

*GUÍA Y PROTOCOLOS PARA LA
ATENCIÓN DE NIÑOS, NIÑAS Y
ADOLESCENTES VÍCTIMAS DE
VIOLENCIA EN REPÚBLICA
DOMINICANA*



MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA



MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA

***GUÍA PARA LA ATENCIÓN DE NIÑOS, NIÑAS Y
ADOLESCENTES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA
EN REPÚBLICA DOMINICANA***

Santo Domingo, D. N.
Agosto, 2017



Ministerio de Salud Pública

Título original:

Guía para la Atención de Niños, Niñas y Adolescentes
Víctimas de Violencia en República Dominicana

Coordinación editorial:

Viceministerio de Garantía de la Calidad

Copyright © Ministerio de Salud Pública. La mencionada institución autoriza la utilización y reproducción de este documento para actividades académicas y sin fines de lucro. Su contenido es el resultado de las consultas realizadas con los expertos de las áreas y las sociedades especializadas involucradas, tras el análisis de las necesidades existentes en torno al tema en el Sistema Nacional de Salud.

ISBN: 978-9945-591-56-9

Formato gráfico y diagramación:

Vishnu Rafael Almonte H. / vishnualmonte@gmail.com

Impresión: Primera edición

Impreso en República Dominicana

Agosto, 2017



**MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA**

EQUIPO RESPONSABLE

FORMULADORES:

Dra. Violeta M. González Pantaleón
Lic. Peter De Wannemaeker
Dra. Josefina Luna

COLABORADORES

Dr. José Mordan
Dr. Donatilo Santos
Dra. Mónica Carrión
Dra. Olga Arroyo
Dra. Martha Nina
Dra. Nidia Cruz
Dra. Indiana Barinas

EVALUADORES EXTERNOS

Licda. Glorianna Montàs
Dr. Modesto Santana
Licda. Miguelina Ramírez Kelly
Licda. Raydiris Cruz
Licda. Angelina Sosa
Dra. Ángela Polanco
Dra. Kathella García
Lic. Alberto Padilla
Licda. Ana Andrea Villa Camacho
Dra. Gladys Guzmán
Dra. Cruz María Santana



Indice

GUÍA PARA LA ATENCIÓN DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA EN REPÚBLICA DOMINICANA

		1
1.	INTRODUCCIÓN	11
2.	OBJETIVOS	12
3.	MAGNITUD DEL PROBLEMA	13
4.	DEFINICIÓN Y TIPOLOGÍA	14
5.	MODELO EXPLICATIVO DE LA VIOLENCIA CONTRA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES	17
6.	HALLAZGOS PRINCIPALES	21
7.	DETECCIÓN	27
8.	INTEGRANTES DEL EQUIPO DE ATENCIÓN	33
9.	ATENCIÓN	36
10.	CRITERIOS DE INGRESO	42
11.	REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA	42
12.	NOTIFICACIÓN Y REGISTRO	43
13.	SEGUIMIENTO Y REHABILITACIÓN	45
14.	INFORMACIÓN PARA USUARIOS Y FAMILIARES	45
15.	ESTRATEGIAS DIAGNÓSTICAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL	46
16.	ALGORITMO	49
17.	BIBLIOGRAFÍA	50

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE CASOS DE VIOLENCIA FÍSICA CONTRA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

		55
0.	INTRODUCCIÓN	57
1.	OBJETIVO	57
2.	USUARIO DEL PROTOCOLO	57
3.	POBLACIÓN DIANA	57
4.	DEFINICIÓN	58
5.	HALLAZGOS EN LA EVALUACIÓN CLÍNICA	58
6.	INGRESO E INTERVENCIÓN INICIAL	65
7.	CRITERIOS DE INGRESO	69
8.	ATENCIÓN	69
9.	CRITERIOS DE EGRESO	70
10.	INFORMACIÓN PARA PADRES Y/O FAMILIARES	70
11.	NOTIFICACIÓN Y REGISTRO	71
12.	ALGORITMO	72
13.	BIBLIOGRAFÍA	73



PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE CASOS DE VIOLENCIA SEXUAL EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES 75

