes que llegan de noche 032.- pacientes que llegan de madrugada 033.- pacientes que llegan en fines de semana 034.- ausencia de especialista adjunto 035.- ausencia de médico forense 036.- desconocimiento preciso de grados de lesiones 037.- largo tiempo de espera para el abordaje 038.- pacientes que se fugan	06. Dificultades ocasionales emergentes al ingreso del NNVAS.
Se infiere que no existe un protocolo oficial documental y comparativo de atención al NNVAS en el hospital, pues hay: 039.- duda de su existencia 040.- manejo de la atención empíricamente 041.- dificultad para su establecimiento oficial	07. Inexistencia de un protocolo médico oficial y documental comparativo de atención al NNVAS
El protocolo empírico desarrollado por el médico para la atención del NNVAS es el siguiente: 042.- abordaje ante sospecha de abuso 043.- hospitalización inmediata 044.- manejo por infectología pediátrica 045.- antibióticoterapia empírica para ITS 046.- batería de paraclínicos	08. Existencia de un protocolo empírico inicial por parte del médico de atención al NNVAS.
Como parte del protocolo empírico inter y transdisciplinario del manejo del NNVAS se canalizan: 047.- apoyo de enfermería 048.- interconsulta por especialista de guardia 049.- interconsulta por gineco-obstetricia 050.- interconsulta por medicina interna	09. Existencia de un protocolo empírico inter y transdisciplinario durante la atención al NNVAS.

051.- interconsulta por infectología 052.- interconsulta por psicología 053.- interconsulta por psicopedagogía 054.- interconsulta por psiquiatría 055.- interconsulta por Servicios Sociales 056.- interconsulta por medicina forense 057.- denuncia a la LOPNA 058.- denuncia al CICPC	
Durante el manejo médico del NNVAS se corroboran debilidades tales como: 059.- ausencia de vigilancia 060.- ausencia de autoridades competentes 061.- ausencia de área especializada para la atención del paciente 062.- fallo en privacidad para la atención del paciente 063.- acceso limitado a medicamentos 064.- acceso limitado a paraclínicos	10. Debilidades en cuanto al manejo médico del NNVAS
Durante el manejo médico del NNVAS se corroboran fortalezas tales como: 065.- alta diligencia médica en atención al paciente 066.- objetividad clínica en el manejo del paciente 067.- pensum post-grado del médico incluye maltrato infantil	11. Fortalezas en cuanto al manejo médico del NNVAS.
El seguimiento por parte del médico del caso del NNVAS una vez dado de alta: 068.- no siempre permanece	12. Ausencia de seguimiento del Médico luego del egreso del NNVAS.
El seguimiento por parte de Servicios Sociales del caso del NNVAS una vez dado de alta: 069.- permanece	13. Presencia de seguimiento por Servicios Sociales luego del egreso del NNVAS.
Entre las recomendaciones para optimizar la atención médica del NNVAS se encuentran: 070.- promover la prevención del abuso sexual infantil 071.- manejar siempre un diagnóstico presuntivo 072.- profundizar los conocimientos médicos sobre abuso sexual infantil 073.- dinamizar el manejo del paciente 074.- mejorar la vigilancia institucional 075.- habilitar un área sólo para el paciente 076.- indicar privacidad en manejo del paciente 077.- tener acceso satisfactorio a paraclínicos 078.- tener acceso oportuno a médico forense 079.- tener acceso oportuno a cirujano pediatra 080.- tener acceso inmediato a Servicios Sociales 081.- tener acceso inmediato a la LOPNA	14. Recomendación de mejoras para la atención efectiva del NNVAS.

Fuente: esencias emergentes de las entrevistas realizadas a los sujetos.

A continuación describimos las categorías generales del fenómeno con sus respectivas categorías individuales de sustento significativo, las cuales a su vez, estarán identificadas por efectos de la triangulación fundamental de fuentes de información, y por ende, de credibilidad, consistencia y confirmabilidad, por los códigos que representan tales fuentes como sigue: aparecerán entre corchetes con la letra “E” referida a “Entrevista”, las letras “ESP” referidas a “Especialista”, “ENF” referidas a “Enfermera” y “ESS” referidas a “Entrevista a Servicios Sociales”, el número de entrevistado, 01 para el primero, 02 para el segundo, y así sucesivamente. Asimismo al lado de cada letra, el número de línea correspondiente a la cita significativa a la que corresponde cada categoría individual.

Fenomenología de la atención de los médicos a niños y niñas víctimas de abuso sexual en la emergencia pediátrica del Hospital Dr. Adolfo Prince Lara

