



International
Planned
Parenthood
Federation

FEDERACION INTERNACIONAL DE
PLANIFICACION DE LA FAMILIA
REGION DEL HEMISFERIO OCCIDENTAL

Lineamientos para el diagnóstico y tratamiento del

abuso sexual
en la infancia

abuso
sexual
en la

IPPF/RHO le agradece a la Asociación Médica Americana (*American Medical Association - AMA*) por concedernos el permiso para traducir este documento *Diagnostic and Treatment Guidelines on Child Sexual Abuse* (marzo 1992) al español y distribuirlo en América Latina y el Caribe.

La traducción y publicación de este documento al español se posibilitó con el apoyo económico del Programa de la Comisión Europea sobre VIH/SIDA en Países en Desarrollo y la Fundación Bill y Melinda Gates. El contenido de este documento no ha sido aprobado por ninguna de estas organizaciones y no les compromete legalmente en ninguna manera.

Los siguientes lineamientos fueron preparados por Carol D. Berkowitz, MD, Los Angeles; Donald C. Bross, JD, PhD, Denver; David L. Chadwick, MD, San Diego, y J.M. Whitworth, MD, Jacksonville. Entre los expertos que los revisaron están: Judith Ann Bays, MD, Lake Oswego, Oregon; Marilyn Benoit, MD, Washington, DC; Katherine Kaufer Christoffel, MD, Chicago; Richard D. Krugman, MD, Denver; Carolyn J. Levitt, MD, St. Paul, y Margaret T. McHugh, MD, MPH, New York. También colaboraron Mary Anne Reilly, Arlington, y sus colegas de Moving Forward, una publicación para sobrevivientes de abuso sexual en la infancia. Los lineamientos también fueron revisados por varios médicos, a quienes se agradece su ayuda. El personal de la Asociación Médica Americana (AMA) que colaboró fue: Roger L. Brown, PhD; Rob Conley, MD, JD; Sona Kalousdian, MD, MPH, y Marshall D. Rosman, PhD. Se agradece la cooperación y el apoyo del Comité sobre Maltrato y Negligencia en la Infancia de la Academia Americana de Pediatría.

Traducido al español por Claudia Díaz Olavarrieta, MC; asistencia técnica, Francisco Paz. Subdirección General de Investigación. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía de México.

Coordinación editorial:
Rosamaría Roffiel

La sección sobre América Latina fue elaborada por Rosamaría Roffiel y Adriana Ortiz-Ortega y revisada por María Cecilia Claramunt y Patricia Vargas Sagot. Se agradece el apoyo de María del Carmen Sánchez y Lillian Liberman, Yaocíhuatl; de CIMAC, Maestra Irma Saucedo y Dra. Rosi Beléndez, México.

Se agradece también a Doris Bertzeletos por su apoyo en la compilación de los directorios de organizaciones en Latinoamérica y el Caribe.

No se pretende que estos lineamientos sean considerados o sirvan como una norma de atención médica. Los estándares respecto a la atención médica son determinados con base en todos los hechos y circunstancias involucrados en los casos individuales y están sujetos a cambios, a medida que el conocimiento científico y la tecnología avanzan, y los patrones de práctica médica evolucionan. Estos lineamientos reflejan el punto de vista de científicos expertos y de reportes en la literatura hasta marzo de 1992.

Lineamientos para el diagnóstico y tratamiento del

abuso sexual en la infancia

ÍNDICE

Introducción	4
Hechos sobre el abuso sexual de menores	6
Consideraciones éticas	7
Presentación	8
Hallazgos en cuanto a conducta	9
Proceso de entrevista	11
Examen físico	15
<i>Signos físicos</i>	
<i>Examen colposcópico</i>	
<i>Fotografías</i>	
<i>Exámenes de laboratorio</i>	
<i>Aspectos del tratamiento</i>	
Documentación	20
Requisitos para presentar un reporte	22
Obtención de una orden de custodia temporal	25
Testimonio	26
Manejo de riesgo	27
Tendencias en tratamiento y prevención	29
Situación en América Latina	30
<i>Rasgos generales</i>	
<i>Aspecto legal</i>	
<i>Algo para reflexionar</i>	
Organizaciones No Gubernamentales	36

Introducción

El abuso sexual infantil intrafamiliar es manifestación de una familia disfuncional. El proveedor de salud debe valorar las necesidades inmediatas de seguridad y tener en cuenta el bienestar del niño a largo plazo.

Los niños abusados sexualmente son vistos en todo tipo de consulta médica y en diversas situaciones clínicas, y para protegerlos de futuros daños, los proveedores de salud deben hacer lo siguiente:

- Identificar los signos y síntomas del abuso sexual infantil
- Proporcionar una evaluación médica y tratamiento de las lesiones y condiciones producto del abuso sexual
- Tomar las medidas de emergencia necesarias para proteger al niño de mayores daños. La responsabilidad del proveedor de salud debe extenderse hasta donde sea posible para garantizar la seguridad del pequeño. Cuando sea permitido por la ley, debe arreglar la custodia del niño abusado en caso de que exista un riesgo de mayor daño. Los niños en riesgo pueden ser hospitalizados o puestos en adopción temporal
- Ofrecer evaluación médica con registros precisos y detallados
- Tener una actitud objetiva y profesional hacia el niño y sus cuidadores
- Cuando se pueda, establecer o mantener una alianza terapéutica con la familia. A veces, el proveedor de salud es el único profesional que tiene contacto con la familia una vez que el tratamiento ha concluido
- Hacer una evaluación médica de otros niños que vivan en la misma casa
- Reportar todos los casos de sospecha de abuso sexual de menores, de acuerdo con los requisitos legales necesarios
- Estar dispuesto y disponible a ofrecer evidencia en la Corte.

El abuso sexual de menores ha sido endémico por generaciones, pero el reconocimiento de su frecuencia y sus efectos psicológicos potencialmente devastadores es algo reciente. En cualquier ambiente médico/clínico donde se atienden niños debe existir un plan para la identificación y manejo de tales casos. En Estados Unidos, la Comisión para la Certificación de Organizaciones de Salud requiere este tipo de protocolos. La Academia Americana de Pediatría ha publicado lineamientos para la evaluación del abuso sexual a menores, así como la violación en adolescentes.

Es posible que el proveedor de salud se sienta poco capacitado para examinar a un niño abusado sexualmente. En general, las necesidades de estos niños requieren de un entrenamiento especial que va más allá del que se ofrece en los entrenamientos médicos comunes. Al principio, la atención se debe centrar en una posible orientación, canalización o consulta pediátrica para determinar cuál es la mejor forma de asegurar una intervención adecuada sin obstruir la obtención de evidencia crucial.

Valerse de un enfoque multidisciplinario es esencial en los casos de abuso sexual infantil. La participación obligatoria de las agencias de servicio social y de instancias legales, la necesidad de consultas frecuentes con expertos en el campo del abuso sexual y la necesidad absoluta de una intervención terapéutica para el niño y su familia, son un ejemplo de esto.

Por lo tanto, es necesario que otras disciplinas además de la medicina contribuyan al diagnóstico y desarrollo de planes de manejo para las familias afectadas. Un equipo multidisciplinario debe incluir lo mismo a médicos y profesionales en el campo legal, de salud mental y de servicios sociales que ofrezcan asesoría y revisión de casos que a trabajadores del área de atención primaria. En muchas comunidades existen equipos de protección al menor que trabajan activamente, y en algunos estados norteamericanos, éstos son obligatorios por ley. Si no se cuenta con un equipo multidisciplinario, el proveedor de salud debe hacer todo lo que esté a su alcance para crearlo.

Hechos acerca del abuso sexual de menores

El abuso sexual de menores se puede definir como el involucramiento de un niño en actividades sexuales para las cuales no se encuentra preparado y no puede otorgar su consentimiento informado.

El abuso sexual no necesariamente incluye el coito. A menudo no se utiliza la fuerza física. De hecho, el agresor usa técnicas de seducción de manera gradual. Las actividades sexuales pueden incluir contacto genital o anal con el niño o formas de abuso sin contacto físico, tales como exhibicionismo, voyerismo o utilización del niño para la producción de pornografía. El abuso sexual puede producir lesiones ano-genitales o estar acompañado de otros signos de abuso físico, como golpes, o de negligencia manifestada como higiene precaria. Con frecuencia, los sobrevivientes de abuso sexual experimentan efectos adversos a largo plazo en su bienestar psicológico y social, y tienen mayores probabilidades de ser victimizados más adelante en su vida.

Estudios recientes sugieren que aproximadamente el 20% de los niños serán abusados sexualmente de una u otra forma antes de llegar a la edad adulta; esta cifra se acumula a un promedio del uno por ciento anual. Tanto los niños como las niñas pueden ser victimizados, y el abuso puede ocurrir en ambientes intra o extrafamiliares. Aunque los agresores son con mayor frecuencia varones, las mujeres también pueden ser abusadoras; asimismo, los adolescentes son perpetradores en por lo menos el 20% de los casos. Por lo general, el abuso sexual es cometido por alguien conocido del niño y a menudo continúa por períodos prolongados de tiempo.

Los niños que viven en un hogar en donde existen otras formas de maltrato (ej. maltrato a la esposa) se encuentran en riesgo.

Hay evidencias de que el maltrato físico y el abuso sexual infantil a menudo ocurren en generaciones sucesivas de familias. Este "ciclo de abuso", como se le llama comúnmente, no termina a menos que medie una intervención.

Aunque la creencia de que el abuso sexual proviene de extraños es una percepción generalizada en la mente de las personas, este tipo de abuso representa de hecho un porcentaje pequeño del total de casos.

Por último, es común que los agresores nieguen haber causado algún tipo de lesión a consecuencia de su contacto sexual con el niño, así como cualquier forma de victimización. También pueden atacar a la persona que condene esa forma de actividad sexual y con frecuencia sacan a relucir sus derechos civiles.

Consideraciones éticas

Cuando un proveedor de salud que mantiene una relación profesional con los miembros de una familia sospecha que un niño está siendo abusado por el o los padres, es posible que surja un conflicto entre su deber de reportar el abuso y el deseo de los padres de mantener ese problema entre él y la familia. En Estados Unidos, los proveedores de salud resuelven esto al mencionarles a los padres que es una obligación legal reportar el caso, y manteniéndose neutrales respecto a sus reacciones. Sin embargo, muchos padres pueden decidir terminar la relación con el médico que reporta el abuso. Si el proveedor de salud no sólo identifica la sospecha de abuso sino que también realiza un diagnóstico médico "definitivo", debe estar preparado/a para declarar contra el padre agresor en un procedimiento legal que los colocará como adversarios, y que convertirá en algo extremadamente difícil la relación proveedor de salud-paciente que involucre al padre u a otro cuidador.

