



ASOCIACIÓN  
INTERNACIONAL DE  
**Enfermeras  
Forenses**

# Enfermera examinadora en casos de agresión sexual (EECAS)

## PAUTAS DE EDUCACIÓN



## **Presidenta del Grupo de Trabajo**

Megan Lechner, MSN, RN, CNS, SANE-A, SANE-P

## **Miembros del Grupo de Trabajo**

Sherry Britton-Susino, RN, SANE-A, SANE-P

Diane Daiber, BSN, RN, SANE-A, SANE-P Kim

Day, RN, SANE-A, SANE-P

Diana Faugno, MSN, RN, CPN, SANE-A, SANE-P, FAAFS, DF-IAFN

Kathy Gill-Hopple, PhD, RN, SANE-A, SANE-P, AFN-BC

Kathleen Maguire, JD, BSN, BS, RN Kim

Nash, BSN, RN, SANE-A, SANE-P

Jen Pierce-Weeks, RN, SANE-A, SANE-P

Ecoee Rooney, DNP, RN-BC, SANE-A

Traducción: Jaime Fatás Cabeza

La traducción de las *Pautas de Educación* ha recibido apoyo del Programa ANE-SANE de la Universidad de Arizona con fondos de la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA, por sus siglas en inglés).

# ÍNDICE

<b>Introducción</b> .....	1
<b>Propósito de las pautas</b> .....	3
<b>Definir las poblaciones de pacientes</b> .....	4
<b>Marco teórico</b> .....	5
I. Modelo de adaptación en enfermería de Roy .....	5
II. Teoría de Benner: de principiante a experta .....	6
III. El modelo de cuidados de calidad de Duffy©.....	7
<b>Metodologías de instrucción</b> .....	8
I. Educación en el aula .....	8
II. Educación en línea (web).....	9
III. Simulación .....	9
<b>Requisitos educativos para enfermeras examinadoras en casos de agresión sexual (EECAS) (resumen)</b> .....	10
Contenido del curso .....	10
Recomendaciones para las instructoras.....	11
Instructoras para poblaciones de pacientes adultas/adolescentes .....	12
Instructoras para poblaciones de pacientes pediátricas/adolescentes .....	13
<b>Vistazo general al curso</b> .....	14
<b>Sección I: Enfermera examinadora en casos de agresión sexual (EECAS) a adulta/adolescente</b>	
<b>Pautas de educación</b> .....	15
Contenido didáctico para adulta/adolescente .....	15
Contenido didáctico de los temas de aprendizaje para adulta/adolescente .....	16
I. Panorama general de la enfermería forense y la violencia sexual .....	17
II. Respuestas de las víctimas e intervención en situaciones de crisis.....	19
III. Colaboración con organismos comunitarios .....	20
IV. Preparación de la historia clínica forense.....	21
V. Observación y evaluación de los resultados de los exámenes físicos .....	22
VI. Recolección de muestras médicas forenses .....	24
VII. Fotografía médica-forense .....	26
VIII. Pruebas y profilaxis de las enfermedades de transmisión sexual .....	27
Evaluación de los riesgos del embarazo y la atención médica	28
IX. Documentación médica-forense .....	29
X. Planificación del alta y el seguimiento.....	31

XI. Consideraciones jurídicas y procedimientos judiciales.....	31
Contenido del preceptorado clínico para adulta/adolescente .....	35
Contenido opcional del preceptorado .....	39
<b>Sección II: Enfermeras examinadoras en casos de agresión sexual a niñas, niños y adolescentes (EECAS). Pautas de educación .....</b>	<b>40</b>
Contenido didáctico pediátrica/adolescente .....	40
Temas de aprendizaje del contenido didáctico para pediátrica/adolescente .....	43
I. Panorama general de la enfermería forense y el abuso sexual a menores de edad .....	44
II. Respuestas de las víctimas e intervención en situaciones de crisis.....	45
III. Colaboración con organismos comunitarios .....	47
IV. Preparación de la historia clínica forense.....	48
V. Observación y evaluación de los resultados de los exámenes físicos .....	49
VI. Recopilación de indicios médico-forenses .....	52
VII. Fotografía médica-forense .....	55
VIII. Pruebas y profilaxis de las enfermedades de transmisión sexual .....	56
IX. Evaluación de los riesgos del embarazo y la atención médica.....	57
X. Documentación médica-forense .....	58
XI. Planificación del alta y el seguimiento.....	60
XII. Consideraciones jurídicas y procedimientos judiciales .....	61
Contenido del preceptorado clínico pediátrica/adolescente .....	64
Contenido opcional del preceptorado .....	68
<b>Bibliografía .....</b>	<b>69</b>
<b>Apéndice 1: Formulario de validación de la competencia inicial de la enfermera examinadora en casos de agresión sexual a adulta/adolescente.....</b>	<b>80</b>
<b>Apéndice 2: Formulario de validación de la competencia inicial de la enfermera examinadora en casos de agresión sexual a niños y niñas/adolescentes .....</b>	<b>87</b>
<b>Apéndice 3:Tablas de planificación educativa para el curso didáctico EECAS ....</b>	<b>93</b>
<b>Recursos .....</b>	<b>94</b>

# Asociación Internacional de Enfermeras<sup>1</sup> Forenses

## Enfermera examinadora en casos de agresión sexual (EECAS)

### Pautas de educación

#### INTRODUCCIÓN

El propósito principal de las *Pautas de educación para la enfermera examinadora en casos de agresión sexual* de la Asociación Internacional de Enfermeras Forenses (EECAS, SANE por sus siglas en inglés), es ayudar a la enfermera examinadora en casos de agresión sexual a satisfacer las necesidades médicas forenses de las personas que se han visto afectadas por la violencia sexual, incluidas las pacientes, las familias, las comunidades y los sistemas. Las enfermeras certificadas que realizan evaluaciones médicas forenses deben recibir preparación didáctica y clínica adicional y específica para atender a pacientes adultas, adolescentes y pediátricas después de una agresión o violencia sexual. La enfermera examinadora de casos de agresión sexual que practica siguiendo las recomendaciones establecidas en las *Pautas de educación para enfermeras examinadoras de casos de agresión sexual (EECAS)*, utiliza el proceso de enfermería y aplica normas establecidas basadas en la evidencia de la práctica de la enfermería forense para garantizar que todas las pacientes que denuncien actos de violencia sexual y victimización reciben un examen médico forense competente, teniendo en cuenta la diversidad en aspectos relacionados con el desarrollo, la cultura, la raza, la etnia, y la identidad de género, sexual y socioeconómica.

Dada la prevalencia del trauma en las poblaciones de pacientes, la AIEF reconoce la importancia fundamental de que la cuidadora use una estrategia de atención basada en el conocimiento del trauma, independientemente de la presentación o el comportamiento de la paciente. Una de cada seis mujeres ha sido víctima de un intento de agresión sexual o de una agresión sexual consumada en su vida, y una de cada cinco niñas ha sufrido abusos sexuales a la edad de 13 años (Agency for Healthcare Research and Quality, 2016). Según Raja y otros (2015), los cuatro principios subyacentes de la prestación de cuidados específicos para el trauma (cuidados informados) son: 1) darse cuenta de la prevalencia de los acontecimientos traumáticos y del impacto generalizado del trauma; 2) reconocer los signos y síntomas del trauma; 3) responder integrando los conocimientos sobre el trauma en las normas, procedimientos y prácticas; y 4) tratar de resistir activamente la retraumatización. El Center for Healthcare Strategies (2017) considera que pequeños cambios en los aspectos físicos y emocionales del entorno de atención (por ejemplo, la participación de las pacientes en su propio cuidado) y las actitudes de las cuidadoras (por ejemplo, la inclusión de las pacientes en las decisiones) fomentan la seguridad y la confianza. El concepto de cuidados específicos para el trauma debe estar presente en todos los aspectos de la educación

---

<sup>1</sup> En español, los sustantivos tienen género masculino o femenino. Tradicionalmente, el género masculino se usa para referirse a individuos de ambos sexos cuando no se especifica el género. Así, la traducción de *the nurse* sería *el enfermero*. Sin embargo, teniendo en cuenta que la mayoría de las usuarias de las *Pautas de Educación* y sus pacientes son mujeres, hemos optado por la forma femenina tanto para *the nurse* como para *the patient*, *la enfermera* y *la paciente*, respectivamente. Al tomar esta decisión, la AIEF ha considerado opciones para ambos géneros, referencias colectivas y alternativas contemporáneas y las ha rechazado por ser poco prácticas. La AIEF favorece la adopción de opciones lingüísticas respetuosas con la igualdad de género, la representación justa y la diversidad. AIEF reconoce que no todas las EECAS o las pacientes víctimas de agresión sexual son mujeres, e invita a los lectores a enviar sus comentarios sobre esta decisión a AIEF y a adoptar las variaciones que prefieran.

relacionados con la atención a las pacientes que han sufrido una agresión sexual. Aunque no se menciona explícitamente en el esquema del curso como un tema independiente, se pretende que el concepto de cuidados específicos para el trauma sea un tema recurrente a lo largo de todo el curso didáctico y sirva como elemento fundamental de la atención que proporcionan las EECAS.

El proceso de enfermería es un modelo de pensamiento crítico que incluye la evaluación, el diagnóstico, la identificación de resultados, la planificación, la aplicación y la evaluación, y es fundamental para la práctica de las EECAS. Según la publicación de la Asociación Americana de Enfermeras, *Enfermería: Alcance y Estándares de Práctica*, el diagnóstico es un juicio clínico sobre la respuesta del consumidor de servicios de salud a condiciones o necesidades de salud reales o potenciales. El diagnóstico proporciona la base para la determinación de un plan para lograr los resultados esperados. Las enfermeras certificadas utilizan los diagnósticos de enfermería y médicos de acuerdo a su preparación académica y clínica y la normativa legal (Asociación Americana de Enfermeras, 2015). En 2015, la Comisión de Acreditación del Centro Americano de Acreditación de Enfermería revisó sus pautas para disponer que todas las actividades de educación continua de enfermería reflejen el resultado del aprendizaje (Centro Americano de Acreditación de Enfermería, 2015). El resultado del aprendizaje es una declaración escrita del resultado que se espera obtener de la participación en una actividad de aprendizaje. Los objetivos del aprendizaje se pueden utilizar como peldaños o escalones hacia el logro del resultado del aprendizaje para una actividad (Dickerson, 2017).

El **resultado general del aprendizaje** para la educación básica como EECAS es proporcionarles a las enfermeras certificadas y enfermeras de práctica avanzada los conocimientos y las aptitudes necesarios para prestar una atención competente, integral, centrada en la paciente y coordinada a las pacientes que están siendo evaluadas por agresión sexual o que se sospecha que han sido agredidas sexualmente. Una EECAS competente evaluará a las pacientes para determinar sus necesidades agudas de atención médica, ofrecerá consultas y se ocupará de la estabilización y el tratamiento de la paciente. La finalización con éxito del curso didáctico EECAS y la capacitación en aptitudes clínicas les proporcionará a las enfermeras examinadoras de casos de agresión sexual los conocimientos y aptitudes necesarios para realizar el examen médico forense, obtener una historia clínica forense médico forense, demostrar pensamiento crítico en la obtención y documentación de las muestras obtenidas durante el examen y documentar los resultados físicos pertinentes del examen. Las EECAS competentes también poseerán los conocimientos y aptitudes necesarios para ofrecer información, tratamiento y remisiones relacionadas con las enfermedades de transmisión sexual<sup>2</sup> (ETS) y otros problemas de salud no agudos; evaluar el riesgo de embarazo y examinar las opciones de tratamiento con la paciente, incluidos los servicios de salud reproductiva; y testificar ante el tribunal sobre los resultados del examen médico forense y/u opinar sobre los resultados. Las EECAS también tendrán los conocimientos y las aptitudes para trabajar en colaboración con el equipo interdisciplinario de respuesta o recursos para casos de agresión sexual (SART, por sus siglas en inglés), que puede incluir a defensoras de las víctimas, funcionarios de los cuerpos de seguridad, abogadas y otros.

Las *Pautas de educación para enfermeras examinadoras en casos de agresión sexual (EECAS)* establecen el nivel mínimo de instrucción para cada tema clave de aprendizaje en las poblaciones de adulta/adolescente y/o pediátricas/adolescentes, al tiempo que son lo suficientemente flexibles para

---

<sup>2</sup> Aunque los términos “enfermedades de transmisión sexual (ETS)” e “infecciones de transmisión sexual (ITS)” pueden usarse indistintamente, se ha elegido ETS en este documento ya que refleja el lenguaje utilizado por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés).

satisfacer las necesidades educativas de las enfermeras certificadas en entornos clínicos y comunidades diversos. En la actualidad, la mayoría de las enfermeras examinadoras de casos de agresión sexual están capacitadas y ejercen su profesión en los Estados Unidos; por consiguiente, algunas de los contenidos de estas pautas limitan su aplicación a los Estados Unidos. Una enfermera certificada que desempeñe la función especializada de enfermera examinadora en agresiones sexuales, prestando servicios a pacientes adultas/adolescentes y/o pediátricas/adolescentes debe completar un plan de estudios didáctico de 40 horas como mínimo que aborde el contenido descrito en las presentes pautas. Este curso va dirigido a enfermeras certificadas y de práctica avanzada. La recomendación mínima relacionada con la acreditación para practicar como EECAS es la de enfermera certificada debido al ámbito y la práctica relacionados con la evaluación, la educación de la paciente y la planificación del nivel de cuidado. Aunque las asistentes médicas y las médicas también pueden recibir capacitación como EECAS, este documento se limita a la práctica de la enfermería en lo que se refiere a la educación como EECAS.

En 2002, la Asociación Internacional de Enfermeras Forenses desarrolló y otorgó la primera certificación internacional oficial a las EECAS que atienden a la población adulta/adolescente (por ejemplo, la EECAS-A®). Desde 2007 se dispone de la certificación oficial para enfermeras EECAS que atienden a la población pediátrica/adolescente (por ejemplo, la EECAS-P®).

La certificación reconoce a la enfermera certificada formada por EECAS que ha estado ejerciendo en el papel de EECAS y ha cumplido con éxito todos los requisitos para obtener la certificación oficial. La AIEF quiere apoyar a las EECAS para que obtengan la certificación. Completar satisfactoriamente un curso de capacitación de EECAS que cumpla con las actuales *Pautas de educación de EECAS* no da lugar a la certificación, pero es un requisito para solicitar el examen de certificación. La certificación reconoce a las enfermeras que cumplen con los estándares más altos en la práctica de la enfermería forense y valida los conocimientos relacionados con la atención médica necesaria para una población de pacientes única. La certificación refleja la experiencia y la dedicación a la atención de calidad al paciente y reconoce, aprecia y confía en el compromiso con la excelencia. Una vez que una EECAS se certifica, puede incluir la certificación en sus credenciales como EECAS-A y/o EECAS-P. El American Nurses Credentialing Center (ANCC) ofrece orientación sobre cómo deben designar las credenciales las enfermeras, incluidas las certificaciones oficiales y los títulos académicos, después de sus nombres. La certificación como EECAS no es necesaria para ejercer, pero es muy recomendable.

Cada curso de capacitación que se describe en el presente documento constituye por sí solo un requisito mínimo de capacitación recomendado para cada función de enfermería forense. Por ejemplo, el curso EECAS adulta/adolescente prepara a la enfermera titulada para funcionar como enfermera examinadora en casos de agresión sexual para pacientes adultas/adolescentes. El curso EECAS pediátrica/adolescente prepara a la enfermera certificada para funcionar como enfermera examinadora en casos de agresión sexual para pacientes pediátricas/adolescentes. El curso combinado prepara a la enfermera certificada para proveer cuidado a pacientes pediátricas, adolescentes y adultas.

## **PROPÓSITO DE LAS PAUTAS**

El propósito de las *Pautas de educación para enfermeras examinadoras en casos de agresión sexual (EECAS)* es:

1. Identificar el conjunto de conocimientos científicos normalizado y basado en la evidencia necesarios para el examen médico forense completo de la paciente que ha sufrido una agresión o un abuso sexual;

2. Resumir el concepto, el desarrollo, la función y la colaboración del equipo multidisciplinario en lo que respecta a la respuesta a la violencia sexual; y
3. Resumir los asuntos relacionados con la práctica profesional de las enfermeras examinadoras en casos de agresión sexual

## **DEFINIR LAS POBLACIONES DE PACIENTES**

A efectos del presente documento, el término *enfermera examinadora en casos de agresión sexual (EECAS)* hace referencia a la enfermera forense que tiene una formación especializada en el cuidado de pacientes adultas/adolescentes y/o pediátricas/adolescentes después de una agresión sexual.

Ya sea que esté capacitada como EECAS de adulta/adolescente, EECAS pediátricas/adolescentes o ambos, la enfermera debe tener una comprensión clara de los factores que influyen en el proceso de enfermería y la prestación de atención posterior a las personas después de la violencia sexual, incluyendo:

1. Edad
2. Identidad de género
3. Aptitud lingüística
4. Desarrollo fisiológico
5. Maduración sexual
6. Capacidad psicosocial
7. Capacidad cognitiva
8. Orientación sexual
9. Consideraciones morales, éticas y legales
10. Creencias y prácticas espirituales
11. Experiencia cultural
12. Prioridades de salud
13. Sistemas de apoyo
14. Historia del trauma

A efectos del presente documento, los períodos de edad de desarrollo se definen en el cuadro 1.0. Las pautas didácticas y clínicas para adulta/adolescente proporcionan temas de aprendizaje clave sobre las pacientes y los pacientes pospúberes (definidos como el inicio de la menstruación en las mujeres y la aparición de características sexuales secundarias en los hombres) y las pacientes posmenopáusicas y otros adultos mayores. Las directrices didácticas y clínicas pediátricas/adolescentes proporcionan temas de aprendizaje clave relacionados con las pacientes prepuberales y adolescentes de hasta 18 años de edad.



## Cuadro 1.0 Períodos de desarrollo por edad

Todas las niñas y niños crecen de una manera única y personal. Existe una gran variación individual en la edad en la que se alcanzan los hitos del desarrollo. La secuencia es predecible; el momento exacto no lo es. La adolescencia, que literalmente significa "crecer hacia la madurez", se considera generalmente como el proceso psicológico, social y de maduración iniciado por los cambios de la pubertad (Hockenberry & Wilson, 2015, p. 39).

· Prenatal	de la concepción al nacimiento
· Infancia	del nacimiento hasta los 12 meses <i>Neonatos - Nacimiento a 28 días</i> <i>Bebés - 1 a 12 meses</i>
· Primera infancia	1 a 6 años <i>Niña pequeña - 1 a 3 años</i> <i>Preescolar - 3 a 6 años Infancia 6 a 11 o 12 años</i>
· Infancia	6 a 11 o 12 años <i>Edad escolar</i>
· Infancia tardía	11 a 18 años <i>Prepúberes o preadolescentes- 10 a 13 años</i> <i>Adolescencia - 13 a 18 años</i>
· Adulta	18 años y más

(Hockenberry & Wilson, 2015)

## MARCO TEÓRICO

El Grupo de Trabajo sobre pautas de educación de la Asociación Internacional de Enfermeras Forenses debatió varias teorías de enfermería en las que basar las *Pautas de educación para enfermeras examinadoras en casos de agresión sexual (EECAS)*. Se llegó a un consenso para utilizar tres marcos teóricos: El Modelo de adaptación en enfermería de la Hermana Callista Roy, la teoría de la Dra. Patricia Benner "De principiante a experta" y el Modelo de atención de calidad de Joanne Duffy. Cada teoría se resume a continuación junto con su aplicación a las *Pautas de educación para enfermeras examinadoras en casos de agresión sexual (EECAS)*.

## MODELO DE ADAPTACIÓN EN ENFERMERÍA DE ROY

El Grupo de trabajo decidió que el Modelo de adaptación de enfermería de la Hermana Callista Roy representaba con mayor precisión el proceso de enfermería forense. Según el modelo de Roy, el individuo es un "ser bio-psico-social en constante interacción con un entorno cambiante" (Petiprin, 2016). Ver a las personas como individuos y en grupos, como comunidades y familias, es un componente importante del modelo. Los cursos educativos de EECAS identifican a la paciente como individuo y como parte de un sistema familiar o comunitario, que se ve afectado por todo tipo de violencia. Roy se centra en el proceso de enfermería como una forma de identificar las necesidades de la paciente y formular un plan de cuidado. El proceso de enfermería es la base de la práctica de EECAS. La enfermera evalúa las necesidades y respuestas de la paciente, identifica los diagnósticos de enfermería con pasos claros para obtener resultados en el comportamiento (Petiprin, 2016), formula un plan de cuidados, realiza intervenciones basadas en los riesgos y hallazgos obtenidos de evaluación de la paciente, y evalúa los resultados y respuestas de la paciente.

Las *Pautas de educación para enfermeras examinadoras en casos de agresión sexual (EECAS)* incorporan el proceso de enfermería como marco para la enseñanza. Esta formación especializada prepara a la EECAS para proporcionar una atención holística y determinar los diagnósticos, la planificación y las intervenciones de enfermería apropiadas, basadas en las necesidades individuales de la paciente, así como en las necesidades de su familia y su comunidad. Los conceptos clave de Roy sobre la persona, el medio ambiente, la salud y la enfermería forman la base de los cuidados que las EECAS proporcionan a sus pacientes (Petiprin, 2016). Cada concepto influye en el otro, y la práctica de la enfermería sirve como el componente global para facilitar el proceso de curación.

### **TEORÍA DE BENNER: DE PRINCIPIANTE A EXPERTA**

La Dra. Patricia Benner conceptualizó cómo las enfermeras expertas desarrollan las habilidades y la comprensión de la atención a la paciente no sólo a través de la educación sino también a través de la experiencia. Su obra fundamental, *From Novice to Expert; Excellence and Power in Clinical Nursing Practice (De principiante a experta; excelencia y poder en la práctica de la enfermería clínica)*, publicada en 1984, esboza el proceso por el cual una enfermera pasa de principiante a experta. La teoría de Benner pone de relieve la importancia de la experiencia clínica como una extensión del conocimiento práctico en el proceso de aprendizaje. La experiencia es un requisito previo para la pericia. Benner utiliza la teoría para describir cómo progresan las enfermeras a través de cinco niveles: principiante, principiante avanzada, competente, experimentada y experta (Benner, *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*, 1984).

Una enfermera experta es capaz de integrar gran variedad de información y habilidades prácticas de enfermería relacionadas con el cuidado de la paciente. Para aplicar esta teoría a la educación EECAS, los mentores o preceptores de enfermeras expertas desarrollan el entrenamiento y el currículo de la EECAS principiante, e identifican las implicaciones para la enseñanza y el aprendizaje en cada nivel.

Las EECAS tienen una capacidad analítica y de pensamiento crítico considerable, así como conocimientos y criterios especializados en la atención clínica a las pacientes después de una agresión sexual. Las EECAS deben identificar, analizar e intervenir en un sinnúmero de situaciones complejas y pacientes en condiciones diversas que pueden ser nuevas para la EECAS principiante. Es imposible enseñar cada condición y circunstancia a la que una EECAS tenga que hacer frente. El desarrollo del pensamiento crítico es lo que complementa el conocimiento técnico. Se deben desarrollar los roles de preceptor para transmitir este conocimiento experiencial a las EECAS principiantes. Los escenarios de la vida real o las narrativas clínicas también pueden transmitir este conocimiento y pueden utilizarse para profundizar en la comprensión de la práctica clínica que no pueda ser cuantificada de otra manera.

No todos los conocimientos que constituyen la pericia pueden plasmarse en proposiciones teóricas o con estrategias analíticas que dependen de la identificación de todos los elementos que componen una decisión. Sin embargo, las intenciones, expectativas, significados y resultados de la práctica de las expertas pueden ser captados por descripciones interpretativas de la práctica real (Benner, 1984, pág. 4).

El desarrollo de la práctica experta como EECAS es esencial para proporcionar una atención de calidad a las pacientes después de una agresión sexual. La pericia de una enfermera experta se comunica mejor a través de la experiencia clínica, en la que la experta comparte decisiones de enfermería complejas y críticas, y aptitud comunicativa. Una enfermera principiante se basará inicialmente en los conocimientos técnicos adquiridos a través de los libros de texto y la formación. Sólo con la experiencia la enfermera superará los tres dominios de competencia: técnica, interpersonal y de pensamiento crítico, que son un requisito cuando se atiende a pacientes que han sufrido una agresión sexual. A medida que se desarrolla profesionalmente, la EECAS pasa del dominio de las competencias técnicas, como la realización del examen físico y la obtención y conservación de muestras forenses, al dominio de las competencias interpersonales, como el desarrollo de una sólida relación terapéutica, la comprensión y la gestión de las reacciones psicológicas y los problemas de salud mental, y el empleo de las aptitudes relacionadas con el pensamiento crítico, como la integración de fuentes de información complejas y numerosas (médicas, forenses, psicológicas, jurídicas, sociales, políticas), para proporcionar una visión holística de la paciente.

Las *Pautas de educación EECAS* capitalizan el proceso de aprendizaje experimental y apoyan y sostienen al personal clínico experto como preceptoras que adaptarán sus enseñanzas a las habilidades de aprendizaje de la principiante EECAS y a sus necesidades particulares.

### **EL MODELO DE CUIDADOS DE CALIDAD® DE DUFFY**

Las *Pautas de educación EECAS* describen las intervenciones de enfermería centradas en la paciente que caracterizan la relación de la EECAS con la paciente. La dinámica entre la EECAS y la paciente es una relación basada en la provisión de cuidados, que abarca la participación de la paciente, el consentimiento y la mutualidad, la enseñanza y un ambiente cálido y abierto. El objetivo es mejorar la salud y el bienestar de las pacientes, las familias y las comunidades.

El Modelo de cuidados de calidad© de Joanne Duffy ofrece un marco para apoyar las intervenciones y acciones de la relación relacionada con los cuidados que existe entre la EECAS y la paciente, la familia y la comunidad. Varios teóricos de la enfermería contribuyeron a la creación del Modelo de cuidados de calidad, entre los que destaca Watson, que se refirió a los cuidados como la esencia de la enfermería (1979, 1985). Más tarde, Duffy señaló: "La relación, por lo tanto, se convierte en la base que la enfermera y la paciente utilizan para compartir información, pensamientos, sentimientos y preocupaciones". A medida que se forja esta relación, se desarrolla el cuidado y se logran resultados de calidad" (Duffy, 2009).

Duffy, Hoskins y Seifert (2007) identificaron ocho factores que están presentes en una relación de cuidados. Estos factores incluyen la resolución mutua de problemas, la tranquilidad atenta, el respeto humano, dar aliento, la apreciación de los significados únicos, un entorno de curación, necesidades de afiliación y necesidades humanas básicas (Duffy, Hoskins y Seifert, 2007). Las intervenciones de la EECAS, tal como se describen en las Pautas de educación de la EECAS, demuestran cada uno de estos factores. Por ejemplo, la EECAS muestra la resolución mutua de problemas cuando se discuten las opciones de atención con la paciente, capacitando a la paciente para tomar sus propias decisiones y proporcionando la información necesaria para tomar una decisión informada. La tranquilidad atenta es la escucha activa que la EECAS demuestra cuando

prepara la historia de una paciente. La EECAS exhibe respeto al ser humano cuando pregunta cómo prefiere la paciente que se dirijan a ella, y luego trata a esa persona con dignidad. La EECAS demuestra una manera alentadora al hacer preguntas abiertas y dar tiempo y espacio para que la paciente se exprese. La apreciación de significados únicos es la acción de indagar, buscando la comprensión de la historia y el trauma de la paciente a través de la reflexión y la escucha activa. Esto también implica la evaluación por parte de la EECAS de las actitudes personales, privilegios y estilo de comunicación verbal y no verbal de la paciente. El ambiente de curación es el espacio que la EECAS crea ofreciendo salas de examen que son privadas, confidenciales, acogedoras y, cuando es posible, alejadas de los departamentos de emergencia, a menudo caóticos. Las necesidades de afiliación son las acciones de la EECAS para involucrar a las familias y a los colaboradores de la comunidad, según el consentimiento y los deseos de la paciente. Las necesidades humanas básicas son las acciones que la EECAS proporciona al realizar los controles de seguridad y asegurar que se satisfagan las necesidades físicas y de seguridad inmediatas de la paciente. Importante en el modelo de Duffy es que "la evaluación lleva a la intervención y la acción, con más evaluación posterior" (Duffy, 2009).

## **METODOLOGÍAS DE INSTRUCCIÓN**

Las enfermeras que asisten a cursos de educación continua aprenden de diversas maneras. La teoría de Knowles informa el proceso de las estudiantes adultas. Esta teoría afirma que la participación activa es clave para el proceso de aprendizaje. La alumna activa retiene más información, identifica con más facilidad la aplicabilidad de esa información y aprende más rápidamente. Knowles supone que la alumna debe dirigirse ella misma, sabe la razón por la que necesita adquirir la información y aporta un tipo y una calidad de experiencia diferentes (Culatta, 2018).

Las participantes en los cursos de formación de enfermeras examinadoras en casos de agresión sexual suelen ser alumnas motivadas. Han decidido ampliar su base de conocimientos para educarse en la prestación de atención especializada a las pacientes que han sufrido violencia sexual. Sin embargo, no todos los adultos aprenden de la misma manera. Las instructoras pueden usar distintos medios para diseñar e impartir un plan de estudios a las estudiantes.

Para desarrollar una educación para las EECAS basada en estas pautas es clave que la planificadora del curso entienda que en la formación didáctica son necesarias las charlas y los libros de texto relacionados con las áreas de contenido específicas, en lugar de la demostración o el estudio de laboratorio. El aprendizaje basado en la demostración y la simulación también es un componente indispensable para educar a la EECAS, pero debe usarse para el curso clínico en lugar del curso didáctico.

### **Educación en el aula**

Tradicionalmente, el contenido de la educación básica de la EECAS se ha impartido en el entorno del aula o salón de clases. Las estudiantes asisten a la parte didáctica donde una instructora presenta la información. Este método ofrece varias ventajas. Este método ofrece varias ventajas. Primero, muchas participantes se sienten cómodas con el entorno tradicional del aula. Permite un ambiente de conversación activa; las instructoras y las compañeras tienen la oportunidad de conectarse y aprender unas de otras (ERC, 2017). Las preguntas se responden inmediatamente y la instructora aclara el contenido para que las asistentes se beneficien de la explicación. Otra ventaja es la

estructura que proporciona el aula (ERC, 2017). El curso se imparte en fechas específicas a horas predeterminadas. Finalmente, existen pocas demandas tecnológicas en el entorno del aula. Rara vez son necesarios conocimientos de informática. La principal desventaja de este enfoque es que la instructora quizá no sea capaz de acomodar el estilo de aprendizaje de cada participante (Michael, 2009) o la estudiante puede tener dificultades para conseguir el tiempo libre necesario para asistir en directo. Cada persona aprende y retiene la información de una manera diferente: escuchando, viendo o haciendo. Esta consideración debe tenerse en cuenta al presentar el programa de estudios en este formato.