Para los sujetos del presente estudio, el niño abusado sexualmente (NNVAS) en el momento de ingreso a la emergencia se encuentra temeroso [E3:008][ESS1:254], aprensivo [ESP3:009], muy vulnerable [E3:008][E4:009][EN1:006][ESP3:029], y no sólo alterado físicamente [E1:007] sino también alterado emocionalmente [E1:007-048]. Para el médico lo ocurrido al NNVAS significa un peligro [ESP2:007], un daño moral [ESP2:047] y un riesgo muy grave [ESP2:006]. Es una vivencia dramática [ESP2:102][ESP3:006] y desagradable [E1:006]. En definitiva es una experiencia brutal [ESP2:102] que deja una injuria permanente [ESP1:009] ante un hecho emocionalmente incomprensible [ESP1:220]. Debido a esto, la atención del NNVAS por parte del médico significa un reto [E3:005-012-025] y un tabú [E3:023-092-094]. Representa una situación nueva [E3:022] y un choque con la realidad [E3:035], que motiva una necesidad de protección integral [ESP2:005-013] por tratarse de algo muy delicado [E5:004][E5:006], complicado [E3:012], de gran importancia [E1:005][E2:009][EN1:006] y enardecente [E4:007-011]. Al ser humanista [E1:049-051][E3:099][E5:011-019][ESP1:006] [ESP3:028-049-051], padre [ESP2:101] y/o madre de familia [ESP3:014], el médico se torna sensible ante la atención del NNVAS .

Entre las prioridades iniciales de atención del NNVAS por parte del médico figuran brindarle protección [E2:009][E5:123][EN1:011][ESP1:042-051-136-138][ESP2:017][ESP3:064-068-110-144-146][ESS1:031-129-199-224-249], comodidad [E5:067][ESS1:029-249], apoyo psicológico [E1:008-020][E3:143-144][E5:132][EN1:114] y físico [E1:008-020][E3:143-144]

[EN1:114], además de también brindar apoyo a familiares [E2:084][EN1:013-115][ESP1:107-157] [ESP2:162][ESS1:129-255-261]. Sin embargo, ocasionalmente emergen dificultades al momento del ingreso del NNVAS porque hay pacientes que llegan de noche [E3:135][E4:025], madrugada [E1:067] y fines de semana [E3:138]. También, ocasionalmente hay ausencia de especialista adjunto [E1:062-064-091][ESS1:166] y médico forense [E1:067][E4:026]. Lo anterior conlleva al desconocimiento preciso de grados de lesiones [E1:057-087][EN1:059][ESP1:184]. Algunos pacientes presentan largo tiempo de espera para su abordaje, [E1:068][E4:103][ESP3:124] por lo que incluso hay pacientes que se fugan [E1:077-082][E2:082][E3:119-126][E5:042][ESP1:103][ESP2:145][ESP3:114][ESS1:146].

Se infiere que no existe un protocolo oficial documental y comparativo propio del hospital para la atención al NNVAS en el hospital pues hay duda de su existencia [E1:043][E3:054-084][E5:012][ESS1:074-099]. Hay un manejo de atención al NNVAS de manera empírica [ESP1:023-026-030-208][ESS1:074] y se observa dificultad para su establecimiento oficial [ESP1:018-024-027]. Sin embargo, si existe un protocolo empírico inicial desarrollado por el médico para la atención del NNVAS, el cual se pone en marcha con el abordaje ante la sospecha de abuso [ESP1:033-036-044-169][ESP2:028][ESP3:082][ESS1:054-078], hospitalización inmediata [E1:013][E2:021-079][E3:050-061][EN1:067-073][ESP1:040-050][ESP2:016-021][ESP3:109][ESS1:090-099-107-172] y manejo por infectología pediátrica [ESP3:092]. Además, se aplica antibióticoterapia empírica para infecciones de transmisión sexual (ITS) [E1:014-085-098][E2:025][E3:062][E5:028][ESP1:048-074][ESP2:189][ESP3:071] y se realiza una batería de paraclínicos [E1:015][E3:064-067][EN1:067-073][ESP2:051-057-188][ESP3:071-072].

También existe un protocolo empírico inter y transdisciplinario del manejo del NNVAS donde se canaliza el apoyo de enfermería [E1:104][E2:106-115][E3:058][E4:060][ESS1:041] y las siguientes interconsultas: especialista de guardia [E1:103][EN1:135-139][ESS1:191], gineco-obstetricia [ESP1:071-088][ESP2:022-052-064], medicina interna [ESP1:073], infectología [ESP3:096-129], psicología [E1:017-028][E1:134][E2:027-028-106-116][E3:059-073][E4:076][E5:086][ESP1:082][ESS1:069-106-109], psicopedagogía [E2:107-116], psiquiatría [E2:028-108][E3:073][E4:076][ESP1:082-088], Servicios Sociales [E1:035][E2:032-057-117][E3:070-073][E4:043-056-061-067-085][E5:024-072-073][EN1:034-046-077-135-196-201-204][ESP1:076-

087-179][ESP2:087][ESS1:014-041-045-063-100-105-108-139] y, finalmente, medicina forense [E1:031-071-111][E2:111] [E4:023-030-037-070] [EN1:074] [ESP1:078-080-088] [ESP2:052-064] [ESP3:129][ESS1:021-057-092-125-194]. Por último, se interpone la denuncia ante el Cuerpo de Investigaciones Científicas, Penales y Criminalísticas (CICPC) [E1:017-029-111] [E2:109] [E3:070-074] [E4:031-090] [EN1:024-078-200-204] [ESP1:077-081-089-147-158] [ESP2:022-053-132][ESP3:074][ESS1:023-043-142-207] y la LOPNA [E1:017-029-111][E2:037-057-072-109-118] [E3:070] [E4:035-068-075-086-090] [E5:026-074-079] [EN1:024-034-078-087-089-160-196-200-204][ESP1:077-089-108-146-148-158][ESP2:053-071-085][ESP3:074-077-106] [ESS1:017-022-042-043-056-100-106-109-126-141-206].