La mayoría de los proveedores de salud en el área de atención primaria resuelven este problema al enviar al niño para que le hagan una valoración médica forense y ofrecerle servicios médicos y de apoyo tanto al niño como a la familia. Si el proveedor de salud es también la persona más calificada para realizar las valoraciones definitivas de abuso, puede ser necesario enviar a la familia con otro profesional. El problema no se puede resolver legalmente si no se reporta la sospecha de abuso, ya que al no hacerlo se pone en peligro la vida del niño.

Presentación

Los niños abusados sexualmente acudirán para ser atendidos en consulta por una gran variedad de razones. Pueden ser llevados:

- A una consulta médica de rutina, a causa de una enfermedad no relacionada, un problema de conducta o una queja física
- Por un cuidador que sospecha que el niño está siendo abusado sexualmente
- Por personal de agencias de servicio social o policial para una evaluación médica que forma parte de una investigación.

Ya que los niños que están siendo abusados sexualmente con frecuencia son manipulados para mantener la situación en secreto, los proveedores de salud deben permanecer alerta a la posibilidad de abuso aun cuando el niño no lo mencione o diga que nunca le han hecho daño. Cuando el niño reporta una historia de abuso sexual, la información debe ser recibida de manera sensible y se le debe tomar en serio. En estos casos es necesario realizar una evaluación. Si el proveedor de salud no se siente capacitado emocional o intelectualmente para esta tarea, debe referir al niño a un experto.

Encuestas retrospectivas han documentado el hecho de que existe un porcentaje suficientemente alto (quizás de un 20%) de adultos sobrevivientes de abuso sexual, por lo que un médico clínico se topará con estas personas en su práctica profesional. Los adultos que tienen problemas no resueltos como consecuencia del abuso sexual en su infancia pueden acudir a los servicios de atención primaria por diversas razones. Estos sobrevivientes de trauma infantil están entre los pacientes que reportan molestias complejas y confusas, y merecen una valoración cuidadosa y sensible de sus quejas.

Hallazgos en cuanto a conducta

Los síntomas de alteración en la conducta que presenta el niño no son específicos, por lo que se sugiere cautela para no atribuir toda queja de este tipo al abuso sexual. Los síntomas también pueden ser indicadores de elementos de estrés no relacionados con abuso. Las reacciones a dichos estresores dependen de la edad y la madurez emocional del niño, la naturaleza del incidente, la duración del estrés, la historia personal y la manera en que el niño se relaciona con la fuente de estrés.

El niño, dependiendo de su edad, puede:

- Mostrar extremos de actividad (hiperactividad o retraimiento)
- Manifestar baja autoestima
- Relacionarse poco con sus compañeros
- Expresar sentimientos generalizados de vergüenza o culpa
- Mostrar una imagen corporal distorsionada (dibujos distorsionados)
- Mostrar conducta regresiva
- Tener enuresis y/o encopresis
- Presentar miedos o fobias, especialmente hacia los adultos
- Mostrar conductas de pseudomadurez
- Mostrar deterioro en su rendimiento escolar
- Presentar trastornos en su alimentación
- Mostrar conductas sexualmente provocativas
- Practicar masturbación compulsiva
- Abusar sexualmente de un hermano(a), amigo o niño más pequeño
- Volverse sexualmente promiscuo
- En jóvenes adolescentes, embarazarse
- Huir de casa
- Intentar suicidarse.

Entre los signos y síntomas de abuso sexual más específicos están :

- Dolor rectal o genital
- Sangrado rectal o genital
- Enfermedades de transmisión sexual en niños prepúberes
- Conductas sexualmente precoces, especialmente si éstas son persistentes.

El proceso de entrevista

La historia clínica es la piedra angular para elaborar un diagnóstico de abuso sexual infantil. Sin embargo, los signos o síntomas aislados que el niño presenta también pueden constituir elementos importantes para que el proveedor de salud sospeche que se trata de un caso de abuso sexual. En ocasiones, los niños revelan detalles de abuso sexual a un adulto en quien confían, como su médico, ya sea durante la historia clínica o el examen físico. El proveedor de salud debe estar preparado para aceptar que el abuso sexual es un problema que existe. Él o ella deben escuchar sin que el niño se sienta juzgado, y deberá además valorar el estado emocional y físico del pequeño. Esta información puede entonces incluirse en un reporte a las autoridades correspondientes.

Cuando se sospecha de abuso sexual, el proveedor de salud debe reunir, si esto es posible, la historia médica detallada del niño y de los cuidadores. Ésta debe seguir el formato de una valoración pediátrica cuidadosa, poniendo especial énfasis en las lesiones y en los factores que pueden ayudar a determinar si el niño está en riesgo continuo. En casos de abuso, la explicación del origen de una lesión es con frecuencia poco probable y cambia con el tiempo. En estos casos, se debe informar a las agencias locales de protección o a la policía.

De ser posible, se debe entrevistar al niño por separado. El entrevistador debe ser sensible a los posibles miedos del niño y a su aprehensión cuando se discute la situación en el hogar, y debe adaptar la entrevista de acuerdo con la etapa de desarrollo del niño. Aunque las entrevistas repetidas pueden resultar problemáticas, el proveedor de salud debe reunir la información básica necesaria que le ayude a tomar decisiones que favorezcan al niño. Cuando se habla con niños más pequeños es mejor que el entrevistador se sienta a la altura de sus ojos. Las preguntas que empiezan con “Cómo es que...” son más productivas que las que inician con “¿Por qué...?”

En caso de ser necesario, personal de los servicios de protección al menor pueden estar involucrados en la entrevista inicial. En casos de abuso severo, los padres pueden huir con el niño, por lo que se sugiere ponerse en contacto con una agencia especializada antes de informar a los padres del diagnóstico de sospecha de abuso. *La prioridad es siempre proteger al niño.*

Los elementos auxiliares en la investigación, como los muñecos anatómicamente detallados, pueden ayudar al niño a comunicarse con el entrevistador; sin embargo, es mejor dejar que las personas entrenadas en su utilización sean quienes manejen a estos muñecos. En caso de utilizar los muñecos, no se los entregue al niño sin la ropa. Los dibujos elaborados por el niño o los diagramas para determinar el nombre que el niño utiliza para las partes del cuerpo son de gran utilidad.

Cuando se entrevista al niño:

- Antes de la entrevista trate de obtener información pertinente de otras personas, incluyendo detalles del abuso: fecha, lugar, hora exacta, secuencia de eventos, personas presentes y tiempo transcurrido antes de buscar atención médica, así como una historia social completa que incluya dónde vive el niño, hace cuánto vive ahí, demás miembros de la familia, sistemas de apoyo al alcance de la familia y arreglos para el cuidado del niño
- Siéntese cerca del niño, no frente un escritorio o una mesa, y al nivel de los ojos del niño
- Intente establecer una relación de confianza y empatía
- Lleve a cabo la entrevista en privado y sin la presencia del cuidador
- Haga que el niño sea entrevistado por el profesional o profesionales más experimentados
- Averigüe quién más ha interrogado al niño
- Explíquelo al niño el propósito de la entrevista en un lenguaje adecuado a su nivel de desarrollo
- Cuando esto sea posible, utilice las propias palabras y términos del niño al discutir la situación
- Siempre pregúntele al niño si él o ella tiene cualquier pregunta, y respóndala
- En casos inminentes de separación, explíquelo cuidadosamente al niño la razón por la que está siendo retirado de su casa
- Pídale al niño que le explique las palabras o términos que resulten poco claros para usted
- Reconozca que la situación debe haber sido difícil para el niño y enfatice que el niño no tiene culpa alguna
- Pregúntele si hay antecedentes de lesiones ano-genitales y, en el caso de adolescentes, obtenga una historia ginecológica y menstrual.

No haga lo siguiente:

- No le sugiera las respuestas al niño
- No presione al niño para que dé respuestas que él o ella no están dispuestos a dar
- No critique el lenguaje utilizado por el niño
- No sugiera que el niño tiene la culpa o es responsable de la situación
- No deje al niño solo o con personas desconocidas
- No muestre horror o una gran impresión respecto al niño o la situación
- No ofrezca recompensas al niño.

Los proveedores de salud que sospechen de abuso sexual deben informar inmediatamente a los padres o cuidadores de manera neutral y tranquila. Es importante recordar que los niños pasan tiempo al cuidado de otras personas además de sus padres, las cuales pueden ser responsables del abuso sexual. No siempre es fácil mantener una actitud profesional con la familia, sin embargo, esto puede facilitar la entrevista. A menudo resulta útil explicar los pasos que hay que seguir para elaborar un reporte y lo que los padres pueden esperar que suceda. Debe emplearse una frase neutral como: “La ley me obliga a enviar un reporte a la agencia de servicios de protección al menor cuando veo a un niño con una lesión o condición como ésta”.

Cuando se entreviste a los cuidadores:

- Resérvese su juicio hasta que se conozcan todos los hechos
- Explíqueles la razón de la entrevista
- Avíseles de su obligación legal de reportar casos de sospecha de abuso
- Realice la entrevista en privado o, cuando sea indicado, con personal apropiado (ej. personal de los servicios de protección al menor)
- Intente ser objetivo
- Asegure a los cuidadores sobre la disponibilidad del proveedor de salud
- Explique otras acciones que se puedan requerir
- Responda honestamente a las preguntas.

No haga lo siguiente:

- No intente probar que el abuso ha ocurrido
- No muestre enojo, horror o desaprobación respecto a los cuidadores o la situación
- No culpe a nadie ni elabore juicios
- No ofrezca retroalimentación a la explicación de los cuidadores acerca de cómo ocurrieron las lesiones. Esto les puede permitir usar la información que usted les ofrezca para cambiar una explicación poco probable.