### **Educación en línea (web)**

Una tendencia creciente en la educación ha sido el desarrollo de programas o cursos en línea que están disponibles en Internet. Las pruebas demuestran la eficacia del aprendizaje por Internet, como se ha documentado en la educación médica (Ruiz, 2006). Los tableros de mensajes, las teleconferencias y los chats facilitan el aprendizaje en colaboración. Ruiz (2006) escribe que los estudios sobre el aprendizaje en colaboración han mostrado niveles más altos de satisfacción en el aprendizaje; mejoras en el conocimiento y la autoconciencia; y una mayor comprensión de los conceptos, los resultados del aprendizaje de los cursos y los cambios en la práctica. Esta manera de impartir el currículo permite que un gran número de participantes se beneficie de la oportunidad de aprendizaje. Las estudiantes completan los requisitos del curso a su propio ritmo dentro de un plazo determinado. La principal desventaja es que se pierde la interacción cara a cara con las instructoras y las compañeras, debido a la separación en el tiempo y el espacio (ERC, 2017). Para este tipo de aprendizaje se requieren una buena gestión del tiempo, lo que puede ser un obstáculo para que algunas participantes lo aprovechen.

### **Simulación**

La simulación es un método de enseñanza cada vez más popular en la enseñanza de la enfermería. El uso de la simulación incluye simuladores mecánicos de alta fidelidad, juegos de rol con pacientes estandarizados, escenarios y estudios de casos. Se ha demostrado que este tipo de aprendizaje aumenta la seguridad de la paciente y disminuye los errores, mejora el juicio clínico y es útil para evaluar habilidades específicas (Hayden, Smiley, & Kardong-Edgren, 2014). Las desventajas del uso de la simulación incluyen la cantidad de tiempo que se requiere para establecer un laboratorio de simulación, crear escenarios y planificar juegos de rol (Krishnan, Keloth, & Ubedulla, 2017). Cuando se utilizan simuladores mecánicos, se pierden las reacciones de las pacientes a los procedimientos (Krishnan, Keloth, & Ubedulla, 2017). El uso de la simulación para enseñar y evaluar las aptitudes relacionadas con la realización del examen médico forense puede incorporarse al programa de estudios, pero no puede sustituir las horas previstas de contenido didáctico. La simulación debe estar estructurada. Es esencial que se establezcan objetivos de aprendizaje claros con escenarios y métodos de evaluación del rendimiento de las estudiantes, basados en las normas establecidas (herramientas de validación de la aptitud o competencia). Se debe desarrollar y utilizar de manera consistente un proceso para proporcionar retroalimentación a la estudiante (Meakim et al., 2013). Para abordar la acción o inacción de la estudiante en el entorno de la simulación, las instructoras deben estar completamente familiarizadas con los escenarios. Las sesiones de simulación exitosas requieren mucha preparación y no deben ser improvisadas. Se recomienda encarecidamente consultar con las educadoras que utilizan diversos métodos de simulación.

# REQUISITOS EDUCATIVOS DE LA ENFERMERA EXAMINADORA EN CASOS DE AGRESIÓN SEXUAL (EECAS) (RESUMEN)

## Contenido del curso

Los requisitos de los cursos identificados en esta sección proporcionan el mínimo de horas de instrucción necesarias para cumplir los requisitos de educación de la EECAS para poder solicitar los exámenes de certificación de enfermería forense de la Comisión. Los programas deben diseñarse como cursos básicos para principiantes en el campo de la enfermería forense y en el papel especializado de la enfermera examinadora en casos de agresión sexual en la atención a las pacientes que han sufrido una agresión sexual. Independientemente del método que se use para impartir el curso didáctico (en vivo, en línea, etc.) o del tipo (adulto/adolescente, pediátrico/adolescente o combinación pediátrico/adolescente/adulto), el curso en su totalidad debe ser una oferta educativa desarrollada por un proveedor acreditado y no debe durar más de 15 semanas. Las participantes deben recibir un certificado de finalización en el que se indique expresamente el nombre de la participante, la(s) fecha(s) de la capacitación, el número de horas de contacto de educación continua de enfermería otorgadas (o el equivalente académico)<sup>3</sup>, y la declaración de acreditación del proveedor. Además, el certificado del curso final debe indicar claramente que el participante completó un programa de enfermera examinadora en casos de agresión sexual o de examinadora forense en casos de agresión sexual, y la población a la que iba dirigido (adulto/adolescente, pediátrico/adolescente o combinados pediátrico/adolescente/adulto). Hay una lista detallada de los componentes de la capacitación didáctica y clínica más adelante en este documento.

### I. Adulto/Adolescente

- Un mínimo de 40 horas de cursos didácticos que den lugar a un mínimo de 40 horas de contacto de educación continua de enfermería ofrecidos por un proveedor acreditado en educación de enfermería, o crédito académico o el equivalente nacional de una institución educativa acreditada; y
- Componentes clínicos, incluidas experiencias clínicas simuladas, que se completan además del trabajo del curso y no se calculan como parte del curso didáctico de 40 horas.

### II. Pediátrico/Adolescente

- Un mínimo de 40 horas de cursos didácticos que den lugar a un mínimo de 40 horas de contacto de educación continua de enfermería ofrecidos por un proveedor acreditado en educación de enfermería, o crédito académico o el equivalente nacional de una institución educativa acreditada; y
- Componentes clínicos, incluidas experiencias clínicas simuladas, que se completan además del trabajo del curso y no se calculan como parte del curso didáctico de 40 horas.

### III. Combinación Adulto/Adolescente y Pediátrico/Adolescente

- Un mínimo de 64 horas de cursos didácticos que den lugar a un mínimo de 64 horas de

---

<sup>3</sup> 1 hora de semestre = 15 horas de contacto; 1 cuarto de hora = 12,5 horas de contacto  
<https://www.nursingworld.org>

contacto de educación continua de enfermería ofrecidos por un proveedor acreditado en educación de enfermería, o crédito académico o el equivalente nacional de una institución educativa acreditada; y

- Componentes clínicos, incluidas experiencias clínicas simuladas, que se completan además del trabajo del curso y no se calculan como parte del curso didáctico de 64 horas.

Cada curso debe proporcionar horas de contacto de enfermería, créditos académicos de enfermería o un equivalente nacional que ofrezca comprobante de las horas y el contenido del curso.

## **RECOMENDACIONES PARA LAS INSTRUCTORAS**

Las instructoras del curso de enfermeras examinadoras en casos de agresión sexual se enfrentan al reto de diseñar y enseñar un curso de alta calidad que cumpla con todos los resultados del aprendizaje establecidos. Se recomienda utilizar varios medios para presentar el material del curso. El aprendizaje mixto implica el uso de múltiples formas de instrucción para satisfacer las necesidades de las estudiantes (Yuen, 2011). Por ejemplo, las instructoras podrían dar pláticas o conferencias, y pedirles a las estudiantes se preparen para el curso con anticipación completando algunas lecciones con materiales en Internet. Lo ideal sería que la didáctica del aula utilizara una combinación de presentaciones de diapositivas, videos, debates, estudios de casos y conferencias. Se debe alentar a las estudiantes a comentar los conceptos aplicables a casos reales relacionados con la atención médica forense.

La simulación puede utilizarse para enseñar y reforzar las habilidades asociadas con el examen médico forense, como la inspección anogenital, la inserción de espéculos, la preparación de pruebas, etc. El examen médico forense puede simularse con modelos en vivo o con simuladores mecánicos. Se debe prestar atención al desarrollo y evaluación del contenido de cada escenario con los resultados del aprendizaje establecidos para cada escenario.

Los exámenes médicos forenses simulados no deben utilizarse exclusivamente para la enseñanza o la evaluación de las aptitudes clínicas. Los exámenes médicos forenses preceptivos son un componente esencial para garantizar que la estudiante está preparada para realizar un examen médico forense adecuado de manera independiente. Se dispone de información limitada sobre la cantidad de simulación que se debe usar en relación con los requisitos reales de atención a las pacientes. El estudio del Consejo Nacional de Juntas Estatales de Enfermería (National Council of State Boards of Nursing, NCSBN) documenta que el uso de la simulación como método de enseñanza se transfiere al entorno clínico, como lo demuestran las clasificaciones de alta competencia (Hayden, Smiley y Kardong-Edgren, 2014). El estudio del NCSBN recomienda utilizar una mezcla para evaluar el dominio de las habilidades clínicas por parte de las estudiantes. También es una recomendación para la formación de enfermeras examinadoras en casos de agresión sexual.

Las estudiantes pueden dominar mejor los conocimientos técnicos básicos bajo una orientación estructurada durante la simulación. La capacidad de interactuar con una paciente en un entorno clínico, en particular para desarrollar la competencia necesaria para la recopilación de una historia clínica médico forense, puede mejorarse mediante exámenes médicos forenses reales preceptivos en pacientes afectadas por una agresión sexual.

Independientemente de la forma en que se impartan los cursos, las instructoras deben considerar las



variables asociadas con la enseñanza de la alumna adulta y desarrollar contenidos diseñados para superar los desafíos asociados con los diferentes estilos de aprendizaje (ver, hacer y leer). Al usar métodos variados, la instructora facilitaría la participación de las estudiantes y mejorará la experiencia de aprendizaje.

## **INSTRUCTORAS PARA POBLACIONES DE PACIENTES ADULTAS/ADOLESCENTES**

La AIEF reconoce la importancia de que tanto miembros del profesorado permanente como expertas en contenidos multidisciplinarios participen en la actividad docente durante un programa educativo de EECAS para adulta/adolescente. Los miembros del profesorado permanente se definen como aquellas individuos que son las principales responsables de estructurar, proveer y evaluar el contenido asociado con la oferta educativa. Los expertos en contenido multidisciplinario son individuos que proveen contenido educativo específico en su respectiva área de experiencia y pueden incluir expertas auxiliares en enfermería, otras disciplinas de atención médica, aplicación de la ley, ciencia forense, servicios sociales, defensa o la comunidad judicial, entre otros. A continuación se enumeran las pautas para los miembros del núcleo del profesorado y los expertos en contenidos multidisciplinarios:

### **I. Recomendaciones sobre los miembros del profesorado permanente**

- A. Posee un certificado de enfermera certificada vigente, activo y sin restricciones del Colegio de Enfermería respectivo u otro órgano de gobierno apropiado
- B. Ha completado con éxito los requisitos didácticos y clínicos asociados a un programa de educación de EECAS para adulta/adolescente
- C. Demuestra una participación activa en la educación continua pertinente a la atención a poblaciones de pacientes adultas/adolescentes víctimas de agresión sexual
- D. Al menos un miembro de la facultad tiene una certificación actual de la AIEF EECAS-A®.
- E. Por lo menos un miembro del profesorado permanente demuestra pericia clínica al:
  1. Participar en la práctica clínica activa en el cuidado de poblaciones de pacientes adultas/adolescentes víctimas de agresión sexual, y
  2. Tener por lo menos cinco años de experiencia en el cuidado de poblaciones de pacientes adultas/adolescentes víctimas de agresión sexual (Benner, 1984)
    - a. Al menos un miembro del profesorado permanente demuestra experiencia en proporcionar contenido instructivo a la estudiante adulta

### **II. Recomendaciones sobre las expertas en contenido multidisciplinario**

- A. Demuestra ser capaz de presentar el contenido de manera efectiva (ANCC, 2015)
- B. Demuestra que posee conocimientos especializados sobre el contenido, según indica su:
  1. Experiencia reciente en el área de la especialidad (ANCC, 2015)
  2. Desarrollo profesional avanzado, que demuestra pericia en los contenidos específicos (ANCC, 2015) y/o
  3. Certificación en el área de especialidad (ANCC, 2015) y/o
  4. Preparación académica en el área de especialidad (ANCC, 2015)



## **INSTRUCTORAS PARA POBLACIONES DE PACIENTES PEDIÁTRICAS/ADOLESCENTES**

La AIEF reconoce la importancia de que tanto las miembros del profesorado permanente como las expertas en contenidos multidisciplinares proporcionen contenidos para la instrucción durante un programa educativo EECAS pediátrica/adolescente. Los miembros del profesorado permanente se definen como aquellas individuos que son las principales responsables de estructurar, proporcionar y evaluar el contenido asociado con la oferta educativa. Las expertas en contenido multidisciplinario son individuos que proporcionan contenido educativo específico en su respectiva área de especialización y pueden incluir, entre otras, a expertas auxiliares en enfermería, otras disciplinas de atención médica, aplicación de la ley, ciencia forense, servicios sociales, defensa o la comunidad judicial. A continuación se enumeran las pautas para los miembros del núcleo del profesorado y las expertas en contenidos multidisciplinares:

### **I. Recomendaciones para el profesorado permanente**

- A. Posee un certificado de enfermera certificada vigente, activo y sin restricciones del Colegio de Enfermería respectivo u otro órgano de gobierno apropiado
- B. Ha completado con éxito los requisitos didácticos y clínicos asociados a un programa de educación EECAS pediátrica/adolescente
- C. Demuestra una participación activa en la educación permanente pertinente para atender a las poblaciones de pacientes pediátricas y adolescentes víctimas de agresiones sexuales
- D. Al menos un miembro del profesorado permanente tiene una certificación vigente de la AIEF EECAS-P
- E. Por lo menos un miembro del profesorado permanente demuestra pericia clínica al:
  - 1. Participar en la práctica clínica activa en el cuidado de poblaciones de pacientes pediátricas/adolescentes con agresión sexual, y
  - 2. Tener por lo menos cinco años de experiencia en el cuidado de poblaciones de pacientes pediátricas/adolescentes víctimas de agresión sexual (Benner, 1984)
    - a. Al menos un miembro del profesorado permanente demuestra experiencia en proporcionar contenido instructivo a la estudiante adulta

### **II. Recomendaciones sobre las expertas en contenido multidisciplinario**

- A. Demuestra ser capaz de presentar el contenido de manera efectiva (ANCC, 2015)
- B. Demuestra que posee conocimientos especializados sobre el contenido, según indica su:
  - 1. Experiencia reciente en el área de la especialidad (ANCC, 2015)
  - 2. Desarrollo profesional avanzado, que demuestra pericia en los contenidos específicos (ANCC, 2015) y/o
  - 3. Certificación en el área de especialidad (ANCC, 2015) y/o
  - 4. Preparación académica en el área de especialidad (ANCC, 2015)

## VISTAZO GENERAL AL CURSO

Tipo de curso	Didáctico	Clínico
<b>Adulto/Adolescente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El certificado final emitido equivale a un mínimo de 40 horas de contacto en enfermería o el curso académico equivalente</li> <li>• Diseñado como oferta educativa por un proveedor acreditado</li> </ul>	<p>Demostración de habilidad clínica para establecer competencia clínica validada a nivel local (o "en un entorno simulado o de práctica") relacionada con los resultados del aprendizaje clínico con adulta/adolescente</p>
<b>Pediátrica/Adolescente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El certificado final emitido equivale a un mínimo de 40 horas de contacto en enfermería o el curso académico equivalente</li> <li>• Diseñado como oferta educativa por un proveedor acreditado</li> </ul>	<p>Demostración de habilidad clínica para establecer competencia clínica validada a nivel local (o "en un entorno simulado o de práctica") relacionada con los resultados del aprendizaje clínico pediátrica/adolescente</p>
<b>Combinado Pediátrica/Adolescente/ Adulta</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El certificado final emitido equivale a un mínimo de 64 horas de contacto en enfermería o el curso académico equivalente</li> <li>• Diseñado como oferta educativa por un proveedor acreditado</li> </ul>	<p>Demostración de habilidad clínica para establecer competencia clínica validada a nivel local (o "en un entorno simulado o de práctica") relacionada con los resultados del aprendizaje clínico adolescente/pediátrica</p>

\* El componente de habilidades clínicas puede producirse de varias maneras. Algunas comunidades ofrecen el Laboratorio de habilidades clínicas de 16 horas, un programa creado por la AIEF. Además, los programas pueden ofrecer su propio laboratorio de habilidades clínicas, experiencia preceptiva con personal clínico establecido, u orientación clínica integrada ofrecida por el empleador.

# Sección I

## Enfermera examinadora en casos de agresión sexual (EECAS) a adulta/adolescente

### PAUTAS DE EDUCACIÓN

#### CONTENIDO DIDÁCTICO PARA ADULTA/ADOLESCENTE

##### **Violencia sexual**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2013) define la *violencia sexual* como “todo acto sexual, la tentativa de consumir un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo” (pág. 11).

La violencia sexual adopta muchas formas en todo el mundo y puede incluir, entre otras, la violación, el acoso sexual, el abuso/agresión sexual, el matrimonio o la cohabitación forzada o bajo coacción, la mutilación genital y la prostitución forzada, o la trata con fines de explotación sexual (Organización Mundial de la Salud, 2013). La violencia sexual puede incluir violencia en la pareja. La OMS (2013) define la violencia de pareja como "el comportamiento dentro de una relación íntima que causa daño físico, sexual o psicológico, incluyendo actos de agresión física, coacción sexual, abuso psicológico y comportamientos de control" (p. vii).

En un estudio realizado en varios países por la OMS, la tasa de prevalencia de la violencia sexual por parte de una pareja oscilaba entre el 6% y el 59%, y por parte de una persona que no es la pareja entre el 0,3% y el 11,5% en individuos de hasta 49 años de edad. En el mismo estudio, entre el 3% y el 24% de los sujetos informaron que su primera experiencia sexual fue forzada y ocurrió durante la adolescencia. Entre las mujeres, los índices de prevalencia de la violencia sexual y/o física con la pareja íntima a lo largo de la vida oscilan entre el 15% y el 71% de las mujeres. Aunque son limitados en número, otros estudios apoyan tasas de prevalencia similares o más altas para la violencia física y sexual de la pareja íntima en relaciones entre miembros del mismo sexo (Organización Mundial de la Salud, 2013). En una revisión sistemática de 75 estudios, la tasa de prevalencia de la violencia sexual a lo largo de la vida de las mujeres lesbianas o bisexuales oscilaba entre el 15,6% y el 85%, y la de los hombres homosexuales o bisexuales entre el 11,8% y el 54% (Rothman, Exner y Baughman, 2011). Hay pocos estudios que aborden las tasas de prevalencia de violencia sexual en la pareja íntima en hombres adultos; los que existen son problemáticos dado que la mayoría de los expertos creen que las estadísticas disponibles subrepresentan drásticamente el número de hombres víctimas de violación. En estudios de países desarrollados, entre el 5% y el 10% de los hombres denuncian antecedentes de abuso sexual en la infancia (Organización Mundial de la Salud, 2013).

Numerosas consecuencias están asociadas a la violencia sexual. La violencia sexual en la niñez y la

adolescencia se asocia significativamente con mayores tasas de riesgos de salud y conductas de riesgo para la salud, tanto en hombres como en mujeres. En la edad adulta, la violencia en la pareja y la violencia sexual están asociadas con mayores tasas de prevalencia de embarazos no deseados, abortos y complicaciones del embarazo, enfermedades de transmisión sexual, trastornos de salud mental y suicidio. Además, los hijos de mujeres que experimentan violencia de pareja íntima o sexual tienen más probabilidades de tener una salud general y resultados educativos más deficientes, y de sufrir trastornos emocionales y de conducta asociados con la perpetración o la experiencia de violencia en su vida posterior (Organización Mundial de la Salud, 2013).

Entre los factores de riesgo asociados con la victimización por la pareja íntima o la violencia sexual figuran, entre otros, la juventud, bajo nivel socioeconómico, exposición al maltrato durante la infancia, trastornos de salud mental, consumo de alcohol y/o drogas ilícitas, debilidad o ausencia de sistemas de apoyo en la comunidad y apoyo social a la violencia (Organización Mundial de la Salud, 2013).

### **Contenido didáctico de los temas de aprendizaje para adulta/adolescente**

Temas de aprendizaje de contenidos didácticos para adulta/adolescente

El siguiente marco de contenido está diseñado para proporcionar a la EECAS de adulta/adolescente los temas de aprendizaje **mínimos** para demostrar las habilidades cognitivas, afectivas y psicomotoras necesarias para usar el proceso de enfermería en el cuidado de las pacientes adultas y adolescentes después de la violencia sexual. Los temas de aprendizaje elegidos proporcionan a las EECAS de adulta/adolescente que provienen de diversas áreas de la práctica profesional los conocimientos básicos y el pensamiento crítico necesarios para proporcionar una atención holística, integral e idónea para el trauma a las poblaciones de pacientes adultas y adolescentes víctimas de agresión sexual. Cada tema de aprendizaje clave elegido contiene criterios para la evaluación de los resultados que siguen los pasos del proceso de enfermería, incluida la valoración, el diagnóstico, la identificación de resultados, la planificación, la aplicación y la evaluación.

**Resultado del aprendizaje:** El resultado general del aprendizaje para la educación básica de EECAS es proporcionar a las enfermeras certificadas y a las enfermeras de práctica avanzada los conocimientos, las habilidades y el criterio para proporcionar una atención competente, integral, centrada en la paciente y coordinada con las pacientes que están siendo evaluadas por agresión sexual o que se sospecha que han sido agredidas sexualmente.

#### **Temas clave del aprendizaje didáctico**

- I. Panorama general de la enfermería forense y la violencia sexual
- II. Respuestas de las víctimas e intervención en situaciones de crisis
- III. Colaboración con organismos comunitarios
- IV. Preparación de la historia clínica forense
- V. Observación y evaluación de los resultados de los exámenes físicos

- VI. Recolección de muestras médicas forenses
- VII. Fotografía médica-forense
- VIII. Pruebas y profilaxis de enfermedades de transmisión sexual
- IX. Evaluación de los riesgos del embarazo y prestación de cuidados
- X. Documentación médica-forense
- XI. Planificación del alta y el seguimiento
- XII. Testimonio en la sala de tribunal y consideraciones judiciales

## I. **Panorama general de la enfermería forense y la violencia sexual**

Objetivo de aprendizaje Al completar la instrucción en los siguientes temas, la participante tendrá los conocimientos requeridos por la EECAS adulta/adolescente para incorporar los principios y prácticas forenses básicos en el proceso de enfermería, al prestar atención a las pacientes adultas y adolescentes después de una agresión sexual.

### A. **Panorama de la enfermería forense**

1. Historia y evolución de la enfermería forense
2. Papel de la EECAS adulta/adolescente en el cuidado de las poblaciones de pacientes adultas y adolescentes víctimas de agresión sexual
3. El papel de la EECAS adulta/adolescente y la educación y prevención de la violencia sexual
4. Función de la Asociación Internacional de Enfermeras Forenses en el establecimiento del ámbito y las normas de la práctica de la enfermería forense
5. Aspectos clave de la *Enfermería forense: ámbito y normas de práctica*
6. Conducta profesional y ética en relación con la práctica y la atención a adulta/adolescente de la EECAS en poblaciones de pacientes adultas y adolescentes víctimas de agresión sexual, mediante la aplicación de los principios éticos de autonomía, beneficencia, no malversación, veracidad, confidencialidad y justicia
7. Recursos de enfermería, a nivel local y mundial, que contribuyen a la práctica actual y competente de la EECAS de adulta/adolescente
8. Trauma vicario/indirecto
9. Métodos para prevenir el trauma indirecto asociado con la práctica de la EECAS en adulta/adolescente
10. Conceptos clave asociados con el uso de la práctica basada en la evidencia en la atención de las poblaciones de pacientes adultas y adolescentes víctimas de agresión sexual

Objetivo de aprendizaje: Al completar la instrucción en los siguientes temas, la participante tendrá los conocimientos necesarios para reconocer las dinámicas de la violencia sexual, que proporcionan un contexto para la atención de las pacientes adultas y adolescentes después de una agresión sexual. La EECAS adulta/adolescente utiliza estos conocimientos para educar a las pacientes sobre la conexión que existe entre la violencia y la salud, y para colaborar con las pacientes en la identificación de intervenciones apropiadas y referencias en la comunidad.

## **B. Violencia sexual**

1. Tipos de violencia sexual
2. Tipos de violencia en la pareja (VP)
3. Tasas de incidencia y prevalencia mundiales de la violencia sexual y la VP en las poblaciones de adultos y adolescentes de ambos sexos
  - a. Factores de riesgo de violencia y abuso sexuales
4. Consecuencias para la salud de la violencia y el abuso sexuales y de la violencia simultánea, incluyendo secuelas físicas, psicosociales, culturales y socioeconómicas
5. Reos singulares a la atención a la salud para las poblaciones que sufren de agresiones y abusos sexuales, y tasas de prevalencia asociadas, entre otras:
  - a. Hombres
  - b. Población reclusa
  - c. GLBTQIA (gay, lesbiana, bisexual, transgénero, cuestionan su identidad sexual/*queer*, intersexual, agénérica/asexual)
  - d. Pacientes con discapacidades
  - e. Poblaciones culturalmente diversas
  - f. Poblaciones de salud mental
  - g. Pacientes con barreras de idioma/comunicación
  - h. Personas que son objeto de trata
  - i. Pacientes militares
6. Prácticas óptimas para mejorar la atención de enfermería forense prestada a poblaciones de pacientes desatendidas o vulnerables
7. Factores que influyen en la vulnerabilidad de las pacientes que son objeto de agresiones y abusos sexuales (es decir, experiencias adversas en la infancia, violencia generacional y personas que han sido criadas en el sistema de hogares de acogida/guarda)
8. Prejuicios y creencias profundamente arraigadas en relación con la violencia sexual, el abuso y la violencia simultánea en las poblaciones de pacientes adultas y adolescentes
9. Conceptos clave del comportamiento de los delincuentes y el efecto en las poblaciones de pacientes con agresiones sexuales
10. Diferencias entre las poblaciones de pacientes menores y de adultos en relación con la violencia sexual en adultos y adolescentes

11. El retraso en la divulgación y la retractación como presentaciones comunes en la violencia y el abuso sexual

## II. Respuestas de las víctimas e intervención en situaciones de crisis

Objetivo de aprendizaje: Al completar la instrucción en los siguientes temas, la participante tendrá los conocimientos necesarios para identificar el impacto psicosocial de la violencia sexual en las poblaciones de pacientes adultas y adolescentes. Estos temas constituyen los conocimientos fundamentales de la EECAS adulta/adolescente para valorar, planificar, implementar y evaluar apropiadamente la atención, así como para colaborar con las pacientes en la identificación de las metas de atención apropiadas y las remisiones a la atención comunitaria.

- A. Respuestas psicosociales comunes a la violencia sexual, el abuso y la violencia simultánea en las poblaciones de adultos y adolescentes
- B. Ramificaciones psicosociales agudas y a largo plazo asociadas con la violencia sexual, el abuso y la violencia coocurrente
- C. Respuestas y secuelas emocionales y psicológicas después de la violencia sexual, incluyendo el impacto del trauma en la memoria, el funcionamiento cognitivo y la comunicación, aplicables a las poblaciones de pacientes adultas y adolescentes víctimas de violencia sexual
  1. Componentes clave de la evaluación del riesgo de suicidio
  2. Componentes clave de la evaluación de riesgos para la seguridad
- D. Diversas reacciones que pueden manifestarse en la paciente después de la violencia sexual
- E. Factores de riesgo para secuelas psicosociales agudas y crónicas en pacientes adultas y adolescentes después de la violencia sexual, el abuso y la violencia coocurrente
- F. Preocupaciones comunes relacionadas con la presentación de informes a las fuerzas de orden público después de la violencia sexual, abuso y violencia concurrente, y posibles ramificaciones psicosociales asociadas a esta decisión
- G. Atención holística y culturalmente competente a las pacientes adultas y adolescentes que han sufrido agresiones sexuales, basada en datos de evaluación objetivos y subjetivos, resultados centrados en la paciente y tolerancia de la misma
- H. Factores de riesgo de no adherencia en las poblaciones de pacientes adultas y adolescentes después de la violencia sexual
- I. Diversas cuestiones psicosociales asociadas con poblaciones de pacientes de violencia sexual desatendidas, tales como:
  1. Hombres
  2. Población reclusa
  3. GLBTQIA (gay, lesbiana, bisexual, transgénero, cuestionan su identidad sexual/*queer*, intersexual, agénérica/asesexual)

4. Adolescentes
  5. Pacientes con discapacidades
  6. Poblaciones culturalmente diversas
  7. Poblaciones de salud mental
  8. Pacientes con barreras de idioma/comunicación
  9. Personas que son objeto de trata
- J. Factores relacionados con la capacidad de la paciente para dar su consentimiento a los servicios, como la edad, la capacidad cognitiva, el estado mental, el dominio limitado del inglés, la intoxicación y el nivel de conciencia.
- K. Resultados, intervenciones y criterios de evaluación de la paciente diseñados para abordar problemas psicosociales reales o potenciales basados en la edad cronológica de la paciente, el estado de desarrollo, las prioridades identificadas y la tolerancia
- L. Técnicas y estrategias para interactuar con las pacientes adultas y adolescentes y sus familias después de una revelación de violencia sexual, entre otras:
1. Escuchar empática y reflexivamente
  2. Mantener la dignidad y la privacidad
  3. Facilitar la participación y el control
  4. Respetar la autonomía
  5. Mantener la objetividad y el profesionalismo en las examinadoras

### III. **Colaboración con organismos comunitarios**

Objetivo de aprendizaje: Al completar la instrucción en los siguientes temas, la participante tendrá los conocimientos fundamentales para interactuar y colaborar eficazmente con los miembros del equipo multidisciplinario que participan en el cuidado de las pacientes adultas y adolescentes después de la violencia sexual.