0.	INTRODUCCIÓN	77
1.	OBJETIVO	77
2.	USUARIOS DEL PROTOCOLO	77
3.	POBLACIÓN DIANA	78
4.	DEFINICIÓN	78
5.	CLASIFICACIÓN O TIPOLOGÍA DEL ABUSO SEXUAL	78
6.	PRINCIPALES HALLAZGOS	79
7.	DIAGNÓSTICO	79
8.	INGRESO E INTERVENCIÓN INICIAL	87
9.	CRITERIOS DE INGRESO	91
10.	TRATAMIENTOS O INTERVENCIONES	91
11.	CRITERIOS DE EGRESO	93
12.	INFORMACIÓN A PADRES Y/O FAMILIARES	93
13.	NOTIFICACIÓN Y REGISTRO	94
14.	ALGORITMO	95
15.	BIBLIOGRAFÍA	96
	ANEXOS	98

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE CASOS DE VIOLENCIA PSICOLÓGICA, EMOCIONAL Y NEGLIGENCIA EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES 99

0.	INTRODUCCIÓN	101
1.	OBJETIVO	102
2.	USUARIOS DEL PROTOCOLO	102
3.	POBLACIÓN DIANA	102
4.	DEFINICIÓN	102
5.	CLASIFICACIÓN DE LA NEGLIGENCIA	103
6.	INDICADORES PSICOLÓGICOS O EMOCIONALES DE MALTRATO	104
7.	EVALUACIÓN INICIAL	106
8.	INGRESO E INTERVENCIÓN INICIAL	110
9.	CRITERIOS DE INGRESO	113
10.	ATENCIÓN	113
11.	CRITERIOS DE EGRESO	113
12.	INFORMACIÓN A MADRES, PADRES Y/O CUIDADORES	114
13.	NOTIFICACIÓN Y REGISTRO	114
14.	ALGORITMO	115
15.	BIBLIOGRAFÍA	116
	ANEXOS	117



MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA

“Año del Desarrollo Agroforestal”

RESOLUCIÓN NO. _____

000002

01 MAR 2017


QUE PONE EN VIGENCIA LOS PROTOCOLOS DE ATENCIÓN EN SALUD Y LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA.

CONSIDERANDO: Que los Ministros podrán dictar disposiciones y reglamentaciones de carácter interno sobre los servicios a su cargo, siempre que no colidan con la Constitución, la leyes, los reglamentos o las instrucciones del Poder Ejecutivo.

CONSIDERANDO: Que la Ley General de Salud No. 42-01, así como la Ley del Sistema Dominicano de Seguridad Social No. 87-01 y sus reglamentos, establecen con claridad que la Garantía de la Calidad es un componente básico de las funciones de Rectoría del Sistema Nacional de Salud, las cuales son asignadas al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

CONSIDERANDO: Que desde el ejercicio de la función rectora, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, debe establecer las directrices que orienten el desarrollo de intervenciones que garanticen la calidad en salud en el Sistema Nacional de Salud de la República Dominicana a través de la mejora continua y la satisfacción de las necesidades y requerimientos de la población, impactando positivamente en el perfil salud-enfermedad.

CONSIDERANDO: Que una de las funciones del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, como ente rector del sector salud, establecidas por la Ley General de Salud No. 42-01, es la de formular todas las políticas, medidas, normas y procedimientos que conforme a las leyes, reglamentos y demás disposiciones competen al ejercicio de sus funciones y tiendan a la protección de la salud de los habitantes.

CONSIDERANDO: Que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, como responsable de la conducción de las políticas públicas en materia de salud, ha contemplado desde hace varios años en su agenda de prioridades la incorporación de toda una serie de disposiciones y lineamientos orientados a insertar el tema de la calidad en la atención como eje fundamental del quehacer diario de los servicios de salud, y que dichas políticas son parte de los instrumentos mediante los cuales el órgano rector promueve y garantiza la conducción estratégica del Sistema Nacional de Salud, asegurando los mejores resultados y el impacto adecuado en la salud de la población. 

CONSIDERANDO: Que es imprescindible que las distintas iniciativas de calidad en salud realizadas a nivel institucional y sectorial, promovidas por las instituciones públicas centrales y locales, desarrolladas con la participación y en consulta con la sociedad civil, guarden la necesaria coherencia con los instrumentos del Sistema Nacional de Salud, funcionando de manera articulada, con la finalidad de elevar la eficacia de las intervenciones colectivas e individuales.

000002

01 MAR 2017

CONSIDERANDO: Que la regulación es un proceso permanente de formulación y actualización de normas, así como de su aplicación por la vía del control y la evaluación de la estructura, de los procesos y de los resultados, en áreas de importancia estratégica, como políticas, planes, programas, servicios, calidad de la atención, economía, financiamiento e inversiones en salud, así como desarrollo de la investigación científica y de los recursos humanos y tecnológicos.