No es raro que los cuidadores que fueron abusados en la infancia revivan sus propias experiencias durante el proceso de investigación. Por ejemplo, se conoce el caso de mujeres que recuperan memorias reprimidas de su propio abuso después del descubrimiento traumático de que sus niños han sido victimizados. También es posible que una historia previa no resuelta de abuso afecte la capacidad del cuidador para reconocer conductas dañinas como abusivas o detectar evidencia de abuso, aun cuando éste ocurre dentro de su propia casa. Por estas razones, los proveedores de salud deben permanecer sensibles a las necesidades de todos los miembros de la familia.

Examen médico

Si el médico decide llevar a cabo la exploración física, debe estar preparado para reunir toda la evidencia forense necesaria o para detener el examen antes de que cualquier procedimiento contamine la posibilidad de que un experto más adecuado observe o recopile dicha evidencia. Las metas del examen deben ser identificar lesiones o condiciones que requieren atención médica, documentar evidencia del abuso y asegurar al niño o a sus padres que el pequeño estará bien. Si la historia clínica u otras circunstancias sugieren que la evidencia forense es necesaria, la exploración física se debe llevar a cabo de inmediato. En situaciones que no sean de emergencia, el examen físico se debe programar para una fecha a corto plazo.

Se deben explicar al niño los pormenores de la exploración y ésta se debe realizar con su consentimiento, en presencia de un adulto de quien no se sospeche que es parte del abuso. El examen se debe conducir de manera cuidadosa y sensible. No se debe usar la fuerza ni imponer restricciones al niño, y deben incluirse todos los parámetros de una valoración de salud pediátrica. Los genitales se deben explorar en el contexto de un examen físico completo. Si el niño muestra un grado inusual de conductas alteradas, quizás haya que arreglar una consulta con un profesional en el campo de la salud mental, antes del examen físico.

En casos de abuso sexual reciente, lo siguiente constituye evidencia muy persuasiva: muestras de sangre, cabello, orina, saliva, marcas de mordedura y otros hallazgos físicos. En Estados Unidos, en la mayoría de los casos de abuso sexual no se requiere utilizar los paquetes y toma de muestras especialmente diseñados para casos de violación. Sin embargo, si es necesario reunir dicha evidencia, el proveedor de salud debe cumplir con los siguientes procedimientos o ceñirse al protocolo estatal apropiado:

- Pedir al niño que se pare sobre un pliego limpio de papel cuando se desvista
- Utilizar, si es posible, una lámpara de Wood para identificar manchas de semen en la piel y en la ropa
- Preservar cuidadosamente e identificar las muestras de sangre, semen, cabello u otra evidencia
- Colocar cada prenda de vestir por separado en una bolsa de papel debidamente marcada

- Mantener las bolsas en un lugar cerrado
- Entregar lo más pronto posible todas las muestras y demás evidencias al personal de los cuerpos de seguridad.

El proveedor de salud debe estar preparado para testificar acerca de a quién se le entregó cada una de las muestras reunidas, y en dónde se encuentran en ese momento.

Signos físicos

Cualquiera de los siguientes signos físicos pueden estar presentes en casos de abuso sexual.

- Abrasiones o golpes en genitales externos (labia mayor, pene o escroto) y/o en la parte interior de los muslos
- Distorsión o atenuación del himen (marcada reducción en la cantidad)
- Alteraciones en el tono ano-rectal (anoplasma severo o laxitud marcada)
- Enfermedades de transmisión sexual, especialmente en niños prepúberes
- Embarazo.

Es importante considerar que, con frecuencia, los signos físicos no son observados en niños abusados sexualmente y que la ausencia de éstos no excluye el diagnóstico de abuso sexual.

Examen colposcópico

El colposcopio se considera un instrumento útil pero no esencial para explorar las áreas genital y anal en los niños. El aumento que éste ofrece ayuda a definir estructuras y lesiones pequeñas. Las cámaras montadas con colposcopios pueden obtener fotografías o videos que preservan los hallazgos de manera visual, permitiendo una segunda opinión sin tener que llevar a cabo otros exámenes.

Fotografías

Las fotografías convencionales son especialmente valiosas como evidencia. En Estados Unidos, las leyes de algunos estados varían en cuanto a que sean los proveedores de salud u otra persona designada los que tomen las fotografías. Algunas permiten que se tomen sin el consentimiento de los padres, y muchas autorizan a que sean personas con inmunidad estatutaria quienes las tomen. En cualquier caso, las fotografías no reemplazan a una descripción médica -cuidadosa y por escrito- de la lesión.

- Cuando sea posible, tome las fotografías antes de dar tratamiento
- Use rollo de color, pero en el caso de marcas por mordidas hágalo también en blanco y negro si es posible
- Fotografe el cuerpo completo desde ángulos diferentes, y tome acercamientos
- Sostenga una moneda, una regla o cualquier objeto para ilustrar el tamaño de la lesión
- Incluya la cara del niño en por lo menos una fotografía
- Tome al menos dos fotos de cada área importante de traumatismo
- Marque con mucha precisión todas las fotografías, e incluya el nombre del niño, fecha, ubicación de la lesión y nombre del fotógrafo y demás personas presentes
- Utilice un estándar de color.

Estudios de laboratorio

Con frecuencia, se sugiere un examen inmediato de fluidos corporales pertinentes en un laboratorio a fin de documentar la presencia de organismos (como tricomonas) o esperma. Las decisiones respecto a pruebas para gonorrea, sífilis, virus de inmunodeficiencia humana u otras infecciones de transmisión sexual se deben basar en los síntomas manifestados por el niño, la epidemiología de las enfermedades de transmisión sexual en el área, la historia clínica y los protocolos estatales. En general, no se recomiendan los cultivos y los estudios de rutina en todos los niños abusados sexualmente. Los lineamientos sobre a qué conclusiones llegar acerca de las infecciones de transmisión sexual se resumen en la Tabla 1.

Aun cuando no se menciona en la tabla, es probable que la infección por VIH en niños sea una señal de abuso sexual, siempre y cuando éste no haya sido adquirido perinatalmente o por transfusión. En un futuro cercano, el abuso sexual será el segundo medio de infección más común en niños prepúberes.

Tabla 1

Implicaciones de las infecciones de transmisión sexual (ITS) detectadas con mayor frecuencia para el diagnóstico y reporte de abuso sexual en infantes prepúberes y niños*

ITS confirmada	Abuso sexual	Acción sugerida
<i>Gonorrea</i> [°]	<i>Definitivo</i>	<i>Reporte+</i>
<i>Sífilis</i> [°]	<i>Definitivo</i>	<i>Reporte</i>
<i>Clamidia</i> [°]	<i>Probable</i> ^{°°}	<i>Reporte</i>
<i>Condylomata acuminatum</i> [°]	<i>Probable</i>	<i>Reporte</i>
<i>Tricomona vaginal</i>	<i>Probable</i>	<i>Reporte</i>
<i>Herpes 1 (genital)</i>	<i>Posible</i>	<i>Reporte++</i>
<i>Herpes 2</i>	<i>Probable</i>	<i>Reporte</i>
<i>Vaginosis bacteriana</i>	<i>Incierto</i>	<i>Seguimiento médico</i>
<i>Candida albicans</i>	<i>Improbable</i>	<i>Seguimiento médico</i>

[°] Si no se adquirió perinatalmente.

⁺ Enviar reporte a la agencia designada para recibir reportes de sospecha de abuso sexual.

^{°°} El único método de diagnóstico confiable es el cultivo.

⁺⁺ A menos que exista un antecedente claro de autoinoculación.

* Utilizado con autorización del Comité contra el Abuso y Negligencia en la Infancia, Academia Americana de Pediatría (noviembre de 1990).

Cuestiones de tratamiento

Todos los niños abusados sexualmente ameritan una evaluación de un profesional calificado en el campo de la salud mental. El tipo de tratamiento dependerá del tipo de agresión sexual, la duración de ésta, la edad del niño y los síntomas manifestados.

En caso necesario, se debe ofrecer profilaxis para infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoría sobre embarazo. Sólo se debe ofrecer tratamiento para ITS con base en los resultados de los cultivos y demás procedimientos diagnósticos.

Documentación

Los expedientes médicos ofrecen la evidencia más concreta, y muchas veces son la única prueba de que un niño ha sido abusado sexualmente. Si es necesario presentar evidencias ante la Corte, los registros médicos bien documentados pueden eliminar o reducir el tiempo que un proveedor de salud deberá dedicar a los procedimientos judiciales.

El significado de un enunciado o de una evidencia no siempre es claro en el momento en que éste es revelado, por lo que resulta crucial mantener un registro ordenado de todo lo que se puede necesitar como prueba en casos que involucran a un niño. Algunos estados norteamericanos ordenan que se utilicen formatos especiales para documentar las valoraciones de abuso infantil. Los registros se deben guardar de manera precisa y profesional, y deben incluir lo siguiente:

- Una valoración pediátrica completa que incluya la historia médica y social con información sobre la historia de abuso físico y sexual del niño, hermanos y otros miembros de la familia
- Declaraciones hechas por el niño y el cuidador, incluyendo cualquier entrevista grabada
- Conducta observada
- Ubicación de los supuestos eventos de abuso
- Una descripción detallada de las lesiones incluyendo tipo, número, tamaño, grado de mejoría, causas posibles, explicaciones dadas y ubicación registrada en un mapa o en un dibujo corporal
- Una opinión sobre si las lesiones fueron explicadas adecuadamente
- Resultado de todos los procedimientos de laboratorio y diagnósticos pertinentes
- Fotografías y estudios de imagen, en los casos que sean necesarios
- Cualquier otro hecho significativo o materiales que se refieran a quién, cómo, dónde, cuándo y por qué de las lesiones.

Para que los registros médicos sean admitidos en la Corte, el proveedor de salud debe estar preparado para declarar:

- Que los registros fueron hechos en el transcurso de “un día de trabajo regular” en el momento del examen o la entrevista
- Que los registros fueron hechos de acuerdo con procedimientos de rutina establecidos
- Acerca del cuidado, custodia y acceso a los registros.

Los registros médicos son a menudo un elemento clave para la resolución de un caso y, por lo tanto, para la protección del niño.

Requisitos para presentar un reporte

Todos los estados norteamericanos cuentan con leyes que obligan a reportar los casos de maltrato físico contra los menores. La mayoría de estas leyes requieren de manera específica que también se informe de los casos de abuso sexual hacia los niños, pero incluso aquellas que no son lo suficientemente amplias como para incluir el abuso sexual, éste queda implícito. Si una persona a quien se le solicita por ley que reporte tales casos sospecha que un niño está siendo abusado sexualmente, debe notificar a las autoridades competentes. Las leyes sobre reporte se aplican a todos los proveedores de salud y no sólo a aquellos que atienden niños. Los proveedores de salud están obligados a reportar cualquier sospecha de abuso aunque nunca hayan visto al niño (ej. cuando un paciente adulto revela algo que tiene que ver con abuso a un menor).