- A. Equipo de respuesta a la agresión sexual (SART, por sus siglas en inglés), incluyendo:
1. Visión general de las funciones y responsabilidades
  2. Modelos SART
  3. Estrategias para la aplicación y el mantenimiento de una SART
  4. Ventajas y desafíos
- B. Funciones y responsabilidades de los siguientes miembros multidisciplinarios del SART en relación con la violencia sexual a adultas y adolescentes:
1. Defensoras de las víctimas (radicadas en la comunidad y el sistema)
  2. Examinadoras médicas forenses (EECAS adulta/adolescente, investigadoras de muertes, forenses, examinadoras médicas, consultoras de enfermería forense)
  3. Personal de las fuerzas de orden público



4. Fiscales
  5. Abogadas defensoras
  6. Científicas forenses
  7. Agencias de servicios sociales
- C. Estrategias clave para iniciar y mantener una comunicación y colaboración efectivas entre los miembros multidisciplinarios del SART, manteniendo la privacidad y confidencialidad de la paciente

#### **IV. Preparación de la historia clínica forense**

Objetivo de aprendizaje: Al completar la instrucción en los siguientes temas, la participante tendrá los conocimientos necesarios para obtener de manera precisa, objetiva y concisa información médica forense relacionada con una agresión sexual que involucre a una paciente adulta o adolescente.

- A. Los componentes clave para obtener una historia clínica forense completa y adecuada del desarrollo de la paciente con una paciente adulta/adolescente, incluido el examen de los sistemas pertinentes, que pueda proporcionar contexto para tomar decisiones apropiadas en cuestiones relacionadas con la salud y posibles repercusiones forenses, deben incluir:
1. Historia clínica anterior
  2. Alergias
  3. Medicación
  4. Uso de drogas recreativas
  5. Historia clínica/quirúrgica
  6. Estado de vacunación
  7. Historia anogenital-urinaria
  8. Última relación sexual consensuada
  9. Historia de embarazos
  10. Uso de anticonceptivos
  11. Último período menstrual
  12. Historia de los sucesos
    - a. Actos reales/intentos
    - b. Fecha y hora del suceso
    - c. Lugar del suceso
    - d. Información sobre el asaltante
    - e. Uso de armas/restricciones/amenazas
    - f. Uso de dispositivos de grabación (fotografías o videos del suceso)
    - g. Sospecha de agresión sexual facilitada por las drogas
    - h. Uso de preservativos
    - i. Eyaculación
    - j. Dolor o hemorragia asociados a los actos

- k. Agresión física
  - l. Estrangulación
  - m. Posible destrucción de pruebas
- B. Diferencia entre la obtención de una historia clínica médica forense y la realización de una entrevista forense, y el propósito de cada una de ellas
  - C. Técnicas para establecer una relación de comunicación y facilitar la revelación de información teniendo en cuenta la edad, el nivel de desarrollo, la tolerancia, la identidad de género y las diferencias culturales de la paciente
  - D. Importancia de utilizar la historia clínica médica forense como referencia para la evaluación física de la paciente y la recopilación de indicios
  - E. Polivictimización o coocurrencia de violencia usando la historia clínica médica forense
  - F. Importancia de la documentación exacta e imparcial de la historia clínica médica forense
  - G. Coordinación entre los representantes de los organismos de orden público y las EECAS en lo que respecta a la logística y los límites entre la preparación de la historia clínica forense y la investigación policial

## **V. Observación y evaluación de los resultados de los exámenes físicos**

Objetivo de aprendizaje: Al completar la instrucción en los siguientes temas, la participante tendrá los conocimientos necesarios para desempeñar el papel de la EECAS adulta/adolescente en la evaluación e identificación de los hallazgos físicos en la paciente, incluyendo los posibles mecanismos de lesión después de una agresión sexual. Es responsabilidad de la EECAS adulta/adolescente usar la práctica basada en la evidencia como marco para identificar e interpretar los hallazgos físicos y para asegurar que las pacientes adultas y adolescentes reciben un cuidado holístico, completo, apropiado para el trauma y centrado en la paciente, que priorice el proceso de enfermería, incluyendo consideraciones probatorias y prioridades y prácticas de atención médica.

- A. Importancia de obtener el consentimiento informado y el asentimiento durante todo el proceso de examen médico forense
- B. Importancia de abordar las preocupaciones de las pacientes relacionadas con el género del examinador y otras preferencias
- C. Evaluación física completa de pies a cabeza que sea apropiada para la edad, la identidad de género, el desarrollo y la cultura, considerando la tolerancia de la paciente, incluyendo la evaluación de:
  1. Apariencia general, el comportamiento, la cognición y el estado mental de la paciente
  2. Ropa y otras posesiones personales
  3. Superficies del cuerpo para los hallazgos físicos
  4. Estructuras anogenitales
  5. Maduración sexual

6. Impacto del estrógeno en las estructuras anogenitales
- D. Traumatismos mecánicos y físicos e identificación de cada tipo
  1. Fuerza bruta
  2. Fuerza con objeto afilado
  3. Heridas de bala
  4. Estrangulación
- E. Evaluación exhaustiva de la estrangulación en pacientes que se sepa o se sospeche que hayan sido víctimas de estrangulación, como parte de la historia y/o los hallazgos físicos
- F. Terminología relacionada con los hallazgos de los traumas mecánicos y físicos, incluyendo:
  1. Abrasión
  2. Laceración/rotura
  3. Corte/incisión
  4. Moretón/contusión
  5. Hematoma
  6. Hinchazón/edema
  7. Enrojecimiento/eritema
  8. Petequias
- G. Anatomía y fisiología anogenital, incluyendo:
  1. Variantes anatómicas normales
  2. Tipos y pautas de lesiones que pueden estar asociadas con la agresión sexual
  3. Hallazgos físicos y afecciones médicas o traumas no relacionados con la agresión que puedan ser malinterpretados como resultado de una agresión sexual
- H. Enfoque multimétodo para identificar y confirmar los hallazgos físicos, que puede incluir:
  1. Posicionamiento
  2. Separación/tracción labial
  3. Irrigación con agua estéril
  4. Visualización colposcópica o fotográfica con aumento
  5. Visualización anoscópica, si está indicada y dentro del ámbito de la práctica en la Ley de Práctica de Enfermería (Nurse Practice Act) de la jurisdicción
  6. Aplicación y eliminación del colorante azul de toluidina
  7. Catéter urinario (Foley), hisopo u otra técnica para la visualización del himen
  8. Revisión colegial/Consulta pericial
- I. Referencias actuales basadas en la evidencia y pautas de práctica de la atención médica para el cuidado de la paciente adulta y adolescente que ha sufrido una agresión sexual
- J. Circunstancias que pueden requerir la remisión y/o consulta
- K. Planificación de la atención mediante la práctica actual basada en la evidencia para las poblaciones de pacientes adultas y adolescentes con agresión sexual

- L. Usar el juicio clínico para determinar el cuidado médico
- M. Objetivos individualizados a corto y largo plazo basados en las necesidades fisiológicas, psicológicas, socioculturales, espirituales y económicas de la paciente adulta y adolescente que ha sufrido una agresión sexual
- N. Elementos de pensamiento crítico y práctica basada en la evidencia necesarios para establecer relaciones entre los posibles mecanismos de lesión de los hallazgos anogenitales y no anogenitales, incluido el reconocimiento de los hallazgos que pueden ser el resultado de afecciones médicas o procesos de enfermedad
- O. Priorización de la atención basada en los datos de la evaluación y los objetivos centrados en la paciente
- P. Cuándo emplear la consulta médica y la intervención de traumatismos

## **VI. Recolección de muestras médicas forenses**

Objetivo de aprendizaje: Al completar la instrucción en los siguientes temas, la participante tendrá los conocimientos necesarios para desempeñar el papel de la EECAS adulta/adolescente prestando cuidados centrados en la paciente para obtener y preservar los especímenes biológicos y de rastros de las víctimas y adolescentes adultas y de los sospechosos, aplicando los principios de la enfermería forense.

- A. Atención centrada en la paciente (víctima)
  1. Importancia de la participación, el consentimiento y el asentimiento continuo de la paciente durante los procedimientos de recogida de muestras como medio para recuperarse de la violencia sexual
  2. Equipo de recolección de indicios de agresión sexual
  3. Integración de la obtención y conservación de muestras forenses en el examen médico forense
  4. Opciones de recolección de muestras dentro de la comunidad disponibles para las pacientes adultas y adolescentes que han sufrido una agresión sexual, incluidas:
    - a. Reportes a los organismos de orden público
    - b. Recolección de indicios anónimos/sin reportar
    - c. Evaluación y tratamiento médico
  5. Recomendaciones sobre los plazos de recogida de muestras biológicas después de una agresión sexual
  6. Tipos de muestras y métodos de recolección pacientes adultas y adolescentes después de una agresión sexual, basados en la historia clínica forense del suceso, incluyendo pero sin limitarse a:
    - a. ADN
    - b. Rastros/no biológicos
    - c. Documentación histórica

- d. Hallazgos físicos, identificación y documentación
  - e. Fotografía médica forense
  - f. Toxicología
7. Cadena de custodia y principios y procedimientos para mantenerla
  8. Agresión sexual facilitada por drogas (ASFD), tendencias actuales, criterios asociados a una evaluación de riesgos para la ASFD y cuándo se indican los procedimientos de recogida de muestras
  9. Preocupaciones de las pacientes e ideas erróneas comunes que las pacientes pueden tener con respecto a la recogida de muestras
  10. Posibles riesgos y beneficios para la paciente relacionados con la recopilación de indicios
  11. Instrumentos y métodos complementarios utilizados en la identificación y recolección de especímenes y los riesgos y beneficios conexos, entre otros:
    - a. Fuentes de luz alternativas
    - b. Técnicas para la recolección de muestras
    - c. Examen con espéculo
    - d. Visualización colposcópica o ampliación con una cámara digital
    - e. La visualización anoscópica, si está indicada y dentro del ámbito de la práctica en la Ley de Práctica de Enfermería
  12. Evaluación de los datos relativos a los detalles de la agresión para facilitar un examen médico forense completo y exhaustivo y la recopilación de pruebas
  13. Pautas de prácticas basadas en la evidencia para la identificación, recolección, preservación, manejo y transferencia de muestras biológicas e indicios después de un asalto sexual
  14. Práctica basada en la evidencia al planificar los procedimientos probatorios
  15. Materiales y equipo necesarios para la recolección de pruebas biológicas y de rastros
  16. Técnicas para apoyar a la paciente y minimizar el potencial de trauma adicional durante los procedimientos de recolección de muestras
  17. Técnicas para facilitar la participación de las pacientes en los procedimientos de recogida de muestras
  18. Evaluar la eficacia del plan de atención establecido y los procedimientos probatorios relacionados y adaptar el plan de acuerdo con los cambios en los datos reunidos a lo largo del proceso de enfermería
- B. Atención centrada en la paciente (o sospechoso)
1. Diferencias en el examen médico forense de la víctima y del sospechoso y recogida de muestras después de una agresión sexual
  2. Se necesita autorización legal para obtener muestras de pruebas y examinar a un sospechoso, incluido:
    - a. Consentimiento por escrito
    - b. Orden de registro
    - c. Orden judicial
  3. Componentes del examen médico forense a un sospechoso

4. Recomendaciones sobre los plazos de recogida de pruebas biológicas en el sospechoso de una agresión sexual
5. Tipos de pruebas que pueden recogerse en el examen médico forense a una presunta víctima después de una agresión sexual, como:
  - a. Evidencia de ADN
  - b. Rastros/indicios no biológicos
  - c. Hallazgos físicos, identificación y documentación
  - d. Fotografía médica-forense
  - e. Toxicología
  - f. Variables en la recolección de especímenes, el empaquetado, la preservación y el transporte de los artículos, incluidos:
    - i. Productos de la concepción
    - ii. Cuerpos extraños
    - iii. Tampones
    - iv. Pañales
6. Sintetizar los datos de una denuncia de agresión sexual como fuente de información para un examen médico forense completo y exhaustivo y recopilar pruebas en el sospechoso de una agresión sexual
7. Prevención de la contaminación cruzada si los exámenes médicos forenses y/o la recogida de pruebas de la víctima y el sospechoso se realizan en el mismo centro o por la misma examinadora
8. Evaluar la eficacia del plan de atención establecido y adaptar la atención en función de los cambios en los datos recogidos a lo largo del proceso de enfermería

## VII. Fotografía médica-forense

Objetivo de aprendizaje: Al completar la instrucción en los siguientes temas, la participante tendrá los conocimientos necesarios para documentar de manera precisa y objetiva los hallazgos físicos y probatorios en poblaciones de pacientes adultas y adolescentes víctimas de abuso/agresión sexual mediante el uso de la fotografía médica-forense

- A. Importancia de obtener el consentimiento informado y el asentimiento para la fotografía
- B. Impacto del abuso del uso de fotografía/imágenes en la experiencia de la paciente con la fotodocumentación
- C. Posibles cuestiones jurídicas relacionadas con la fotografía (por ejemplo, uso de filtros, alteraciones de las imágenes, uso de equipo fotográfico no autorizado, como teléfonos celulares personales o la cámara de las fuerzas de orden público)
- D. Hallazgos físicos que justifican la documentación fotográfica médica-forense
- E. Hallazgos biológicos y/o rastros evidenciarios que justifican la documentación fotográfica
- F. Necesidades fisiológicas, psicológicas, socioculturales y espirituales de las pacientes

adultas/adolescentes que justifican la fotografía médica-forense después de una agresión sexual

- G. Opciones para obtener fotografías médicas forenses, incluidas imágenes del colposcopio y del equipo de imagenología digital
- H. Variables que afectan la claridad y calidad de las imágenes fotográficas, incluyendo el color de la piel, el tipo y ubicación del hallazgo, la iluminación, la apertura y la velocidad de la película
- I. Principios fotográficos clave, incluyendo el consentimiento, la obtención de imágenes que sean relevantes, una representación verdadera y precisa del tema que no exalte los ánimos
- J. Principios fotográficos relacionados con los tipos de imágenes que requieren los procedimientos judiciales, incluida la orientación general, el primer plano y el primer plano con fotografías a escala
- K. Priorización de la fotografía basada en datos de evaluación y objetivos centrados en la paciente
- L. Adaptar la fotografía para acomodar las necesidades y preferencias de las pacientes
- M. Selección de los medios correctos para la obtención de fotografías en función del tipo de hallazgo físico o probatorio que justifica la documentación fotográfica
- N. Situaciones que pueden justificar fotografías de seguimiento y opciones para asegurarlas
- O. Consentimiento, almacenamiento, confidencialidad y divulgación y uso apropiados de las fotografías tomadas durante el examen médico forense
- P. Cuestiones legales y de confidencialidad pertinentes a la documentación fotográfica
- Q. Revisión coherente de las fotografías por colegas profesionales para asegurar la calidad y la interpretación precisa de los hallazgos fotográficos

## VIII. Pruebas y profilaxis de las enfermedades de transmisión sexual

Objetivo de aprendizaje: Al completar la instrucción en los siguientes temas, la participante tendrá los conocimientos necesarios para utilizar el proceso de enfermería al cuidar y comunicarse con pacientes adultas y adolescentes que corren el riesgo real o potencial de contraer una enfermedad de transmisión sexual después de una agresión sexual. Las enfermedades de transmisión sexual pueden incluir gonorrea, clamidia, tricomoniasis, virus de inmunodeficiencia humana (VIH), sífilis, herpes, virus del papiloma humano y hepatitis B y C.

- A. Prevalencia/incidencia y morbilidad y factores de riesgo relacionados con las enfermedades de transmisión sexual después de una agresión y abuso sexual
- B. Síntomas asociados con las enfermedades de transmisión sexual
- C. Enfermedades de transmisión sexual que son comúnmente asintomáticas
- D. Síntomas y hallazgos que pueden *imitar* las enfermedades de transmisión sexual
- E. Conceptos clave asociados con la detección del riesgo de transmisión de determinadas

enfermedades de transmisión sexual basados en los detalles de la historia proporcionada por la paciente

- F. Preocupaciones de las pacientes y mitos sobre la transmisión, el tratamiento y la profilaxis de determinadas enfermedades de transmisión sexual
- G. Necesidades fisiológicas, psicológicas, socioculturales, espirituales y económicas de las pacientes adultas/adolescentes que corren el riesgo de contraer una o varias enfermedades de transmisión sexual reales o potenciales después de una agresión sexual
- H. Pautas nacionales y/o internacionales basadas en pruebas para el análisis y la profilaxis/tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual cuando se planifique la atención de pacientes adultas/adolescentes que corren el riesgo de contraer una o más enfermedades de transmisión sexual reales o potenciales después de una agresión sexual
- I. Práctica basada en la evidencia cuando se planifica la atención de pacientes adultas/adolescentes que corren el riesgo de contraer una o más enfermedades de transmisión sexual reales o potenciales después de una agresión sexual
- J. Contraste entre los riesgos y beneficios de las pruebas de enfermedades de transmisión sexual durante la evaluación forense médica aguda y las pruebas en el momento del seguimiento inicial después de la profilaxis
- K. Metodologías de prueba basadas en el lugar de la recolección, el estado puberal y la tolerancia de la paciente a determinadas enfermedades de transmisión sexual
- L. Metodologías de pruebas de detección frente a pruebas de confirmación para determinadas enfermedades de transmisión sexual
- M. Estrategia de evaluación del riesgo de VIH y la toma de decisiones sobre la profilaxis basada en las pautas actuales, la epidemiología local y los recursos disponibles
- N. Individualizar objetivos a corto y largo plazo basados en las necesidades fisiológicas, psicológicas, socioculturales, espirituales y económicas de las pacientes adultas/adolescentes que corren el riesgo real o potencial de contraer una o varias enfermedades de transmisión sexual después de una agresión sexual
- O. Priorizar la atención basada en los datos de la evaluación y los objetivos centrados en la paciente
- P. Pruebas y profilaxis de enfermedades de transmisión sexual basadas en la práctica actual basada en pruebas, factores de riesgo de transmisión y sintomatología
- Q. Pruebas de enfermedades de transmisión sexual y profilaxis basada en la tolerancia, adherencia y contraindicaciones de la paciente
- R. Indicaciones para solicitar una consulta médica
- S. Recolección, preservación y transporte de medios de prueba para determinadas enfermedades de transmisión sexual
- T. Atención de seguimiento e instrucciones de alta asociadas a determinadas enfermedades de transmisión sexual



## **IX. Evaluación de los riesgos de embarazo y la atención médica**

Objetivo de aprendizaje: Al completar la instrucción en los siguientes temas, la participante tendrá los conocimientos necesarios para evaluar con precisión el riesgo de embarazo después de una agresión sexual y proporcionar a la paciente adulta y adolescente opciones de atención, incluida información para recibir anticonceptivos de emergencia.

- A. Tasas de prevalencia de embarazo después de una agresión sexual
- B. Evaluación del riesgo de embarazo después de una agresión sexual basada en los datos específicos de la historia proporcionada por la paciente y su edad de desarrollo
- C. Métodos de prueba (por ejemplo, sangre versus orina; cuantitativos versus cualitativos)
- D. Eficacia de los métodos de prevención del embarazo disponibles
- E. Conceptos clave de la educación de las pacientes en relación con la anticoncepción de emergencia, incluidos:
  - 1. Mecanismo de acción
  - 2. Pruebas de base
  - 3. Efectos secundarios
  - 4. Administración
  - 5. Porcentaje de error
  - 6. Requisitos de seguimiento
- F. Preocupaciones de las pacientes, sistemas de creencias y conceptos erróneos relacionados con la reproducción, el embarazo y la profilaxis del embarazo
- G. Necesidades fisiológicas, psicológicas, socioculturales, espirituales y económicas de las pacientes adultas y adolescentes en riesgo de un embarazo no deseado después de una agresión sexual
- H. Pautas basadas en la evidencia para la profilaxis del embarazo cuando se planifica la atención a pacientes adultas y adolescentes en riesgo de embarazo no deseado después de una agresión sexual
- I. Priorizar la atención basada en los datos de la evaluación y los objetivos centrados en la paciente
- J. Situaciones que justifican una consulta médica o de especialidad
- K. Evaluar la eficacia del plan de atención establecido y adaptar la atención en función de los cambios en los datos recogidos a lo largo del proceso de enfermería
- L. Demostrar la capacidad de identificar y explicar los cuidados de seguimiento necesarios, las instrucciones de alta y las fuentes de derivación asociadas a la anticoncepción de emergencia y/o las opciones de interrupción del embarazo

## **X. Documentación médica-forense**

Objetivo de aprendizaje: Al completar la instrucción en los siguientes temas, la participante tendrá los conocimientos necesarios para documentar de manera precisa, objetiva y concisa los

hallazgos y las muestras probatorias asociadas con una agresión sexual en adultas y adolescentes.

- A. Funciones y responsabilidades de la enfermera forense en la documentación del examen médico forense a adultas y adolescentes
- B. Pasos del proceso de enfermería, incluido el cuidado centrado en la paciente, las necesidades y los objetivos
- C. Diferenciación y documentación de las fuentes de información suministrada
- D. Documentación de las fuentes/sitios de reunión de pruebas
- E. Documentación de la historia del suceso citando las declaraciones de la paciente tanto como sea posible
- F. Documentación de la declaración de protesta hecha durante el examen médico forense
- G. Diferenciación entre datos objetivos y subjetivos; uso de lenguaje sin juicios o prejuicios en la documentación
- H. Procesos relacionados con la documentación forense médica que incluyen el mejoramiento de la calidad, la revisión por pares y la práctica basada en la investigación y la evidencia
- I. Consideraciones judiciales, incluidas:
  - 1. Requisitos reglamentarios u otros requisitos de acreditación (véase la sección de consideraciones jurídicas)
  - 2. Requisitos legales, reglamentarios u otros requisitos de confidencialidad (véase la sección de consideraciones jurídicas)
  - 3. Requisitos obligatorios para la presentación de informes (véase la sección de consideraciones jurídicas)
  - 4. Consentimiento informado y asentimiento (véase la sección de consideraciones jurídicas)
  - 5. Continuidad de la atención
- J. Consideraciones judiciales, incluidas:
  - 1. Representación verdadera y precisa
  - 2. Evaluación objetiva e imparcial
  - 3. Cadena de custodia
- K. Principios clave relacionados con el consentimiento, acceso, almacenamiento, archivo y retención de la documentación para:
  - 1. Registros médicos escritos/electrónicos
  - 2. Mapas corporales/diagramas anatómicos
  - 3. Formularios
  - 4. Fotografías (ver sección de fotografía médica-forense)
- L. Normas de almacenamiento y conservación de los registros médicos forenses (incluida la importancia de respetar las normas de justicia penal para el mantenimiento de los registros, como las normas sobre prescripción)
  - 1. Compartir la documentación médica-forense con otros proveedores de tratamiento

2. Acceso de la paciente al registro médico forense
- M. Liberación, distribución y duplicación de registros médicos forenses, incluyendo imágenes fotográficas y de video y material probatorio
1. Posibles problemas interjurisdiccionales
  2. Procedimientos para salvaguardar la privacidad de la paciente y la transferencia de pruebas/información a organismos externos cumpliendo con el protocolo institucional
  3. Explicación de las leyes y la política institucional que regulan la protección de los registros y la información de las pacientes
  4. Normas del programa aplicables a instalaciones/examinadoras (por ejemplo, acceso restringido a los registros médicos relacionados con el examen médico forense, respuesta a las citaciones y procedimientos para la divulgación de imágenes)

## **XI. Planificación del alta y el seguimiento**

Objetivo de aprendizaje: Al completar la instrucción en los siguientes temas, la participante tendrá los conocimientos necesarios para desarrollar, priorizar y facilitar planes apropiados de alta y seguimiento de la atención a poblaciones de pacientes adultas y adolescentes víctimas de agresión sexual, basados en las necesidades individuales de cada paciente y en consideración de la edad, el nivel de desarrollo, los valores culturales y las diferencias geográficas.

- A. Recursos que abordan las necesidades específicas de seguridad, médicas y forenses de las pacientes adultas y adolescentes después de una agresión sexual
- B. Individualizar el plan de alta y la atención de seguimiento en función de las prioridades médicas, forenses y de la paciente
- C. Facilitación del acceso a los organismos de colaboración multidisciplinaria
- D. Pautas basadas en la evidencia para dar el alta y prestar cuidados de seguimiento después de una agresión sexual a una paciente adulta o adolescente
- E. Práctica basada en la evidencia cuando se planifica y prioriza el alta y los cuidados de seguimiento relacionados con la seguridad, y con cuestiones psicológicas, forenses o médicas, incluida la prevención y/o el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual y el embarazo
- F. Modificar y facilitar planes de tratamiento, remisiones y atención de seguimiento basados en las necesidades y preocupaciones de las pacientes
- G. Generar, comunicar, evaluar y revisar los objetivos individualizados a corto y largo plazo relacionados con las necesidades de alta y seguimiento
- H. Determinación y comunicación de las necesidades de seguimiento y alta de acuerdo con la práctica basada en la evidencia, reconociendo las diferencias relacionadas con la edad, el nivel de desarrollo, la diversidad cultural y la geografía

## **XII. Consideraciones jurídicas y procedimientos judiciales**

Objetivo de aprendizaje: Al completar la instrucción en los siguientes temas, la participante tendrá los conocimientos fundamentales necesarios para considerar de manera efectiva los requisitos

legales que afectan a la prestación de atención a las pacientes adultas y adolescentes en casos de violencia de pareja o sexual y para dar un testimonio objetivo, preciso y basado en pruebas en los procedimientos judiciales.

#### A. Consideraciones jurídicas

##### 1. Consentimiento

- a. Conceptos clave relacionados con la obtención del consentimiento informado y el asentimiento
- b. Metodología para obtener el consentimiento para realizar un examen médico forense en poblaciones de pacientes adultas y adolescentes
- c. Diferencias entre los requisitos legales relacionados con el consentimiento o el rechazo de la atención médica frente al consentimiento o el rechazo de la recopilación y divulgación de pruebas
- d. Impacto de la edad, el nivel de desarrollo y la discapacidad física y mental en los procedimientos de consentimiento y la metodología apropiada para obtener el consentimiento en cada caso
- e. Excepciones legales a la obtención del consentimiento aplicables al área de práctica
- f. Posibles consecuencias de las opciones de notificación y de la asistencia a la paciente en la toma de decisiones informadas
- g. Consecuencias potenciales de la retirada del consentimiento y/o asentimiento y la necesidad de explicarlo a la paciente respetando y apoyando sus decisiones
- h. Coordinación con otras proveedoras para apoyar las decisiones de las pacientes para el examen médico forense y el consentimiento
- i. Procedimientos a seguir cuando la paciente no puede dar su consentimiento
- j. Importancia crítica de no realizar nunca el examen médico forense en contra de la voluntad de la paciente
- k. Necesidades fisiológicas, psicológicas, socioculturales, espirituales y económicas de las pacientes adultas y adolescentes después de una agresión sexual que pueden afectar a los procedimientos de consentimiento informado

#### B. Reembolso

1. Opciones para la indemnización/reembolso a las víctimas de delitos, asociados a la realización de un examen médico forense en casos de violencia sexual e íntima en adultas y adolescentes, según proceda
2. Procedimientos y opciones de reembolso para las poblaciones de pacientes adultas y adolescentes

#### C. Confidencialidad

1. Los requisitos legales relacionados con la confidencialidad de la paciente y su repercusión en el suministro de información sanitaria protegida a las pacientes, las familias y los organismos multidisciplinares, entre otros:
  - a. Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) u otra legislación de confidencialidad aplicable
  - b. Conceptos clave relacionados con el consentimiento informado y la divulgación de información protegida relacionada con la salud

- c. Necesidades fisiológicas, psicológicas, socioculturales, espirituales y económicas de las pacientes adultas y adolescentes después de una agresión sexual que pueden afectar a los procedimientos de confidencialidad
- D. Exámenes médicos de detección
1. Requisitos legales relacionados con la realización de un examen médico de detección y su repercusión en la prestación de atención médica-forense a pacientes adultas y adolescentes después de violencia en una relación de pareja o sexual, entre otras cosas:
    - a. Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo Activo (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act, EMTALA) u otra legislación aplicable
    - b. Procedimientos necesarios para obtener el consentimiento informado y el rechazo informada de conformidad con la legislación aplicable
    - c. Procedimientos requeridos para transferir o dar de alta/remitir a una paciente de conformidad con la legislación aplicable
    - d. Priorizar y asegurar el tratamiento médico según indica la presentación específica de las principales quejas
    - e. Necesidades fisiológicas, psicológicas, socioculturales, espirituales y económicas de las pacientes adultas y adolescentes después de una agresión sexual que puede afectar a los procedimientos médicos
- E. Requisitos de presentación de informes obligatorios
1. Requisitos legales relacionados con los requisitos de presentación de informes obligatorios en las poblaciones de pacientes adultas y adolescentes
  2. Procedimientos y opciones para la presentación obligatoria de informes para las poblaciones de pacientes adultas y adolescentes
  3. Diferenciación entre las evaluaciones forenses médicas notificadas y las restringidas/anónimas después de la violencia sexual
  4. Modificación de los procedimientos de examen médico forense en casos no denunciados/anónimos
  5. Necesidades fisiológicas, psicológicas, socioculturales, espirituales y económicas de las pacientes adultas y adolescentes después de una agresión sexual que pueden afectar a los procedimientos obligatorios de presentación de informes
- F. Procedimientos judiciales
1. El papel de la EECAS en los procedimientos judiciales y administrativos, debe incluir:
    - a. Diferenciación entre procedimientos judiciales civiles y penales
  2. El papel de la EECAS en los procedimientos judiciales y administrativos, puede incluir:
    - a. Procedimientos en el tribunal de familia
    - b. Procedimientos administrativos/universitarios
    - c. Audiencias del Título IX
    - d. Procedimientos militares y de corte marcial
    - e. Audiencias de matrimonio/divorcio
    - f. Procedimientos de custodia de menores de edad
  3. Definiciones legales asociadas con la violencia sexual

4. Jurisprudencia y precedencia judicial que afectan al testimonio en los procedimientos judiciales, como:
  - a. Admisibilidad u otras leyes aplicables específicas a la esfera de práctica
  - b. Normas sobre la presentación de pruebas u otras leyes aplicables específicas a la esfera de práctica
  - c. Testimonio de oídas u otras leyes aplicables específicas a la esfera de práctica
5. Diferencias entre los procedimientos judiciales civiles y penales, incluidas las normas aplicables a la presentación de pruebas
6. Diferencias entre las funciones y responsabilidades de los testigos de hecho frente a los testigos periciales en los procedimientos judiciales
7. Las diferencias entre los juicios con jurado y los juicios con juez
8. Procesos judiciales:
  - a. Acusación formal
  - b. Lectura de cargos
  - c. Acuerdo de declaración de culpabilidad
  - d. Sentencia
  - e. Deposición
  - f. Citación judicial
  - g. Interrogatorio directo
  - h. Contrainterrogatorio
  - i. Objeciones
9. Papel de la enfermera forense en los procedimientos judiciales, incluidos:
  - a. Educar a la persona adjudicadora de hechos
  - b. Testificar competentemente
  - c. Comportamiento y apariencia
  - d. Objetividad
  - e. Precisión
  - f. Testimonio basado en pruebas
  - g. Profesionalidad
10. Procesos clave relacionados con la preparación previa al juicio

# CONTENIDO DEL PRECEPTORADO CLÍNICO PARA ADULTA/ADOLESCENTE

## Componente de educación clínica

El preceptorado clínico está diseñado para complementar la experiencia educativa en el aula y permitir a la EECAS aplicar la información y las habilidades obtenidas durante la experiencia en el aula. La experiencia clínica requerida es adicional al curso didáctico de 40 horas. Se recomienda que este preceptorado se complete con la orientación de una médica, una enfermera de práctica avanzada o una enfermera certificada con experiencia forense.