CONSIDERANDO: Que el Ministerio de Salud Pública ha establecido como una prioridad del Sistema Nacional de Salud fomentar la calidad en los productos y servicios que impactan en la salud de la población.

CONSIDERANDO: Que la implantación y apego a protocolos de atención influye de manera directa en la calidad de la atención de los servicios.

VISTA: La Constitución dominicana.

VISTA: La Ley Orgánica de la Administración Pública, No. 247-12 de fecha 14 de agosto del 2012.

VISTA: La Ley General de Salud, No. 42-01 del 8 de marzo de 2001 y sus reglamentos de aplicación.

VISTA: La Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social, No. 87-01 de fecha 8 de mayo del 2001 y sus reglamentos de aplicación.

VISTA: La Ley de la Estrategia Nacional de Desarrollo, No. 1-12 de fecha 25 de enero del 2012.

VISTA: La Ley del Sistema Dominicano para la Calidad, No. 166-12 del 19 de junio de 2012.

VISTA: La Ley que crea el Sistema Nacional de Salud, No. 123-15 de fecha 16 de julio de 2015.

VISTO: El Decreto No. 434-07, que establece el Reglamento General de Centros Especializados de Atención en Salud de las Redes Públicas, de fecha 18 de agosto del 2007. 

En virtud de las atribuciones que me confiere la Ley General de Salud No. 42-01, dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN

PRIMERO: Se instruye con carácter de obligatoriedad a todos los servicios y establecimientos de salud públicos, privados, patronatos y ONG a acatar el uso de protocolos de atención en salud y las guías de práctica clínica para los principales eventos



000002

11 MAR 2017

en el proceso asistencial, como herramientas operativas fundamentales para mejorar continua de la calidad de los servicios prestados.

SEGUNDO: Se ordena la puesta en vigencia de los siguientes protocolos de atención en salud y las guías de práctica clínica:

1. PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA EL MANEJO DE VÍA AÉREA DIFÍCIL.
2. PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA ANESTESIA CARDIOVASCULAR.
3. PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ANESTESIA PARA EL RECEPTOR DE TRASPLANTE RENAL.
4. PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA EVALUACIÓN DE LA ANESTESIA PERIOPERATORIO.
5. PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA EL MANEJO DE ANESTESIA GENERAL EN LA APLICACIÓN DE TERAPIA ELECTROCONVULSIVA.
6. PROTOCOLO DE MANEJO PARA SEDACIÓN EN PROCEDIMIENTOS ENDOSCÓPICOS. AMBULATORIOS DE GASTROENTEROLOGÍA EN ADULTOS.
7. PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA EL MANEJO ANESTÉSICO DEL PACIENTE CON TRAUMA.
8. PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA ANESTESIA GENERAL.
9. PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA EL MANEJO DE ANESTESIA EN ADULTO MAYOR.
10. PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA EL MANEJO DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO EN EMERGENCIA.
11. PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA PACIENTES ADULTOS CON DOLOR TORÁCICO EN EMERGENCIA.
12. PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA EL MANEJO DE ABDOMEN AGUDO EN EMERGENCIA.
13. PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA PACIENTES CON PARO CARDIACO EN SALA DE EMERGENCIA.
14. PROTOCOLO DE ATENCIÓN CON TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO EN EMERGENCIA.
15. PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN PACIENTES CON TRAUMA TORÁCICO EN EMERGENCIA.
16. PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA MANEJO QUIRÚRGICO DE HERNIA FEMORAL.
17. PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA TRAUMA DE CUELLO POR HERIDAS PENETRANTES.
18. PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA EL MANEJO QUIRÚRGICO DE ESPLENECTOMÍA.
19. PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ABDOMEN AGUDO QUIRÚRGICO.
20. PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA EL MANEJO DE LAS FRACTURAS DE CADERA EN EL ADULTO MAYOR.
21. PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA EL MANEJO DE LA CONSEJERÍA Y ASESORÍA EN ANTICONCEPCIÓN PARA ADOLESCENTES.