Aunque las leyes de abuso al menor varían entre jurisdicciones, todos los estatutos incluyen definiciones de abuso infantil; descripciones de los procedimientos que hay que seguir para presentar un reporte, incluyendo la designación de una agencia encargada de investigar reportes (por lo general, las agencias de servicio social o los cuerpos de seguridad), y garantías de inmunidad para aquellos que presentan su reporte de buena fe. Usualmente, los reportes iniciales se hacen de manera verbal, pero deben hacerse enseguida o lo más pronto posible con el fin de proteger al niño. También se pueden requerir reportes por escrito unos días después del reporte oral. El contenido del reporte varía, pero normalmente incluye el nombre del niño, de los padres o cuidadores y una descripción de las lesiones. Se sugiere a los proveedores de salud que obtengan copias de las leyes sobre cómo presentar un reporte de abuso infantil en su jurisdicción, ya sea de su sociedad médica o de las agencias locales de protección al menor.

Al igual que pasa con las leyes que obligan a reportar algunas enfermedades infecciosas, los intereses dominantes respecto a la seguridad individual pueden limitar ciertos derechos de confidencialidad médico-paciente. Proteger la confidencialidad del paciente no justifica de manera legal el hecho de no presentar un reporte. La mayoría de las leyes estatales permite a los proveedores de salud compartir información confidencial con personas que trabajan en uno de estos casos sin violar la prerrogativa médico-paciente. Además, casi todos los estados norteamericanos especifican que dicha prerrogativa no justifica la exclusión de testimonios ante la Corte.

Para alentar a los proveedores de salud a que reporten los casos de abuso infantil, todos los estados ofrecen inmunidad, la cual puede ser absoluta o calificada. La inmunidad absoluta protege a aquellos que reportan aun cuando sus reportes hayan sido hechos de manera negligente o con conocimiento de su

carácter falso. La inmunidad calificada es el tipo más común. Protege al proveedor de salud que presenta su reporte de buena fe, y evita que estos proveedores sean sujetos a sanciones civiles o penales, aunque al final se constate que no hubo abuso. La mayoría de los estados norteamericanos otorga inmunidad adicional para aquellos denunciantes que participan en procesos judiciales surgidos del propio reporte. Desafortunadamente, la inmunidad que protege al proveedor de salud que reporta el abuso no significa que no se pueda llevar a cabo un juicio en su contra.

La mayoría de los estados también impone sanciones penales por no reportar estos casos. Por lo general, no reportar se clasifica como un delito menor, sancionable con una multa y/o una sentencia de cárcel. Los proveedores de salud que no reportan también se encuentran en grave riesgo de que el niño o la familia del niño presenten una acción civil en su contra si la Corte determina que un proveedor de salud sensible debía haber sospechado del abuso con base en los síntomas, signos o historia clínica.

No obstante, más importante que las sanciones penales son los efectos potenciales adversos en el niño cuando alguien no reporta un caso de sospecha de abuso infantil. Algunos estados requieren que aquellas personas que tienen la obligación de denunciar firmen declaraciones en las que demuestren que están conscientes de su deber de reportar y de su intención de cumplir con ese deber; hay estados que obligan a estas personas a asistir a cursos de capacitación.

Una vez que se ha elaborado un reporte, la agencia de protección al menor lleva a cabo una investigación. Si el incidente de abuso sexual o negligencia es comprobado, hay varias alternativas posibles. Dependiendo de las circunstancias, se puede ofrecer asesoría o psicoterapia, y se pueden hacer arreglos para que el niño sea colocado en un hogar adoptivo temporal. Se puede presentar una denuncia con cargos criminales, aunque las condenas ocurren tan solo en un porcentaje pequeño de casos. Los tribunales civiles y juveniles son los encargados de asegurar la protección del menor, y sus estándares de prueba no son tan estrictos como los de las cortes penales. La participación de los proveedores de salud en ambos niveles es esencial como parte de la defensa del menor. El proveedor de salud debe mantener contacto telefónico o por correspondencia con las agencias de protección al menor, a fin de coordinar el seguimiento del caso. Algunas agencias están obligadas por ley a comunicar sus acciones a la persona que reportó el abuso.

La Tabla 2 presenta los lineamientos para decidir si se reporta un caso de sospecha de abuso sexual infantil. Para los proveedores de salud que duden acerca de si es o no apropiado denunciar, puede resultar útil consultarlo con sus colegas de manera informal.

Tabla 2

Lineamientos para decidir si se reporta un caso de abuso sexual*

Información disponible			Respuesta	
<i>Historia</i>	<i>Física</i>	<i>Laboratorio</i>	<i>Preocupación sobre el abuso</i>	<i>Acción</i>
<i>Ninguna</i>	<i>Examen normal</i>	<i>Ninguno</i>	<i>Ninguno</i>	<i>Ninguna</i>
<i>Conductual</i>	<i>Examen normal</i>	<i>Ninguno</i>	<i>Baja</i>	<i>±Reporte; seguimiento cercano (posible envío a salud mental)</i>
<i>Ninguna</i>	<i>Hallazgos no específicos</i>	<i>Ninguno</i>	<i>Baja</i>	<i>±Reporte; seguimiento cercano</i>
<i>Historia no específica del niño o de los padres</i>	<i>Hallazgos no específicos</i>	<i>Ninguno</i>	<i>Posible (sospecha)</i>	<i>±Reporte; seguimiento cercano</i>
<i>Ninguna</i>	<i>Hallazgos específicos</i>	<i>Ninguno</i>	<i>Probable</i>	<i>Reporte</i>
<i>Enunciado claro</i>	<i>Examen normal</i>	<i>Ninguno</i>	<i>Probable</i>	<i>Reporte</i>
<i>Enunciado claro</i>	<i>Hallazgos específicos</i>	<i>Ninguno</i>	<i>Probable</i>	<i>Reporte</i>
<i>Ninguna</i>	<i>Examen normal, hallazgos específicos o no específicos</i>	<i>Cultivo positivo para gonorrea; prueba serológica positiva para sífilis; presencia de semen, espermatozoides, fósforo ácido</i>	<i>Definitivo</i>	<i>Reporte</i>
<i>Cambios de conducta</i>	<i>Cambios no específicos</i>	<i>Otras enfermedades de transmisión sexual</i>	<i>Probable</i>	<i>Reporte</i>

± Un reporte puede o no ser indicado. La decisión de reportar debe basarse en la discusión con expertos y/o agencias de protección al menor

*Utilizado con autorización del Comité contra Abuso y Negligencia en la Infancia, Academia Americana de Pediatría (Noviembre de 1990).

Obtención de una orden de custodia temporal

Cuando un proveedor de salud tiene motivos para creer que un niño está en peligro inminente si se le entrega al cuidador, debe ponerse inmediatamente en contacto con la autoridad designada por la ley. La mayoría de los estados norteamericanos autoriza a ciertas entidades como hospitales, proveedores de salud, agencias de protección al menor o la propia policía a detener a los niños que estén en situaciones de emergencia. Los proveedores de salud deben consultar sus estatutos locales o bien el protocolo del hospital para determinar cuál es la agencia a la que se debe llamar. Por lo general, el periodo de custodia de protección no es mayor a 72 horas y muchas veces, la Corte debe ser notificada de la acción antes de llevar al niño a dicha custodia.

Testimonio

Algunos proveedores de salud se preocupan por el tiempo y los inconvenientes que implica comparecer ante un tribunal. En algunos casos, se aceptan los registros médicos sin que se requiera del testimonio del proveedor de salud en la Corte. Sin embargo, si dicho testimonio es necesario, puede darse aviso al proveedor de salud para que esté disponible y acuda sólo cuando sea el momento de presentar su declaración.

El proveedor de salud puede testificar respecto a las observaciones generales acerca de la conducta del niño o las declaraciones hechas por éste, función que es distinta a la de utilizar al proveedor de salud como testigo experto. Un proveedor de salud nunca se debe sentir ofendido si se le pide sólo este tipo de testimonio “laico” o que declare acerca de una cuestión no médica porque esta puede ser la única forma de presentar esa información ante la Corte. Cuando el proveedor de salud es llamado como testigo experto, se le puede solicitar una opinión sobre si la explicación dada es consistente con los hallazgos realizados.

En relación al testimonio, se deben seguir los siguientes lineamientos:

- Insista en que el abogado que lo está presentando como testigo lo prepare antes del juicio
- Determine las cuestiones legales y factuales y la forma en que su testimonio se relaciona con estas cuestiones
- Determine qué evidencia demostrativa (ej. fotografías) debe formar parte de su testimonio
- Proponga preguntas para el abogado en los casos en que se le llame para declarar como testigo experto
- Sugiera al abogado preguntas que puede hacerle al experto contrario
- Conteste sólo lo que se le pregunta
- Pida que se repita cualquier pregunta que no haya entendido; explique con más detalle cuando una respuesta de una sola palabra no sea suficiente
- No ofrezca información de manera voluntaria
- Corrija con tranquilidad a un abogado que esté malinterpretando testimonios previos.

Manejo de riesgos

La mayoría de los proveedores de salud se encontrarán con casos de abuso sexual en su práctica clínica. En estos casos, el proveedor de salud debe estar consciente de sus obligaciones, así como de su responsabilidad potencial si no diagnostica y reporta el abuso. En general, hacer lo que es médicamente correcto o lo más apropiado es un buen enfoque del manejo de riesgos.

En cada estado norteamericano existe una causa potencial de acción cuando un proveedor de salud no diagnostica y reporta el abuso sexual de menores. Si un niño abusado es atendido por un proveedor de salud, devuelto al cuidado de los padres y subsecuentemente recibe más lesiones o abuso, el médico puede considerarse responsable. En términos legales, el proveedor de salud no cumplió con un deber para con el niño, y su falla para actuar fue la causa inmediata de las lesiones del pequeño.