Las experiencias clínicas de las preceptoras deben completarse en un plazo que asegure la competencia y la máxima retención de los conocimientos y aptitudes, normalmente dentro de los seis meses siguientes a la finalización de la formación didáctica. Las habilidades clínicas requeridas se realizarán hasta que la enfermera demuestre su competencia, y esta será determinada por la profesional que evalúe las habilidades clínicas requeridas.

El Modelo Dreyfus de Adquisición de Aptitudes propone que todo procedimiento de capacitación debe basarse en algún modelo de adquisición de aptitudes para abordar, en cada etapa de la capacitación, las cuestiones apropiadas que conllevan la facilitación del avance. Este modelo para alumnas adultas presenta cinco niveles de desarrollo: 1) Principiante; 2) Principiante avanzada; 3) Competente; 4) Experimentada; y 5) Experta. Benner (1982) utilizó este mismo modelo para publicar un estudio sobre el desarrollo clínico de las enfermeras. Benner propuso que la principiante no tiene experiencia práctica y comprende poco el significado contextual; la principiante avanzada tiene suficiente experiencia en la atención a la paciente para reconocer y discriminar las prioridades; la enfermera competente ha ejercido en la misma población durante dos o tres años, es eficiente, organizada y capaz de elaborar planes de atención; la enfermera experimentada tiene en cuenta todos los aspectos y puede prever las necesidades de la paciente sobre la base de la experiencia con esa población; y la enfermera experta tiene un conocimiento amplio de las situaciones de atención a la paciente y puede centrarse en los problemas y abordarlos con flexibilidad y competencia.

En la mayoría de los casos, la EECAS recién formada comenzará la práctica en las etapas de adquisición de las habilidades de principiante o de principiante avanzada porque tanto la población de pacientes como el papel son nuevos para la enfermera. Por esta razón, y en reconocimiento de la descripción de Benner sobre el desarrollo de la enfermería clínica, se recomiendan un mínimo de dos años de práctica clínica como enfermera certificada antes de ejercer como EECAS.

Habida cuenta de la diversidad de comunidades y de los diferentes retos que enfrentan las comunidades rurales las de bajo volumen frente a las urbanas de alto volumen, es preciso reconocer múltiples opciones para el logro de aptitudes clínicas. La adquisición de aptitudes clínicas puede obtenerse utilizando cualquiera de los siguientes enfoques:

### **Enfoque 1:**

- A. Experiencia clínica con una población de pacientes sin agresión sexual, mientras la enfermera está siendo capacitada por una médica, una asistente médica, una enfermera de práctica avanzada o una enfermera certificada con experiencia forense que se adhiere al contenido clínico que se describe a continuación hasta que se logra la competencia; y
- B. Experiencia clínica con pacientes que han sufrido una agresión sexual, mientras que la enfermera está siendo capacitada por una médica, una asistente médica, una enfermera de práctica avanzada o una enfermera certificada con experiencia forense que se adhiere al contenido clínico que se describe a continuación hasta que se logra la competencia a nivel del programa local.

### **Enfoque 2:**

- A. Experiencias con pacientes simuladas utilizando modelos vivos, mientras la enfermera es capacitada por una médica, una asistente médica, una enfermera de práctica avanzada o una enfermera certificada con experiencia forense que se adhiere al contenido clínico que se describe a continuación hasta que se logra la competencia.
- B. Experiencia clínica con pacientes que han sufrido una agresión sexual, mientras la enfermera está siendo capacitada por una médica, una asistente médica, una enfermera de práctica avanzada o una enfermera certificada con experiencia forense que se adhiere al contenido clínico que se describe a continuación hasta que se logra la competencia a nivel del programa local.

### **Enfoque 3:**

- A. Experiencias simuladas de pacientes utilizando modelos de simulación médica, mientras la enfermera está siendo capacitada por una médica, una asistente médica, una enfermera de práctica avanzada o una enfermera certificada con experiencia forense que se adhiere al contenido clínico que se describe a continuación; y
- B. Experiencia clínica con pacientes que han sufrido una agresión sexual, mientras la enfermera está siendo capacitada por una médica, una asistente médica, una enfermera de práctica avanzada o una enfermera certificada con experiencia forense que se adhiere al contenido clínico que se describe a continuación hasta que se logra la competencia a nivel del programa local.

El siguiente contenido de educación clínica identifica el marco para la EECAS que se ocupa de la población de pacientes adultas/adolescentes víctimas de agresión sexual. Estos objetivos de aprendizaje esbozan el nivel mínimo de instrucción requerido durante la experiencia de preceptorado clínico. Al igual que la parte didáctica de la formación, los temas de aprendizaje clínico se basan en el proceso de enfermería de evaluación, diagnóstico, identificación de resultados, planificación, implementación y evaluación.

Resultado del aprendizaje para la educación clínica: Al completar el aprendizaje clínico, la



participante poseerá los conocimientos fundamentales y las habilidades necesarias para desempeñarse como enfermera examinadora en casos de agresión sexual que atiende a pacientes adultas/adolescentes que han sufrido una agresión sexual.

1. Demostrar opciones de examen y diálogo paciente-enfermera apropiados y necesarios para obtener el consentimiento informado de las poblaciones de pacientes adultas y adolescentes
2. Evaluará la eficacia del plan de atención establecido con respecto al consentimiento, y modificar o adaptar la atención basándose en la evaluación de la capacidad y el nivel de desarrollo de la paciente a partir de los datos reunidos durante el proceso de enfermería
3. Explicar los procedimientos asociados con la confidencialidad a las poblaciones de pacientes adultas y adolescentes
4. Identificar las circunstancias en que es necesaria la notificación obligatoria y explicar los procedimientos asociados con la notificación obligatoria a las poblaciones de pacientes adultas y adolescentes
5. Evaluar la eficacia del plan de atención establecido en lo que respecta a la confidencialidad, y modificar o adaptar la atención según nivel o la capacidad de desarrollo de la paciente y los datos reunidos a lo largo del proceso de enfermería
6. Explicar los procedimientos y opciones de examen médico a las poblaciones de pacientes adultas y adolescentes
7. Evaluar la eficacia del plan de atención establecido según la evaluación médica/evaluación de enfermería/tratamiento y modificarlo o adaptarlo para satisfacer las necesidades de la paciente según los cambios en los datos reunidos durante el proceso de enfermería
8. Evaluar la eficacia del plan de atención establecido en lo que respecta a los requisitos de presentación de informes obligatorios, y modificarlo o adaptarlo en función de los cambios en los datos reunidos durante el proceso de enfermería
9. Identificar los elementos críticos en la historia médica-forense y revisar los sistemas y demostrar aptitud en la preparación de una historia efectiva
10. Realizar una evaluación completa de pies a cabeza
11. Preparar a la paciente adulta y/o adolescente para el examen anogenital
12. Diferenciación de la anatomía anogenital normal de las variantes normales y los hallazgos anormales
13. Demostrar técnicas de visualización anogenital:
  - a. Separación labial
  - b. Tracción labial
  - c. Evaluación himenal (catéter urinario [Foley], hisopo u otra técnica)
  - d. Evaluación con espéculos de la vagina y el cuello del útero
14. Recolección de muestras para pruebas de enfermedades de transmisión sexual
15. Articular justificaciones para pruebas específicas de enfermedades de transmisión sexual y

técnicas de recolección

16. Recoger y preservar pruebas (dependiendo de la práctica local y de los indicios de la historia), incluidos:
  - a. Hisopos bucales
  - b. Hisopos orales
  - c. Hisopo de la marca de la mordedura
  - d. Otras tomas de muestras de la superficie del cuerpo
  - e. Recortes de uñas/ hisopos
  - f. Hisopos anales
  - g. Hisopos rectales
  - h. Hisopos vaginales
  - i. Hisopos cervicales
  - j. Peinado/recogida del cabello de la cabeza
  - k. Peinado/recogida de vello púbico
  - l. Ropa
  - m. Toxicología
17. Articular razones para el tipo y la forma específicos de la recolección de muestras probatorias
18. Envasado de material probatorio
19. Sellado de materiales de prueba
20. Articulación de las razones para el envasado y sellado de material probatorio
21. Mantenimiento de la cadena de custodia de los materiales de prueba
22. Articular razones para mantener la cadena de custodia adecuada
23. Modificar las técnicas de recolección de pruebas en función de la edad, el nivel de desarrollo/cognitivo y la tolerancia de la paciente
24. Demostrar conocimiento del consentimiento, el almacenamiento, la confidencialidad y la divulgación y el uso adecuados de las fotografías tomadas durante el examen médico forense
25. Obtener una orientación general, un primer plano y un primer plano con escala para que la fotodocumentación médica-forense proporcione un reflejo verdadero y preciso del tema
26. Evaluar la eficacia del plan de atención establecido y modificar o adaptar la atención de acuerdo a los cambios en los datos reunidos a lo largo del proceso de enfermería
27. Demostrar el diálogo paciente-enfermera estableciendo cuidados de seguimiento e instrucciones de alta asociados con la anticoncepción de emergencia y/o las opciones de interrupción del embarazo
28. Demostrar el diálogo paciente-enfermera estableciendo los cuidados de seguimiento y las instrucciones de alta asociados con determinadas enfermedades de transmisión sexual

29. Identificar las preocupaciones de alta y seguimiento relacionadas con la edad, el nivel de desarrollo, la diversidad cultural y las diferencias geográficas
30. Evaluación de la eficacia de los planes de atención de alta y de seguimiento establecidos, y revisión del plan de atención establecido, respetando las pautas actuales de la práctica basada en la evidencia
31. Priorizar la necesidad y la aplicación de estrategias de intervención de crisis en pacientes adultas y adolescentes, basadas en los resultados de la evaluación posterior a la violencia sexual
32. Demostrar el proceso de enfermería como base para la toma de decisiones de la enfermera, incluidos:
  - a. Evaluación: recoge datos pertinentes a la salud y la situación de la paciente;
  - b. Diagnóstico: analiza los datos para determinar diagnósticos o problemas;
  - c. Identificación de resultados: identifica los resultados individualizados de las pacientes en función de sus necesidades;
  - d. Planificación - desarrolla un plan que prescribe estrategias para alcanzar los resultados esperados;
  - e. Implementación: implementa el plan, incluyendo cualquier coordinación de la atención, la enseñanza al paciente, la consulta, la autoridad prescriptiva y el tratamiento; y
  - f. Evaluación: evalúa el progreso hacia el logro de resultados (ANA, 2010)

La participación en la revisión de los gráficos, la revisión colegial, la educación continua, la supervisión y la tutoría es esencial para preparar y apoyar a la enfermera certificada para el papel de la EECAS de adulta/adolescente. Se recomienda que cada EECAS, desde la principiante hasta la experta, participe regularmente en estas actividades. La participación continua en el desarrollo de habilidades promoverá la práctica estandarizada, los resultados de calidad y la competencia.

### **Contenido opcional del preceptorado**

El contenido opcional del preceptorado describe las áreas opcionales que las instructoras pueden incluir en las expectativas generales del programa, pero que la AIEF no considera que sean requisitos para la capacitación de la EECAS, ya que puede que no estén disponibles en todas las comunidades.

1. Demostrar técnicas de visualización adicionales:
  - a. Aplicación y eliminación del colorante azul de toluidina anogenital según corresponda a la práctica local
  - b. Equipo especializado de uso común en la práctica, como herramientas de aumento, colposcopios, fuentes de luz alternativas (FLA), etc.
2. Fotodocumentar los resultados de los exámenes médicos forenses utilizando las técnicas anteriores

# Sección II

## Enfermera examinadora en casos de agresión sexual pediátrica/adolescente (EECAS)

### PAUTAS DE EDUCACIÓN

#### CONTENIDO DIDÁCTICO PEDIÁTRICA/ADOLESCENTE

##### Abuso sexual a menores de edad

La Organización Mundial de la Salud (2017) define el abuso sexual infantil (ASI) como la participación de una niña o un niño en una actividad sexual que no comprende plenamente, a la que no puede dar un consentimiento informado o para la cual no está preparado desde el punto de vista del desarrollo y no puede dar su consentimiento, o que viola las leyes o los tabúes sociales de la sociedad. El abuso sexual a menores de edad se pone de manifiesto en esta actividad entre una niña o un niño y un adulto u otra niña o niño que por su edad o desarrollo se encuentra en una relación de responsabilidad, confianza o poder, estando la actividad destinada a gratificar o satisfacer las necesidades de la otra persona. Esto puede incluir, entre otras cosas: la inducción o la coacción de una niña o un niño para que participe en cualquier actividad sexual ilícita; la utilización de una niña o un niño con fines de explotación en la prostitución u otras prácticas sexuales ilícitas; la utilización de niñas o niños con fines de explotación en espectáculos y materiales pornográficos (pág. vii).

La actividad sexual puede implicar tocarse o acariciarse, contacto oral-genital, genital y/o anal que puede o no incluir la penetración de la vagina o el ano. En muchos casos, el abuso sexual difiere de la agresión sexual en que el contacto sexual es progresivo y longitudinal. El autor o autora del abuso sexual de menores suele ser un cuidador conocido y de confianza o un miembro de la familia.

Dada la prevalencia del trauma en las poblaciones de pacientes, la AIEF reconoce la importancia fundamental de que la cuidadora utilice una estrategia de atención basada en el conocimiento del trauma, independientemente de la presentación o el comportamiento de la paciente. Las estadísticas de los párrafos anteriores hablan de la abrumadora presencia del trauma en las poblaciones de niños y adolescentes. Según Raja y otros (2015), los cuatro principios subyacentes de la prestación de atención informada sobre traumas (TIC) son: 1) darse cuenta de la prevalencia de los acontecimientos traumáticos y el impacto generalizado del trauma; 2) reconocer los signos y síntomas del trauma; 3) responder integrando los conocimientos sobre el trauma en las normas, procedimientos y prácticas; y 4) tratar de resistir activamente la retraumatización. El Centro de Estrategias para la Atención de la Salud (Center for Healthcare Strategies, 2017) considera que los pequeños cambios en el aspecto físico y emocional del entorno de atención (por ejemplo, la

participación de las pacientes en su propio cuidado) y las actitudes de las cuidadoras (por ejemplo, incluir a las pacientes en las decisiones) dan resultados positivos en el fomento de la seguridad y la confianza. El concepto de cuidados específicos para el trauma (*TIC*, por sus siglas en inglés) debe estar presente en todos los aspectos de la educación relacionados con la atención a las pacientes que han sufrido una agresión sexual. Aunque no se menciona en el esquema del curso como un tema independiente, se pretende que el concepto de *TIC* se entrelace a lo largo de todo el curso didáctico en su totalidad y que sirva como un elemento fundamental de la atención que proporcionan las EECAS.

Típicamente, la niña o el niño no revela el abuso sexual durante días, semanas, meses o incluso años. El abuso sexual infantil a menudo ocurre en un contexto de secretismo y vergüenza y puede implicar la coerción y la manipulación o el comportamiento de "aseo", a veces denominado "síndrome de acomodación". Los estudios han demostrado que las revelaciones de las niñas y los niños a menudo se retrasan y se cree que tan sólo el 25% de las víctimas menores de edad revelan los datos inmediatamente después del ASI (McElvaney, 2015). Los menores de edad pueden proporcionar la revelación de manera incremental en el tiempo y pueden minimizar o negar el abuso, incluso cuando se les cuestiona. Algunos menores pueden retractarse de su revelación posteriormente durante una investigación (Malloy, Mugno, Rivard, Lyon, & Quas, 2016). Muchos factores contribuyen a la no revelación, entre ellos, pero no exclusivamente, los sentimientos de vergüenza o humillación; los sentimientos de responsabilidad o de autculpabilidad; la falta de comprensión del abuso; la capacidad limitada de comunicación; el uso de amenazas, la manipulación o las solicitudes de secreto por parte del perpetrador o de otro miembro de la familia; temor a las consecuencias negativas (reales o imaginarias) para ellas mismas o para los miembros de la familia; y anticipación de la incredulidad o de una respuesta sin apoyo de los familiares; anticipación de la incredulidad o de una respuesta sin apoyo (McElvaney, Greene y Hogan, 2014).

Es difícil llevar una contabilidad exacta de las estadísticas de la CSA debido a la gran cantidad de incidentes no reportados. Históricamente, la mayoría de los datos de prevalencia se derivaban de encuestas a adultos sobre sus experiencias en la infancia. Sin embargo, en los últimos años los investigadores han recurrido a los estudios sobre la juventud en un esfuerzo por obtener datos más contemporáneos. En una encuesta reciente realizada a 2.293 niñas y niños de 15 a 17 años de edad en los Estados Unidos se comprobó que los incidentes de abuso y agresión sexuales entre las encuestadas de 17 años de edad era del 26,6% en el caso de las niñas y del 5,1% en el de los niños (Finkelhor, Shattuck, Turner y Hamby, 2014). Un examen de estudios de 9 países de ingresos bajos y medianos mostró que las tasas mundiales notificadas de ASM son del 4,4% al 37,6% entre las niñas y del 5,6% al 21,2% entre los niños (Sumner et al., 2015). Debido a las variaciones en la definición, el significado cultural, los niveles de vigilancia y la concienciación, los países que proporcionan datos sobre el AEC muestran una considerable variabilidad en la prevalencia.

Las consecuencias de la APC pueden ser importantes y a largo plazo y pueden incluir factores físicos y psicológicos que afectan negativamente a la salud. En un estudio de adultos que informaron de experiencias adversas en la infancia, el ACS se asoció con varios trastornos físicos y mentales (Felitti y otros, 1998). Aunque no todos los niños que han sufrido abuso sexual presentan síntomas psicológicos o de comportamiento en el momento de la evaluación médica, los niños que han experimentado episodios repetidos o abuso prolongado pueden desarrollar secuelas conductuales y psicológicas, como el trastorno de estrés postraumático y otros síntomas relacionados con el trauma,

la depresión, el comportamiento de los trastornos alimentarios, el comportamiento delictivo y tasas más altas de suicidio (Godbout, Briere, Sabourin y Lussier, 2014). Las pruebas también sugieren que las adolescentes que han sufrido abuso sexual en la infancia tienen su primera experiencia sexual voluntaria a una edad más temprana, participan en conductas sexuales de riesgo, tienen mayores tasas de embarazo y de uso de drogas ilícitas, y experimentan más abuso físico y revictimización sexual (Barnes, Putnam y Trickett, 2009; Noll, Shenk y Putnam, 2009).

### **Temas de aprendizaje del contenido didáctico para pediátrica/adolescente**

El siguiente marco de contenido está diseñado para proporcionar a la EECAS pediátrica/adolescente los temas de aprendizaje mínimos para demostrar las habilidades cognitivas, afectivas y psicomotoras necesarias para utilizar el proceso de enfermería cuando se atiende a pacientes pediátricas y adolescentes después del abuso/agresión sexual. Los temas de aprendizaje seleccionados proporcionan a las EECAS pediátricas/adolescentes de diversos ámbitos de la práctica profesional los conocimientos fundamentales y las aptitudes de pensamiento crítico necesarias para proporcionar una atención holística, integral y con conocimiento de causa a las poblaciones de pacientes pediátricas y adolescentes víctimas de abuso/agresión sexual. Cada tema de aprendizaje clave contiene criterios de resultados mensurables que siguen los pasos del proceso de enfermería, incluida la valoración, el diagnóstico, la identificación de resultados, la planificación, la aplicación y la evaluación. Cada tema de aprendizaje clave elegido contiene criterios para la evaluación de los resultados que siguen los pasos del proceso de enfermería, incluida la valoración, el diagnóstico, la identificación de resultados, la planificación, la aplicación y la evaluación.

**Resultado del aprendizaje:** El resultado general del aprendizaje para la educación básica de la EECAS es proporcionar a las enfermeras certificadas y a las enfermeras de práctica avanzada los conocimientos, las habilidades y el criterio para proporcionar una atención competente, integral, centrada en la paciente y coordinada con las pacientes que están siendo evaluadas por agresión sexual o que se sospecha que han sido agredidas sexualmente.

### **Temas clave del aprendizaje didáctico**

- I. Panorama general de la enfermería forense y el abuso sexual infantil
- II. Respuestas de las víctimas e intervención en situaciones de crisis
- III. Colaboración con organismos comunitarios
- IV. Preparación de la historia clínica forense
- V. Observación y evaluación de los resultados de los exámenes físicos
- VI. Recolección de muestras médicas forenses
- VII. Fotografía médica-forense
- VIII. Pruebas y profilaxis de enfermedades de transmisión sexual
- IX. Evaluación de los riesgos de embarazo y prestación de cuidados
- X. Documentación médica-forense
- XI. Alta y planificación de seguimiento

## XII. Testimonio en la sala de tribunal y consideraciones judiciales

### I. Panorama general de la enfermería forense y el abuso sexual a menores de edad

Objetivo de aprendizaje: Al completar la instrucción en los siguientes temas, la participante tendrá los conocimientos requeridos por la EECAS pediátrica/adolescente para incorporar los principios y prácticas forenses fundamentales en el proceso de enfermería cuando se atiende a pacientes pediátricas y adolescentes después del abuso/agresión sexual.

#### A. Panorama de la enfermería forense

1. Historia y evolución de la enfermería forense
2. Papel de la EECAS pediátrica/adolescente en el cuidado de las poblaciones de pacientes pediátricas y adolescentes que han sufrido abuso o agresión sexual.
3. El papel de la EECAS pediátrica/adolescente y la educación y prevención del abuso/agresión sexual
4. Función de la Asociación Internacional de Enfermeras Forenses en el establecimiento del ámbito y las normas de la práctica de la enfermería forense
5. Aspectos clave de la *Enfermería forense: Alcance y normas de práctica*
6. Conducta profesional y ética relacionada con la práctica de la EECAS pediátrica/adolescente y la atención a poblaciones de pacientes pediátricas y adolescentes que han sido objeto de abuso sexual/agresión, mediante los principios éticos de autonomía, beneficencia, no malversación, veracidad, confidencialidad y justicia
7. Recursos de enfermería, locales y mundiales, que contribuyen a la práctica actual y competente de la EECAS pediátrica/adolescente
8. Trauma vicario
9. Métodos de prevención de trauma vicario asociado a la práctica de la EECAS pediátrica/adolescente
10. Conceptos clave asociados al uso de la práctica basada en la evidencia en el cuidado de las poblaciones de pacientes pediátricas y adolescentes con abuso sexual/agresión

Objetivo de aprendizaje: Al completar la instrucción en los siguientes temas, la participante tendrá los conocimientos necesarios para reconocer las dinámicas de la violencia sexual, que proporcionan el contexto para la atención a pacientes pediátricas y adolescentes después del abuso/agresión sexual. La EECAS pediátrica/adolescente utiliza estos conocimientos para educar a las pacientes y las familias acerca de la conexión entre el abuso/agresión sexual de niños y adolescentes y la salud, y para colaborar con las pacientes y las familias en la identificación de intervenciones apropiadas y referencias comunitarias.

#### B. Abuso sexual a menores de edad

1. Tipos de abuso/agresión sexual a niñas y niños/adolescentes
2. Tipos de maltrato físico infantil
3. Tasas de incidencia y prevalencia mundiales de la violencia y el abuso sexuales en las poblaciones pediátricas y adolescentes de ambos sexos

- a. Factores de riesgo de abuso/agresión sexual en niñas, niños y adolescentes
- b. Fundamentos del crecimiento y el desarrollo en el contexto de la comprensión del abuso/agresión sexual a niñas, niños/adolescentes
4. Consecuencias para la salud de los abusos/agresiones sexuales, que incluyen secuelas físicas, psicosociales, culturales y socioeconómicas
5. Desafíos singulares a la atención sanitaria para poblaciones desatendidas o vulnerables a los abusos y agresiones sexuales y las tasas de prevalencia relacionadas, entre otras:
  - a. Niños/hombres
  - b. Pacientes con problemas de desarrollo
  - c. GLBTQIA (gay, lesbiana, bisexual, transgénero, cuestionan su identidad sexual/*queer*, intersexual, agenérica/asexual)
  - d. Las pacientes en acogida de emergencia o a largo plazo
  - e. Pacientes con discapacidades
  - f. Poblaciones culturalmente diversas
  - g. Poblaciones en el ámbito de la salud mental
  - h. Pacientes con barreras de idioma/comunicación
  - i. Personas que son objeto de trata
6. Prácticas óptimas para mejorar la atención de enfermería forense prestada a poblaciones de pacientes desatendidas o vulnerables
7. Factores que influyen en la vulnerabilidad de las pacientes que son objeto de abuso/agresión sexual (es decir, experiencias adversas en la infancia [EAls, ACE por sus siglas en inglés], violencia generacional y personas que fueron criadas en el sistema de hogares de acogida/guarda)
8. Prejuicios y creencias profundamente arraigadas en relación con el abuso/agresión sexual en las poblaciones de pacientes pediátricas y adolescentes
9. Conceptos clave de la tipología de los delincuentes y sus repercusiones en las poblaciones de pacientes víctimas de abusos y agresiones sexuales
10. Diferencias en la tipología de los delincuentes cuyo objetivo son las poblaciones pediátricas
11. Síndrome de acomodación con víctimas de abuso sexual infantil y sus familias
12. Dinámica del abuso sexual familiar (incesto) y el impacto en la menor y en las cuidadoras no infractoras
13. Revelación por parte de los menores de edad de los abusos sexuales y los factores relacionados con la revelación

## II. Respuestas de las víctimas e intervención en situaciones de crisis

Objetivo de aprendizaje: Al completar la instrucción en los siguientes temas, la participante tendrá los conocimientos necesarios para entender el impacto psicosocial del abuso/agresión sexual en poblaciones de pacientes pediátricas y adolescentes. Estos temas sustentan el



conocimiento fundamental de la EECAS pediátrica/adolescente para valorar, planificar, implementar y evaluar apropiadamente la atención, así como para colaborar con las pacientes en la identificación de las metas de atención apropiadas y las remisiones para atención comunitaria.

- A. Respuestas psicosociales comunes al abuso/agresión sexual y al maltrato infantil en las poblaciones pediátricas y de adolescentes
- B. Ramificaciones psicosociales agudas y a largo plazo asociadas con el abuso/agresión sexual y el maltrato infantil
- C. Respuestas y secuelas emocionales y psicológicas después del abuso o agresión sexual, incluida la familiaridad con los trastornos traumáticos y relacionados con el estrés, aplicables a las poblaciones de pacientes pediátricas y adolescentes que han sido objeto de abuso o agresión sexual y maltrato infantil
  - 1. Componentes clave de la evaluación del riesgo de suicidio
  - 2. Componentes clave de la evaluación de riesgos para la seguridad
- D. Diversas reacciones que pueden manifestarse en la paciente después de la violencia sexual
- E. Factores de riesgo de secuelas psicosociales agudas y crónicas en pacientes pediátricas y adolescentes después del abuso/agresión sexual y maltrato infantil
- F. Factores de riesgo de afecciones de salud agudas y crónicas relacionadas o agravadas por el abuso o la agresión sexual y el maltrato infantil, como el asma, la hipertensión y cuestiones gastrointestinales
- G. Preocupaciones comunes relativas a la presentación de informes a los organismos encargados de hacer cumplir la ley después del abuso o agresión sexual y de maltrato a niños, y posibles ramificaciones psicosociales asociadas a esta decisión
- H. Atención integral y culturalmente competente de las pacientes pediátricas y adolescentes que han sufrido abusos o agresiones sexuales, basada en datos de evaluación objetivos y subjetivos, resultados centrados en la paciente y tolerancia de la paciente
- I. Factores de riesgo de no adherencia en poblaciones de pacientes pediátricas y adolescentes después del abuso/agresión sexual
- J. Diversas cuestiones psicosociales asociadas con poblaciones de pacientes de violencia sexual desatendidas, tales como:
  - 1. Hombres
  - 2. Población reclusa/menores en detención
  - 3. GLBTQIA (gay, lesbiana, bisexual, transgénero, cuestionan su identidad sexual/*queer*, intersexual, agenérica/asexual)
  - 4. Actuación familiar (hermano, padre/tutor, etc.)
  - 5. Pacientes con discapacidades
  - 6. Poblaciones culturalmente diversas
  - 7. Personas con enfermedad mental
  - 8. Pacientes con barreras de idioma/comunicación

9. Personas que son objeto de trata
- K. Priorizar las estrategias de intervención en crisis para las pacientes pediátricas y adolescentes después del abuso/agresión sexual
- L. Resultados, intervenciones y criterios de evaluación de la paciente diseñados para abordar problemas psicosociales reales o potenciales, basados en la edad cronológica de la paciente, el estado de desarrollo, las prioridades identificadas y la tolerancia
- M. Técnicas y estrategias para interactuar con las pacientes adultas y adolescentes y sus familias después de una revelación de violencia sexual, entre otras:
  1. Escuchar empática y reflexivamente
  2. Mantener la dignidad y la privacidad
  3. Facilitar la participación y el control
  4. Respetar la autonomía
  5. Mantener la objetividad y el profesionalismo en las examinadoras

### **III. Colaboración con organismos comunitarios**

Objetivo de aprendizaje: Al completar la instrucción en los siguientes temas, la participante tendrá los conocimientos fundamentales para interactuar y colaborar eficazmente con los miembros del equipo multidisciplinario que participan en el cuidado de las pacientes pediátricas/adolescentes después del abuso/agresión sexual.