000002

01 MAR 2017

22. PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA EL MANEJO INTEGRAL DEL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO EN ADOLESCENTES MENORES DE 15 AÑOS.
23. PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE CASOS DE VIOLENCIA SEXUAL EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES.
24. PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN CASOS DE VIOLENCIA FÍSICA CONTRA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES.
25. PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE CASOS DE VIOLENCIA PSICOLÓGICA, EMOCIONAL Y NEGLIGENCIA EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES.
26. PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA CRITERIOS DE SEGURIDAD EN CIRUGÍA PLÁSTICA DE LIPOSUCCIÓN.
27. PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN CIRUGÍA DE RECONSTRUCCIÓN MAMARIA CON IMPLANTES Y EXPANSORES.
28. PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA LEPTOSPIROSIS.
29. PROTOCOLO PARA EL MANEJO CLÍNICO DEL DENGUE.
30. GUÍA PARA LA ATENCIÓN DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA EN REPUBLICA DOMINICANA.
31. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DE PRE-ECLAMPSIA Y ECLAMPSIA

TERCERO: El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social promoverá el uso de protocolos de atención en salud y las guías de práctica clínica dentro del Sistema Nacional de Salud, correspondiendo a las Direcciones Regionales de Salud la incorporación de los mismos a los sistemas de aseguramiento de la calidad de la atención de los centros de salud ubicados en sus respectivas jurisdicciones y a las Direcciones Provinciales y de Áreas de Salud, en tanto representantes locales de la rectoría, las funciones de supervisión y monitoreo del proceso de implementación y cumplimiento.

CUARTO: Se instruye al Viceministerio de Garantía de la Calidad, a crear los mecanismos para dar seguimiento a la aplicación y cumplimiento de la presente resolución.

SEXTO: Se instruye a la Oficina de Acceso a la Información a publicar en el portal web institucional el contenido de la presente resolución.

DADA, FIRMADA Y SELLADA, en Santo Domingo de Guzmán, Distrito Nacional, Capital de la República Dominicana, a los PRIMERO (01) días del mes de MARZO del año dos mil diecisiete (2017).


DRA. ALTAGECIA GUZMÁN MARCELINO
Ministra de Salud Pública y Asistencia Social



1. INTRODUCCIÓN

La violencia contra niños, niñas y adolescentes es una problemática mundial con graves y permanentes consecuencias sociales y de salud. En promedio, 6 de cada 10 menores de edad de 2 a 14 años (unos 1,000 millones) en el mundo padecen de manera periódica castigos corporales propinados por sus cuidadores.

A nivel global, se estima que una cuarta parte de todos los adultos sufrieron maltrato físico durante la niñez o la adolescencia; mientras que una de cada cinco mujeres y uno de cada 13 hombres aseguran haber padecido abusos sexuales en la infancia. Se calcula que anualmente mueren por homicidio alrededor de 41,000 menores de 15 años. (UNICEF, 2006)

Por su gran magnitud e impacto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que la violencia contra niños, niñas y adolescentes es un problema de salud pública (Resolución 67.15, de 2014), el cual constituye una grave violación de sus derechos fundamentales.

El Informe mundial sobre la violencia contra los niños y niñas, publicado en 2006 por la Organización de las Naciones Unidas (ONU), señala que la variedad y el alcance de todas las formas de violencia contra niños y niñas apenas se están haciendo visibles; así como la evidencia del daño que hacen a su desarrollo. También muestra que este tipo de violencia constituye un importante problema a nivel internacional y, en particular, en países de América Latina. (Piñeiro, 2001)

La Convención de los Derechos del Niño (1989) establece el derecho que tienen los niños, niñas y adolescentes a ser protegidos contra toda forma de violencia, perjuicio o abuso físico o mental, descuido o negligencia, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras se encuentren bajo la tutela de padres o madres, de un representante legal o de cualquier otra persona que los tenga a cargo. (ONU, 1989)

La causa del abuso y la violencia en contra de niños, niñas y adolescentes es multifactorial. Diversas teorías han ofrecido amplias explicaciones del fenómeno, siendo la más aceptada el modelo ecológico que identifica cuatro categorías de factores de influencia: el niño, la familia, la comunidad y la sociedad. Las investigaciones confirman que el maltrato infantil puede ocurrir en casi todos los espacios de la vida cotidiana de los niños, niñas y adolescentes: el hogar, la escuela, la comunidad y las instituciones. Sin embargo, se ha establecido que la mayoría de las situaciones de abuso ocurren en el seno familiar. (Barudy, 1998)

La complejidad de la violencia contra la infancia y la adolescencia requiere de una atención multidisciplinaria y multisectorial, que garantice una atención integral y un modelo de protección en el que se fortalezcan las relaciones protectoras en la familia, la escuela y la comunidad.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo general

Proporcionar al personal de salud que presta atención a la población infantil y adolescente, los medios que le permitirán reconocer los casos de violencia y abuso ejercidos contra niños, niñas o adolescentes, favoreciendo su detección y atención oportunas.