Los especialistas se deben ceñir a los estándares de su especialidad y no a los de los médicos generales. Al diagnosticar y tratar a víctimas de abuso infantil, todos los proveedores de salud deben:

- Tener un conocimiento cabal de las leyes para presentar un reporte vigente en el estado en donde practican
- Conocer las pautas de conducta que sugieren abuso sexual
- Estar alerta respecto a poblaciones de alto riesgo en cuanto al abuso
- Hacer los arreglos para que se realicen los exámenes físicos y entrevistas, según sea lo apropiado
- Pedirle a un especialista que examine o entreviste al niño, si se siente incómodo ante alguna situación
- Obtener una segunda opinión en situaciones poco claras
- Ofrecer atención médica de seguimiento para el niño
- Ser sensible a los problemas de los padres abusadores
- Familiarizarse con problemas relacionados con el abuso.

Es posible que aun después de haber tomado todas las medidas posibles para manejar los casos de manera correcta, un proveedor de salud sea demandado por negligencia médica. En ese caso, el proveedor de salud debe:

- No entrar en pánico, ponerse en contacto de inmediato con su abogado o compañía aseguradora
- No discutir el caso con nadie más hasta haber hablado con su abogado
- Registrar las circunstancias involucradas en el citatorio
- Tener documentación clara.

Tendencias respecto a tratamiento y prevención

Históricamente, el papel del proveedor de salud en el tratamiento del maltrato y la negligencia infantil ha sido de detección, diagnóstico médico y tratamiento o referencia. Sin embargo, su participación se puede ampliar de manera importante. Los proveedores de salud pueden colaborar con equipos de protección al menor en los hospitales, proporcionar servicios médicos a agencias de servicio privadas y participar en equipos multidisciplinarios de la comunidad encargados de revisar casos y en grupos de asesoría de agencias voluntarias (ej. Padres Anónimos). Los proveedores de salud también pueden trabajar con agencias locales de protección al menor a fin de desarrollar un mecanismo de seguimiento en los casos reportados.

Los proveedores de salud pueden participar en la prevención básica tanto del abuso como de la negligencia de menores. Las estrategias globales de prevención deben ser dirigidas a incrementar el conocimiento de los padres (o de los futuros padres) respecto al desarrollo infantil y las exigencias de la crianza. Se deben estudiar los lazos padre-hijo, los lazos emocionales, la comunicación en la familia y las cuestiones sobre el manejo en la casa y con el niño. Estas mismas estrategias se pueden utilizar para reforzar las habilidades de los padres en cuanto al manejo del estrés producido por el cuidado de los niños, en particular el cuidado de niños con necesidades especiales.

Debe tenerse una actitud de prevención con el fin de tratar de reducir la carga del cuidado infantil, el aislamiento familiar y las consecuencias a largo plazo de una mala crianza. El creciente acceso a los servicios sociales y de salud para todos los miembros de la familia es otra de las metas de cualquier esfuerzo por lograr una prevención eficaz. Los proveedores de salud pueden participar de manera activa en programas comunitarios, estatales o nacionales encargados de cumplir estas metas.

La interacción con las agencias gubernamentales puede ser frustrante y complicada a menos que se hayan establecido relaciones personales que permitan una comunicación abierta y continua. Se debe alentar a los proveedores de salud a fomentar este tipo de relaciones y a participar en los esfuerzos de la comunidad y en las sociedades profesionales para coordinar actividades que promuevan la prevención, la intervención y el tratamiento del abuso a menores.

Situación en América Latina *

Rasgos Generales

En la sociedad latinoamericana la violencia política, social y económica y la violación de los derechos humanos, principalmente la que se deriva de los regímenes totalitarios y los conflictos armados, acaparan mayor atención de la prensa, los gobiernos, los trabajos de investigación y el estudio universitario.

La violencia contra las mujeres dentro de la familia también ha merecido una especial atención y múltiples sectores dedican sus esfuerzos para erradicarla. Sin embargo, en el problema del abuso infantil, la violencia sexual contra niñas y niños pasa más desapercibida y tolerada, además es uno de los crímenes menos castigados. De esta forma el abuso sexual y particularmente, el incesto padre-hija es en América Latina un problema rodeado de falsas creencias y secretos que refuerzan su ocurrencia: se minimiza la frecuencia y los efectos, se culpa a las víctimas o sus madres y se disculpa a quienes lo cometen.

Esta realidad, sin embargo, se contrasta con el esfuerzo desarrollado en varios países latinoamericanos y del Caribe, para llevar el abuso sexual infantil a la agenda pública con el fin de iniciar estrategias efectivas para detectar las situaciones de abuso, detenerlas y ofrecer soluciones efectivas para dicho problema. Al respecto, no puede decirse que la región tenga respuestas homogéneas en torno al abuso sexual infantil, sino más bien, que existen particularidades relacionadas con la atención especializada de víctimas y ofensores, avances legislativos, investigativos y políticas institucionales. Por ejemplo, a inicios de la década de los años 90, mientras que en muchos países la impunidad estaba legalmente justificada, en Costa Rica se abrían centros especializados de prevención y atención del abuso sexual infantil y el incesto; y se dictaba al mismo tiempo una ley de protección sexual que incluía la orden de abandono inmediato del domicilio común del abusador ante una denuncia de agresión sexual.

Por lo anterior, es preciso comprender los efectos del abuso y las medidas sociales para evitarlo de acuerdo con las condiciones sociales, políticas y económicas tanto de las víctimas como de sus agresores según la zona y el país en que residen.

A nivel general, y de manera similar a otras formas de violencia dentro de la familia, los años 90 representan un avance importante en el reconocimiento social de la problemática del abuso sexual y la creación de alternativas para su atención integral. En razón de esos esfuerzos se conocen algunos datos que expresan la magnitud de la ocurrencia y la gravedad de sus efectos.

* La sección siguiente fue escrita por IPPF/RHO y no necesariamente refleja las opiniones de la AMA.

Conclusiones comunes son:

- El abuso sexual infantil es un problema frecuente en América Latina y El Caribe
- Ocurre en todos los sectores de población, incluyendo zonas urbanas, rurales, periurbanas, y en diferentes niveles educacionales de la familia de la víctima
- El abuso sexual se comete contra niñas y niños, aunque hay un mayor porcentaje de víctimas femeninas
- La población ofensora es mayoritariamente masculina y puede proceder de diferentes niveles educativos y ocupacionales. De igual manera, en su gran mayoría los ofensores son familiares o conocidos de las víctimas
- El abuso sexual es fundamentalmente una experiencia prolongada y no un hecho aislado.
- Los efectos del abuso sexual son variados y van desde problemas en el área de la sexualidad, la autoestima y la confianza hasta desórdenes de mayor severidad.

A nivel específico, diferentes países reportan:

Costa Rica: En una investigación sobre las características del abuso sexual en la población que acudía a un centro especializado en abuso sexual e incesto, se encontró que las mujeres eran las víctimas principales, el ofensor más frecuente era el padre biológico, el abuso sexual comienza antes de los nueve años y se prolonga por un promedio de ocho años. (Claramunt, Cecilia. Características de la población atendida en el Centro de Atención Amor sin Agresión. San José, Costa Rica: ILANUD)

En un estudio con una muestra representativa de estudiantes universitarios se encontró un porcentaje cercano al 30% de jóvenes con experiencias de abuso sexual en la niñez (Cover, Jeanette. Prevalencia de Abuso Sexual en Poblaciones Universitarias. Universidad de Costa Rica, Facultad de Ciencias Sociales, 1994)

Chile: el 57% de las víctimas de violación tienen entre 5-15 años de edad. (Prevención y atención del maltrato infantil. Iberoamérica unida alrededor de la niñez. Cartagena, Colombia. Setiembre 15-19 de 1997)

Ecuador: De acuerdo con los datos suministrados por la Comisaría de la Mujer en 1997, el 76% de los casos reportados de abuso sexual involucra a niñas, el 25% de las víctimas quedan embarazadas a causa de la violación y el 85% de los agresores son conocidos de la víctima: padre, padrastro, abuelo, o

compañero, profesor. (UNICEF-LAC. "Detengamos la violencia contra la niña y la adolescente". Oficina Regional para América Latina y el Caribe. SF)

Jamaica: en una investigación realizada en Kingston, con una población de 450 escolares entre 13 –14 años, se determinó que un 13% los escolares habían sufrido de intentos de violación. (UNICEF-LAC. "Detengamos la violencia contra la niña y la adolescente". Oficina Regional para América Latina y el Caribe. SF)

México: En 1997 se realizaron 25 mil denuncias de maltrato infantil y la principal causa fue el abuso sexual.

De un total de 29 192 casos reportados de enero 1990 a julio 1991, el 32% eran por abuso sexual. (Memorias Congreso Nacional sobre Maltrato al Menor. 27-28-29 Noviembre 1995. México)

Nicaragua: Según reportes judiciales, del total de las denuncias de violencia sexual, el 94.7% de las víctimas son niñas. (Quintana y Cajina. Diagnóstico Abuso Sexual contra Menores. Managua: Dos Generaciones, 1992)

Explotación Sexual Comercial

Relacionado con el abuso sexual infantil dentro de la familia, se encuentran otras manifestaciones de explotación sexual en América Latina y el Caribe, entre ellas la prostitución infantil, la pornografía y el tráfico de niños y niñas.

Diferentes estudios de la región han podido demostrar la relación existente entre abuso sexual infantil, prostitución y pornografía, ya que una gran mayoría de niñas en prostitución reporta haber sufrido incesto, violación y abuso en su familia. (Claramunt, Cecilia. Explotación Sexual en Costa Rica. UNICEF, 1998)

La explotación sexual comercial es un problema grave en la mayoría de los países de la región y afecta principalmente a las niñas de las familias de escasos recursos. La vulnerabilidad de niños y niñas hacia la prostitución se encuentra vinculada con la extrema pobreza de grandes sectores de la población, además del alto porcentaje de mujeres adolescentes que no van a la escuela y el gran número de mujeres que tienen su primer hijo durante la adolescencia, en países donde altos porcentajes de nacimientos corresponden a madres solteras.

Paralelo a lo anterior la gran mayoría de niños y niñas explotados de forma comercial provienen de familias caracterizadas por violencia hacia las madres, incesto y abuso emocional y físico contra los hijos y las hijas.

El problema de la prostitución infantil está creciendo junto con el desarrollo del turismo sexual. Este es un problema presente en casi todos los países latinoamericanos y se vincula con las altas cantidades de dinero que ofrecen los turistas o viajantes de negocios a cambio del contacto sexual con niños y niñas. Los residentes locales son muchas veces tolerantes ante dicha actividad y en otros casos la promueven.