- A. Equipo multidisciplinario (EMD), incluidos:
  1. Visión general de las funciones y responsabilidades
  2. Modelos EMD
  3. Centros de defensa de los menores
  4. Centros de justicia familiar
  5. Equipos de respuesta/recursos para agresiones sexuales (SART)
  6. Estrategias para implementar y mantener un EMD/SART
  7. Beneficios y retos
- B. Funciones y responsabilidades de los siguientes miembros del EMD en relación con el abuso/agresión sexual a niñas, niños y adolescentes:
  1. Defensoras de las víctimas (radicadas en la comunidad y el sistema)
  2. Examinadores médicos forenses (EECAS pediátricas/adolescentes, investigadores de muertes, forenses, examinadores médicos, consultores de enfermería forense)
  3. Personal de las fuerzas de orden público
  4. Fiscales
  5. Abogadas defensoras
  6. Científicas forenses

7. Los entrevistadores forenses
  8. Organismos de protección de la infancia
  9. Otros organismos de servicios sociales
- C. Estrategias clave para iniciar y mantener comunicación y colaboración eficaces entre los miembros de la EMD, manteniendo al mismo tiempo la privacidad y la confidencialidad de la paciente

#### **IV. Preparación de la historia clínica forense**

Objetivo de aprendizaje: Al completar la instrucción en los siguientes temas, la participante tendrá los conocimientos fundamentales para obtener de manera precisa, objetiva y concisa información médica forense asociada con el abuso/agresión sexual relativo a una paciente pediátrica o adolescente.

- A. Componentes clave para obtener una historia clínica forense completa y adecuada al desarrollo de la paciente, incluido el examen centrado en los sistemas de una paciente pediátrica/adolescente, que puede proporcionar contexto para tomar decisiones apropiadas de atención y las posibles consecuencias forenses, incluidos:
1. Historia clínica anterior
  2. Alergias
  3. Medicación
  4. Uso de drogas recreativas
  5. Historia clínica/quirúrgica
  6. Estado de vacunación
  7. Historia social
    - a. Madre-padre/cuidador-a
    - b. Otra información, según sea necesario
  8. Historia del desarrollo
    - a. Hitos
    - b. Desarrollo físico
    - c. Desarrollo sexual
    - d. Desarrollo intelectual
    - e. Desarrollo social
    - f. Desarrollo emocional
    - g. Desarrollo moral
  9. Historia genitourinaria
    - a. Desarrollo y trastornos del tracto urinario
    - b. Desarrollo y trastornos del tracto reproductivo
    - c. Última relación sexual consensual, si procede
    - d. Historia clínica forense de embarazo, si procede

- e. Uso de anticonceptivos, si procede
  - f. Menarquia y el último período menstrual
10. Historia gastrointestinal
    - a. Desarrollo y trastornos del tracto gastrointestinal
    - b. Historia y tratamientos del estreñimiento y la diarrea
  11. Historia de los sucesos
    - a. Actos reales/intentos
    - b. Fecha y hora del suceso
    - c. Lugar del suceso
    - d. Información sobre el asaltante
    - e. Uso de armas/restricciones/amenazas/tratamiento/manipulación
    - f. Uso de dispositivos de grabación (fotografías o videos del suceso)
    - g. Sospecha de agresión sexual facilitada por las drogas
    - h. Uso de preservativos
    - i. Eyaculación
    - j. Dolor o hemorragia asociados a los actos
    - k. Agresión física
    - l. Estrangulación
    - m. Posible destrucción de pruebas
  12. Diferencia entre la obtención de una historia clínica médica forense y la realización de una entrevista forense, y el propósito de cada una de ellas
  13. Técnicas para establecer una relación de comunicación y facilitar la revelación de información teniendo en cuenta la edad, el nivel de desarrollo, la tolerancia, la identidad de género y las diferencias culturales de la paciente
  14. Obtener la historia de una menor independientemente de otras personas
  15. Obtener una historia clínica forense del cuidado (madre, padre, tutoría, etc.) independientemente del menor
  16. Obtener una historia médica-forense de un menor e identificar cuándo sería inapropiado hacerlo
  17. Diferencia entre preguntas sugerentes y no sugerentes
  18. Importancia de utilizar la historia clínica médica forense como referencia para la evaluación física de la paciente y la recopilación de indicios
  19. Importancia de la documentación exacta e imparcial de la historia clínica médica forense
  20. Coordinación entre los representantes de los organismos de orden público y las SAFE en lo que respecta a la logística y los límites entre la preparación de la historia clínica forense y la investigación policial

## **V. Observación y evaluación de los resultados de los exámenes físicos**

Objetivo de aprendizaje: Al completar la instrucción en los siguientes temas, la participante tendrá los conocimientos necesarios para desempeñarse en el papel de la EECAS

pediátrica/adolescente en la evaluación e identificación de los hallazgos físicos en la paciente, incluyendo los posibles mecanismos de lesión después del abuso o agresión sexual. La EECAS pediátrica/adolescente es responsable de utilizar la práctica basada en la evidencia como marco para identificar e interpretar los hallazgos físicos y para asegurar que las pacientes pediátricas y adolescentes reciben una atención holística, integral, idónea para el trauma y centrada en la paciente, que priorice el proceso de enfermería, incluyendo consideraciones probatorias y prioridades y práctica de la atención médica.

- A. Proceso de examen forense médico agudo y no agudo de la paciente pediátrica/adolescente
- B. El papel de la EECAS en el modelo de defensa en torno a la menor de edad
  - 1. Habilidades y técnicas de comunicación apropiadas para el desarrollo cognitivo y lingüístico
- C. Prioridad de la historia clínica forense de salud completo y revisión de los datos de los sistemas
  - 1. una historia clínica forense, incluidos los problemas de salud y el estado de inmunización
  - 2. Historia clínica forense del suceso, presunto o sospechoso
  - 3. Paciente
  - 4. Familia/cuidador-a/tutor-a
  - 5. Fuerzas de orden público
  - 6. Agencia de protección de los menores de edad
- D. Evaluación psicosocial del niño/adolescente relacionada con el suceso
  - 1. Intervención en crisis para presentaciones agudas
  - 2. Implicaciones conductuales/psicológicas del abuso a largo plazo en la menor prepuberal, pediátrica y adolescente
  - 3. Evaluación y planificación del suicidio y la seguridad
  - 4. Repercusiones de las cuestiones relativas al uso indebido de sustancias
  - 5. Orientación para la menor, la familia y las cuidadoras
  - 6. Referencias
- E. Evaluación física completa de pies a cabeza que sea apropiada para la edad, la identidad de género, el desarrollo y la cultura, y que tenga en cuenta la tolerancia de la paciente, incluida la evaluación de:
  - 1. Apariencia general, el comportamiento, la cognición y el estado mental de la paciente
  - 2. Ropa y otras posesiones personales
  - 3. Superficies del cuerpo para los hallazgos físicos
  - 4. Nivel de crecimiento y desarrollo de la paciente
  - 5. Madurez sexual de la paciente
  - 6. La paciente utiliza un enfoque de evaluación de pies a cabeza
  - 7. Estructuras anogenitales, incluido el efecto del estrógeno/testosterona en las estructuras anogenitales

8. Identificación de los hallazgos que:
  - a. Están documentados en recién nacidos o vistos comúnmente en niñas que no han sido abusadas
    - i. Variantes normales
    - ii. Hallazgos comúnmente causados por otras afecciones médicas
    - iii. Condiciones que pueden interpretarse erróneamente como resultado del abuso
  - b. Son indeterminados
  - c. Diagnóstico de trauma y/o contacto sexual
    - i. Traumatismo agudo en los tejidos genitales/anales externos
    - ii. Lesiones residuales (en proceso de curación)
    - iii. Lesiones indicativas de traumatismo por penetración con fuerza bruta
    - iv. Enfermedades de transmisión sexual
    - v. Embarazo
    - vi. Esperma identificado en muestras tomadas directamente del cuerpo de una niña o niño (Adams, Kellogg, & Moles, 2016)
- F. Traumatismos mecánicos y físicos e identificación de cada tipo
  1. Fuerza bruta
  2. Fuerza con objeto afilado
  3. Heridas de bala
  4. Estrangulación
- G. Evaluación exhaustiva de la estrangulación en pacientes que se sepa o se sospeche que hayan sido víctimas de estrangulación, como parte de la historia y/o los hallazgos físicos
- H. Terminología relacionada con los hallazgos de los traumas mecánicos y físicos, incluyendo:
  1. Abrasión
  2. Laceración/rotura
  3. Corte/incisión
  4. Moretón/contusión
  5. Hematoma
  6. Hinchazón/edema
  7. Enrojecimiento/eritema
  8. Petequias
- I. Anatomía y fisiología anogenital, incluyendo:
  1. Variantes anatómicas normales
  2. Tipos y patrones de lesiones que están potencialmente asociados con el abuso/agresión sexual
  3. Hallazgos físicos y afecciones médicas asociadas a un trauma no relacionado con la agresión que pueden interpretarse erróneamente como resultado de un abuso o agresión sexual
- J. Importancia de un examen normal

- K. Posiciones y métodos de examen, incluidos:
  - 1. Separación/tracción labial
  - 2. Supina/decúbito prono rodilla-pecho
  - 3. Técnicas y equipo de asistencia para la reunión de pruebas, cuando proceda, entre otros:
    - a. Fuente de luz alternativa
    - b. Aplicación e interpretación del colorante azul de toluidina
    - c. Elección de colposcopio o cámara con lente macro para fotografías
    - d. Catéter urinario (Foley), hisopo u otra técnica para la visualización del himen
    - e. Lavado con agua
    - f. Uso de bastoncillos de algodón
  
- L. Pensamiento crítico sólido y toma de decisiones para correlacionar los posibles mecanismos de lesión en los hallazgos anogenitales y no anogenitales, incluido el reconocimiento de los hallazgos que puedan resultar de una práctica, condición médica o procesos de enfermedad culturalmente específicos
  - 1. Consulta médica e intervención de trauma cuando esté indicado
  - 2. Documentar la historia, los hallazgos y las intervenciones
    - a. Hallazgos de lesión/trauma
    - b. Variaciones normales
    - c. Procesos de la enfermedad
    - d. Diagramas y grams de trauma que reflejan con precisión la documentación fotográfica y de imágenes visualizadas
    - e. Evaluaciones imparciales y objetivas
  
- M. Importancia del examen por homólogas/consultas con expertas
  
- N. Normas de mantenimiento y divulgación de registros locales y legales

## **VI. Recopilación de indicios médico-forenses**

Objetivo de aprendizaje: Al completar la instrucción en los siguientes temas, la participante tendrá los conocimientos necesarios para desempeñar el papel de EECAS pediátrica/adolescente, prestando cuidados centrados en la paciente/familia para obtener y preservar las muestras biológicas y de rastros de víctimas pediátricas y adolescentes y sospechosos, aplicando los principios de la enfermería forense.

- A. Atención centrada en la paciente (víctima)
  - 1. Importancia de la participación y la colaboración de la paciente en los procedimientos de recopilación de pruebas como medio para recuperarse de un abuso o agresión sexual (según proceda)
  - 2. Elementos de consentimiento y procedimientos necesarios para la recopilación de pruebas con respecto a la edad y la capacidad
  - 3. Etapas básicas de crecimiento y desarrollo en el contexto de la creación de una relación y la adaptación del enfoque hacia la paciente

4. Opciones para la recolección de muestras en la comunidad disponibles para las pacientes pediátricas y adolescentes que han sufrido abuso/agresión sexual, incluidas:
  - a. Requisitos obligatorios de presentación de informes
  - b. Recopilación de pruebas no anónimas, si procede (basada en la edad de la paciente y en los estatutos locales)
  - c. Evaluación y tratamiento médico
5. Recomendaciones sobre los plazos para la recogida de muestras biológicas después del abuso o agresión sexual, incluidas las diferencias en los plazos para las víctimas prepúberes
6. Diferencias en el enfoque de la recogida de pruebas en la población prepúber (es decir, muestras externas frente a muestras internas)
7. Tipos de muestras y métodos de recolección en la paciente pediátrica y adolescente después del abuso/agresión sexual, basados en la historia del suceso, incluyendo pero sin limitarse a:
  - a. ADN
  - b. Rastros/no biológicos
  - c. Documentación histórica
  - d. Hallazgos físicos, identificación y documentación
  - e. Evidencia en ropa/ropa de cama
  - f. Fotografía médica forense
  - g. Toxicología
8. Recolección de pruebas físicas mediante el uso de:
  - a. Normas y referencias forenses actuales basadas en pruebas
  - b. Identificación, recopilación y preservación apropiadas de las pruebas
  - c. Procedimientos apropiados para la cadena de custodia
  - d. Variaciones reconocidas en la práctica, siguiendo las recomendaciones y pautas locales
9. Principios de la cadena de custodia y procedimientos para mantenerlos
10. Abuso/agresión sexual facilitado por las drogas (ASFD), tendencias actuales, criterios asociados a la evaluación de riesgos para la ASFD y cuándo se deben seguir los procedimientos de recogida de muestras
11. Preocupaciones de la paciente/tutora e ideas erróneas comunes que la paciente/tutora pueden tener con respecto a la recogida de muestras
12. Posibles riesgos y beneficios para la paciente/tutora asociados con la recolección de pruebas
13. Instrumentos y métodos complementarios utilizados en la identificación y recolección de especímenes y los riesgos y beneficios relacionados, entre otros:
  - a. Fuentes de luz alternativas
  - b. Técnicas para la recolección de muestras
  - c. Examen con espéculo (población adolescente/pubertad)
  - d. Visualización colposcópica o ampliación con una cámara digital
  - e. Visualización anoscópica, si está indicada y dentro del ámbito de la práctica en la Ley de Práctica de Enfermería



14. Evaluación de los datos relativos a los detalles de los abusos/agresiones para facilitar un examen médico forense completo y exhaustivo y la recopilación de pruebas
  15. Pautas de práctica basadas en la evidencia para la identificación, recolección, preservación, manejo y transferencia de muestras biológicas y de rastros de evidencia después del abuso/agresión sexual pediátrica y adolescente
  16. Práctica basada en la evidencia al planificar los procedimientos probatorios
  17. Materiales y equipo necesarios para la recolección de pruebas biológicas y de rastros
  18. Modificación de la recopilación de pruebas en función de la edad, el nivel de desarrollo/cognitivo y la tolerancia de la paciente
  19. Técnicas para apoyar a la paciente/tutora y reducir al mínimo el potencial de trauma adicional durante los procedimientos de recogida de muestras
  20. Técnicas para facilitar la participación de las pacientes durante los procedimientos de recogida de muestras (según proceda)
  21. Evaluar la eficacia del plan de atención establecido y los procedimientos probatorios relacionados y adaptar el plan según los cambios en los datos reunidos a lo largo del proceso de enfermería
- B. Atención centrada en la paciente (o el sospechoso)
1. Diferencias en el examen médico forense de la víctima y el sospechoso y en la recopilación de pruebas tras un abuso o agresión sexual
  2. Se necesita autorización legal para obtener muestras de pruebas y examinar a el sospechoso, entre otras cosas:
    - a. Consentimiento por escrito
    - b. Orden de registro
    - c. Orden judicial
  3. Componentes de un examen médico forense a un sospechoso
  4. Recomendaciones sobre los plazos para la recogida de pruebas biológicas en el sospechoso de abuso/agresión sexual
  5. Tipos de pruebas que pueden recogerse en el examen médico forense del sospechoso después del abuso/agresión sexual, como:
    - a. Evidencia de ADN
    - b. Rastros/indicios no biológicos
    - c. Hallazgos físicos, identificación y documentación
    - d. Fotografía médica forense
    - e. Toxicología
    - f. Variables en la recolección de especímenes, el empaquetado, la preservación y el transporte de los artículos, incluidos:
      - i. Productos de la concepción
      - ii. Cuerpos extraños
      - iii. Tampones
      - iv. Pañales
  6. Sintetizar los datos de una denuncia de agresión sexual para facilitar un examen médico

- forense completo y exhaustivo y la recopilación de pruebas en el sospechoso de una agresión sexual
7. Prevención de la contaminación cruzada si los exámenes médicos forenses y/o la recogida de pruebas de la víctima y el sospechoso se realizan en el mismo centro o por la misma examinadora
  8. Evaluar la eficacia del plan de atención establecido y adaptar la atención en función de los cambios en los datos recogidos a lo largo del proceso de enfermería

## **VII. Fotografía médica-forense**

Objetivo de aprendizaje: Al completar la instrucción en los siguientes temas, la participante tendrá los conocimientos necesarios para documentar de manera precisa y objetiva los hallazgos físicos y probatorios en poblaciones de pacientes pediátricas y adolescentes víctimas de abuso/agresión sexual mediante el uso de la fotografía médica-forense.

- A. Consentimiento, almacenamiento, confidencialidad y divulgación y uso apropiados de las fotografías tomadas durante el examen médico forense
- B. Hallazgos físicos que justifican la documentación fotográfica
- C. Hallazgos biológicos y/o rastros probatorios que justifican la documentación fotográfica
- D. Necesidades fisiológicas, psicológicas, socioculturales y espirituales de las pacientes pediátricas/adolescentes que justifican/precisan fotografía después del abuso/agresión sexual
- E. Opciones para obtener fotografías médicas forenses, incluidas las imágenes colposcópicas y el equipo de imágenes digitales
- F. Variables que afectan la claridad y calidad de las imágenes fotográficas, incluyendo el color de la piel, el tipo y ubicación del hallazgo, la iluminación, la apertura y la velocidad de la película
- G. Principios fotográficos clave, incluyendo el consentimiento, la obtención de imágenes que sean relevantes, una representación verdadera y precisa del tema que no exalte los ánimos
- H. Imágenes obtenidas por la examinadora como parte del registro médico/sanitario frente a las obtenidas por otros organismos o incluso por el delincuente
- I. Principios de fotografía en lo que respecta a los tipos de imágenes que requieren los procedimientos judiciales, incluyendo fotografías de conjunto, de orientación, de primer plano y de primer plano a escala
- J. Priorización de la fotografía basada en datos de evaluación y objetivos centrados en la paciente
- K. Adaptar las necesidades de la fotografía en función de la tolerancia de la paciente
- L. Selección de los medios correctos para la obtención de fotografías en función del tipo de hallazgo físico o probatorio que justifica la documentación fotográfica
- M. Selección de medios correctos para la obtención de fotografías en función del tipo de hallazgo

físico o probatorio que justifica la documentación fotográfica

- N. Situaciones que pueden justificar fotografías de seguimiento y opciones para asegurarlas
- O. Revisión coherente de las fotografías por colegas profesionales para asegurar la calidad y la interpretación precisa de los hallazgos fotográficos
- P. Necesidad de fotografía anogenital en la población pediátrica relacionada con la garantía de calidad, la confirmación de la presencia o ausencia de hallazgos y la disminución de la necesidad de repetir los exámenes

## **VIII. Pruebas y profilaxis de enfermedades de transmisión sexual**

Objetivo de aprendizaje: Al completar la instrucción en los siguientes temas, la participante tendrá los conocimientos necesarios para utilizar el proceso de enfermería al cuidar y comunicarse con pacientes pediátricas y adolescentes que están en riesgo de contraer una enfermedad de transmisión sexual real o potencial después del abuso/agresión sexual. Las enfermedades de transmisión sexual pueden incluir gonorrea, clamidia, tricomoniasis, virus de inmunodeficiencia humana (VIH), sífilis, herpes, virus del papiloma humano y hepatitis B y C.

- A. Prevalencia/incidencia y morbilidad y factores de riesgo relacionados con las enfermedades de transmisión sexual después del abuso y una agresión sexual
- B. Síntomas asociados con las enfermedades de transmisión sexual
- C. Enfermedades de transmisión sexual que son comúnmente asintomáticas
- D. Síntomas y hallazgos que pueden imitar a los de las enfermedades de transmisión sexual
- E. Conceptos clave asociados con la detección del riesgo de transmisión de determinadas enfermedades de transmisión sexual basados en los detalles de la historia proporcionada por la paciente
- F. Probabilidad de transmisión materna comparada con infección adquirida en la comunidad
- G. La presencia de enfermedades de transmisión sexual puede ser evidencia de abuso/agresión sexual en la paciente pediátrica/adolescente (ver la clasificación de Adams)
- H. Preocupaciones y mitos de las pacientes y/o tutores sobre la transmisión, tratamiento y profilaxis de determinadas enfermedades de transmisión sexual
- I. Necesidades fisiológicas, psicológicas, socioculturales, espirituales y económicas de las pacientes pediátricas o adolescentes que corren el riesgo de contraer una o varias enfermedades de transmisión sexual reales o potenciales después del abuso o de agresión sexual
- J. Pautas nacionales y/o internacionales basadas en pruebas para el análisis y la profilaxis/tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual cuando se planifique la atención de pacientes pediátricas/adolescentes que corren el riesgo de contraer una o más enfermedades de transmisión sexual reales o potenciales después del abuso/agresión sexual
- K. Práctica basada en la evidencia cuando se planifica la atención de pacientes pediátricas o

adolescentes que corren el riesgo de contraer una o varias enfermedades de transmisión sexual reales o potenciales después del abuso o agresión sexual

- L. Riesgos frente a beneficios de las pruebas para determinadas enfermedades de transmisión sexual durante la evaluación forense médica aguda comparada con el momento del seguimiento inicial después de la profilaxis
- M. Riesgos frente a beneficios de las pruebas para determinadas enfermedades de transmisión sexual durante la evaluación forense médica aguda comparada con el momento del seguimiento inicial después de la profilaxis
- N. Metodologías para las pruebas basadas en el lugar de la recolección, el estado puberal y la tolerancia de la paciente a determinadas enfermedades de transmisión sexual (pruebas de amplificación de ácido nucleico (NAAT) comparadas con cultivo o suero)
- O. Metodologías de pruebas de detección frente a pruebas de confirmación para determinadas enfermedades de transmisión sexual
- P. Opciones de profilaxis, efectos secundarios comunes, vías de administración, contraindicaciones, muestras de laboratorio de referencia necesarias cuando corresponda (por ejemplo, VIH), dosis y requisitos de seguimiento para determinadas enfermedades de transmisión sexual
- Q. Remisiones para pruebas de seguimiento (por ejemplo, nPEP del VIH)
- R. Individualizar objetivos a corto y largo plazo basados en las necesidades fisiológicas, psicológicas, socioculturales, espirituales y económicas de las pacientes pediátricas o adolescentes que corren el riesgo de contraer una o varias enfermedades de transmisión sexual reales o potenciales después del abuso o agresión sexual
- S. Priorizar la atención basada en los datos de la evaluación y los objetivos centrados en la paciente
- T. Pruebas y profilaxis de enfermedades de transmisión sexual basadas en la práctica actual basada en pruebas, factores de riesgo de transmisión y sintomatología
- U. Pruebas de enfermedades de transmisión sexual y profilaxis basada en la tolerancia, adherencia y contraindicaciones de la paciente
- V. Indicaciones para solicitar una consulta médica
- W. Recolección, preservación y transporte de medios de prueba para enfermedades de transmisión sexual seleccionadas
- X. Atención de seguimiento e instrucciones de alta asociadas a determinadas enfermedades de transmisión sexual

## **IX. Evaluación de los riesgos de embarazo y la atención médica**

Objetivo de aprendizaje: Al completar la instrucción en los siguientes temas, la participante tendrá los conocimientos necesarios para evaluar con precisión el riesgo de embarazo después del abuso/agresión sexual y para proporcionar a la paciente pediátrica y adolescente opciones de atención, incluida información para recibir anticonceptivos de emergencia.

- A. Tasas de prevalencia de embarazo después del abuso o agresión sexual
- B. Evaluación del riesgo de embarazo después del abuso o agresión sexual basada en los datos específicos de la historia proporcionada por la paciente y su estado puberal
- C. Métodos de prueba (por ejemplo, sangre versus orina; cuantitativos versus cualitativos)
- D. Eficacia de los métodos de prevención del embarazo disponibles
- E. Conceptos clave de la educación de las pacientes en relación con la anticoncepción de emergencia, incluidos:
  1. Mecanismo de acción
  2. Pruebas de base
  3. Efectos secundarios
  4. Administración
  5. Porcentaje de error
  6. Requisitos de seguimiento
- F. Preocupaciones de las pacientes y tutoras, sistemas de creencias y conceptos erróneos relacionados con la reproducción, el embarazo y la profilaxis del embarazo
- G. Necesidades fisiológicas, psicológicas, socioculturales, espirituales y económicas de las pacientes pediátricas y adolescentes que corren el riesgo de un embarazo no deseado después del abuso o agresión sexual
- H. Pautas basadas en la evidencia para la profilaxis del embarazo cuando se planifica la atención a pacientes pediátricas y adolescentes en riesgo de embarazo no deseado después del abuso o agresión sexual
- I. Priorizar la atención basada en los datos de la evaluación y los objetivos centrados en la paciente
- J. Situaciones que justifican una consulta médica o de especialidad
- K. Evaluar la eficacia del plan de atención establecido y adaptar la atención en función de los cambios en los datos recogidos a lo largo del proceso de enfermería
- L. Demostrar la capacidad de identificar y explicar los cuidados de seguimiento necesarios, las instrucciones de alta y las fuentes de derivación asociadas a la anticoncepción de emergencia y/o las opciones de interrupción del embarazo

## **X. Documentación médica-forense**

Objetivo de aprendizaje: Al completar la instrucción en los siguientes temas, la participante tendrá los conocimientos necesarios para documentar de manera precisa, objetiva y concisa los hallazgos y muestras probatorias asociadas con un abuso/agresión sexual pediátrica/adolescente.

- A. Funciones y responsabilidades de la enfermera forense en la documentación del examen médico forense de abuso/agresión sexual en niñas, niños y adolescentes
- B. Pasos del proceso de enfermería, incluidos el cuidado centrado en la paciente y la familia,

necesidades y objetivos

- C. Diferenciación y documentación de las fuentes de información suministrada
- D. Documentación de la historia de los sucesos usando literalmente las palabras de la paciente/tutora en la medida de lo posible
- E. Incluir preguntas hechas por el guardián y/o la EECAS en la historia
- F. Datos objetivos frente a datos subjetivos
- G. Procesos relacionados con la documentación forense médica que incluyen el mejoramiento de la calidad, la revisión por pares y la práctica basada en la investigación y la evidencia
- H. Consideraciones judiciales, incluidos:
  - 1. Requisitos reglamentarios u otros requisitos de acreditación (véase la sección de consideraciones jurídicas)
  - 2. Requisitos legales, reglamentarios u otros requisitos de confidencialidad (véase la sección de consideraciones jurídicas)
  - 3. Requisitos obligatorios para la presentación de informes (véase la sección de consideraciones jurídicas)
  - 4. Consentimiento informado y asentimiento (véase la sección de consideraciones jurídicas)
- I. Procesos relacionados con la documentación forense médica que incluyen el mejoramiento de la calidad, la revisión colegial y la práctica basada en la investigación y la evidencia
  - 1. Representación verdadera y precisa
  - 2. Evaluación objetiva e imparcial
  - 3. Cadena de custodia
- J. Principios clave relacionados con el consentimiento, el acceso, el almacenamiento, el archivo y la retención de la documentación para:
  - 1. Registros médicos escritos/electrónicos
  - 2. Diagramas del cuerpo
  - 3. Fotografías (ver sección de fotografía médica-forense)
- K. Terminología relacionada con el abuso/agresión sexual pediátrica/adolescente
- L. Propósito de la documentación profesional médica-forense, incluidos:
  - 1. Comunicación
  - 2. Rendición de cuentas
  - 3. Mejora de la calidad
  - 4. Revisión por pares
  - 5. Investigación
- M. Elementos de documentación del caso:
  - 1. Datos demográficos
  - 2. Consentimiento

3. Historia de abuso/agresión
  4. Presentación de la paciente
  5. Historia clínica
  6. Examen físico y hallazgos
  7. Examen genital y hallazgos
  8. Impresión/opinión
  9. Tratamiento
  10. Intervenciones
  11. Requisitos obligatorios de presentación de informes
  12. Plan de alta y seguimiento
- N. Políticas de almacenamiento y conservación de los registros médicos forenses (incluida la importancia de respetar las normas de justicia penal para el mantenimiento de los registros, como las normas sobre prescripción)
1. Compartir la documentación médica-forense con otros proveedores de tratamiento
  2. Acceso de la paciente/madre-padre al registro médico forense
- O. Liberación, distribución y duplicación de registros médicos forenses, incluyendo imágenes fotográficas y de video y material probatorio
1. Posibles problemas interjurisdiccionales
  2. Procedimientos para salvaguardar la privacidad de la paciente y la transferencia de pruebas/información a organismos externos de acuerdo con el protocolo institucional
  3. Explicación de las leyes y la normativa institucional que regulan la protección de los registros y la información de las pacientes
  4. Normas del programa aplicables a instalaciones/examinadoras (por ejemplo, acceso restringido a los registros médicos relacionados con el examen médico forense, respuesta a las citaciones y procedimientos para la divulgación de imágenes)

## **XI. Planificación del alta y el seguimiento**

Objetivo de aprendizaje: Al completar la instrucción en los siguientes temas, la participante tendrá los conocimientos necesarios para desarrollar, priorizar y facilitar planes apropiados de alta y seguimiento de la atención a las poblaciones de pacientes pediátricas/adolescentes víctimas de abuso sexual/agresión, basados en las necesidades individuales de cada paciente y considerando la edad, el nivel de desarrollo, los valores culturales y las diferencias geográficas.

- A. Recursos que abordan las necesidades específicas de seguridad, médicas y forenses de las pacientes pediátricas/adolescentes después del abuso/agresión sexual
- B. Individualizar el plan de alta y la atención de seguimiento en función de las prioridades médicas, forenses y de la paciente
- C. Facilitación del acceso a los organismos de colaboración multidisciplinaria
- D. Diferencias relacionadas con la edad en las preocupaciones de alta y seguimiento, el nivel de

- desarrollo, la diversidad cultural, la dinámica familiar y las diferencias geográficas
- E. Pautas basadas en pruebas para el alta y la atención de seguimiento después del abuso o agresión sexual de una paciente pediátrica o adolescente
  - F. Práctica basada en la evidencia cuando se planifica y prioriza el alta y los cuidados de seguimiento asociados con la seguridad y las cuestiones psicológicas, forenses o médicas, incluida la prevención y/o el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual y el embarazo
  - G. Modificar y facilitar planes de tratamiento, remisiones y atención de seguimiento basados en las necesidades y preocupaciones de la paciente y la familia
  - H. Generar, comunicar, evaluar y revisar los objetivos individualizados a corto y largo plazo relacionados con las necesidades de alta y seguimiento
  - I. Determinar y comunicar las necesidades de atención de seguimiento y de alta hospitalaria sobre la base de prácticas basadas en pruebas, reconociendo las diferencias relacionadas con la edad, el nivel de desarrollo, la diversidad cultural y la geografía

## **XII. Consideraciones jurídicas y procedimientos judiciales**

Objetivo de aprendizaje: Al completar la instrucción en los siguientes temas, la participante tendrá los conocimientos fundamentales necesarios para considerar de manera efectiva los requisitos legales que afectan a la prestación de atención a las pacientes pediátricas y adolescentes después del abuso/agresión sexual y para proporcionar en los procedimientos judiciales un testimonio objetivo, preciso y basado en pruebas.