Aún con un protocolo empírico sustancial, los médicos evidencian debilidades durante al manejo médico del NNVAS, tales como ausencia de vigilancia [E1:076-080][E2:146-153][E3:118-126][E4:102-111-117][EN1:102][ESP1:085-087-097-117][ESP2:155][ESP3:113-116] [ESS1:148-149], autoridades competentes [E1:081-090][E4:101] y un área especializada para la atención del paciente [E2:136][E5:053-056-084][ESP1:188] que conlleva a un fallo en la privacidad para la atención del paciente [EN1:022-225-259] [ESP1:134] [ESS1:200-218-221]. Además hay acceso limitado a medicamentos [E2:131] [E3:079] [E5:046] [ESP1:092] [ESP3:097-121] y paraclínicos [E2:133-139] [E3:079] [E5:047] [EN1:147-155-225] [ESP1:191] [ESP2:056-098] [ESP3:097-121]. En contraste con las debilidades prenombradas, durante el manejo médico del NNVAS se corroboran fortalezas tales como la alta diligencia médica [E2:094-122-124-166] [E3:084][E4:107][E5:016-093-135][EN1:230-238][ESP1:010-054-127-129-197][ESP2:100] [ESP3:119][ESS1:2014] y la objetividad clínica en el manejo y atención del paciente [E4:015-019-049][E5:016-020-136][ESP1:007][ESP3:013-016-028-029-049], además del hecho de que el pensum post-grado del médico incluye maltrato infantil [ESP1:205].

Para finalizar, el seguimiento por parte del médico del caso del NNVAS, una vez dado de alta, no siempre permanece [E1:078][EN1:038][ESS1:162], pero sí lo hace Servicios Sociales [ESS1:155-159]. Motivado por todas estas circunstancias surgen recomendaciones a fin de mejorar la atención del NNVAS entre las cuales se encuentran: promover la prevención del abuso sexual infantil [ESP1:238-240][ESP2:114], manejar siempre un diagnóstico presuntivo [ESP1:231], profundizar los conocimientos médicos sobre abuso sexual infantil [E1:055-094] y dinamizar el manejo del paciente [ESP1:236][ESP2:182]. También recomiendan mejorar la vigilancia institucional [E1:124][E4:123][ESS1:245], habilitar un área sólo para el paciente

[E3:140][E5:053-111][EN1:266] e indicar privacidad en su manejo. [EN1:246][ESS1:198-202-223-248]. Y por último, recomiendan también tener acceso oportuno y satisfactorio a paraclínicos [ESP3:122], médico forense [E1:116], cirujano pediatra [E1:119], Servicios Sociales [E1:121][E3:132][E4:124] y LOPNA [E1:121][E3:132][ESP3:134-139].

DISCUSIÓN

Los sujetos del presente estudio encuentran que el NNVAS en el momento de ingreso a la emergencia llega en un estado temeroso, aprensivo, muy vulnerable y alterado no sólo físicamente sino también emocionalmente. Además, para el médico lo ocurrido al NNVAS simboliza un peligro, un daño moral y un riesgo muy grave. Se convierte en una vivencia dramática y desagradable. Es en definitiva una experiencia brutal y también un hecho emocionalmente incomprensible que crea una injuria permanente. Todas las anteriores son marcas especialmente emocionales y negativas que coinciden con lo descrito por Sanmartín (2008) en su publicación “Violencia contra niños”, donde señala que el NNVAS sufre una herida emocional propia de las ofensas sexuales, sintiéndose ofendidos, humillados, agraviados y desamparados, y que el abuso causa un daño directo a la salud, desarrollo y dignidad del niño ⁽¹⁷⁾.

Debido a la gravedad de lo ocurrido al paciente, la atención del NNVAS por parte del médico simboliza un reto y un tabú. Representa una situación nueva y un choque con la realidad que motiva una necesidad de protección integral por tratarse de algo muy delicado, complicado, de gran importancia y que en definitiva resulta un hecho enardecente. De la mano con ello, el médico se ve sensibilizado en la atención del NNVAS. Esto proviene de su ser humanista y su vivencia de ser padre de familia y/o madre de familia. Al igual que manifiesta Ludwig (2001) en un artículo sobre el manejo del abuso sexual en la emergencia pediátrica, el abuso sexual del niño es una emergencia psicosocial difícil de manejar por el médico en la emergencia, y éste genera un gran conflicto emocional en los profesionales de la salud del Departamento de Emergencia ⁽⁶⁾. Ante el conflicto emocional y el reto que se les presenta a los médicos de la Emergencia Pediátrica locación del presente estudio ante un NNVAS, destaca que irradian una empatía concordante con su profesión de atención a los pacientes como la atención a un ser humano más que a un paciente. Es un ponerse en el lugar del otro cuando visualizan al NNVAS dentro de su cosmovisión vivencial propia.