2.2 Objetivos específicos

- Establecer los lineamientos básicos de detección y atención, criterios de referimiento y proceso de notificación de casos.
- Describir las características y funciones del equipo multidisciplinario encargado de la atención, la notificación, el seguimiento y la rehabilitación de la población infantil y adolescente víctima de violencia.
- Aumentar la detección de los casos de violencia contra niños, niñas y adolescentes en los servicios de salud, a fin de conocer la situación real del problema en el país.



2.3 Alcance

El presente documento guía y establece las actuaciones de los proveedores de servicios de salud dirigidos a niños, niñas y adolescentes (0-19 años y 11 meses) atendidos por las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud.

3. MAGNITUD DEL PROBLEMA

Los datos disponibles vinculados a las víctimas de violencia intrafamiliar son parciales y fraccionados. El 64 % de 1,000 estudiantes de séptimo y octavo grados participantes en dos estudios reveló haber recibido castigos físicos por parte de sus padres. Las investigaciones fueron realizadas por el Instituto Dominicano de Desarrollo Integral (IDDI) en 2011 y 2014.

En tanto, la Asociación Dominicana Pro Bienestar de la Familia (Profamilia) estableció que el “83 % de los padres recurre a formas de maltrato infantil para imponer disciplina”, mediante el análisis de los resultados de la Encuesta Nacional de Hogares (ENHOGAR) 2006, de la Oficina Nacional de Estadística (ONE).

En República Dominicana, de acuerdo a la ENHOGAR, 2014 el 62% de los niños, niñas entre 1 y 14 años experimentaron agresión psicológica o castigo físico por parte de sus padres como método de disciplina.

En 2014, conforme a las Estrategias para el fortalecimiento de la respuesta del Sistema Nacional de Salud a la Violencia de género y contra los niños, niñas, adolescentes, mujeres y personas adultas mayores, del Ministerio de Salud Pública, fueron reportados 2,951 casos de abuso sexual, 559 de ellos calificados como incesto. La mayoría de las víctimas atendidas en los centros de salud son adolescentes menores de 15 años. Asimismo, la preñez en adolescentes tiene una alta prevalencia: una de cada cinco



adolescente se convierte en madre en esa etapa de su vida, debiéndose una parte importante de dichos embarazos a seducción o estupro perpetrados por adultos. (MSP, 2015)

4. DEFINICIÓN Y TIPOLOGÍA

La OMS define el maltrato infantil como: “Los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder”, (OPS, 2014). La exposición a la violencia de pareja también se incluye a veces entre las formas de maltrato infantil.

Violencia es el uso intencional de la fuerza física, amenazas contra uno mismo, otra persona, un grupo o una comunidad que tiene como consecuencia o es muy probable que tenga como consecuencia un traumatismo, daños psicológicos, problemas de desarrollo o la muerte (OMS, 2002).

4.1 Tipología de la violencia contra niños, niñas y adolescentes

a. Maltrato Físico

Es cualquier acción no accidental ejecutada por padres, madres o cuidadores que provoque daño físico o enfermedad en menores de edad; o constituya una situación de riesgo. Por motivos culturales, este tipo de violencia contra niños, niñas y adolescentes no se considera tal en determinados países y generaciones, por lo que su detección se hace muy difícil. La mayor parte de las veces, se trata de un hallazgo casual por parte del personal de salud o constituye un llamado de alerta del padre, la madre, el cuidador o el maestro.



b. Abuso sexual

Es la implicación de niños, niñas o adolescentes en actividades sexuales, para satisfacer las necesidades de un adulto o persona cinco años mayor que la víctima. Puede ser con o sin contacto. Resulta difícil diagnosticar esta clase de abuso, que pasa desapercibida para el equipo de salud debido a que los hallazgos del examen físico son variables e inespecíficos. Empero, la ausencia de signos no descarta el abuso sexual, que incluye desde la presentación de material pornográfico y el toque corporal inapropiado, hasta la penetración efectiva de un niño o una niña. (Hernan, B. y Colbs, 2014)

c. Negligencia

El concepto describe la insatisfacción de las necesidades básicas de niños, niñas y adolescentes por parte de sus padres, madres o tutores. La negligencia no siempre presenta síntomas o signos que conduzcan a la sospecha; pero puede ser detectada mediante el análisis de determinados factores de riesgo psicosocial, abandono u omisión. La negligencia puede ser: física, médica, emocional o educacional.