El turismo sexual se ve favorecido por el bajo costo del contacto sexual, la corta edad de niños y niñas y la impunidad existente en América Latina. Como consecuencia de ello, los turistas y viajantes de negocio se sienten seguros de que no corren riesgo de ser atrapados y si lo son, saben que la sanción no será severa.

La prostitución y los niños y niñas de la calle son fenómenos concomitantes. Aunque ambos problemas existen en casi todas las ciudades del mundo, son una característica común en las ciudades de América Latina.

El fenómeno de la calle es fruto de la pobreza, la migración, el crecimiento urbano y la falta de alternativas, unido a situaciones de maltrato y violencia intrafamiliar. La salida de niños y niñas de sus hogares se da en algunos casos como escape por tratarse de ambientes hostiles y amenazantes; y en otros, debido a que la situación económica y la necesidad de supervivencia les obliga a la búsqueda de recursos. Estos problemas se expresan en los siguientes ejemplos:

En Brasil "... se dedican durante el día a la venta de bolsa de plástico, bolígrafos o chicles, limpian parabrisas, botas o roban carteras y al caer la noche, hay muchos que acuden a los hoteles de turistas para ofrecer sus favores sexuales a cambio de algunos dólares". (Médicos Mundi. Los niños de la Calle. Dossier Informativo de Infomundi. Diciembre 1996. España)

En Bogotá, Colombia, en un estudio realizado en 1994 se encontró que había entre 5.000 y 7.000 niñas y adolescentes en prostitución. De éstas un tercio eran menores de 14 años y más de la mitad había tenido infecciones de transmisión sexual. (UNICEF-LAC. "Detengamos la violencia contra la niña y la adolescente". Oficina Regional para América Latina y el Caribe. SF)

En Costa Rica en un estudio sobre la ruta crítica de niños y niñas hacia la prostitución se encontró que cerca de un 80% reportó abuso sexual antes de los 12 años. Al margen de la edad de inicio, un 68% reveló experiencias de abuso sexual incestuoso, siendo el padre, padrastro o compañero de la madre la figura ofensora predominante. (Claramunt, Cecilia. Explotación Sexual en Costa Rica. UNICEF, 1998)

En la Capital de Paraguay y la Costa del Este el 65% de las mujeres en prostitución son menores de edad, y un 42% son menores de 16 años.

Un informe de la Fundación Institucional de Capacitación e Investigación y del Centro de Investigación Social, Formación y Estudios de la Mujer (FUNDAICI-CISFEM) de Venezuela con el apoyo de UNICEF estimó en 1994, que alrededor de 40 mil niños y niñas estaban involucrados en la prostitución. El Instituto Nacional del Menor (INAM) señaló que en 687 casos de indigentes, el 6.2% ingresó en la explotación sexual cuando tenían alrededor de 12 años de edad.

Otro de los problemas asociados con la violencia sexual infantil en América Latina y el Caribe es la temprana edad en que las niñas y las adolescentes inician su vida sexual activa. De acuerdo con UNICEF, en la región el 50% de las mujeres menores de 17 años se encuentran en esa condición. Como consecuencia, existe un amplio sector de mujeres muy jóvenes con poca educación y expuestas al embarazo y a las enfermedades de transmisión sexual.

Por todo ello, en la mayoría de los países entre el 15 y 26% de los nacimientos son de madres adolescentes. De 13 millones de nacimientos anuales que se producen en la región, 2 millones son de mujeres entre los 15 y 19 años de edad.

En 1997 se produjeron altos índices de maternidad temprana, correspondiendo el 32% a adolescentes de zonas urbanas y un 40% en zonas rurales. El 35% de las madres de bajos ingresos tienen su primer hijo antes de los 20 años, mientras que en sectores de altos ingresos el porcentaje no alcanza el 10%.

Aspecto legal

La mayoría de los países de América Latina empezaron hace pocos años a prestar atención al problema del abuso sexual contra niñas, niños y adolescentes. Aunque todos los países de la región han ratificado la Convención sobre los Derechos del Niño, en la práctica estos por lo general no se cumplen. De hecho, existe un desconocimiento respecto a los acuerdos internacionales sobre los derechos de los niños y las niñas. Este desconocimiento abarca tanto a los servidores públicos, al personal docente, a los proveedores de salud como a la ciudadanía en general.

En la mayoría de los países del área se cuenta con información parcial e incompleta respecto a las diferentes manifestaciones de violencia contra los niñas, niños y adolescentes, respecto a los derechos de las víctimas de abuso

sexual, los mecanismos y legales de denuncia y protección, y las secuelas que deja la agresión sexual en las víctimas y sus familias.

Además de las dificultades para detectar situaciones de abuso sexual infantil existen varias razones para no denunciar este tipo de delitos cuando son conocidos. De hecho, en muchos países latinoamericanos las leyes no tipifican algunas formas de explotación sexual contra menores de edad, aunque existen proyectos y anteproyectos de ley que se encuentran actualmente en estudio para su futura aprobación.

Entre las razones por las que no se denuncia el abuso sexual infantil se encuentra el desconocimiento de los procedimientos legales tanto por parte de los proveedores de servicios destinados a la población infantil, como por parte de los responsables directos de las víctimas.

Debido a que la mayoría de los casos de violencia sexual infantil se dan en el interior de la familia, es más difícil reportar los casos ante instancias judiciales, por lo que el delito queda en la impunidad y el anonimato. En el caso del incesto padre-hija la escasa denuncia se relaciona con el hecho de que muchas mujeres latinoamericanas tienen muy poco poder dentro de la familia, y muchas de ellas deben enfrentar al mismo tiempo sus propias situaciones de violencia doméstica. Por esta razón, se calcula que las denuncias de abuso sexual infantil corresponden a porcentajes menores del diez por ciento total de las agresiones. Esta falta de reporte impide conocer la magnitud real del problema de la violencia sexual infantil. Por otra parte, cuando se denuncia, los sistemas de aplicación de la justicia muchas veces suelen ser revictimizantes causando efectos negativos en las víctimas.

Aunque cada vez hay más agencias especializadas, grupos de mujeres y organizaciones no gubernamentales dedicadas a este tema, éstas no son suficientes y sus recursos son limitados. En general, no hay programas de prevención, atención y rehabilitación para la víctima y su familia. El personal médico y legal está poco preparado y la atención puede tornarse burocrática y rutinaria. Además, existe una tendencia a no creer a los pequeños.

Algo para reflexionar

Es un hecho que la violencia sexual hacia niñas y niños es un problema de gran magnitud en América Latina. Como se ha visto en estos lineamientos, el papel del proveedor de salud es crucial para detectar casos y para actuar en lo que se refiere a la atención de esta grave problemática.

Es indispensable llevar a cabo campañas de educación dirigidas a las familias y los proveedores de salud, así como la cooperación y el trabajo conjunto

entre agencias oficiales, organizaciones comunitarias, grupos de mujeres y organismos no gubernamentales. El hecho de que en América Latina estén empezando a surgir otras manifestaciones tales como el turismo sexual y la pornografía infantil hace que la situación cobre carácter de urgente.

Algunas preguntas que sería útil hacerse son las siguientes:

- ¿Es consciente de la existencia del problema de violencia sexual contra los menores en su país o en la zona en la que reside o ejerce su práctica médica?
- ¿Sabe adónde acudir para recibir información, atención, servicio o entrenamiento?
- ¿Podría organizar algún grupo de estudio sobre el tema en su comunidad?
- En caso de ser proveedor de salud, ¿podría organizar algún tipo de entrenamiento -en su propio centro de trabajo o fuera de él- para detectar y atender casos de negligencia y maltrato físico y sexual hacia los menores?

Al final de estos lineamientos se incluye una lista de organizaciones no gubernamentales que ofrecen diferentes servicios en el campo del abuso infantil. En general, estas organizaciones cuentan con material informativo con personas capacitadas para ofrecer atención y entrenamiento. Ponerse en contacto con uno de estos grupos podría ser el primer paso de una valiosa cadena de apoyo para una niño o un niño que esté siendo víctima de la violencia sexual.

ABUSO SEXUAL CONTRA NIÑAS Y NIÑOS

Algunas Organizaciones No Gubernamentales con Programas y Servicios de Atención

ANTIGUA

Antigua Planned Parenthood Association (APPA)
Bishopgate Street
P.O. Box 419
St. John's, ANTIGUA, W.I.
Tel: (268) 462-0947
Fax: (268) 560-2297
appa@candw.ag

ARGENTINA

Asociación Argentina de Protección Familiar (AAPF)
Aguero 1355
(1425) Buenos Aires, ARGENTINA
Tel: (54-114) 826-1216
Fax: (54-114) 824-8416
aapf@ciudad.com.ar

Centro de Asistencia al Abuso Sexual y Maltrato Infantil (CENAM)
Ituzaingo 90, 1643
Código Postal: 1643 – San Isidro
Buenos Aires, ARGENTINA
Tel: (54) (1) 7431306 / 7475378 Int. 14
Fax (541) 7431306

ARUBA

Foundation for Promotion of Responsible Parenthood (FPRP)
P.O. Box 2256/Bernhardstraat 75
San Nicolaas, ARUBA, N.A.
Tel: (297-8) 48-833 Exts. 219, 220, 225
Fax: (297-8) 41-107
arfamplan@setarnet.aw
Famplar@setarnet.aw

BARBADOS

Barbados Family Planning Association (BFPA)
Bay Street
Bridgetown, BARBADOS, W.I.
Tel: (246) 426-2027 / (246) 426-0271
Fax: (246) 427-6611
bfpa@mail.sunbeach.net

BELICE

Belize Family Life Association (BFLA)
Old Hospital Building
Eve Street
P.O. Box 529
Belice City, BELICE, C.A.
Tel: (501-2) 44-399 / 31-018
Fax: (501-2) 32-667
bfla@btl.net

BOLIVIA

Enda Bolivia Medio Ambiente y Desarrollo en Bolivia
Villa Dolores, Calle 8 #308
Casilla 9772
El Alto, La Paz, BOLIVIA
Tel. (591) 2 811695 / 810079
Fax (591) 2 811446
hulu-bol@ceibo.entelnet.bo