En concordancia con lo anterior, entre las prioridades iniciales de atención al NNVAS por parte del médico figuran el brindarle protección, comodidad, apoyo psicológico y, además, también brindar apoyo a los familiares. En contraste, ocasionalmente se presentan dificultades al momento del ingreso del NNVAS porque hay pacientes que llegan de noche,

mañana y en fines de semana. También ocasionalmente hay ausencia del especialista adjunto en el área, del médico forense. Otro elemento negativo emergente en la atención inicial del NNVAS es el desconocimiento preciso de grados de las lesiones que presente el paciente debido a lo anterior, y debido a esto transcurre un largo tiempo de espera para el abordaje de éstos, por lo que incluso hay pacientes que se fugan. Como concluyen Trenchs y cols. (2008) en su investigación, las características propias de las visitas en urgencias hacen difícil llegar al diagnóstico definitivo de estos pacientes en muchas ocasiones⁽¹³⁾. Es bien conocido que en la actualidad, en el medio público de salud venezolano suele existir un inevitable ajetreo propio de las emergencias y del elemento coyuntural de la Venezuela de hoy a la que no escapa esta Emergencia Pediátrica, lo que lleva al grupo de guardia al descuido no intencional de estos pacientes, siendo a veces extraídos del centro asistencial sin alta médica ni permiso del médico tratante.

Por otra parte, se infiere que no existe un protocolo oficial de atención al NNVAS en el hospital pues hay duda de la existencia del mismo. El manejo del NNVAS es empírico en el sentido de no tener un protocolo oficial de seguimiento documental propio y comparativo del hospital, además de que se observa dificultad para su proposición oficial. Un protocolo es prioritario y así lo manifiestan Cuevas y cols. (2008) quienes señalan que a estos pacientes se les debe asegurar el ingreso a un protocolo de atención en salud, incluyendo en éste atención interdisciplinaria⁽¹⁸⁾. Sin embargo, y en rescate de este elemento de prioridad institucional ausente, se rescata y valora en términos de alta competencia de los profesionales que atienden al NNVAS, que se apegan a un protocolo empírico inicial y subsiguiente que comienza con el abordaje ante la sospecha de abuso, hospitalización inmediata y manejo por infectología pediátrica. Asimismo, aplicación de antibióticoterapia empírica contra ITS y realización de la batería de paraclínicos pertinentes. El protocolo empírico médico es combinado con un protocolo empírico inter y transdisciplinario del manejo del NNVAS, donde se canaliza el apoyo de enfermería e interconsultas con el especialista de guardia, el servicio de gineco-obstetricia, medicina interna e infectología. También se canalizan las interconsultas por psicología, psicopedagogía, interconsulta por Servicios Sociales y finalmente, se canaliza la interconsulta por medicina forense. También se canalizan la denuncia a la LOPNA. Inferimos que el término LOPNA se refiere al Consejo Municipal de derecho del Niño, Niña y del Adolescente (CMDNA), en tanto las

siglas LOPNA se refieren a Ley Orgánica para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes. También se interpone la denuncia ante el CICPC. Todo lo anterior destaca la buena labor de los médicos que atienden los casos del NNVAS en cuanto a pasos concordantes entre sí para lograr un servicio profesional médico efectivo. Sin embargo, tal como lo manifiestan Seldes y cols. (2008) debe mantenerse la idea de responder a la necesidad del diseño de un protocolo de coordinación entre los servicios de urgencia, especialistas en pediatría, ginecología, urología, psicología, psiquiatras y otros profesionales capacitados con el fin de proporcionar la atención adecuada a estos pacientes ⁽³⁾.

Un protocolo documental oficial de atención al NNVAS también coadyuvaría a destacar y resolver por parte de la administración del hospital las debilidades que se observan en dicha atención. Estas debilidades se refieren como ausencia de vigilancia institucional, ausencia de autoridades competentes y ausencia de un área especializada para la atención del paciente, por lo cual ocurre un fallo en la privacidad de su atención, además del acceso limitado a medicamentos y acceso limitado a paraclínicos. Éstas debilidades se observan como carencias habituales y casi inherentes a las instituciones públicas de salud, donde se presenta una amplia gama de contratiempos que obstaculizan, entorpecen y retardan el manejo integral de algunos pacientes. En contraste con ello, durante el manejo médico del NNVAS también se corroboran fortalezas tales como la alta diligencia médica en atención al paciente, la objetividad clínica en su manejo y el hecho de que el pensum de post-grado del médico incluye maltrato infantil. Tales rasgos concuerdan con las características y aptitudes requeridas por parte del personal de salud y puntualizadas en el año 2011, por el Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas (UNICEF, por sus siglas en inglés), entre las que destacamos en comparación la necesidad de actuar rápidamente, pero sin la precipitación emocional que le impida evaluar los aspectos relevantes del caso, tener capacidad de trabajar en equipo y tener una actitud proactiva de autoformación en el tema, entre otras ⁽¹⁹⁾.