d. Maltrato psicológico o emocional

Está caracterizado por un constante maltrato verbal o no verbal hacia niños, niñas o adolescentes con el propósito de atemorizarlos, humillarlos o rechazarlos. Suele incluir prácticas como el insulto, el desprecio, la crítica o la amenaza de abandono; así como el bloqueo de iniciativas de interacción con sus pares por parte de cualquier adulto del grupo familiar, evitando los encuentros o el encierro. (Barudy, 1998)

e. Abandono físico

Ocurre cuando los padres o tutores delegan totalmente el cuidado de niños, niñas y adolescentes a otra persona, ausentándose físicamente y desentendiéndose de su cuidado y acompañamiento. Otra variante del abandono es verificada cuando, verbalmente o asumiendo determinadas conductas, los responsables de su cuidado expresan la intención de abandonar tal obligación.

f. Síndrome de Munchausen por poder (SMPP)

Es un trastorno caracterizado por la simulación o producción intencionada de síntomas de alguna enfermedad orgánica o psíquica, impuesta a niños, niñas o adolescentes por sus progenitores o cuidadores, especialmente por la madre. No existe una presentación clínica típica de este síndrome, por lo que cualquier sistema puede ser objeto de una enfermedad ficticia que, en la mayoría de los casos, resulta incomprensible para el equipo médico. El SMPP expone al niño, niña o adolescente a numerosos ingresos hospitalarios y exámenes de laboratorio, e incluso puede poner en riesgo su vida.

g. Acoso escolar o “bullying”

El acoso escolar es un tipo de violencia entre pares, caracterizado por el uso repetido y deliberado de agresiones verbales, psicológicas o físicas para lastimar y dominar a otro niño, niña o adolescente, sin provocación previa y con la certeza de que la víctima carece de posibilidades para defenderse”. (Loredo-Abdala, 2008)

h. Intoxicaciones provocadas

La intoxicación no accidental es otra forma de violencia o negligencia cometida a menudo contra niños, niñas y adolescentes. Se trata de un síndrome que puede tener graves consecuencias y que posee una elevada complejidad, por la variedad de manifestaciones clínicas que presenta, la multiplicidad de agentes causales probables y la dificultad para establecer si, en realidad, se trata de un envenenamiento criminal.

Este tipo de violencia debe ser ponderado en presencia de síntomas neurológicos inexplicables que no se correspondan con ningún cuadro clínico específico, especialmente si se presentan de forma recurrente en el mismo niño, niña o adolescente, sus hermanos u otros familiares.



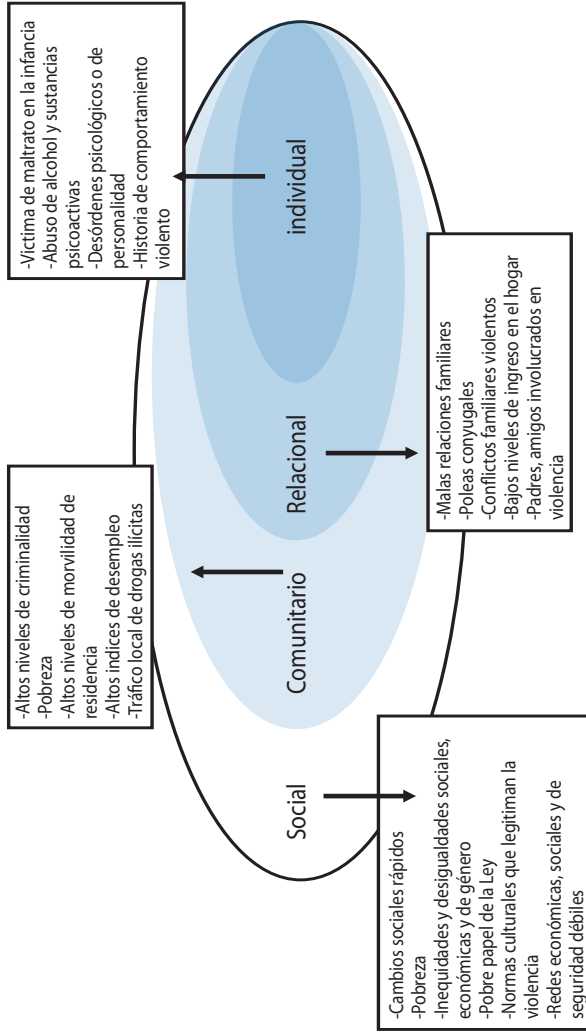
5. MODELO EXPLICATIVO DE LA VIOLENCIA CONTRA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

En el abordaje de la violencia a niños, niñas y adolescentes, será utilizado el “modelo ecosistémico o ecológico de Bronfenbrenner”, recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para establecer la naturaleza multicausal y multinivel de este problema de salud.