Ricerca E Corporazione,
Aspiazu #710
La Paz, BOLIVIA 2574
Tel: (591) (2) 416322

BRASIL

Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência (ABRAPIA)

Rua Fonseca Telles, 121/2 o andar
São Cristóvão, Rio de Janeiro, RJ
CEP 20940-200, BRASIL
Telefax: (021) 580 8057
abrapia@openlink.com.br
www.abrapia.org.br

Associação Latinoamericana contra o Maltrato na Infância

Av. Ceará 1549 Rio Grande do Sul
Porto Alegre, BRASIL

BEMFAM - Clínica de Saúde Sexual e Reprodutiva – Atendimento a Abuso sexual

Rua Cônego Tobias, 26
Méier, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL
Telefax: (021) 595 5385
Bemfamej@rj.sol.com.br

Centro de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente (CBDCA)

Assistência Jurídica e Psicológica
Rua Evaristo da Veiga
CEP 20031-040
Rio de Janeiro, BRASIL
Tel/fax (021) 220 9903
interactiva@radnet.com.br

Centro das Promotoras da Infância

Rua Bocaiúva 1750, Centro
Florianópolis, Santa Catarina
CEP 88.015-904, BRASIL

Comissão da Criança e Adolescente da AOB

Av. Governador Irineu Bornhausen 4860
Florianópolis, Santa Catarina
CEP 88.025-900, BRASIL

Conselho Tutelar

Rua da Alfândega, 114 Centro
Rio Comprido, RJ
CEP 20051-000, BRASIL
Tel. (021) 221 1107 / 273 4873 /
252 6738

Fundação Abrinq pelos Direitos da Criança

Rua Lisboa 224
São Paulo.SP
CEP: 05413-000, BRASIL
Telefax: (011) 881 0699
www.fundacaoabrinq.org.br

Save The Children

Rua Cardeal Arcoverde 142
Recife, Pernambuco
CEP: 52011 - 240 BRASIL
Tel: (55) (81) 2311263

Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM)

Av. República do Chile, 230 - 170 andar
Centro - Rio de Janeiro - RJ
Cep.: 20031-170, BRASIL
Tel: (55-21)262-3933 / 210-2448
Fax: (55-21) 220-4057
info@bemfam.org.br
www.bemfam.org.br

SOS Criança

Rua Rui Barbosa, 677
Florianópolis, Santa Catarina
CEP 88.025-301
BRASIL

CHILE

Asociación Chilena de Protección de la Familia (APROFA)

Los Conquistadores 2159
Providencia
Casilla 16504, Correo 9
Santiago, CHILE
Tel: (56-2) 334-8249 / 234-3931
Fax: (56-2) 334-8235
aprofa@aprofa.cl

Congregación del Buen Pastor

Yunga y 398, V Región
San Felipe, CHILE 41
Tel: (56) (34) 510066

Fundación de Protección a la Infancia Dañada por los Estados de Emergencia

Avenida Holanda 3587
Casilla 599-11
Santiago de Chile, CHILE
Tel/fax (562) 2258752
Pídee@reuna.cl
http://www.pídee.web.cl

Fundación Tierra de Hombres

Solón Salas 8698-A Pol. Bonilla
II Región Antofagasta, CHILE
Tel: (58-56) 237375

Fundación Tierra Esperanza

Rengo 190, Dpt.103
Concepción, CHILE
Tel: (56-41) 233863
tdesperanza@entelchile.net

COLOMBIA

Asociación Pro-Bienestar de la Familia Colombiana (PROFAMILIA)

Calle 34 #14-52
Santafé de Bogotá, COLOMBIA
Tel: (57-1) 338-3160 / 339-0900
Fax: (57-1) 287-5530 / 338-3159
DireccionEjecutiva@profamilia.org.co
RelacionesPublicas@profamilia.org.co

Casa de la Joven

Cra. 7 #31-36 Risaralda
Pereira, COLOMBIA
Tel.(57) (63) 368055

Christian Children's Fund

Transv. 27 #39 A - 30
Dist. Capita
Santafé de Bogotá, COLOMBIA 34310
Tel (57) (1) 2693388

Cruz Roja Colombiana- Programa de Atención al Menor de la Calle

Av. 68 #66-31, Distrito Capital,
Santafé de Bogotá, COLOMBIA
Tel. (571) 2506611 Ext. 257219
Fax (571) 2319008

DOMINICA

Dominica Planned Parenthood Association (DPPA)

64 King George V Street
P.O. Box 247
Roseau
COMMONWEALTH OF DOMINICA
Tel: (767) 448-4043
Fax: (767) 448-0991
dppa@tod.dm

COSTA RICA

Casa Alianza para Niños de la Calle

San José, COSTA RICA
Tel/Fax: (506) 253 5439 / 224 5689
bruce@casa-alianza.org
http://www.casa-alianza.org Fundación

PANIAMOR

Apartado Postal 376-2150
San José, COSTA RICA
Tel. (506) 225 5031 / 234 2773
Fax (506) 234 2956
Paniamor@sol.racsa.co.cr

Fundación de Promoción, Capacitación y Acción Alternativa (PROCAL)

Apartado 14- 2300
San José, COSTA RICA
Tel. (506) 253 0875
Fax (506) 272 0190 / 283 5950

ECUADOR

Asociación Pro-Bienestar de la Familia Ecuatoriana (APROFE)

Letamendi 604 y Noguchi
Apartado Postal 5954
Guayaquil, ECUADOR
Tel: (593-4) 402-991 / 400-888
Fax: (593-4) 419-667
duarte@aprofe.org.ec

Mujeres del Ático

Cdla. Entre Ríos: Río Babahoyo y Sexta,
Casilla Postal 455
Guayaquil, ECUADOR
Tel/fax (5934) 28 9241 / 28 4210

Oficina de Denuncias de Maltrato y Abuso Sexual de Niños
Cuenca #1174, Manabí,
Pichincha, ECUADOR
Tel. (593) 02 211198

EL SALVADOR

Asociación de Promoción de los Derechos Humanos de la Niñez
en El Salvador (APRDEHNI)
Avenida y Condominio Los Andes,
Apartamento 8-b, San Salvador,
EL SALVADOR
Tel. (503) 274 2365

Defensa de los Niños Internacional (DNI)
Final de la Calle Centroamericana 301,
Colonia Centroamericana
San Salvador, EL SALVADOR
Tel. (503) 274 1465
Anakr@mail.nercomsa.com

GRENADA

Grenada Planned Parenthood Association (GPPA)
P.O. Box 127
Deponthieu Street
St. George's, GRENADA, W.I.
Tel: (473) 440-2636 / 440-3341
Fax: (473) 440-8071
gppa@caribsurf.com

GUATEMALA

Asociación para el Desarrollo de la Mujer y la Familia (DI MUJER)
11 Ave, "A" 12-10, Zona 2, 01002
Ciudad de Guatemala, GUATEMALA
Tel. (502) 2 530217

Asociación Pro-Bienestar de la Familia Guatemalteca
9ª Calle 0-57, Zona 1
Apartado Postal 1004-01001
Ciudad de Guatemala, GUATEMALA
Tel. (502) 230 5488
Fax. (502) 251 4017
info@aprofam.org.gt

Programa Latinoamericano Niño a Niño
Cuidad de Guatemala, GUATEMALA
Tel. (502) 031 0811

GUYANA

Guyana Responsible Parenthood Association (GRPA)
70, Quamina Street
South Cummingsburg
Georgetown, GUYANA, S.A.
Tel: (592-2) 575-83 / 532-86 / 532-78
Fax: (592-2) 521-44
grpafpa@sdpn.org.gy

HONDURAS

Asociación Hondureña de Desarrollo Anita y Ramón Alcerro Castro (AHDARAC)
Bo. La Granja 30 y 31 Calle, Centro Médico
Tegucigalpa, HONDURAS
Tel. (504) 2 336336
Fax (504) 2 343849

Casa Alianza de Honduras
Barrio Abajo, frente óptica Matamoros
Apartado Postal 2401, Fco. Morazán
Tegucigalpa, HONDURAS
Tel. (504) 2 37 3556 / 37 3623
Fax (504) 2 37 1772

Christian Children Fund of Honduras (CCFH)
Col. Matamorros calle de la Armería
#3002. Apartado Postal 3263
Fco. Morazán
Tegucigalpa, HONDURAS
Tel. (504) 2 36 8265 / 36 8152
Fax (504) 2 36 8314

Comité de Servicios de los Amigos
5ta Av. N.O. Esquina con 1era calle N.O
Apartado Postal 171, Comayagua
Siguatepeque, HONDURAS
Tel. (504) 2 73 2096
Fax (504) 2 73 2096

Comisionado Nacional para la Protección de los Derechos Humanos en Honduras
Atención en Violencia Intrafamiliar
Tegucigalpa, HONDURAS
Tel. (504) 2 210516
Fax (504) 2 210536

Comisión Cristiana de Desarrollo
Atención Personas Agredidas
Tegucigalpa, HONDURAS
Tel. (504) 2 32 8223

Coordinadora de Instituciones Privadas
Pro Derechos de las Niñas y los Niños
Atención a Niñas/os y adolescentes
Tegucigalpa, HONDURAS
Tel. (504) 2 20 0273
Fax (504) 2 37 3644

Dimensiones,
Empresa Consultora S. de R.L.
Atención en Violencia Intrafamiliar
Tegucigalpa, HONDURAS
Tel. (504) 2 32 6430
Fax (504) 2 32 6430

Proyecto Alternativas y Oportunidades
Atención a Niñas/os en Riesgo
Tegucigalpa, HONDURAS
Tel. (504) 2 38 6905
Fax (504) 2 22 0543

Proyecto Compartir con los Niños
de Honduras
Atención a Niñas/os y Mujeres solas
Tegucigalpa, HONDURAS
Tel. (504) 2 39 5287

Save The Children UK
Col. Palmira N. 625, M.D.C.
Tegucigalpa, HONDURAS 3801
Tel. (504) 2 326815
Fax (504) 2 324006

Sociedad Amiga de los Niños
Atención a Niñas/os Maltratados
Tegucigalpa, HONDURAS
Tel. (504) 2 30 6236
Fax (504) 2 30 3064

JAMAICA

Jamaica Family Planning Association (JFPA)
14 King Street
P.O. Box 92
St. Ann's Bay
St. Ann, JAMAICA, W.I.
Tel: (876) 972-2515 / 972-0260
Fax: (876) 972-2224
famplan@cwjamaica.com