### **A. Consideraciones jurídicas**

#### **1. Consentimiento**

- a. Conceptos clave relacionados con la obtención del consentimiento informado y el asentimiento
- b. Metodología para obtener el consentimiento para realizar una evaluación médico forense en poblaciones de pacientes pediátricas/adolescentes
- c. Diferencia entre los requisitos legales asociados con el consentimiento o el rechazo de la atención médica comparada con el consentimiento o el rechazo de la recolección y comunicación de pruebas
- d. Impacto de la edad, el nivel de desarrollo y la incapacidad física y mental en los procedimientos de consentimiento y la metodología apropiada para obtener el consentimiento en cada caso
- e. Excepciones legales a la obtención del consentimiento aplicables al área de práctica
- f. Comunicar los procedimientos y opciones de consentimiento a las poblaciones de pacientes pediátricas y adolescentes
- g. Necesidades fisiológicas, psicológicas, socioculturales, espirituales y económicas de las pacientes pediátricas y adolescentes después del abuso/agresión sexual que pueden afectar a los procedimientos de consentimiento informado



## B. Reembolso

1. Opciones de indemnización/reembolso a las víctimas de delitos relativos a la realización de una evaluación médica-forense en casos de abuso/agresión sexual pediátrica/adolescente
2. Procedimientos y opciones de reembolso para poblaciones de pacientes pediátricas y adolescentes

## C. Confidencialidad

1. Requisitos legales relacionados con la confidencialidad de la paciente y su repercusión en el suministro de información sanitaria protegida a las pacientes, las familias y los organismos multidisciplinarios, entre otros:
  - a. Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) u otra legislación de confidencialidad aplicable
  - b. Conceptos clave relacionados con el consentimiento informado y la divulgación de información protegida relacionada con la salud
2. Explicación de los procedimientos asociados con la confidencialidad a las poblaciones de pacientes pediátricas y adolescentes
3. Necesidades fisiológicas, psicológicas, socioculturales, espirituales, de seguridad y económicas de las pacientes pediátricas y adolescentes después del abuso/agresión sexual que pueden afectar a los procedimientos de confidencialidad

## D. Exámenes médicos de detección

1. Requisitos legales relacionados con la realización de un examen de detección médica y sus repercusiones en la prestación de atención médica-forense en pacientes pediátricas y adolescentes después del abuso o agresión sexual, entre otras cosas:
  - a. Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo Activo (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act, EMTALA) u otra legislación aplicable
2. Procedimientos necesarios para obtener el consentimiento informado y el rechazo informado cumpliendo con la legislación aplicable
3. Procedimientos requeridos para transferir o dar de alta/remitir a una paciente de conformidad con la legislación aplicable
4. Priorizar y asegurar el tratamiento médico apropiado, según lo indicado por la presentación específica de las principales quejas
5. Explicar los procedimientos y las opciones de exploración médica a las poblaciones de pacientes pediátricas y adolescentes
6. Necesidades fisiológicas, psicológicas, socioculturales, espirituales y económicas de las pacientes pediátricas y adolescentes después del abuso/agresión sexual que puede afectar a los procedimientos médicos

## E. Requisitos de presentación de informes obligatorios

1. Requisitos jurídicos relacionados con los requisitos de presentación de informes obligatorios en las poblaciones de pacientes pediátricas y adolescentes
2. Procedimientos y opciones para la presentación obligatoria de informes para las poblaciones de pacientes pediátricas/adolescentes
3. Diferenciación entre evaluaciones forenses médicas notificadas y las

- restringidas/anónimas después del abuso/agresión sexual, si procede (basada en la edad de la paciente y en los estatutos locales)
4. Modificación de los procedimientos de evaluación médico forense en casos no denunciados/anónimos
  5. Necesidades fisiológicas, psicológicas, socioculturales, espirituales y económicas de las pacientes adultas y adolescentes después del abuso o agresión sexual que puedan afectar a los procedimientos obligatorios de presentación de informes
- F. Procedimientos judiciales
1. El papel de la EECAS en los procedimientos judiciales y administrativos debe incluir:
    - a. Diferenciación entre procedimientos judiciales civiles y penales
  2. El papel de la EECAS en los procedimientos judiciales y administrativos puede incluir:
    - b. Procedimientos del tribunal de familia (quizá)
    - c. Procedimientos administrativos/universitarios
    - d. Audiencias del Título IX
    - e. Procedimientos militares y de corte marcial
    - f. Procedimientos matrimoniales/divorcio
    - g. Procedimientos de custodia de menores de edad
- G. Definiciones legales asociadas con el abuso/agresión sexual de niños/adolescentes
- H. Jurisprudencia y precedencia judicial que afectan a la prestación de testimonio en los procedimientos judiciales, entre otros:
1. Admisibilidad u otras leyes aplicables específicas a la esfera de práctica
  2. Normas sobre la presentación de pruebas u otras leyes aplicables específicas a la esfera de práctica
  3. Testimonio de oídas u otras leyes aplicables específicas a la esfera de práctica
- I. Diferencias entre los procedimientos judiciales familiares, civiles y penales, incluidas las normas aplicables a las pruebas
- J. Diferencias entre las funciones y responsabilidades de los testigos de hecho frente a los testigos periciales en los procedimientos judiciales
- K. Las diferencias entre los juicios con jurado y los juicios con juez
- L. Procesos judiciales:
1. Acusación formal
  2. Lectura de cargos
  3. Acuerdo de declaración de culpabilidad
  4. Sentencia
  5. Deposición
  6. Citación judicial
  7. Interrogatorio directo
  8. Contrainterrogatorio
  9. Objeciones

M. Papel de la enfermera forense en los procedimientos judiciales, incluidos:

1. Educar al adjudicador de hechos
2. Testificar competentemente
3. Comportamiento y apariencia
4. Objetividad
5. Precisión
6. Testimonio basado en pruebas
7. Profesionalidad

N. Procesos clave relacionados con la preparación previa al juicio

## **CONTENIDO DEL PRECEPTORADO CLÍNICO PEDIÁTRICA/ADOLESCENTE**

### **Componente de educación clínica**

El preceptorado clínico está diseñado para complementar la experiencia educativa en el aula y permitir a la EECAS aplicar la información y las habilidades obtenidas durante la experiencia en el aula. La experiencia clínica requerida es adicional al curso didáctico de 40 horas. Se recomienda que este preceptorado se complete con la orientación de una médica, una enfermera de práctica avanzada o una enfermera certificada con experiencia forense.

Las experiencias clínicas de las preceptoras deben completarse en un plazo que asegure la competencia y la máxima retención de los conocimientos y aptitudes, normalmente dentro de los seis meses siguientes a la finalización de la formación didáctica. Las habilidades clínicas requeridas se realizarán hasta que la enfermera demuestre su competencia, y esta será determinada por la profesional que evalúe las habilidades clínicas requeridas.

El Modelo Dreyfus de Adquisición de Aptitudes propone que todo procedimiento de capacitación debe basarse en algún modelo de adquisición de aptitudes para abordar, en cada etapa de la capacitación, las cuestiones apropiadas que conllevan la facilitación del avance. Este modelo para alumnas adultas presenta cinco niveles de desarrollo: 1) Principiante; 2) Principiante avanzada; 3) Competente; 4) Experimentada; y 5) Experta (Dreyfus, 1980). Benner (1982) utilizó este mismo modelo para publicar un estudio sobre el desarrollo clínico de las enfermeras. Benner propuso que la principiante no tiene experiencia práctica y comprende poco el significado contextual; la principiante avanzada tiene suficiente experiencia en la atención a la paciente para reconocer y discriminar las prioridades; la enfermera competente ha ejercido en la misma población durante dos o tres años, es eficiente, organizada y capaz de elaborar planes de atención; la enfermera experimentada tiene en cuenta todos los aspectos y puede prever las necesidades de la paciente sobre la base de la experiencia con esa población; y la enfermera experta tiene un conocimiento amplio de las situaciones de atención a la paciente y puede centrarse en los problemas y abordarlos con flexibilidad y competencia.

En la mayoría de los casos, la EECAS recién formada comenzará la práctica en las etapas de adquisición de las habilidades de principiante o de principiante avanzada porque tanto la población de pacientes como el papel son nuevos para la enfermera. Por esta razón, y en reconocimiento de la descripción de Benner del desarrollo de la enfermería clínica, se recomienda un mínimo de dos años de práctica clínica como enfermera certificada antes de ejercer como EECAS.

Al considerar la diversidad de comunidades y de los diferentes retos que enfrentan las comunidades rurales las de bajo volumen frente a las urbanas de alto volumen, es preciso reconocer múltiples opciones para el logro de aptitudes clínicas. La adquisición de aptitudes clínicas puede obtenerse utilizando cualquiera de los siguientes enfoques:

### **Enfoque 1:**

- A. Experiencia clínica con una población de pacientes sin agresión sexual, mientras la enfermera está siendo capacitada por una médica, una asistente médica, una enfermera de práctica avanzada o una enfermera certificada con experiencia forense que se adhiere al contenido clínico que se describe a continuación hasta que se logra la competencia; y
- B. Experiencia clínica con pacientes que han sufrido una agresión sexual, mientras la enfermera está siendo capacitada por una médica, una asistente médica, una enfermera de práctica avanzada o una enfermera certificada con experiencia forense que se adhiere al contenido clínico que se describe a continuación hasta que se logre la competencia a nivel del programa local.

### **Enfoque 2:**

- A. Experiencias con pacientes simuladas utilizando modelos vivos, mientras la enfermera es capacitada por una médica, una asistente médica, una enfermera de práctica avanzada o una enfermera certificada con experiencia forense que se adhiere al contenido clínico que se describe a continuación hasta que se logra la competencia.
- B. Experiencia clínica con pacientes que han sufrido una agresión sexual, mientras la enfermera está siendo capacitada por una médica, una asistente médica, una enfermera de práctica avanzada o una enfermera certificada con experiencia forense que se adhiere al contenido clínico que se describe a continuación hasta que se logre la competencia a nivel del programa local.

### **Enfoque 3:**

- A. Experiencias simuladas de pacientes utilizando modelos de simulación médica, mientras la enfermera está siendo capacitada por una médica, una asistente médica, una enfermera de práctica avanzada o una enfermera certificada con experiencia forense que se adhiere al contenido clínico que se describe a continuación; y
- B. Experiencia clínica con pacientes que han sufrido una agresión sexual, mientras la enfermera está siendo capacitada por una médica, una asistente médica, una enfermera de práctica avanzada o una enfermera certificada con experiencia forense que se adhiere al contenido clínico que se describe a continuación hasta que se logre la competencia a nivel del programa local.

El siguiente contenido de educación clínica identifica el marco para la EECAS que se ocupa de la población de pacientes pediátricas/adolescentes víctimas de abuso sexual/agresión. Estos temas de aprendizaje esbozan el nivel mínimo de instrucción requerido durante la experiencia de preceptorado clínico. Al igual que la parte didáctica de la formación, los temas de aprendizaje clínico se basan en el proceso de enfermería de evaluación, diagnóstico, identificación de resultados,

planificación, implementación y evaluación.

Resultado del aprendizaje para la educación clínica: Al completar la experiencia de aprendizaje clínico, la participante poseerá los conocimientos fundamentales y las habilidades necesarias para desempeñarse como enfermera examinadora en casos de agresión sexual que atiende a pacientes pediátricas/adolescentes que han sufrido abusos/agresiones sexuales.

1. Explicar la razón de la preparación de la historia y demostrar habilidades efectivas para su realización
2. Priorizar una historia clínica forense de salud completo y la revisión de los sistemas, incluidos:
  - a. una historia clínica forense de salud y estado de inmunización
  - b. La historia del suceso
3. Diferenciar entre las historias obtenidas de las siguientes fuentes:
  - a. Paciente
  - b. Familia/cuidador-a/tutor-a
  - c. Fuerzas de orden público
  - d. Agencia de protección de los menores de edad
4. Demostración de conocimientos relacionados con la evaluación psicosocial de la niña o el niño/adolescente en relación con el suceso
5. Explicación de la justificación de la evaluación de pies a cabeza y demostración de la evaluación completa de pies a cabeza
6. Preparación la niña o el niño/adolescente para el examen anogenital

Diferenciación de la anatomía anogenital normal de las variantes normales y los hallazgos anormales

7. Diferenciación de la anatomía anogenital normal de las variantes normales y los hallazgos anormales
8. Utilizar posiciones y métodos de examen apropiados, incluidos:
  - a. Separación/tracción labial
  - b. "Piernas de rana" supina
  - c. Supina y decúbito rodilla-pecho
9. Implementar la recolección de pruebas físicas apropiadas mediante el uso de:
  - a. Normas y referencias forenses actuales basadas en pruebas
  - b. Identificación, recopilación y preservación apropiadas de las pruebas
  - c. Procedimientos apropiados para la cadena de custodia
  - d. Variaciones reconocidas en la práctica, siguiendo las recomendaciones y pautas locales
10. Articulación de la razón de ser y demostración las siguientes técnicas de visualización:
  - a. Separación labial

- b. Tracción labial
  - c. Evaluación del himen (catéter urinario [Foley], hisopo, otra técnica)
  - d. Evaluación con espéculo de la vagina y el cuello del útero en la adolescente
11. Demostración de la recolección apropiada de especímenes para la prueba de enfermedades de transmisión sexual
  12. Explicación de la justificación de las pruebas específicas para enfermedades de transmisión sexual y las técnicas de recolección
  13. Demostración de la recopilación adecuada de pruebas (dependiendo de la práctica local y de los indicios de la historia), incluidos:
    - a. Hisopos bucales
    - b. Hisopos orales
    - c. Hisopo de la marca de la mordedura
    - d. Otras tomas de muestras de la superficie del cuerpo
    - e. Recortes de uñas/ hisopos
    - f. Hisopos anales
    - g. Hisopos rectales
    - h. Hisopos vaginales
    - i. Hisopos cervicales
    - j. Peinado/recogida del cabello de la cabeza
    - k. Peinado/recogida de vello púbico
    - l. Ropa
    - m. Toxicología
  14. Articulación de las razones para un tipo y una forma específicos de recolección de muestras probatorias
  15. Envasado de material probatorio
  16. Sellado de materiales de prueba
  17. Envasado de material probatorio
  18. Sellado de materiales de prueba
  19. Exposición de razones para mantener la cadena de custodia adecuada
  20. Identificación de las diferencias en la estrategia para la recolección de pruebas en la población prepúber (es decir, muestras externas o internas)
  21. Modificación de la recolección de pruebas en función de la edad, el nivel de desarrollo/cognitivo y la tolerancia de la paciente
  22. Evaluación de la eficacia de los planes de atención de alta y de seguimiento establecidos, y revisión del plan de atención establecido, respetando las pautas actuales de la práctica basada en la evidencia
  23. Evaluación de la eficacia del plan de atención establecido y modificar/adaptar la atención en función de los cambios en la recopilación de datos, utilizando el proceso de enfermería
  24. Uso del proceso de enfermería como base para la toma de decisiones de las enfermeras,

incluidos:

- a. Evaluación: recoge datos pertinentes a la salud y la situación de la paciente;
- b. Diagnóstico: analiza los datos para determinar los diagnósticos o problemas;
- c. Identificación de resultados: identifica los resultados individualizados de las pacientes en función de sus necesidades;
- d. Planificación - desarrolla un plan que prescribe estrategias para alcanzar los resultados esperados;
- e. Implementación: implementa el plan, incluyendo cualquier coordinación de la atención, la enseñanza a la paciente, la consulta, la autoridad prescriptiva y el tratamiento; y
- f. Evaluación: evalúa el progreso hacia el logro de resultados (ANA, 2010)

La participación en la revisión de los gráficos, la revisión de los pares, la educación continua, la supervisión y la tutoría es esencial para preparar y sostener a la enfermera certificada para el papel de EECAS pediátrica/adolescente. Se recomienda que cada EECAS, desde la principiante hasta la experta, participe regularmente en estas actividades. La participación continua en el desarrollo de habilidades promoverá la práctica estandarizada, los resultados de calidad y la competencia.

### **Contenido opcional del preceptorado**

El contenido opcional del preceptorado describe las áreas opcionales que las instructoras pueden incluir en las expectativas generales del programa, pero que la AIEF no considera que sean requisitos para la capacitación de la EECAS, ya que puede que no estén disponibles en todas las comunidades.

1. Demostrar técnicas de visualización adicionales:
  - a. Aplicación y eliminación del colorante azul de toluidina anogenital según corresponda a la práctica local
  - b. Equipo especializado de uso común en la práctica, como herramientas de aumento, colposcopios, fuentes de luz alternativas (FLA), etc.
2. Fotodocumentar los resultados de los exámenes utilizando las técnicas anteriores

## BIBLIOGRAFÍA

- Abajobir, A., Kisely, S., Maravilla, J., Williams, G., & Moses, N. (2017). Gender differences in the association between childhood sexual abuse and risky sexual behaviors: A systematic review and meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, 63, 249-260.
- Adams, J. (1997). Sexual abuse and adolescents. *Pediatric Annals*, 26(5), 299-304.
- Adams, J., Farst, K., & Kellogg, N. (2017). Interpretation of medical findings in suspected child sexual abuse: An update for 2018. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 31(3), 225-231.
- Adams, J., Girardin, B., & Faugno, D. (2001). Adolescent sexual assault: Documentation of acute injuries using photo-colposcopy. *Journal of Adolescent and Pediatric Gynecology*, 14(4), 175-180.
- Adams, J., Kellogg, N., & Moles, R. (2016). Medical care for children who may have been sexually abused: An update for 2016. *Clinical Emergency Pediatric Medicine*, 17(4), 255-263.
- Adams, J., Kellogg, N., Farst, K., Harper, N., Palusci, V., Frasier, L. D., . . . Starling, S. P. (2016). Updated guidelines for the medical assessment and care of children who may have been sexually abused. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 29(2), 81-87.
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2016, April). *Trauma-informed care*. Retrieved from Prevention and Chronic Care: <https://www.ahrq.gov/professionals/prevention-chronic-care/healthier-pregnancy/preventive/trauma.html>
- Alexander, R. (2011). Medical advances in child sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 20(5), 481-485.
- Alexander, R. (2017). Medical evaluations then and now. *Journal of Interpersonal Violence*, 32(6), 826-852.
- Al-Jilaihawi, S., Borg, K., Jamieson, K., Maguire, S., & Hodes, D. (2018). Clinical characteristics of children presenting with a suspicion or allegation of historic sexual abuse. *Archives of Disease in Childhood*, 103(6), 533-539.
- American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence. (Dec 2012). Policy statement: Emergency contraception. *Pediatrics*, 130(6), 1174-1182.
- American Nurses Association & International Association of Forensic Nurses. (2017). *Forensic nursing: Scope and standards of practice* (2nd ed). Silver Spring, MD: Nursingbooks.org.
- American Nurses Association. (2015). *Nursing: Scope and standards of practice* (3rd ed.). Silver Spring, MD: Nursesbooks.org.
- American Nurses Credentialing Center. (2015). *ANCC accreditation*. Retrieved April 18, 2018, from <https://www.nursingworld.org/organizational-programs/accreditation/>



- Andherst, J., Kellogg, N., & Jung, I. (2009). Reports of repetitive penile-genital penetration often have no definitive evidence of penetration. *Pediatrics*, *124*(3), e403-e409.
- Atabaki, S., & Paradise, J. (1999). The medical evaluation of the sexually abused child: lessons from a decade of research. *Pediatrics*, *104*(1), 178-186.
- Atherton, J. (2013). *Knowles' andragogy: An angle on adult learning [On-line: UK]*. (J. Atherton, Producer) Retrieved April 26, 2018, from Learning and Teaching: <http://www.learningandteaching.info/learning/knowlesa.htm>
- Barnes, J., Putnam, F., & Trickett, P. (2009). Sexual and physical revictimization among victims of severe childhood sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, *33*(7), 412-420.
- Basile, K., Smith, S., Breiding, M., Black, M., & Mahendra, R. (2014). *Sexual violence surveillance: Uniform definitions and recommended data (Version 2.0)*. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention.
- Benn, P., Fisher, M., & Kulasegaram, R. (2011). UK guideline for the use of post-exposure prophylaxis for HIV following sexual exposure. *International Journal of STD & AIDS*, *22*(12), 695-708.
- Benner, P. (1982). From novice to expert. *American Journal of Nursing*, *82*(3), 402-407. Benner, P. (1984). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley Publishing.
- Berenson, A. (1998). Normal anogenital anatomy. *Child Abuse & Neglect*, *22*(6), 589-596.
- Berenson, A., & Grady, J. (2002). A longitudinal study of hymenal development from 3 to 9 years of age. *Journal of Pediatrics*, *140*(5), 600-607.
- Black, C., Driebe, E., Howard, L., Fajman, N., Sawyer, M., Giradet, R., . . . Hammerschlag, M. (2009). Multicenter study of nucleic acid amplification tests for detection of Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae in children being evaluated for sexual abuse. *Pediatric Infectious Disease Journal*, *28*(7), 608-613.
- Boos, S., Rosas, A., Boyle, C., & McCann, J. (2003). Anogenital injuries in child pedestrians run over by low-speed motor vehicles: Four cases with findings that mimic child sexual abuse. *Pediatrics*, *112*(1), e77-e84.
- Boyle, C., McCann, J., Miyamoto, S., & Rogers, K. (2008). Comparison of examination methods used in the evaluation of prepubertal and pubertal female genitalia: A descriptive study. *Child Abuse & Neglect*, *32*(2), 229-243.
- Breiding, M. (2014). Prevalence and characteristics of sexual violence, stalking and intimate partner violence victimization. *National Intimate Partner and Sexual Violence Survey, United States, MMWR Surveillance Summary*, *63*(8), 1-18.
- Bryant, J., Baxter, L., & Hird, S. (2009). Non-occupational exposure prophylaxis for HIV: A systematic review. *Health Technology Assessment*, *13*(4), 1-60.
- Bui, P., Sachs, C., & Wheeler, M. (2014). Correlates of anogenital injuries in adolescent females. *International Journal of Clinical Medicine*, *5*(2), 63-71.

- Burg, A., Kahn, R., & Welch, K. (2010). DNA testing of sexual assault evidence: The laboratory perspective. *Journal of Forensic Nursing, 7*(3), 145-152.
- Carlson, F., Grassley, J., Reis, J., & Davis, K. (2015). Characteristics of child sexual assault within a child advocacy center client population. *Journal of Forensic Nursing, 11*(1), 15-21.
- Christian, C. (2011). Timing of the medical examination. *Journal of Child Sexual Abuse, 20*(5), 505-520.
- Christian, C. W., & Committee on Child Abuse and Neglect. (2015). The evaluation of suspected child physical abuse. *Pediatrics, 135*(5), e1337-e1355.
- Corneli, H. (2005). Nucleic acid amplification tests (polymerase chain reaction, ligase chain reaction) for the diagnosis of Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoea in pediatric emergency medicine. *Pediatric Emergency Care, 21*(4), 264-270.
- Crawford-Jakubiak, J., Alderman, E., Leventhal, J., & Committee. (2017). Care of the adolescent after an acute sexual assault. *Pediatrics, 139* (3), e20164243.
- Culatta, R. (. (2018). *Learning theories: Andragogy (Malcolm Knowles)*. Retrieved July 27, 2018, from Instructional Design: <http://www.instructionaldesign.org/theories/andragogy/>
- Diaz, A., Clayton, E., & Simon, P. (2014). Confronting commercial sexual exploitation and sex trafficking of minors. *JAMA Pediatrics, 168*(9), 791-792.
- Dickerson, P. (2017, July). Differentiating Objectives and Outcomes. Association of Nurses in Professional Development Annual Conference. New Orleans, Louisiana.
- Dreyfus, S. E. (1980). *A five-stage model of the mental activities involved in directed skill acquisition*. Berkley, CA: University of California.
- Du Mont, J., White, D., World Health Organization, & Sexual Violence Research Initiative. (2007). *The uses and impacts of medico-legal evidence in sexual assault cases: A global review*.
- Duffy, J., Hoskins, L. M., & Seifert, R. F. (2007). Dimensions of caring: Psychometric properties of the caring assessment tool. *Advances in Nursing Science, 30*(3), 235- 245.
- Eisert, P., Eldredge, K., Hartlaub, T., Huggins, E., Keirn, G., O'Brien, P., . . . March, K. (2010). CSI: New@York: Development of forensic guidelines for the emergency department. *Critical Care Nursing Quarterly, 33*(2), 190-199.
- ERC. (2017, January 23). *3 reasons why traditional classroom learning is still king*. Retrieved from HR Insights Blog: <https://www.yourerc.com/blog/post/3-reasons-why-traditional-classroom-based-learning-is-still-king.aspx>
- Etter, D., & Rickert, V. (2013). The complex etiology and lasting consequences of child maltreatment. *Journal of Adolescent Health, 53*(4), S39-S41.
- Feeney, H., Chiaramonte, D., Campbell, R., Greeson, M., & Fehler-Cabral, G. (2017). Ano- genital and physical injuries in adolescent sexual assault patients: The role of victim-offender relationship, alcohol use, and memory impairment. *Journal of Forensic Nursing, 13*(2), 52-61.

- Felitti, V., Anda, R., Nordenberg, D., Williamson, D., Spitz, A., Edwards, V., . . . Marks, J. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-258.
- Finkel, M. (2012). Children's disclosure of sexual abuse. *Pediatric Annals*, 41(12), 1-6.
- Finkel, M., & Alexander, R. (2011). Conducting the medical history. *Journal of Child Sexual Abuse*, 20(5), 486-504.
- Finkelhor, D., Shattuck, A., Turner, H., & Hamby, S. L. (2014). The lifetime prevalence of child sexual abuse and sexual assault assessed in late adolescence. *Journal of Adolescent Health*, 55(3), 329-333.
- Finkelhor, D., Turner, H., Hamby, S., & Ormrod, R. (2011). Polyvictimization: Children's exposure to multiple types of violence, crime, and abuse. *National Survey of Children's Exposure to Violence*.
- Finkelhor, D., Turner, H., Ormrod, R., & Hamby, S. (2009). Violence, abuse, and crime exposure in a national sample of children and youth. *Pediatrics*, 124(5), 1411-1423.
- Floyed, R., Hirsh, D., Greenbaum, V., & Simon, H. (2011). Development of screening tool for pediatric sexual assault may reduce emergency department visits. *Pediatrics*, 128(2), 121-126.
- Fong, H., & Christian, C. (2012). Evaluating sexually transmitted infections in sexually abused children: New techniques to identify old infections. *Clinical Pediatric Emergency Medicine*, 13(3), 202-212.
- Forbes, K., Day, M., Vaze, U., Sampson, K., & Forster, G. (2008). Management of survivors of sexual assault within genitourinary medicine. *International Journal of STD & AIDS*, 19(7), 482-483.
- Fortin, K., & Jenny, C. (2012). Sexual abuse. *Pediatrics in Review*, 33(1), 19-32.
- Gallion, H., Milam, L., & Littrell, L. (2016). Genital findings in cases of child sexual abuse: genital vs vaginal penetration. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 29(6), 604-611.
- Gavril, A., Kellogg, N., & Nair, P. (2012). Value of follow-up examinations of children and adolescents evaluated for sexual abuse and assault. *Pediatrics*, 129(2), 282-289.
- Gilles, C., Van Loo, C., & Rozenberg, S. (2010). Audit on the management of complaints of sexual assault at an emergency department. *European Journal of Obstetrics & Gynecology & Reproductive Biology*, 151(2), 185-189.
- Giradet, R., Bolton, K., Lahoti, S., Mowbray, H., Giardino, A., Isaac, R., . . . Paes, N. (2011). Collection of forensic evidence from pediatric victims of sexual assault. *Pediatrics*, 128(2), 233-238.