Posterior a esto, el seguimiento por parte del médico del caso del NNVAS una vez dado de alta no siempre permanece. Tal situación discrepa con lo referido por Ludwig (2001) cuando destaca que no sólo son las metas del médico de emergencia realizar el diagnóstico

oportuno sino también que se debe proporcionar un tratamiento a largo plazo ⁽⁶⁾. Se debe destacar que por parte de Servicios Sociales sí permanece un seguimiento luego del egreso del NNVAS. Al igual que establecen Cuevas y cols. (2008), uno de los objetivos principales es evitar la repetición de la violencia sexual, ofreciendo servicios adicionales de calidad para tratar apropiadamente a las víctimas y a sus familias, disminuyendo las secuelas psíquicas y físicas mediante el seguimiento de los casos a corto, mediano y largo plazo ⁽¹⁸⁾.

Finalmente, en las últimas categorías que emergen de la investigación, los sujetos de estudio puntualizan recomendaciones a fin de mejorar la atención efectiva del NNVAS, entre las cuales se encuentran: promover la prevención del abuso sexual infantil, manejar siempre un diagnóstico presuntivo, profundizar los conocimientos médicos sobre abuso sexual infantil y dinamizar el manejo del paciente. También indican mejorar la vigilancia institucional, habilitar un área sólo para el paciente e indicar privacidad en su manejo. Por último, recomiendan tener acceso satisfactorio a paraclínicos, al médico forense, al cirujano pediatra, y tener acceso inmediato a Servicios Sociales y a la LOPNA.

CONCLUSIONES

El sentido que le dan los médicos a la atención de los niños y niñas víctimas de abuso sexual (NNVAS) en la emergencia pediátrica del Hospital Dr. Adolfo Prince Lara es profundamente significativo, y lo perciben inicialmente a través de una exposición del estado en que estos últimos ingresan al servicio.

Al momento de ingresar a la emergencia pediátrica, el NNVAS se halla en un estado de temor, aprensión, gran vulnerabilidad, alterado físicamente y emocionalmente. En suma, para el médico, lo ocurrido al NNVAS representa un peligro, un daño moral y un riesgo muy grave. También lo visualiza como una vivencia dramática, desagradable y brutal que deja una injuria permanente y que les resulta también un hecho emocionalmente incomprensible. Ante esto, la atención del NNVAS adquiere para el médico el carácter de un reto y un tabú, que representa una situación nueva y un choque con la realidad, que en consecuencia motiva la necesidad de dar una protección integral por tratarse de algo muy delicado, complicado y de tal importancia que indigna en sobremanera al médico. De la mano con ello, este último se muestra sensibilizado en la atención del paciente por factores que honran su ser humanista y ser padre y/o madre de familia.

Como prioridades iniciales en la atención del NNVAS, el médico favorece las de brindarle protección, comodidad, apoyo psicológico y físico, además de brindar apoyo a familiares por igual. Sin embargo, en ocasiones surgen dificultades al momento de su ingreso pues algunos de estos pacientes llegan de noche, madrugada y fines de semana. Asimismo, ocasionalmente hay ausencia del especialista adjunto y del médico forense. También, hay desconocimiento preciso de los grados de lesiones, y en vista de ello, transcurre un largo tiempo de espera para su abordaje, por lo que inclusive hay pacientes que huyen de la emergencia.

A propósito de estas circunstancias se infiere que no existe un protocolo oficial documentado y propio del hospital para la atención al NNVAS puesto que los médicos dudan de su existencia. El manejo del NNVAS es empírico en el sentido de no tener un protocolo oficial de seguimiento documental propio y comparativo del hospital, además se manifiesta dificultad para su establecimiento oficial. No obstante, existe un protocolo

empírico inicial profesional desarrollado por el médico para la atención del NNVAS, el cual inicia con el abordaje ante la sospecha de abuso, hospitalización inmediata y manejo por infectología pediátrica. Se aplica antibióticoterapia empírica para infecciones de transmisión sexual (ITS) y se realiza la batería de paraclínicos pertinentes. En conjunto, existe además un protocolo empírico inter y transdisciplinario donde se canaliza el apoyo de enfermería, y las interconsultas pertinentes con el especialista de guardia y los servicios de gineco-obstetricia, medicina interna e infectología. También se canaliza la interconsulta por psicología, psicopedagogía, psiquiatría y Servicios Sociales. Finalmente, se canaliza la interconsulta por medicina forense y la denuncia ante lo que coloquialmente denominan la LOPNA, y que en la práctica se refiere a remitirse al Consejo Municipal de Derecho del Niño, Niña y del Adolescente (CMDNA), en tanto las siglas LOPNA se refieren a Ley Orgánica para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes. Asimismo, se interpone la denuncia también ante el Cuerpo de Investigaciones Científicas, Penales y Criminalísticas (CICPC).

Incluso implementando este protocolo empírico, existen debilidades en el manejo médico del NNVAS tales como ausencia de vigilancia, autoridades competentes y un área especializada para la atención del paciente, produciendo un fallo en la privacidad para su atención, además del acceso limitado a medicamentos y paraclínicos. En contraste con ello, durante el manejo médico del NNVAS se corroboran fortalezas tales como la alta diligencia médica, la objetividad clínica y el hecho de que el pensum de post-grado del médico incluye maltrato infantil.