Dicho paradigma explicativo del fenómeno reconoce la existencia de una amplia y compleja gama de factores que aumentan el riesgo de violencia y que contribuyen a perpetuarla o que, por el contrario, ayudan a prevenirla.

Bronfenbrenner propone que una combinación de factores actúa en diferentes niveles, incrementando la probabilidad de que la violencia ocurra, se repita o termine; aunque el resultado dependerá siempre del contexto en el que se verifique la interacción de niños, niñas y adolescentes en el hogar, la familia, la escuela, las instituciones, los lugares de trabajo, la comunidad y la sociedad en su conjunto.

MODELO ECOLÓGICO PARA EL ANÁLISIS DE LA VIOLENCIA PROPUESTO POR LA OMS (2002)



Tomado de: World report on violence and health. Geneva: WHO; 2002



a) Factores de riesgo y factores protectores

PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO			
En niños, niñas y adolescentes:	En padres, madres o cuidadores:	Relacionados con las características familiares:	Predisponentes comunitarios o sociales:
Menor de cuatro años y durante la adolescencia.	Padres y madres con dificultades para establecer vínculos afectivos con el recién nacido.	Presencia de alteraciones físicas, mentales o de desarrollo de algún miembro de la familia.	Desigualdades sociales y de género.
No deseado por su padre o su madre.	Antecedentes personales de maltrato infantil.	Ruptura de la familia o presencia de violencia intrafamiliar.	Tolerancia a la violencia y ausencia de servicios de apoyo a las familias.
Con necesidades especiales, discapacidad física y/o mental.	Aprueba el castigo físico como medio para disciplinar o cree en su eficacia.	Aislamiento en la comunidad o la falta de una red de apoyos.	Niveles elevados de desempleo o pobreza.
Problemas de comportamiento, retrasos del desarrollo, dificultades de aprendizaje y otros que dificulten la crianza.	Consumo indebido de alcohol o drogas, en especial durante la gestación.	Pérdida del apoyo de la familia extendida para criar al niño.	Disponibilidad fácil del alcohol y las drogas.
	Participación en actividades delictivas.	Fracaso de los vínculos entre el progenitor y el niño o la niña.	Ausencia de políticas y programas de prevención del maltrato, la pornografía, la prostitución y el trabajo infantil.
	Ausencia o dificultades de autocontrol, baja autoestima y aislamiento social.	Cualquier tipo de discriminación contra la familia.	

PRINCIPALES FACTORES PROTECTORES

Relacionados con los niños, niñas y adolescentes:	Aportados por el padre, la madre o el cuidador y la familia extendida:	Presentes en la familia y la comunidad:
<ul style="list-style-type: none"> • Adecuado crecimiento y desarrollo infantil, acompañado de vigilancia del estado de salud y de la vacunación. • Inteligencia superior a la media. • Pasatiempos, intereses, práctica de deportes. • Buenas relaciones con los compañeros, temperamento fácil y positivas habilidades sociales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Positiva y cálida relación entre progenitores y vástagos. • Entorno familiar de apoyo, con reglas y normas claras y definidas. • Supervisión parental de los menores de edad. • Apoyo y participación por parte de la familia extendida, incluida la ayuda en el cuidado de los menores de edad. • Relación estable con el padre y la madre. • Educación del padre y la madre. 	<ul style="list-style-type: none"> • Acceso a los servicios sociales y de salud. • Progenitores con empleos estables. • Vivienda adecuada. • Apoyo de adultos fuera de la familia que sirven como modelos o mentores para el menor de edad. • Reconocimientos de los niños, niñas y adolescentes como sujetos de derecho. • Normas culturales opuestas al uso de la violencia.

Fuentes: 2. Pinheiro, Paulon Sergio. Informe Mundial sobre la violencia contra los niños y niñas 2001. www.unicef.org (en línea) Recuperado: 19 de abril de 2016. 4. Barudy, Larbin. El dolor invisible de la infancia: una lectura ecosistemática del maltrato infantil. Ediciones Paidós Ibérica, S.A. 1ª ed., 8ª imp 306 páginas (en línea), (09/11/1998). ISBN: 844930.



b) Consecuencias de la violencia contra niños, niñas y adolescentes

Todas las formas de violencia, maltrato o abuso contra niños, niñas o adolescentes son consideradas riesgos importantes para la salud y representan una carga significativa en el proceso salud-enfermedad en todo el mundo. El impacto en los niños, niñas y adolescentes incluye alteraciones en su desarrollo y deterioro de su salud física y mental, lo que repercute en su vida adulta en trastornos de conducta y estilos de vida que predisponen a enfermedades crónicas y a la replicación de la violencia. (Mesa-Gresa, 2011)