MÉXICO

Asociación Latinoamericana de Pediatría
2 A cerrada de Frontera #14B,
San Angel V. Obregón
Código Postal: 0-1000 México DF, MEXICO
Tel. (52) (5) 5480996 / 5502671

Centro de Atención al Maltrato
Intrafamiliar y Sexual (CAMIS)
Morelos Oriente 1300- Planta Baja
Toluca, México 50090, MEXICO
Tels. (5272) 15 0388 / 14 8344

Centro de Atención a la Violencia
Intrafamiliar (CAVI) – PGJDF
Dr. Carmona y Valle 54- 1er piso
México, DF, MEXICO
Tels. (525) 2006240/6250/6251

Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de
Delitos Sexuales/ PGJDF
Pestalozzi 1115, Col. Del Valle
03100 México, DF, MEXICO
Tel. (525) 559 9771

Colectivo de Lucha Contra la Violencia,
A.C. (COVAC)
Mitla 145, Colonia Navarre
México, DF 03020, MEXICO
Tel. (525) 519 3145
Fax (525) 538 9801

DIF/Procuraduría de la Defensa
del Menor y la Familia
Xochicalco 1000
Col. Santa Cruz Atoyac, México, DF,
MEXICO
Tel. (525) 604 6700 ext. 4580 / 4588

Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (MEXFAM)
Juárez #208
Tlalpan 14000 D.F., MÉXICO
Tel: (525) 573-7100 / 573-7348 / 573-7070
Fax: (525) 573-2318 / 655-1265
mexfinfo@mexfam.org.mx
director@mexfam.org.mx

NICARAGUA

Asociación de Mujeres Discapacitadas
Costado este de la Shell San Sebastián León, NICARAGUA
Tel. (505) 311 3949

Asociación Pro-bienestar de la Familia Nicaragüense – PROFAMILIA
Km 5 1/2 Carretera a Masaya
Apartado Postal 4220
Managua, NICARAGUA
Tel. (505) 27 5027 / 27 0918
Fax (505) 27 0802

Casa de la Mujer Luisa Amelia Sierra
Del Parque Central 25 vrs. sur,
frente a Discoteca Emadín
Nueva Segovia, Managua
Tel. (505) 732 2501

Casa de la Mujer Marta Angélica Quezada
Del Cafetín Santa Ana
3 cuerdas arriba y 1/2 cuadra al Sur
La Paz Centro, León, NICARAGUA
Tel/fax (505) 314 2255

Centro de Adolescentes y Jóvenes SI Mujer
Barrio San Judas, del Ceibo
1 c. al lago, 1/2 c. arriba
Managua, NICARAGUA
Tel. (505) 260 3567

Centro de Mujeres (ISNIN)
De la Racacha, 1c. arriba, 10 varas al Lago
Managua, NICARAGUA
Tel. (505) 266 0169

Centro de Mujeres Masaya
Del Colegio Bautista 2 1/2 c. arriba,
calle el Calvario
Masaya, NICARAGUA
Tel. (505) 522 5809

Centro Nicaragüense de los Derechos Humanos (CENIDH)
Del Parque Central 1 cuadra abajo
Juigalpa, Chontales, NICARAGUA
Tel. (505) 812 2489

Centro Nicaragüense de Promoción de la Juventud y la Infancia “Dos Generaciones”
Las Palmas, de EINTEL Moseñor Lezcano 2
cuadras y 1/2 al Sur
Managua, NICARAGUA
Tel. (505) 266 4999 / 266 4960

Centro de Servicios Integrales de la Mujer SI Mujer
De la IBM de Montoya 1/2 c. arriba
Managua, NICARAGUA
Tel. (505) 222 3237
Simujer@nstm.com.ni

Colectivo de Mujeres ITZA
Costado Este de la Policía Ajax Delgado
Managua, NICARAGUA
Tel. (505) 249 0062 / 249 0066

Colectivo de Mujeres de Matagalpa
Del Banco Inmobiliario 2 1/2 c. al este
Matagalpa, NICARAGUA
Tel. (505) 612 2458

Fundación entre Volcanes
Frente a Emtel, Moyogalpa,
Isla de Ometepe, NICARAGUA
Tel. (505) 459 4118

Grupo Amistad
Barrio Apante, del Taller Edmundo Castro
1/2 c. al Sur
Matagalpa, NICARAGUA
Tel. (505) 612 5633

Instituto de Promoción Humana (INPRHU)
Frente al Cementerio
Somoto, Madriz, NICARAGUA
Tel. (505) 722 2033

Movimiento de Mujeres Autónomas
Ciudad Sandino, del Banco Popular 5c.
al Sur, 30 vrs. abajo
Managua, NICARAGUA
Beeper 278 2323, Unidad 0049

Red de Mujeres contra la Violencia
Apartado Postal 5965
Managua, NICARAGUA
Tel. (505) 268 3141
laredmcv@ibw.com.ni

PANAMA

Centro para el Desarrollo Integral del Niño, la Mujer y la Familia (CEDINMF)
Apartado 5809, Zona 3
Ciudad de Panamá, PANAMA
Tel (507) 220 1214 / 236 1934
Fax (507) 236 1934

Centro de Estudios y Capacitación Familiar (CEFA)
Las Sabanas #23, Vía España
Apartado Postal 6-4155 El Dorado
Panamá, PANAMA
Tel. (507) 223 5220
Fax (507) 223 3693

Centro Pastoral de las Mujeres contra el Maltrato (CEPAM)
Apartado 10212, Zona 4
Panamá, PANAMA
Tel. (507) 262 6403 / 262 3777
Fax (507) 262 364

Comisión Nacional contra el Maltrato y la Violencia Familiar
Apartado Postal 2817, Zona 3
Panamá, PANAMA

Fundación Pro-familia
Apartado Postal 2812, Zona 7
Panamá, PANAMA
Tel. (507) 23 8481 / 23 8482
Fax (507) 27 4640

Red Contra la Violencia hacia la Mujer y la Familia
Apartado 6-6188
El Dorado, PANAMA
Tel (507) 223 3693 / 277 4949
296 1936 / 251 3867 / 235 99492
Fax (507) 224 2408 / 223 1209

PARAGUAY

Centro de Estudios Humanitarios
Coordinadora de Mujeres de Paraguay
Azara 3267 c/Kubitschek
Asunción, PARAGUAY
Tel/fax (595 21) 20 3618

PERÚ

Centro Materno Infantil – Taller de los Niños (TANI)
Arriba Perú Paradero 16
Lima, PERÚ
Tel. (51-1) 388-2319

Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán
Parque Hernán Velarde 42
Lima 1, PERÚ
Tel (51-1) 433 0694 / 433 0488
Fax (51-1) 433 9060 / 433 9500
http://ekeko.rep.net.pe/FLORA

Centro Preventivo Niño Adolescente N 3 P.N.P. (CNPA #3)
Av. Surco N 431, Barranco
PERÚ
Tel. (51-1) 247-8943

Defensoría Municipal del Niño y el Adolescente (DEMUNA)
Parque los Jazmines s/n Urb. Covida.
Los Olivos
Lima, PERÚ
Tel. (51-1) 521-7277

*Fundación Bernard Van Leer en el Perú-
Oficina de Coordinación*
Avda. Salaverry 2406 Of. 306 B, San Isidro
Lima 27, PERÚ
Tel. (51) (14) 413675 – 221725
Fax (51) (14) 413675

*Instituto Peruano de Paternidad
Responsable (INPPARES),
PREVISSERE – Prevención de Violencia en
Salud Sexual y Reproductiva*
Gregorio Escobedo 115, Jesús María
Casilla Postal: 2191
Lima, PERÚ
Tel. (51-1) 261-5310
Fax. (51-1) 261-7885
postmast@inppares.org.pe
daspilcu@inppares.org.pe

REPÚBLICA DOMINICANA

*Asociación Dominicana
Pro-Bienestar de la Familia (PROFAMILIA)*
Socorro Sánchez 160, Zona 1
Apartado Postal 1053
Santo Domingo, REPUBLICA DOMINICANA
Tel. (809) 689 0141 Ext. 278
Fax (809) 686 8276
Profamilia@codetel.net.do

Asociación Mundial Amigo de la Infancia
Av. México #122 Distrito Nacional
Santo Domingo, REPÚBLICA DOMINICANA
Tel. (809) 541 6893
Fax (809) 549 3140

*Centro de Salud Integral para Jóvenes –
PROFAMILIA*
Nicolás de Ovando, esq. Calle 16,
Ens. Luperón
Santo Domingo, REPUBLICA DOMINICANA
(809) 684-3389

ST. LUCIA

*St. Lucia Planned Parenthood Association
(SLPPA)*
83 Chaussee Road
Castries, ST. LUCIA, W.I.
Tel: (758) 453-7284 / 452-4335 / 453-7933
Fax: (758) 453-7284
parenthood@candw.lc

TRINIDAD & TOBAGO

*Family Planning Association of Trinidad
and Tobago (FPATT)*
79 Oxford Street
Port-of-Spain, TRINIDAD, W.I.
Tel: (868) 625-6533 / 623-4764
Fax: (868) 625-2256
fpattrep@wow.net

URUGUAY

*Defensa de los Niños Internacional-
Sección Uruguay*
Plaza Independencia 1376 Piso 8vo
Montevideo, URUGUAY
Tel. (598) 2987803 / 985873
Fax (598) 2363496

Mujer Ahora
Rivera 2160, Departamento 2
Montevideo, URUGUAY
Tel. (598 2) 40 0895
Fax (598 2) 48 5005

VENEZUELA

*Asociación Civil de Planificación Familiar
(PLAFAM)*
Apartado Postal 69592
Las Mercedes 1063-A
Caracas, VENEZUELA
Tel. (58-2) 693-9358
Fax (58-2) 693-9757
plafam@etheron.net

*Asociación de Mujeres por el Bienestar
y Ayuda Recíproca (AMBAR)*
Apartado Posta 3806
Caracas 1010, VENEZUELA

The Coalition Against Trafficking in Women
Urb. Montalbán Residencial Ustar
E-2 piso 1, Apto. 12
Final Calle 12 con 2da Avenida
Caracas 1021, VENEZUELA

American Medical Association

Physicians dedicated to the health of America



515 North State Street
Chicago, Illinois 60610