Finalmente, el seguimiento del NNVAS por parte del médico una vez dado de alta no siempre persiste, no siendo así por parte de Servicios Sociales el cual sí permanece. Motivado por todo esto, los médicos de esta emergencia exhortan a promover la prevención del abuso sexual infantil, manejar siempre un diagnóstico presuntivo, ahondar los conocimientos médicos sobre abuso sexual infantil y dinamizar el manejo del paciente. Además, mejorar la vigilancia institucional, habilitar un área sólo para el paciente e indicar privacidad en su atención. Se recomienda también tener acceso satisfactorio y oportuno a paraclínicos, médico forense, cirujano pediatra, Servicios Sociales y “LOPNA” a fin de mejorar la atención del NNVAS.

RECOMENDACIONES

A partir del sentido emergente del fenómeno que estudiamos podemos exponer una serie de recomendaciones que contribuyan al abordaje clínico integral y efectivo de los niños y niñas víctimas de abuso sexual que acuden a la emergencia pediátrica del Hospital Dr. Adolfo Prince Lara. Implementándolas de forma responsable y consistente se lograría ayudar a un sector importante de la población quienes, en vista de representar el futuro de la nación, deben ser protegidos con especial atención para asegurar su salud, dignidad y desarrollo integral como miembros de la sociedad.

Conocemos que los NNVAS ingresan a la emergencia pediátrica en una situación que consideran deleznable, por ello es imperativo remarcar el papel fundamental que juega la empatía por parte del médico y el personal de salud en general a la hora de la atención situaciones de esta índole. Aun cuando históricamente el pensamiento colectivo occidental ha conocido al médico dentro de una medicina mecanicista y alopática, hoy en día se reconoce que el médico no debe tratar solo las patologías sino a las personas en sí, quienes tienen historias personales, emociones y sentimientos, y en quienes la atención psíquica juega un papel igualmente importante, tanto como la atención a las dolencias físicas. Particularmente en este caso cobra mayor importancia el calor humano, puesto que los pacientes en este caso son niños a quienes les ha sido vulnerada su inocencia e integridad, de manera que es misión del equipo clínico restaurar esa armonía y así asegurar su correcto desarrollo.

Ocasionalmente surgen dificultades al momento del ingreso y atención de estos pacientes, aunado a algunas debilidades institucionales que entorpecen el manejo clínico del niño o niña. Cobra relevancia la ausencia de vigilancia y autoridades competentes y ausencia de un área especializada para la atención del paciente, produciendo un fallo en la privacidad para su atención, además del acceso limitado a medicamentos y paraclínicos que afectan a todos los pacientes y sus familiares por igual. Por ello es recomendable implementar medidas orientadas a reformar y optimizar el trabajo del personal de seguridad y vigilancia, orientadas a brindar la protección óptima a todo quien more en la institución hospitalaria, poniendo particular esmero en evitar que estos pacientes sean extraídos o huyan antes de

completarse su manejo clínico. Del mismo modo, contar con el acceso oportuno y eficaz al equipo de profesionales necesarios para el pronto abordaje integral de los pacientes. Es también fundamental contar con la amplia gama de medicamentos requeridos para tratar, tanto de forma preventiva como curativa, cualquier patología que se presente, sea esta de carácter infecto-contagioso o no. Además, de solicitar a la gerencia de la institución su buena pro no sólo en cuanto a lo anterior sino también en colaborar para mantener la completa disponibilidad y acceso a los exámenes paraclínicos necesarios en la determinación diagnóstica de enfermedades, donde resaltan con particularidad las infecciones de transmisión sexual (ITS), de este modo se asegura el abordaje completo del paciente dentro de la institución.

Aun cuando la atención profundamente profesional de estos pacientes pueda llegar a proporcionar resultados positivos a través de un protocolo empírico no documentado y aprobado por la institución, resulta fundamental el desarrollo e implementación de un protocolo oficial diseñado y ensayado en la práctica clínica que asegure en su totalidad la correcta dinamización y coordinación entre el servicio de emergencia, especialistas en pediatría y demás especialistas y profesionales capacitados, con el fin de detectar y valorar los indicadores de sospecha, su exploración y seguimiento, indispensables para el diagnóstico acertado de los casos de abuso. La práctica profesional y efectiva y sus resultados por parte de los médicos que laboran en este servicio y que colaboraron en el desarrollo de la presente investigación son pilar académico y clínico para su diseño, implementación y valoración, así como fuente de inspiración como seres humanos, padres y madres sumamente sensibles ante estos casos. Desde la hipótesis que emerge de la necesidad del diseño del protocolo formal para el abordaje de los NNVAS en el Hospital Dr. Adolfo Prince Lara, éste se visualizaría desde ya como un diseño preliminar de una suerte de manual de procedimientos que deje plasmado no sólo el desarrollo inicial de atención sino también la estancia y el seguimiento posterior al egreso de la institución médica, lo cual representa un elemento de intrínseca importancia para el ejercicio médico, la salud pública en general y la salud infantil en lo particular.