- Girardet, R., Lemme, S., Biason, T., Bolton, K., & Lahoti, S. (2009). HIV post-exposure prophylaxis in children and adolescents presenting for reported sexual assault. *Child Abuse & Neglect*, 33(3), 173-178.
- Godbout, N., Briere, J., Sabourin, S., & Lussier, Y. (2014). Child sexual abuse and subsequent relational and personal functioning: The role of parental support. *Child Abuse & Neglect*, 38(2), 317-325.
- Goyal, M., Mollen, K., Hayes, J., Molnar, J., Christian, C., Scribano, P., & Lavelle, J. (2013). Enhancing the ED approach to pediatric sexual assault care: implementation of a pediatric SART program. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 26(1), 110-118.
- Greenbaum, J., Crawford-Jakubiak, J., & Committee. (2015). Child sex trafficking and commercial sexual exploitation: health care needs of victims. *Pediatrics*, 135(3), 566- 574.
- Greeson, J., Briggs, E., Layne, C., Belcher, H., Ostrowski, S., Kim, S., . . . Fairbank, J. (2014). Traumatic childhood experiences in the 21st century: Broadening and building on the ACE studies with data from the National Child Traumatic Stress Network. *Journal of Interpersonal Violence*, 29(3), 536-556.
- Habigzang, L., Stroehrer, F. H., Hatzenberger, R., Cunha, R. C., Ramos, M., & Koller, S. (2009). Cognitive behavioral group therapy for sexually abused girls. *Revisita de Saude Publica*, 43(Supplement 1), 70-78.
- Hammerschlag, M. (2005). Letter to the editors. *Pediatric Emergency Care*, 21(10), 705.
- Hammerschlag, M. (2011). Chlamydial and gonococcal infections in infants and children. *Clinical Microbiology Reviews*, 23(3), 493-506.
- Hammerschlag, M. R., & Gaydos, C. A. (2012). Guidelines for the use of molecular biological methods to detect sexually transmitted pathogens in cases of suspected sexual abuse in children. *Methods in Molecular Biology*, 307-317.
- Hayden, J., Smiley, R. A., & Kardong-Edgren, S. J. (2014). The NCSBN National Simulation Study: A longitudinal, randomized, controlled study replacing clinical hours with simulation in prelicensure nursing education. *Journal of Nursing Regulation*, 5(2 Supplement), S3-S40.
- Heger, A., Ticson, L., Guerra, L., Lister, J., Zaragoza, T., McConnell, G., & Morahan, M. (2002). Appearance of the genitalia in girls selected for nonabuse: Review of hymenal morphology and nonspecific findings. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 15(1), 27-35.
- Heinrichs, K., McCauley, H., Miller, E., Styne, D., Saito, N., & Breslau, J. (2014). Early menarche and childhood adversities in a nationally representative sample. *International Journal of Pediatric Endocrinology*, 2014(1), 14.
- Heppenstall-Heger, A., McConnell, G., Ticson, L., Guerra, L., Lister, J., & Zaragoza, T. (2003). Healing patterns in anogenital injuries: A longitudinal study of injuries associated

- with sexual abuse, accidental injuries, or genital surgery in the preadolescent child. *Pediatrics*, 112(4), 829-837.
- Herbert, J. L., & Bromfield, L. (2016). Evidence for the efficacy of the Child Advocacy Center model. *Trauma, Violence, & Abuse*, 17(3), 341-357.
- Hobbs, C., & Osman, J. (2007). Genital injuries in boys and abuse. *Archives of Disease in Childhood*, 92(4), 328-331.
- Hockenberry, M., & Wilson, D. (2015). *Wong's essentials of pediatric nursing*. St Louis, MO: Elsevier Mosby.
- Hoft, M., & Haddad, L. (2017). Screening children for abuse and neglect: A review of the literature. *Journal of Forensic Nursing*, 13(1), 26-34.
- Honor, G. (2011). Medical evaluation for child sexual abuse: What the PNP needs to know. *Journal of Pediatric Health Care*, 25(4), 250-256.
- Honor, G. (2014). Children in foster care: What forensic nurses need to know. *Journal of Forensic Nursing*, 10(3), 160-167.
- Honor, G. (2017). Sexually transmitted infections and children: What the PNP should know. *Journal of Pediatric Health Care*, 31(2), 222-229.
- Honor, G., Thackeray, J., Scribano, P., Curan, S., & Benzinger, E. (2012). Pediatric sexual assault nurse examiner care: trace forensic evidence, ano-genital injury, and judicial outcomes. *Journal of Forensic Nursing*, 8(3), 105-111.
- Ingram, D., Miller, W., Schoenbach, V., Everett, V., & Ingram, D. (2001). Risk assessment for gonococcal and chlamydial infections in young children undergoing evaluation for sexual abuse. *Pediatrics*, 107(5), e73.
- International Association of Forensic Nurses. (2016). *Non-fatal strangulation documentation toolkit*. Elkridge, MD: International Association of Forensic Nurses.
- International Association of Forensic Nurses. (2018). *IAFN resources*. Retrieved from <http://www.forensicnurses.org/?page=EducationGuidelines>
- Jenny, C. (2010). Emergency evaluation of children when sexual assault is suspected. *Pediatrics*, 128(2), 374-375.
- Jenny, C. (2011). *Child abuse and neglect: Diagnosis, treatment, and evidence*. St Louis, MO: Elsevier Saunders.
- Jenny, C., Crawford-Jakubiak, J.E., & Committee on Child Abuse and Neglect. (2013). The evaluation of children in the primary care setting when sexual abuse is suspected. *Pediatrics*, 132(2), e588-e567.
- Joki-Erkila, M., Niemi, J., & Ellonen, N. (2018). Child sexual abuse-Initial suspicion and legal outcome. Forensic Science International. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2018.06.032>
- Jones, J., Dunnuck, C., Rossman, L., Wynn, B., & Genco, M. (2003). Adolescent Foley catheter technique for visualizing hymenal injuries in adolescent sexual assault. *Academic Emergency Medicine*, 10(9), 1001-1004.



- Kaplan, R., Adams, J., Starling, S., & Giardino, A. (2011). *Medical response to child sexual abuse*. St Louis, MO: STM Learning.
- Katzman, D., Taddeo, D., & Adolescent Health Committee, Canadian Pediatric Society. (2010). Policy statement: Emergency contraception. *Paediatric Child Health, 15*(6), 363-367.
- Kellogg, N. (2005). The evaluation of sexual abuse in children. *Pediatrics, 116*(2), 506-512.
- Kellogg, N., & American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse & Neglect. (2005). The evaluation of suspected child physical abuse. *Pediatrics, 119*(6), 1232-1241.
- Kilka, J., & Conte, J. (2017). *The APSAC handbook on child maltreatment* (4th ed.). Los Angeles, CA: SAGE Publishing.
- Killough, E., Spector, L., Moffatt, M., Wiebe, J., Nielson-Parker, M., & Anderst, J. (2016). Diagnostic agreement when comparing still and video imaging for the medical evaluation of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect, 52*, 102-109.
- Kimberlin, D., Brady, M., Jackson, M., & Long, S. (2015). *Red Book: 2015 Report of the Committee on Infectious Diseases* (30th ed.). Elk. Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics.
- Kirk, C., Logie, L., & Mok, J. (2010). Diagnosing sexual abuse (excluding forensics). *Paediatrics and Child Health, 20*(12), 556-560.
- Kohlberger, P., & Bancher-Todesca, D. (2007). Bacterial colonization in suspected sexually abused children. *Journal of Pediatric & Adolescent Gynecology, 20*(5), 289-292.
- Kolko, D. J., Hurlburt, M. S., Zhang, J., Barth, R. P., Leslie, L. K., & Burns, B. J. (2010). Posttraumatic stress symptoms in children and adolescents referred for child welfare investigation: A national sample of in-home and out-of-home care. *Child Maltreatment, 15*(1), 48-63.
- Kresnicka, L. S., Rubin, D. M., Downes, K. J., Lavelle, J. M., Hodinka, R. L., McGowan, K. L., . . . Christian, C. W. (2009). Practice variation in screening for sexually transmitted infections with nucleic acid amplification tests during prepubertal sexual abuse evaluations. *Journal of Pediatric & Adolescent Gynecology, 22*(5), 292-299.
- Krishnan, D., Keloth, A., & Ubedulla, S. (2017, June). Pros and cons of simulation in medical education: A review. *International Journal of Medical and Health Research, 3*(6), 84- 87.
- Krolov, K., Frolova, J., Tudoran, O., Suhorutsenko, J., Lehto, T., Sibul, H., . . . Langel, U. (2014). Sensitive and rapid detection of Chlamydia trachomatis by recombinase polymerase amplification directly from urine samples. *The Journal of Molecular Diagnostics, 16*(1), 127-135.
- Leventhal, J. M., Murphy, J. L., & Asnes, A. G. (2010). Evaluations of childhood sexual abuse: Recognition of overt and latent family concerns. *Child Abuse & Neglect, 34*(5), 289- 295.
- Lynch, V., & Duval, J. (2011). *Forensic nursing science* (2nd ed). St Louis, MO: Mosby.

- Magalhaes, T., Dinis-Oliveira, R., Silva, B., Corte-Real, F., & Nuno Vieira, D. (2015). Biological evidence management for DNA analysis in cases of sexual assault. *The Scientific World Journal*, 2015.
- Maiquilla, S., Salvador, J., Calacal, G., Sagum, M., Dalet, M., Delfin, F., . . . DeUngria, M. (2011). Y-STR DNA analysis of 154 female child sexual assault cases in the Phiippines. *International Journal of Legal Medicine*, 125(6), 817-824.
- Malloy, L., Mugno, A., Rivard, J., Lyon, T., & Quas, J. (2016). Familial influences on recantation in substantiated child sexual abuse cases. *Child Maltreatment*, 21(3), 256-261.
- Marks, S., Lamb, R., & Tzioumi, D. (2009). Do no more harm: The psychological stress of the medical examination for alleged child sexual abuse. *Journal of Paediatrics & Child Health*, 45(3), 125-132.
- Massat, S., Lamb, R., & Tzioumi, D. (2009). Do no more harm: The psychological stress of the medical examination for alleged child sexual abuse. *Journal of Paeditrics & Child Health*, 45(3), 125-132.
- Matkins, P., & Jordan, K. (2009). Pediatric sexual abuse: Emergency department evaluation and management. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 31(2), 140-152.
- McCann, J., Miyamoto, S., Boyle, C., & Rogers, K. (2009). Healing of nonhymenal genital injuries in prepubertal and adolescent girls: A descriptive study. *Pediatrics*, 89(2), 307-310.
- McElvaney, R. (2015). Disclosure of child sexual abuse: Delays, non-disclosure and partial disclosure. What the research tells us and implications for practice. *Child Abuse Review*, 24(3), 159-169.
- McElvaney, R., Greene, S., & Hogan, D. (2014). To tell or not to tell? Factors influencing young people's informal disclosures of child sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 29(5), 928-947.
- McGregor, K., Julich, S., Glover, M., & Gautam, J. (2010). Health professionals' response to disclosure of child sexual abuse: Female child sexual abuse survivors' experience. *Journal of Child Sexual Abuse*, 19(3), 239-254.
- Meakim, C., Boese, T., Decker, S., Franklin, A., Gloe, D., & Lioce, L. (2013, June). Standards of best practice: Simulation; Standard I: Terminology. *Clinical Simulation in Nursing*, 9(6 Supplement), S3-S11.
- Menschner, C., & Maul, A. (2016, April). *Key ingredients for successful trauma-informed care implementation*. Retrieved from Center for Healthcare Strategies, Inc.: <https://www.chcs.org/media/ATC-whitepaper-040616-rev.pdf>
- Merchant, R. C., Kelly, E. T., Mayer, K. H., Becker, B. M., Duffy, S. J., & Pugatch, D. L. (2008). Compliance in Rhode Island emergency departments with American Academy of Pediatrics recommendations for adolescent sexual assaults. *Pediatrics*, 121(6), e1660-e1667.

- Mollen, C. J., Goyal, M. K., & Frioux, S. F. (2012). Acute sexual assault: A review. *Pediatric Emergency Care, 28*(6), 584-590.
- Myhre, A., Adams, J., Kaufhold, M., Davis, J., Suresh, P., & Kuelbs, C. (2013). Anal findings in children with and without probable anal penetration: a retrospective study of 1115 children referred for suspected sexual abuse. *Child Abuse & Neglect, 37*(7), 465-474.
- Noll, J., Shenk, C., & Putnam, K. (2009). Childhood sexual abuse and adolescent pregnancy: A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *Journal of Psychology, 135*(1), 17-36.
- Palusci, V. J., Cox, E. O., Cyrus, T. A., Heartwell, S. W., Vandervort, F. E., & Pott, E. S. (1999). Medical assessment and legal outcome in child sexual abuse. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 153*(4), 388-392.
- Papp, J., Schachter, J., Gaydos, C., & Van Der Pol, B. (2014). Recommendations for the laboratory-based detection of Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoea- 2014. *MMWR. Recommendations and reports: Morbidity and mortality weekly report. Recommendations and reports/Centers for Disease Control, 63*, 1.
- Petiprin, A. (2016). *Nursing theory: Roy adaptation model*. Retrieved April 26, 2018, from Nursing Theory: <http://nursing-theory.org/theories-and-models/roy-adaptation-model.php>
- Price, J. (2013). Injuries in prepubertal and pubertal girls. *Best Practice & Research: Clinical Obstetrics & Gynecology, 7*(1), 131-139.
- Raja, S. H.-Y. (2015). Trauma informed care in medicine: Current knowledge and future research. *Community Health, 216*-226.
- Rey, D. (2011). Post-exposure prophylaxis for HIV infection. *Expert Review of Anti-infective Therapy, 9*(4), 431-442.
- Rothman, E., Exner, D., & Baughman, A. (2011). The prevalence of sexual assault against people who identify as gay, lesbian, or bisexual in the United States: A systematic review. *Trauma, Violence, & Abuse, 12*(2), 55-66.
- Rovi, S., & Shimoni, N. (2002). Prophylaxis provided to sexual assault victims seen at US emergency departments. *Journal of the American Medical Women's Association, 57*(4), 204-207.
- Ruiz, J. G. (2006). The impact of e-learning in medical education. *Academic Medicine, 81*(3), 207-212.
- Scannell, M., Kim, T., & Guthrie, B. (2018). A meta-analysis of HIV postexposure prophylaxis among sexually assaulted patients in the United States. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care, 29*(1), 60-69.
- Scannell, M., MacDonald, A. E., Berger, A., & Boyer, N. (2018). Human trafficking: How nurses can make a difference. *Journal of Forensic Nursing, 14*(2), 117-121.
- Schilling, S., Samuels-Kalow, M., Gerber, J., Scibano, P., French, B., & Wood, J. (2015). Testing and treatment after adolescent sexual assault in pediatric emergency departments. *Pediatrics, 136*(6), e1495-e1503.



- Sena, A. C., Hsu, K., Kellogg, N., Girardet, R., Christian, C., Linden, J., . . . Hammerschlag, M. (2015). Sexual assault and sexually transmitted infections in adults, adolescents, and children. *Clinical Infectious Disease*, 61(Supplement 8), S856-S864.
- Slingsby, B., & Goldberg, A. (2018). Normal anal examination after penetration: A case report. *Journal of Emergency Medicine*, 54(3), e49-e51.
- Smith, T., Raman, S., Madigan, S., Waldman, J., & Shouldice, M. (2018). Anogenital findings in 3569 pediatric examinations for sexual abuse/assault. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 31(2), 79-83.
- Stewart, S. (2011). Hymenal characteristics in girls with and without a history of sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 20(5), 521-536.
- Sumner, S., Mercy, J., Saul, J., Motsa-Nzuza, N., Kwesigabo, G., & Buluma, R. (2015). Prevalence of sexual violence against children and use of social services - Seven countries, 2007-2013. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 64(21), 565-569.
- Thackeray, J., Hornor, G., Benzinger, E., & Scribano, P. (2011). Forensic evidence collection and DNA identification in acute child sexual assault. *Pediatrics*, 128(2), 227-232.
- Trickett, P. K., Noll, J. G., & Putnam, F. W. (2011). The impact of sexual abuse on female development: Lessons from a multigenerational, longitudinal research study. *Development and Psychopathology*, 23(2), 453-476.
- Turner, H., Shattuck, A., Finkelhor, D., & Hamby, S. (2016). Polyvictimization and youth violence exposure across contexts. *Journal of Adolescent Health*, 58(2), 208-214.
- Turner, S., Tallieu, T., Cheung, K., & Afifi, T. (2017). The relationship between childhood sexual abuse and mental health outcomes among males: Results from a nationally representative United States sample. *Child Abuse & Neglect*, 66(64), 64-72.
- US Centers for Disease Control & Prevention. (2016). *Updated guidelines for antiretroviral postexposure prophylaxis after sexual, injection-drug use or other nonoccupational exposure to HIV in the United States: Recommendations from the U.S. Department of Health and Human Services*. Retrieved from <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/38856>
- US Centers for Disease Control and Prevention. (2015). Sexually transmitted diseases treatment guidelines. *Morbidity & Mortality Weekly Report*, 64(3), 104-110.
- Ullman, S., Peter-Hagene, L., & Relyea, M. (2014). Coping, emotion regulation, and self-blame as mediators of sexual abuse and psychological symptoms in adult sexual assault. *Journal of Child Sexual Abuse*, 23(1), 74-93.
- Vezina-Gagnon, P., Bergeron, S., Frappier, J., & Daigneault, I. (2018). Genitourinary health of sexually abused girls and boys: A matched-cohort study. *The Journal of Pediatrics*, 194, 171-176.
- Vrolijk-Bosschaart, T., Brillesliper-Kater, S., Widdershoven, G., Teeuw, A. V., Voskes, Y., van Duin, E., . . . Lindauer, R. (2017). Physical symptoms in very young children assessed for sexual abuse: A mixed methods study analysis from the ASAC study. *European Journal of Pediatrics*, 176(10), 1365-1374.

- Wamser-Nanney, R., & Sager, J. (2018). Predictors of maternal support following children's sexual abuse disclosures. *Child Abuse & Neglect, 81*, 39-47.
- Williams, H., Letson, M., & Tscholl, J. (2016). Sexually transmitted infections in child abuse. *Clinical Pediatric Emergency Medicine, 17*(4), 264-273.
- World Health Organization. (2003). *Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization. (2013). Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. *World Health Organization*.
- World Health Organization. (2015). *Strengthening the medico-legal response to violence*.
- World Health Organization. (2016). *INSPIRE: seven strategies for ending violence against children: executive summary*.
- World Health Organization. (2017). Responding to children and adolescents who have been sexually abused: WHO clinical guidelines. Geneva, Switzerland.
- World Health Organization & International Society for the Prevention of Child Abuse & Neglect. (2006). *Preventing child maltreatment: A guide to taking action and generating evidence*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Yuen, A. (2011). Exploring teaching approaches in blended learning. *Research & Practice in Technology Enhanced Learning, 6*(1), 3-23.

## APÉNDICE 1: FORMULARIO DE VALIDACIÓN DE LA COMPETENCIA INICIAL DE LA ENFERMERA EXAMINADORA EN CASOS DE AGRESIÓN SEXUAL A ADULTAS/ADOLESCENTES

Resultado del aprendizaje para la educación clínica: Al completar el aprendizaje clínico, las participantes poseerán los conocimientos y habilidades fundamentales necesarios para desempeñarse como enfermeras examinadoras en casos de agresión sexual para las poblaciones de adulta/adolescente en su comunidad.

Competencia	Desempeño satisfactorio (iniciales/fecha)	Desempeño insatisfactorio (iniciales/fecha)	Notas
1. Presenta opciones de examen y diálogo entre paciente y enfermera adecuado al desarrollo de la paciente y necesario para obtener el consentimiento informado de las poblaciones de pacientes adultas y adolescentes			
2. Evalúa la eficacia del plan de atención establecido en lo que respecta al consentimiento y la modificación o adaptación basándose en la evaluación de la capacidad y el nivel de desarrollo de la paciente a partir de los datos reunidos a lo largo del proceso de enfermería del proceso de enfermería			
3. Explica los procedimientos asociados con la confidencialidad a las poblaciones de pacientes adultas y adolescentes			
4. Describe las circunstancias en las que es necesaria la notificación obligatoria y explica los procedimientos asociados con la notificación obligatoria a las poblaciones de pacientes adultas y adolescentes			
5. Evalúa la eficacia del plan de atención establecido en lo que respecta a la confidencialidad y la modificación o adaptación, en función del desarrollo o el nivel de capacidad de la paciente en los datos recogidos a lo largo del proceso de enfermería			
6. Explica los procedimientos y opciones del examen médico			

<b>Competencia</b>	<b>Desempeño satisfactorio (iniciales/fecha)</b>	<b>Desempeño insatisfactorio (iniciales/fecha)</b>	<b>Notas</b>
paciente adulta y adolescente adultas y adolescentes			
7. Evalúa la eficacia del plan de atención establecido en lo que respecta a la evaluación médica/evaluación de enfermería/tratamiento y a la modificación o adaptación para satisfacer las necesidades de la paciente basándose en los cambios en los datos reunidos a lo largo del proceso de del proceso de enfermería			
8. Evalúa la eficacia del plan de atención establecido en lo que respecta a los requisitos de presentación obligatoria de informes y a la modificación o adaptación, según los cambios en los datos reunidos a lo largo del proceso de enfermería			
9. Identifica los elementos críticos en la historia médica-forense y el examen de los sistemas y demuestra eficacia en la preparación de la historia			
10. Hace una evaluación competente de pies a cabeza completa			
11. Prepara a la adolescente y la adulta para el examen anogenital			
12. Diferencia la anatomía anogenital normal de las variantes normales y anormales Conclusiones			
13. Demuestra técnicas de visualización anogenital:			
a. Separación labial			
b. Tracción labial			
c. Evaluación del himen (catéter de Foley, hisopo u otra técnica)			

<b>Competencia</b>	<b>Desempeño satisfactorio (iniciales/fecha)</b>	<b>Desempeño insatisfactorio (iniciales/fecha)</b>	<b>Notas</b>
d. Evaluación con espéculo de la vagina y el cuello uterino			
14. Recoge muestras para pruebas de enfermedades de transmisión sexual			
15. Explica los fundamentos de las pruebas específicas de ITS y las técnicas de recolección			
16. Recolecta y preserva especímenes como prueba (dependiendo de la práctica local y de los indicios de la historia), incluidos:			
a. Hisopos bucales			
b. Hisopos orales			
c. Toma de muestras de las marcas de mordedura			
d. Otras tomas de muestras de la superficie corporal			
e. Recortes de uñas/ hisopos			
f. Hisopos anales			
g. Hisopos rectales			
h. Hisopos vaginales			
i. Hisopos cervicales			
j. Peinado/recogida del cabello de la cabeza			

<b>Competencia</b>	<b>Desempeño satisfactorio (iniciales/fecha)</b>	<b>Desempeño insatisfactorio (iniciales/fecha)</b>	<b>Notas</b>
k. Peinado/recogida de vello púbico			
l. Ropa			
m. Toxicología			
17. Explica las razones que justifican el tipo y la forma específicos de la recogida de muestras probatorias			
18. Envasa el material probatorio			
19. Sella los materiales de prueba			
20. Explica las razones para el envasado y sellado del material probatorio			
21. Explica cómo mantener la cadena de custodia de los materiales probatorios			
22. Explica los motivos para mantener una cadena de custodia adecuada			
23. Demuestra cómo modificar las técnicas de recogida de pruebas en función de la edad, el nivel de desarrollo/cognitivo y la tolerancia de la paciente			
24. Adopta las medidas adecuadas relacionadas con el consentimiento, el almacenamiento, la confidencialidad y la divulgación y utilización apropiadas de las fotografías tomadas durante el examen médico forense			

<b>Competencia</b>	<b>Desempeño satisfactorio (iniciales/fecha)</b>	<b>Desempeño insatisfactorio (iniciales/fecha)</b>	<b>Notas</b>
25. Obtiene la orientación general, el primer plano y el primer plano con escala para la fotodocumentación médica-forense para proporcionar un reflejo verdadero y exacto del tema			
26. Evalúa la eficacia del plan de atención establecido y la modificación o adaptación de la atención basándose en los cambios en los datos reunidos a lo largo del proceso de enfermería			
27. Demuestra un diálogo efectivo entre paciente y enfermera, que establece los cuidados de seguimiento y las instrucciones de alta asociadas con la anticoncepción de emergencia y/o las opciones de interrupción del embarazo			
28. Demuestra un diálogo eficaz entre paciente y enfermera, que establece los cuidados de seguimiento y las instrucciones de alta asociadas a determinadas enfermedades de transmisión sexual			
29. Planifica el alta y seguimiento de las preocupaciones relacionadas con la edad, el nivel de desarrollo, la diversidad cultural y las diferencias geográficas			
30. Evalúa la eficacia de los planes de atención establecidos para el alta y el seguimiento, y revisa el plan de atención establecido respetando las pautas actuales de la práctica basada en pruebas			

Competencia	Desempeño satisfactorio (iniciales/fecha)	Desempeño insatisfactorio (iniciales/fecha)	Notas
31. Da prioridad a la necesidad de aplicar estrategias de intervención en situaciones de crisis en las pacientes adultas y adolescentes después de la violencia sexual, basándose en las conclusiones de la evaluación			
32. Incorpora el proceso de enfermería como base para la toma de decisiones de las enfermeras, incluidos:			
a. Evaluación: recopilación de datos pertinentes a la salud y la situación de la paciente;			
b. Diagnóstico: análisis de datos para determinar el diagnóstico o los problemas;			
c. Identificación de resultados: identificación de los resultados individualizados de las pacientes en función de sus necesidades;			
d. Planificación - desarrollo de un plan que prescribe estrategias para alcanzar los resultados esperados;			
e. Implementación- implementación del plan, incluida cualquier coordinación de la atención, la enseñanza al paciente, la consulta, la autoridad prescriptiva y el tratamiento; y			
f. Evaluación: evalúa el progreso hacia el logro de resultados. (ANA, 2010)			



Nombre de la EECAS (mayúsculas)		Nombre de la preceptora #1 y credenciales (Mayúsculas/Iniciales)	
Nombre de la preceptora #2 y credenciales (Mayúsculas/Iniciales)		Nombre de la preceptora #3 y credenciales (Mayúsculas/Iniciales)	
Nombre de la preceptora #4 y credenciales (Mayúsculas/Iniciales)		Nombre de la preceptora #5 y credenciales (Mayúsculas/Iniciales)	

**APÉNDICE 2: FORMULARIO DE VALIDACIÓN DE LA COMPETENCIA INICIAL DE LA ENFERMERA EXAMINADORA EN CASOS DE AGRESIÓN SEXUAL A NIÑAS Y NIÑOS/ADOLESCENTES**

<b>Competencia</b>	<b>Desempeño satisfactorio (iniciales/fecha)</b>	<b>Desempeño insatisfactorio (iniciales/fecha)</b>	<b>Notas</b>
1. Explicar la razón de la preparación de la historia y demostrar destreza en su preparación			
2. Priorizar un programa completo de la historia clínica forense de la salud y revisión de sistemas, incluidos:			
a. La historia clínica forense de salud y estado de vacunación			
b. Historia del suceso			
3. Diferenciar entre las historias obtenidas de las siguientes fuentes:			
a. Paciente			
b. Familia/cuidadora/tutora			
c. Aplicación de la ley			
d. Agencia de protección de la menor de edad			
4. Demostrar conocimientos relacionados con la evaluación psicosocial de la niña o el niño/adolescente relacionada con el suceso Demostrar conocimientos relacionados con la evaluación psicosocial de la niña o el niño/adolescente relacionada con el suceso			
5. Explicar la justificación de la evaluación de pies a cabeza y demostrar la evaluación completa de pies a cabeza			
6. Preparar a la niña o niño/adolescente para el examen anogenital			
7. Diferenciar la anatomía anogenital normal de			

<b>Competencia</b>	<b>Desempeño satisfactorio (iniciales/fecha)</b>	<b>Desempeño insatisfactorio (iniciales/fecha)</b>	<b>Notas</b>
variantes normales y hallazgos anormales			
8. Usar posiciones y métodos de examen apropiados, incluidos:			
a. Separación/tracción labial			
b. "Piernas de rana" supina			
c. Rodilla en pecho supina y prona			
9. Implementar la recolección de pruebas físicas apropiadas mediante el uso de:			
a. Normas y referencias forenses actuales basadas en pruebas			
b. Procedimientos apropiados de cadena de custodia			
c. Variaciones reconocidas en la práctica, siguiendo las recomendaciones y pautas locales			
10. Razón y demostración de las siguientes técnicas de visualización:			
a. Separación labial			
b. Tracción labial			
c. Evaluación del himen (catéter de Foley, hisopo, otra técnica)			

<b>Competencia</b>	<b>Desempeño satisfactorio (iniciales/fecha)</b>	<b>Desempeño insatisfactorio (iniciales/fecha)</b>	<b>Notas</b>
d. Evaluación con espéculo de la vagina y el cuello uterino en la adolescente			
11. Demostración de la recolección apropiada de especímenes para la prueba de enfermedades de transmisión sexual			
12. Explicar el fundamento de las pruebas específicas de ITS y las técnicas de recolección			
13. Demostrar una recopilación de pruebas adecuada (dependiendo de la práctica local y de los indicios de la historia), incluidos:			
a. Hisopos bucales			
b. Hisopos orales			
c. Toma de muestras de las marcas de mordedura			
d. Otras tomas de muestras de la superficie corporal			
e. Recortes de uñas/ hisopos			
f. Hisopos anales			
g. Hisopos rectales			
h. Hisopos vaginales			
i. Hisopos cervicales			

<b>Competencia</b>	<b>Desempeño satisfactorio (iniciales/fecha)</b>	<b>Desempeño insatisfactorio (iniciales/fecha)</b>	<b>Notas</b>
j. Peinado/recogida del cabello de la cabeza			
k. Peinado/recogida de pelo púbico			
l. Ropa			
m. Toxicología			
14. Razones que justifican un tipo y una forma específicos de recogida de muestras probatorias			
15. Envasado de materiales probatorios			
16. Sellado de materiales probatorios			
17. Justificación del envasado y sellado del material probatorio			
18. Mantenimiento de la cadena de custodia de los materiales de prueba			
19. Razones para mantener la cadena de custodia adecuada			
20. Diferencias en el enfoque de la recogida de pruebas en la población prepuberal (es decir, muestras externas frente a muestras internas)			
21. Modificar la recolección de pruebas en base a la edad de la paciente			

Competencia	Desempeño satisfactorio (iniciales/fecha)	Desempeño insatisfactorio (iniciales/fecha)	Notas
nivel de desarrollo/cognitivo y tolerancia			
22. Evaluación de la eficacia de los planes de atención de alta y de seguimiento establecidos, y revisión del plan de atención establecido, respetando las pautas actuales de la práctica basada en la evidencia			
23. Evaluación de la eficacia del plan de atención establecido y modificar/adaptar la atención en función de los cambios en la recopilación de datos, utilizando el proceso de enfermería			
24. El proceso de enfermería como base de la toma de decisiones de las enfermeras, incluidos:			
a. Evaluación: recopilación de datos pertinentes a la salud y la situación de la paciente;			
Diagnóstico: analizar los datos para determinar el diagnóstico o los problemas;			
c. Identificación de resultados: identificación de los resultados individualizados de las pacientes en función de sus necesidades;			
d. Planificación - desarrollo de un plan que prescribe estrategias para alcanzar los resultados esperados;			
e. Implementación- implementa el plan,			

<b>Competencia</b>	<b>Desempeño satisfactorio (iniciales/fecha)</b>	<b>Desempeño insatisfactorio (iniciales/fecha)</b>	<b>Notas</b>
incluida toda coordinación de la atención, la enseñanza a la paciente, la consulta, la autoridad prescriptiva y el tratamiento; y			
f. Evaluación: evalúa el progreso hacia el logro de resultados. (ANA, 2010)			

Nombre de la EECAS (mayúsculas)		Nombre de la preceptora #1 y credenciales (Mayúsculas/Iniciales)	
Nombre de la preceptora #2 y credenciales (Mayúsculas/Iniciales)		Nombre de la preceptora #3 y credenciales (Mayúsculas/Iniciales)	
Nombre de la preceptora #4 y credenciales (Mayúsculas/Iniciales)		Nombre de la preceptora #5 y credenciales (Mayúsculas/Iniciales)	

### **APÉNDICE 3: TABLAS DE PLANIFICACIÓN EDUCATIVA PARA EL CURSO DIDÁCTICO EECAS**

**Adulta/Adolescente:** <https://www.forensicnurses.org/adultplanningtable>

**Pediatric/Adolescent:** <https://www.forensicnurses.org/pediatricplanningtable>



## RECURSOS

- Abajobir, A., Kisely, S., Maravilla, J., Williams, G., & Moses, N. (2017). Gender differences in the association between childhood sexual abuse and risky sexual behaviors: A systematic review and meta-analysis. *Child Abuse & Neglect, 63*, 249-260.
- Adams, J. (1997). Sexual abuse and adolescents. *Pediatric Annals, 26*(5), 299-304.
- Adams, J., Farst, K., & Kellogg, N. (2017). Interpretation of medical findings in suspected child sexual abuse: an update for 2018. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 31*(3), 225-231.
- Adams, J., Girardin, B., & Faugno, D. (2001). Adolescent sexual assault: Documentation of acute injuries using photo-colposcopy. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 14*(4), 175-180.
- Adams, J., Kellogg, N., Farst, K., Harper, N., Palusci, V., Frasier, L. D., . . . Starling, S. P. (2016). Updated guidelines for the medical assessment and care of children who may have been sexually abused. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 29*(2), 81-87.
- Adams, J., Kellogg, N., & Moles, R. (2016). Medical care for children who may have been sexually abused: An update for 2016. *Clinical Emergency Pediatric Medicine, 17*(4), 255-263.
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2016, April). *Trauma-informed care*. Retrieved from Prevention and Chronic Care: <https://www.ahrq.gov/ncepcr/tools/healthier-pregnancy/fact-sheets/trauma.html>
- Alexander, R. (2011). Medical advances in child sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse, 20*(5), 481-485.
- Alexander, R. (2017). Medical evaluations then and now. *Journal of Interpersonal Violence, 32*(6), 826-852.
- Alexander, R., & Harper, N. S. (2019). *Medical response to child sexual abuse: A resource for professionals working with children and families* (2nd ed.). St Louis, MO: STM Learning Inc.
- Al-Jilaihawi, S., Borg, K., Jamieson, K., Maguire, S., & Hodes, D. (2018). Clinical characteristics of children presenting with a suspicion or allegation of historic sexual abuse. *Archives of Disease in Childhood, 103*(6), 533-539.