En concordancia directa con lo anterior y para finalizar, es notable resaltar la importancia de la participación del médico en el seguimiento de estos pacientes, aun cuando no se

hallen internados en la institución, puesto que es necesario proporcionar atención de calidad para tratar apropiadamente a las víctimas y a sus familias con el fin de mitigar las secuelas psíquicas y físicas resultantes de este evento traumático. Sabemos que en las actuales circunstancias sociales de nuestro país, el pensamiento para emprender esta acción se torna borroso y se observa dificultoso, sin embargo, ante los retos surge la creatividad, y es algo que debe ser incluido en un futuro diseño de protocolo, como se dijo anteriormente.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: Centro de Prensa de la OMS. [actualizado Ene 2014; citado Jul 2014] Maltrato infantil. Nota descriptiva N° 150. [aprox. 6 pantallas]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/>
2. López J, Baena MR. Síndrome de Münchaussen: a propósito de un caso. SEMERGEN - Medicina de Familia [Internet]. Dic 2001 [citado Jul 2014];27(6):[aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/semergen-medicina-familia-40/sindrome-munchausen-proposito-un-caso-13023112-cartas-al-director-2001>
3. Seldes JJ, Ziporovich V, Viota A, Leiva F. Maltrato Infantil: Experiencia de un abordaje interdisciplinario. [Internet]. Archivos Argentinos de Pediatría 2008 Nov-Dic 2008 [citado Jul 2014];106(6):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v106n6/v106n6a05.pdf>
4. Vainstein N, Fernández AV, Padín C, Zito Lema V, Gimol P, Duro E. Por qué, cuándo y cómo intervenir desde la escuela ante el abuso sexual a niños, niñas y adolescentes (Guía conceptual). 1ra. Ed. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF): Argentina. 2013. Disponible en: http://www.unicef.org/argentina/spanish/educacion_Abuso_Sexual_170713.pdf
5. Lozano R, Zolezzi AR, Azaola E, Castro R, Pamplona F, Atrián ML. y cols. Extracto del Informe Nacional Sobre Violencia y Salud. 1ra. Ed. México D.F. 2006. Disponible en: http://www.unicef.org/mexico/spanish/Informe_Nacional-capitulo_II_y_III%282%29.pdf
6. Ludwig S. Abuso sexual, manejo en la emergencia pediátrica. [Internet]. Nov 2001, Archivos Pediatría del Uruguay 2001 [citado Jul 2014];72(S):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/adp/v72s1/v72s1a08.pdf>
7. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF Comité Español. Convención de los Derechos del Niño 20 de Noviembre de 1989. Ed. Nuevo Siglo; Madrid. Jun 2006.
8. OEA: Organización de los Estados Americanos. Declaración de los Derechos del Niño de 1959. Washington, D.C., Estados Unidos. Oct 2009.
9. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Gaceta Oficial Extraordinario N° 5.453 del 24 de Marzo del 2000
10. Ley Orgánica para la Protección del Niños, Niñas y Adolescente. Gaceta Oficial N° 5. 266 Extraordinario. Oct 2, 1998.
11. Villamediana C, Pereira F; Agencia PANA-Cecodap. Somos Noticia (Un panorama sobre las diferentes formas de violencia contra niñas, niños y adolescentes). Caracas: El Papagayo – Cecodap; 2011.

12. Quintero C. Cifras de abuso sexual infantil aumentan en vacaciones. El Carabobeño. Jueves 26 de Julio de 2007, pp. A-6.
13. Trenchs V, Curcoy AI, Ortiz J, Macías C, Comas L, Luaces C. Abuso sexual infantil. Características de las consultas y manejo desde el servicio de urgencias. Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias 2008; 20: 173-178 [Internet]. Mar 2008 [citado Jul 2014]; 20(3):[aprox. 10 p.]. Disponible en: http://www.semes.org/revista/vol20_3/5.pdf
14. Gil J, Ostos R, Largo E, Acosta L, Caballero MA. Valoración médica de la sospecha de abuso sexual en personas menores de edad: A propósito del estudio de tres casos. Cuadernos de Medicina Forense, 12(43-44), [Internet]. Ene-Abr 2006 [citado Jul 2014];12(43):[aprox. 18 p.]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/cmfn/n43-44/05.pdf>
15. Díaz LA. Editor. Visión investigativa en ciencias de la salud (Énfasis en paradigmas emergentes). 1ra Ed. Valencia; 2011.
16. Martínez MM. Ciencia y arte en la metodología cualitativa. 2da. Ed. México: Trillas; 2010.
17. Sanmartín J. Violencia contra niños. 4ta Ed. Barcelona: Ariel; 2008.
18. Cuevas A, Pinilla F, Barrios M, Gómez PI, Vásquez R, Cárdenas M, y cols. Protocolo para el abordaje integral de la violencia sexual desde el Sector Salud. 1ra Ed. Bogotá: Pro-offset Editorial S.A; 2008.
19. Ministerio de Salud de Chile, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF. Guía Clínica: Atención de Niños, Niñas y Adolescentes Menores de 15 años, Víctimas de Abuso Sexual. 1era Ed. Santiago: Andros Impresores; 2011.

(Anexo A)



"Eficiencia o Nada"
Llegó la solución para Carabobo

Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara"
Dirección - Médica

Puerto Cabello, 24 de Octubre del 2014

Ciudadano:
Prof. Amílcar Pérez
Coordinador de asignatura
Proyecto de Investigación Médica II.

Ante todo reciba un saludo revolucionario y afectuoso, me dirijo a usted en la oportunidad de informar que se autoriza la recolección de información de las entrevistas a profundidad necesarias para la elaboración y desarrollo del trabajo de grado titulado **"Fenomenología hermenéutica de la atención de los médicos a niños y niñas víctimas de abuso sexual en la emergencia pediátrica del "Hospital Adolfo Prince Lara de Puerto Cabello", de los bachilleres:**

- Caraballo Julian C.I.: 21.199.960.
- Cardona katerine C.I.: 21.479.442
- Cheng Angelica C.I.: 19.296.474
- Ruiz Freddy C.I.: 20.664.208.
-

Sin más que hacer referencia,

Atentamente

Dra. Carolina Medina
Directora H.A.P.L.

Dirección: Av. La Paz, frente al Diario La Costa
Telf.: 0242-3647704

(Anexo B)

Consentimiento Informado

Título de la investigación: Fenomenología hermenéutica de la atención de los médicos a niños y niñas víctimas de abuso sexual en la Emergencia Pediátrica del Hospital Dr. Adolfo Prince Lara.

Integrantes principales: Caraballo Julian, Cardona Katherine, Cheng Angelica y Ruíz Freddy.

Lugar donde se adscribe la investigación: Universidad de Carabobo – Escuela de Medicina.

Estimado(a): _____

Somos estudiantes de la Escuela de Medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo. A través de este proceso denominado consentimiento informado, a usted se le está invitando a participar en esta investigación, por lo que antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender los siguientes apartados. Siéntase libre de preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Propósito de la investigación: Construir el sentido que le dan los médicos de la Emergencia Pediátrica del Hospital Dr. Adolfo Prince Lara, a la atención de niños y niñas víctimas de abuso sexual.

Justificación y beneficios de la investigación: La marcada frecuencia con la que se presentan casos de abuso sexual infantil ha despertado nuestra sensibilidad social, impulsándonos a emprender una investigación que nos dé luces sobre la manera en que se está tratando esta problemática y como se están llevando los casos a una resolución en la atención que se les está dando en la Emergencia Pediátrica del Hospital Dr. Adolfo Prince Lara. Es nuestra firme convicción que los niños son el alma y corazón de cada país, por lo que deben ser protegidos con especial atención, y que como futuros médicos hemos de velar por los más indefensos. Sin dudarlos, los benefactores principales de este estudio serían los niños, porque después de este estudio se espera que el nivel de conocimiento sobre el manejo de esta situación sea comprendido, indicando así, el estado del fenómeno en la actualidad, recomendaciones, elementos positivos y acciones pertinentes si es lo indicado.

Procedimientos durante la investigación: el propósito general de la investigación exige realizarle una entrevista a profundidad y tomar nota de las observaciones significativas en cuanto al fenómeno en estudio. A su vez, se tomará en cuenta toda aquella documentación relacionada a ésta, por lo que la participación incluye su disponibilidad. Durante la entrevista estaremos utilizando como recursos la grabadora y el cuaderno de campo, con el respectivo resguardo de su imagen. En el primero registraremos todo lo que acontezca durante la entrevista y las observaciones con el mayor detalle significativo posible. Mientras que la grabadora permitirá mejorar la captación y el registro de la entrevista que posteriormente facilitará la descripción e interpretación de la información. La información recogida y dada por usted con referencia a personas, ciudades, instituciones, lugares o cualquier otra expresamente identificada por usted como privada, será tratada con la más absoluta confidencialidad usando un seudónimo. Usted podrá igualmente informar su deseo de no participar en el estudio, hasta finales del mes de marzo de 2015. Para ese momento estaremos en las etapas

finales del proceso de la redacción del informe final de la investigación. Su decisión de participar en la investigación es completamente voluntaria. No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted en caso de no aceptar la invitación. No tendrá que hacer gasto alguno durante la investigación. No recibirá pago por su participación. En el transcurso del estudio usted podrá solicitarnos información actualizada sobre éste, en caso de que tenga dudas sobre sus derechos como participante en la investigación. Usted puede hacernos cualquier pregunta si tiene alguna duda acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación en la investigación, y las contestaremos en la medida de lo posible. Todo lo anterior lo hacemos con el conocimiento y como cumplimiento de los aspectos bioéticos para realizar investigación científica y nos apegamos a ellos. Los hallazgos de la investigación serán compartidos con otros miembros de la comunidad científica y de la comunidad en general una vez realizada su publicación.

Muchas gracias por su participación.

Caraballo Julián
C.I: 21.199.960
Email: julianrcaraballo@gmail.com

Cardona Katherine
C.I: 21.479.442
Email: katheneri@gmail.com

Cheng Angélica
C.I: 19.296.474
Email: angelicacheng_13@hotmail.com

Ruiz Freddy
C.I: 20.664.208
Email: bipofred@hotmail.com

Carta de consentimiento informado:

Yo, _____ portador(a) de la C.I. _____, he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que la información obtenida en la investigación puede ser publicada o difundida con fines científicos. Convengo en participar en esta investigación. Recibiré una copia firmada y fechada de este formato de consentimiento.

Firma: _____

Fecha: _____

Lugar: _____

Hora: _____