- American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence. (2012, December). Policy statement: Emergency contraception. *Pediatrics*, *130*(6), 1174-1182.
- American Nurses Association & International Association of Forensic Nurses. (2017). *Forensic nursing: Scope and standards of practice* (2nd ed.). Silver Spring, MD: Nursesbooks.org.
- American Nurses Association. (2015). *Nursing: Scope and standards of practice* (3rd ed.). Silver Spring, MD: Nursesbooks.org.
- American Nurses Credentialing Center. (2015). *ANCC accreditation*. Retrieved January 7, 2020, from <https://www.nursingworld.org/organizational-programs/accreditation/>
- Andherst, J., Kellogg, N., & Jung, I. (2009). Reports of repetitive penile-genital penetration often have no definitive evidence of penetration. *Pediatrics*, *124*(3), e403-e409.
- Atabaki, S., & Paradise, J. (1999). The medical evaluation of the sexually abused child: lessons from a decade of research. *Pediatrics*, *104*(1), 178-186.
- Atherton, J. S. (2013). *Learning and teaching: Knowles' andragogy: An angle on adult learning* [On-line: UK]. Retrieved January 7, 2020, from <http://acbart.com/learningandteaching/LearningAndTeaching/www.learningandteaching.info/learning/knowlesa.html>
- Barnes, J., Putnam, F., & Trickett, P. (2009). Sexual and physical revictimization among victims of severe childhood sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, *33*(7), 412-420.
- Basile, K., Smith, S., Breiding, M., Black, M., & Mahendra, R. (2014). *Sexual violence surveillance: Uniform definitions and recommended data (Version 2.0)*. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention.
- Benn, P., Fisher, M., & Kulasegaram, R. (2011). UK guideline for the use of post-exposure prophylaxis for HIV following sexual exposure. *International Journal of STD & AIDS*, *22*(12), 695-708.
- Benner, P. (1982). From novice to expert. *American Journal of Nursing*, *82*(3), 402-407.
- Benner, P. (1984). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley Publishing.
- Berenson, A. (1998). Normal anogenital anatomy. *Child Abuse & Neglect*, *22*(6), 589-596.

- Berenson, A., & Grady, J. (2002). A longitudinal study of hymenal development from 3 to 9 years of age. *Journal of Pediatrics*, *140*(5), 600-607.
- Black, C., Driebe, E., Howard, L., Fajman, N., Sawyer, M., Giradet, R., . . . Hammerschlag, M. (2009). Multicenter study of nucleic acid amplification tests for detection of *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* in children being evaluated for sexual abuse. *Pediatric Infectious Disease Journal*, *28*(7), 608-613.
- Boos, S., Rosas, A., Boyle, C., & McCann, J. (2003). Anogenital injuries in child pedestrians run over by low-speed motor vehicles: Four cases with findings that mimic child sexual abuse. *Pediatrics*, *112*(1), e77-e84.
- Boyle, C., McCann, J., Miyamoto, S., & Rogers, K. (2008). Comparison of examination methods used in the evaluation of prepubertal and pubertal female genitalia: A descriptive study. *Child Abuse & Neglect*, *32*(2), 229-243.
- Breiding, M. J., Smith, S. G., Basile, K. C., Walters, M. L., Chen, J., & Merrick, M. T. (2014). Prevalence and characteristics of sexual violence, stalking and intimate partner violence victimization—National Intimate Partner and Sexual Violence Survey, United States, 2011. *Morbidity & Mortality Weekly Report. Surveillance Summaries*, *63*(8), 1-18.
- Bryant, J., Baxter, L., & Hird, S. (2009). Non-occupational exposure prophylaxis for HIV: A systematic review. *Health Technology Assessment*, *13*(4), 1-60.
- Bui, P., Sachs, C., & Wheeler, M. (2014). Correlates of anogenital injuries in adolescent females. *International Journal of Clinical Medicine*, *5*(2), 63.
- Burg, A., Kahn, R., & Welch, K. (2010). DNA testing of sexual assault evidence: The laboratory perspective. *Journal of Forensic Nursing*, *7*(3), 145-152.
- Carlson, F., Grassley, J., Reis, J., & Davis, K. (2015). Characteristics of child sexual assault within a child advocacy center client population. *Journal of Forensic Nursing*, *11*(1), 15-21.
- Christian, C. (2011). Timing of the medical examination. *Journal of Child Sexual Abuse*, *20*(5), 505-520.
- Christian, C. W., & Committee on Child Abuse and Neglect. (2015). The evaluation of suspected child physical abuse. *Pediatrics*, *135*(5), e1337-e1355.
- Corneli, H. (2005). Nucleic acid amplification tests (polymerase chain reaction, ligase chain reaction) for the diagnosis of *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* in pediatric emergency medicine. *Pediatric Emergency Care*, *21*(4), 264-270.

- Crawford-Jakubiak, J., Alderman, E., Leventhal, J., AAP Committee on Child Abuse and Neglect, & AAP Committee on Adolescence. (2017). Care of the adolescent after an acute sexual assault. *Pediatrics*, *139*(3), e20164243.
- Culatta, R. (2020). *Learning theories: Andragogy (Malcolm Knowles)*. Retrieved January 7, 2020, from <http://www.instructionaldesign.org/theories/andragogy/>
- Diaz, A., Clayton, E., & Simon, P. (2014). Confronting commercial sexual exploitation and sex trafficking of minors. *JAMA Pediatrics*, *168*(9), 791-792.
- Dickerson, P. (2017, July). Differentiating objectives and outcomes. *Association of Nurses in Professional Development Annual Conference*. Address presented at New Orleans, LA.
- Dreyfus, S. E. (1980). *A five-stage model of the mental activities involved in directed skill acquisition*. Berkley, CA: University of California.
- Du Mont, J., White, D. (2007). *Sexual Violence Research Initiative: Research summary: The uses and impacts of medico-legal evidence in sexual assault cases: A global review*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Duffy, J., Hoskins, L. M., & Seifert, R. F. (2007). Dimensions of caring: Psychometric properties of the caring assessment tool. *Advances in Nursing Science*, *30*(3), 235-245.
- Eisert, P., Eldredge, K., Hartlaub, T., Huggins, E., Keirn, G., O'Brien, P., . . . March, K. (2010). CSI: New@York: Development of forensic guidelines for the emergency department. *Critical Care Nursing Quarterly*, *33*(2), 190-199.
- ERC. (2017, January 23). *HR insights blog: 3 reasons why traditional classroom-based learning is still king*. Retrieved January 7, 2020, from <https://www.yourerc.com/blog/post/3-reasons-why-traditional-classroom-based-learning-is-still-king>
- Etter, D., & Rickert, V. (2013). The complex etiology and lasting consequences of child maltreatment. *Journal of Adolescent Health*, *53*(4), S39-S41.
- Feeney, H., Chiaramonte, D., Campbell, R., Greeson, M., & Fehler-Cabral, G. (2017). Ano-genital and physical injuries in adolescent sexual assault patients: The role of the victim-offender relationship, alcohol use, and memory impairment. *Journal of Forensic Nursing*, *13*(2), 52-61.
- Felitti, V., Anda, R., Nordenberg, D., Williamson, D., Spitz, A., Edwards, V., . . . Marks, J. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of

- the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-258.
- Finkel, M. (2012). Children's disclosure of sexual abuse. *Pediatric Annals*, 41(12), 1-6.
- Finkel, M., & Alexander, R. (2011). Conducting the medical history. *Journal of Child Sexual Abuse*, 20(5), 486-504.
- Finkelhor, D., Shattuck, A., Turner, H., & Hamby, S. L. (2014). The lifetime prevalence of child sexual abuse and sexual assault assessed in late adolescence. *Journal of Adolescent Health*, 55(3), 329-333.
- Finkelhor, D., Turner, H., Hamby, S., & Ormrod, R. (2011, October). Polyvictimization: Children's exposure to multiple types of violence, crime, and abuse. *Juvenile Justice Bulletin: National Survey of Children's Exposure to Violence*.
- Finkelhor, D., Turner, H., Ormrod, R., & Hamby, S. (2009). Violence, abuse, and crime exposure in a national sample of children and youth. *Pediatrics*, 124(5), 1411-1423.
- Floyed, R., Hirsh, D., Greenbaum, V., & Simon, H. (2011). Development of screening tool for pediatric sexual assault may reduce emergency department visits. *Pediatrics*, 128(2), 121-126.
- Fong, H., & Christian, C. (2012). Evaluating sexually transmitted infections in sexually abused children: New techniques to identify old infections. *Clinical Pediatric Emergency Medicine*, 13(3), 202-212.
- Forbes, K., Day, M., Vaze, U., Sampson, K., & Forster, G. (2008). Management of survivors of sexual assault within genitourinary medicine. *International Journal of STD & AIDS*, 19(7), 482-483.
- Fortin, K., & Jenny, C. (2012). Sexual abuse. *Pediatrics in Review*, 33(1), 19-32.
- Gallion, H., Milam, L., & Littrell, L. (2016). Genital findings in cases of child sexual abuse: genital vs vaginal penetration. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 29(6), 604-611.
- Gavril, A., Kellogg, N., & Nair, P. (2012). Value of follow-up examinations of children and adolescents evaluated for sexual abuse and assault. *Pediatrics*, 129(2), 282-289.
- Gilles, C., Van Loo, C., & Rozenberg, S. (2010). Audit on the management of complaints of sexual assault at an emergency department. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 151(2), 185-189.

- Giradet, R., Bolton, K., Lahoti, S., Mowbray, H., Giardino, A., Isaac, R., . . . Paes, N. (2011). Collection of forensic evidence from pediatric victims of sexual assault. *Pediatrics, 128*(2), 233-238.
- Giradet, R., Lemme, S., Biason, T., Bolton, K., & Lahoti, S. (2009). HIV post-exposure prophylaxis in children and adolescents presenting for reported sexual assault. *Child Abuse & Neglect, 33*(3), 173-178.
- Godbout, N., Briere, J., Sabourin, S., & Lussier, Y. (2014). Child sexual abuse and subsequent relational and personal functioning: The role of parental support. *Child Abuse & Neglect, 38*(2), 317-325.
- Goyal, M., Mollen, K., Hayes, J., Molnar, J., Christian, C., Scribano, P., & Lavelle, J. (2013). Enhancing the ED approach to pediatric sexual assault care: Implementation of a pediatric SART program. *Journal of Human Behavior in the Social Environment, 26*(1), 110-118.
- Greenbaum, J., Crawford-Jakubiak, J., & Committee on Child Abuse and Neglect. (2015). Child sex trafficking and commercial sexual exploitation: Health care needs of victims. *Pediatrics, 135*(3), 566-574.
- Greeson, J., Briggs, E., Layne, C., Belcher, H., Ostrowski, S., Kim, S., . . . Fairbank, J. (2014). Traumatic childhood experiences in the 21st century: Broadening and building on the ACE studies with data from the National Child Traumatic Stress Network. *Journal of Interpersonal Violence, 29*(3), 536-556.
- Habigzang, L., Stroehrer, F. H., Hatzenberger, R., Cunha, R. C., Ramos, M., & Koller, S. (2009). Cognitive behavioral group therapy for sexually abused girls. *Revisita de Saude Publica, 43*(Supplement 1), 70-78.
- Hammerschlag, M. (2005). Letters to the editors. *Pediatric Emergency Care, 21*(10), 705.
- Hammerschlag, M. (2011). Chlamydial and gonococcal infections in infants and children. *Clinical Microbiology Reviews, 23*(3), 493-506.
- Hammerschlag, M. R., & Gaydos, C. A. (2012). Guidelines for the use of molecular biological methods to detect sexually transmitted pathogens in cases of suspected sexual abuse in children. *Methods in Molecular Biology, 903*, 307-317.
- Hayden, J. K., Smiley, R. A., Alexander, M., Kardong-Edgren, S., & Jeffries, P. R. (2014). The NCSBN National Simulation Study: A longitudinal, randomized, controlled study replacing clinical hours with simulation in prelicensure nursing education. *Journal of Nursing Regulation, 5*(2 Supplement), S3-S40.
- Heger, A., Ticson, L., Guerra, L., Lister, J., Zaragoza, T., McConnell, G., & Morahan, M. (2002). Appearance of the genitalia in girls selected for nonabuse: Review of



- hymenal morphology and nonspecific findings. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 15(1), 27-35.
- Heinrichs, K., McCauley, H., Miller, E., Styne, D., Saito, N., & Breslau, J. (2014). Early menarche and childhood adversities in a nationally representative sample. *International Journal of Pediatric Endocrinology*, 2014(1), 14.
- Heppenstall-Heger, A., McConnell, G., Ticson, L., Guerra, L., Lister, J., & Zaragoza, T. (2003). Healing patterns in anogenital injuries: A longitudinal study of injuries associated with sexual abuse, accidental injuries, or genital surgery in the preadolescent child. *Pediatrics*, 112(4), 829-837.
- Herbert, J. L., & Bromfield, L. (2016). Evidence for the efficacy of the Child Advocacy Center model. *Trauma, Violence, & Abuse*, 17(3), 341-357.
- Hobbs, C., & Osman, J. (2007). Genital injuries in boys and abuse. *Archives of Disease in Childhood*, 92(4), 328-331.
- Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Rogers, C. C. (2017). *Wong's essentials of pediatric nursing* (10th ed.). St Louis, MO: Elsevier.
- Hoft, M., & Haddad, L. (2017). Screening children for abuse and neglect: A review of the literature. *Journal of Forensic Nursing*, 13(1), 26-34.
- Honor, G. (2011). Medical evaluation for child sexual abuse: What the PNP needs to know. *Journal of Pediatric Health Care*, 25(4), 250-256.
- Honor, G. (2014). Children in foster care: What forensic nurses need to know. *Journal of Forensic Nursing*, 10(3), 160-167.
- Honor, G. (2017). Sexually transmitted infections and children: What the PNP should know. *Journal of Pediatric Health Care*, 31(2), 222-229.
- Honor, G., Thackeray, J., Scribano, P., Curan, S., & Benzinger, E. (2012). Pediatric sexual assault nurse examiner care: Trace forensic evidence, ano-genital injury, and judicial outcomes. *Journal of Forensic Nursing*, 8(3), 105-111.
- Ingram, D., Miller, W., Schoenbach, V., Everett, V., & Ingram, D. (2001). Risk assessment for gonococcal and chlamydial infections in young children undergoing evaluation for sexual abuse. *Pediatrics*, 107(5), e73.
- International Association of Forensic Nurses. (2016). *Non-fatal strangulation documentation toolkit*. Elkridge, MD: International Association of Forensic Nurses.

- Jenny, C. (2010). Emergency evaluation of children when sexual assault is suspected. *Pediatrics*, *128*(2), 374-375.
- Jenny, C. (2011). *Child abuse and neglect: Diagnosis, treatment, and evidence*. St Louis, MO: Elsevier Saunders.
- Jenny, C., Crawford-Jakubiak, J.E., & Committee on Child Abuse and Neglect. (2013). The evaluation of children in the primary care setting when sexual abuse is suspected. *Pediatrics*, *132*(2), e588-e567.
- Joki-Erkkila, M., Niemi, J., & Ellonen, N. (2018). Child sexual abuse—Initial suspicion and legal outcome. *Forensic Science International*, *291*, 39-43.
- Jones, J., Dunnuck, C., Rossman, L., Wynn, B., & Genco, M. (2003). Adolescent Foley catheter technique for visualizing hymenal injuries in adolescent sexual assault. *Academic Emergency Medicine*, *10*(9), 1001-1004.
- Katzman, D., Taddeo, D., & Adolescent Health Committee, Canadian Pediatric Society. (2010). Policy statement: Emergency contraception. *Paediatric Child Health*, *15*(6), 363-367.
- Kellogg, N. (2005). The evaluation of sexual abuse in children. *Pediatrics*, *116*(2), 506-512.
- Kellogg, N., & American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. (2005). The evaluation of suspected child physical abuse. *Pediatrics*, *119*(6), 1232-1241.
- Kilka, J., & Conte, J. (2017). *The APSAC handbook on child maltreatment* (4th ed.). Los Angeles, CA: SAGE Publishing.
- Killough, E., Spector, L., Moffatt, M., Wiebe, J., Nielson-Parker, M., & Anderst, J. (2016). Diagnostic agreement when comparing still and video imaging for the medical evaluation of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, *52*, 102-109.
- Kimberlin, D. W, Brady, M. T., Jackson, M. A., & Long, S. S. (Eds.). (2018). *Red Book: 2018 Report of the Committee on Infectious Diseases* (31st ed.). Itasca, IL: American Academy of Pediatrics.
- Kirk, C., Logie, L., & Mok, J. (2010). Diagnosing sexual abuse (excluding forensics). *Paediatrics and Child Health*, *20*(12), 556-560.
- Kohlberger, P., & Bancher-Todesca, D. (2007). Bacterial colonization in suspected sexually abused children. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, *20*(5), 289-292.



- Kolko, D. J., Hurlburt, M. S., Zhang, J., Barth, R. P., Leslie, L. K., & Burns, B. J. (2010). Posttraumatic stress symptoms in children and adolescents referred for child welfare investigation: A national sample of in-home and out-of-home care. *Child Maltreatment, 15*(1), 48-63.
- Kresnicka, L. S., Rubin, D. M., Downes, K. J., Lavelle, J. M., Hodinka, R. L., McGowan, K. L., . . . Christian, C. W. (2009). Practice variation in screening for sexually transmitted infections with nucleic acid amplification tests during prepubertal sexual abuse evaluations. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 22*(5), 292-299.
- Krishnan, D. G, Keloth, A. V., & Ubedulla, S. (2017). Pros and cons of simulation in medical education: A review. *International Journal of Medical and Health Research, 3*(6), 84-87.
- Krolov, K., Frolova, J., Tudoran, O., Suhorutsenko, J., Lehto, T., Sibul, H., . . . Langel, U. (2014). Sensitive and rapid detection of Chlamydia trachomatis by recombinase polymerase amplification directly from urine samples. *The Journal of Molecular Diagnostics, 16*(1), 127-135.
- Leventhal, J. M., Murphy, J. L., & Asnes, A. G. (2010). Evaluations of childhood sexual abuse: Recognition of overt and latent family concerns. *Child Abuse & Neglect, 34*(5), 289-295.
- Lynch, V., & Duval, J. (2011). *Forensic Nursing Science* (2nd ed). St Louis, MO: Mosby.
- Magalhaes, T., Dinis-Oliveira, R., Silva, B., Corte-Real, F., & Nuno Vieira, D. (2015). Biological evidence management for DNA analysis in cases of sexual assault. *The Scientific World Journal, 2015*, 1-11.
- Maiquilla, S., Salvador, J., Calacal, G., Sagum, M., Dalet, M., Delfin, F., . . . DeUngria, M. (2011). Y-STR DNA analysis of 154 female child sexual assault cases in the Philippines. *International Journal of Legal Medicine, 125*(6), 817-824.
- Malloy, L., Mugno, A., Rivard, J., Lyon, T., & Quas, J. (2016). Familial influences on recantation in substantiated child sexual abuse cases. *Child Maltreatment, 21*(3), 256-261.
- Marks, S., Lamb, R., & Tzioumi, D. (2009). Do no more harm: The psychological stress of the medical examination for alleged child sexual abuse. *Journal of Paediatrics and Child Health, 45*(3), 125-132.
- Matkins, P., & Jordan, K. (2009). Pediatric sexual abuse: Emergency department evaluation and management. *Advanced Emergency Nursing Journal, 31*(2), 140-152.

- McCann, J., Miyamoto, S., Boyle, C., & Rogers, K. (2009). Healing of nonhymenal genital injuries in prepubertal and adolescent girls: A descriptive study. *Pediatrics*, *89*(2), 307-310.
- McElvaney, R. (2015). Disclosure of child sexual abuse: Delays, non-disclosure and partial disclosure. What the research tells us and implications for practice. *Child Abuse Review*, *24*(3), 159-169.
- McElvaney, R., Greene, S., & Hogan, D. (2014). To tell or not to tell? Factors influencing young people's informal disclosures of child sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, *29*(5), 928-947.
- McGregor, K., Julich, S., Glover, M., & Gautam, J. (2010). Health professionals' response to disclosure of child sexual abuse: Female child sexual abuse survivors' experience. *Journal of Child Sexual Abuse*, *19*(3), 239-254.
- Meakim, C., Boese, T., Decker, S., Franklin, A., Gloe, D., & Lioce, L. (2013). Standards of best practice: Simulation; Standard I: Terminology. *Clinical Simulation in Nursing*, *9*(6 Supplement), S3-S11.
- Menschner, C., & Maul, A. (2016, April). Key ingredients for successful trauma-informed care implementation. Retrieved January 7, 2020, from <http://www.chcs.org/media/ATC-whitepaper-040616-rev.pdf>
- Merchant, R. C., Kelly, E. T., Mayer, K. H., Becker, B. M., Duffy, S. J., & Pugatch, D. L. (2008). Compliance in Rhode Island emergency departments with American Academy of Pediatrics recommendations for adolescent sexual assaults. *Pediatrics*, *121*(6), e1660-e1667.
- Mollen, C. J., Goyal, M. K., & Frioux, S. F. (2012). Acute sexual assault: A review. *Pediatric Emergency Care*, *28*(6), 584-590.
- Myhre, A., Adams, J., Kaufhold, M., Davis, J., Suresh, P., & Kuelbs, C. (2013). Anal findings in children with and without probable anal penetration: A retrospective study of 1115 children referred for suspected sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, *37*(7), 465-474.
- Noll, J., Shenk, C., & Putnam, K. (2009). Childhood sexual abuse and adolescent pregnancy: A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *Journal of Psychology*, *135*(1), 17-36.
- Palusci, V. J., Cox, E. O., Cyrus, T. A., Heartwell, S. W., Vandervort, F. E., & Pott, E. S. (1999). Medical assessment and legal outcome in child sexual abuse. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, *153*(4), 388-392.

- Petiprin, A. (2016). Nursing theory: Roy adaptation model of nursing. Retrieved January 7, 2020, from <https://nursing-theory.org/theories-and-models/roy-adaptation-model.php>
- Price, J. (2013). Injuries in prepubertal and pubertal girls. *Best Practice & Research: Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 7(1), 131-139.
- Raja, S., Hasnain, M., Hoersch, M., Gove-Yin, S., & Rajagopalan, C. (2015). Trauma informed care in medicine: Current knowledge and future research directions. *Family & Community Health*, 38(3), 216-226.
- Rey, D. (2011). Post-exposure prophylaxis for HIV infection. *Expert Review of Anti-infective Therapy*, 9(4), 431-442.
- Rothman, E., Exner, D., & Baughman, A. (2011). The prevalence of sexual assault against people who identify as gay, lesbian, or bisexual in the United States: A systematic review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 12(2), 55-66.
- Rovi, S., & Shimoni, N. (2002). Prophylaxis provided to sexual assault victims seen at US emergency departments. *Journal of the American Medical Women's Association*, 57(4), 204-207.
- Ruiz, J. G. (2006). The impact of e-learning in medical education. *Academic Medicine*, 81(3), 207-212.
- Scannell, M., Kim, T., & Guthrie, B. (2018). A meta-analysis of HIV postexposure prophylaxis among sexually assaulted patients in the United States. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 29(1), 60-69.
- Scannell, M., MacDonald, A. E., Berger, A., & Boyer, N. (2018). Human trafficking: How nurses can make a difference. *Journal of Forensic Nursing*, 14(2), 117-121.
- Schilling, S., Samuels-Kalow, M., Gerber, J., Scibano, P., French, B., & Wood, J. (2015). Testing and treatment after adolescent sexual assault in pediatric emergency departments. *Pediatrics*, 136(6), e1495-e1503.
- Sena, A. C., Hsu, K., Kellogg, N., Girardet, R., Christian, C., Linden, J., . . . Hammerschlag, M. (2015). Sexual assault and sexually transmitted infections in adults, adolescents, and children. *Clinical Infectious Disease*, 61(Supplement 8), S856-S864.
- Slingsby, B., & Goldberg, A. (2018). Normal anal examination after penetration: A case report. *The Journal of Emergency Medicine*, 54(3), e49-e51.

- Smith, T., Raman, S., Madigan, S., Waldman, J., & Shouldice, M. (2018). Anogenital findings in 3569 pediatric examinations for sexual abuse/assault. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 31*(2), 79-83.
- Stewart, S. (2011). Hymenal characteristics in girls with and without a history of sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse, 20*(5), 521-536.
- Sumner, S., Mercy, J., Saul, J., Motsa-Nzuza, N., Kwesigabo, G., & Buluma, R. (2015). Prevalence of sexual violence against children and use of social services—Seven countries, 2007-2013. *Morbidity & Mortality Weekly Report, 64*(21), 565-569.
- Thackeray, J., Hornor, G., Benzinger, E., & Scribano, P. (2011). Forensic evidence collection and DNA identification in acute child sexual assault. *Pediatrics, 128*(2), 227-232.
- Trickett, P. K., Noll, J. G., & Putnam, F. W. (2011). The impact of sexual abuse on female development: Lessons from a multigenerational, longitudinal research study. *Development and Psychopathology, 23*(2), 453-476.
- Turner, H., Shattuck, A., Finkelhor, D., & Hamby, S. (2016). Polyvictimization and youth violence exposure across contexts. *Journal of Adolescent Health, 58*(2), 208-214.
- Turner, S., Tallieu, T., Cheung, K., & Afifi, T. (2017). The relationship between childhood sexual abuse and mental health outcomes among males: Results from a nationally representative United States sample. *Child Abuse & Neglect, 66*(64), 64-72.
- Ullman, S., Peter-Hagene, L., & Relyea, M. (2014). Coping, emotion regulation, and self-blame as mediators of sexual abuse and psychological symptoms in adult sexual assault. *Journal of Child Sexual Abuse, 23*(1), 74-93.
- US Centers for Disease Control and Prevention. (2016). *Updated guidelines for antiretroviral postexposure prophylaxis after sexual, injection drug use, or other nonoccupational exposure to HIV—United States, 2016*. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention.
- US Department of Justice, Office of Justice Programs, National Institute of Justice. (2017). National best practices for sexual assault kits: A multidisciplinary approach. US Department of Justice, Office of Justice Programs.  
<https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/250384.pdf>
- US Department of Justice, Office of Justice Programs, Office for Victims of Crime. (2018). SANE program development and operation guide. National Institute of Justice & US Department of Justice, Office of Justice Programs.  
<https://www.ovcttac.gov/saneguide/introduction/>

US Department of Justice, Office on Violence Against Women. (2013). A national protocol for sexual assault medical forensic examinations: Adults/adolescents (2nd ed.). US Department of Justice, Office on Violence Against Women. <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/ovw/241903.pdf>

US Department of Justice, Office on Violence Against Women. (2016). A national protocol for sexual assault medical forensic examinations: Pediatric. US Department of Justice, Office on Violence Against Women. <https://www.justice.gov/ovw/file/846856/download>

Vezina-Gagnon, P., Bergeron, S., Frappier, J., & Daigneault, I. (2018). Genitourinary health of sexually abused girls and boys: A matched-cohort study. *The Journal of Pediatrics*, 194, 171-176.

Vrolijk-Bosschaart, T., Brillesliper-Kater, S., Widdershoven, G., Teeuw, A. V., Voskes, Y., van Duin, E., . . . Lindauer, R. (2017). Physical symptoms in very young children assessed for sexual abuse: A mixed methods study analysis from the ASAC study. *European Journal of Pediatrics*, 176(10), 1365-1374.

Wamser-Nanney, R., & Sager, J. (2018). Predictors of maternal support following children's sexual abuse disclosures. *Child Abuse & Neglect*, 81, 39-47.

Williams, H., Letson, M., & Tscholl, J. (2016). Sexually transmitted infections in child abuse. *Clinical Pediatric Emergency Medicine*, 17(4), 264-273.

Workowski, K. A., Bachmann, L. H., Chan P., et al., Centers Fore Disease Control &Prevention. (2021). Sexually transmitted infections treatment guidelines, 2021. *Morbidity & Mortality Weekly Report*, 70(4), 10192. [www.cdc.gov](http://www.cdc.gov)

World Health Organization & International Society for the Prevention of Child Abuse & Neglect. (2006). *Preventing child maltreatment: A guide to taking action and generating evidence*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

World Health Organization. (2003). *Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

World Health Organization. (2013). *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

World Health Organization. (2015). *Strengthening the medico-legal response to violence*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

World Health Organization. (2016). *INSPIRE: Even strategies for ending violence against children: Executive summary*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

World Health Organization. (2017). *Responding to children and adolescents who have been sexually abused: WHO clinical guidelines*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

World Health Organization. (2021). *Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections*. WHO Press.  
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240024168>

Yuen, A. (2011). Exploring teaching approaches in blended learning. *Research & Practice in Technology Enhanced Learning*, 6(1), 3-23.

Resources updated 2.25.22 SBJ



ASOCIACIÓN  
INTERNACIONAL DE  
**Enfermeras  
Forenses**



[www.forensicnurses.org](http://www.forensicnurses.org)