Se ha demostrado que, en casos extremos de violencia y estrés, ocurren alteraciones en los sistemas nervioso e inmunitario capaces de ocasionar en la vida adulta trastornos de conducta que degeneran en violencia, depresión, tabaquismo, obesidad, consumo indebido de alcohol y/o drogas, prácticas sexuales de riesgo y embarazos no deseados. Estos comportamientos se convierten en factores predisponentes de enfermedades cardiovasculares, cáncer, infecciones de transmisión sexual y suicidio. (Barudy, 1998)

6. HALLAZGOS PRINCIPALES

6.1 Hallazgos de maltrato físico

a) Contusiones o moretones: este tipo de lesiones está presente en el 90 % de los niños, niñas y adolescentes que sufren abusos físicos.

Principales características:

- Moretones ubicados en las extremidades y las prominencias óseas.
- Contusiones en los glúteos.
- Hematomas faciales.
- Marcas de la mano que golpea y magulladuras sobre el pecho y la espalda.
- Marcas de varios de los dedos de la persona agresora, en el cuerpo del niño, niña o adolescente agredido. La marca del pulgar puede ser visible.

- Marcas de pellizcos como medialuna.
 - Marcas de puño (difusas y graves).
 - Hematomas en el oído.
 - Cualquier contusión en niños y niñas menores de nueve meses.
 - Lesiones abdominales múltiples inconsistentes con la historia del “accidente”.
 - Heridas o raspaduras: en áreas que no son prominentes, de distribución extensa, simétricas o en diferentes estadios evolutivos de curación y/o cicatrización.
- b) Fractura y lesión ósea: toda fractura en niñas o niños menores de tres años que no pueda ser explicada mediante un argumento lógico y verificable, es sospechosa de violencia. En el 95 % de los casos, es resultado de abuso físico, según revelan revisiones sistemáticas de expedientes sobre este tipo de maltrato.
- c) Fracturas más frecuentes observadas en relación con la violencia física:
- Fracturas costales en los arcos posteriores o laterales.
 - Fracturas de huesos largos en las que predominan las lesiones oblicuas, sobre todo en la metáfisis o zona intermedia entre la zona central (diáfisis) y los extremos (epífisis).
 - Las fracturas de fémur se presentan con mayor frecuencia en los niños y niñas menores de un año y las de húmero en menores de tres años.
 - Fracturas vertebrales por mecanismos de hiperextensión o hiperflexión forzados, o por impacto directo.
 - Las fracturas craneales sugestivas de violencia suelen ser bilaterales, deprimidas o diastáticas (que atraviesan las líneas de sutura del cráneo). Pueden estar asociadas con un hematoma subdural o con el llamado “síndrome del niño sacudido” (compuesto la tríada: hematoma subdural, hemorragia retinal y edema cerebral), el cual es causado por un golpe en la cabeza o por sacudidas bruscas.



- d) Lesiones cutáneas: numerosas investigaciones han demostrado que los hallazgos en la piel son las manifestaciones de abuso infantil de más fácil reconocimiento: hasta el 90 % de las víctimas jóvenes presenta algún tipo de lesión cutánea.
- Quemaduras: cuando estas aparecen en infantes, en niños y niñas en edad preescolar, el personal de salud debe establecer si fueron producidas de forma accidental por negligencia o descuido del adulto responsable; o si fueron provocadas con el objetivo de hacer daño.
 - Mordedura: marca de la arcada dentaria humana en la piel de niños, niñas y adolescentes, luego de descartar la dentellada de un animal. Tiene forma ovoide y puede presentar signos recurrentes, aislados o múltiples. El tamaño de la mordida es un indicador de la edad de la persona atacante.

6.2 Hallazgos sugestivos de abuso sexual

Es difícil detectar el abuso sexual infantil, debido a que su reconocimiento tiene una significativa repercusión en la dinámica familiar. Por otro lado, la falta de evidencia durante el examen físico dificulta su detección, por la rapidez en que desaparecen los signos clínicos.

La detección de estos casos suele ocurrir cuando la víctima denuncia el abuso sexual, un adulto que sospecha inicia una indagación o por hallazgos clínicos durante la atención médica.

Alteraciones en el comportamiento del niño:

- Dificultad para conciliar el sueño.
- Escaso rendimiento escolar.
- Conducta erotizada o interés inusual en las relaciones sexuales.

Hallazgos sugestivos de abuso sexual:

- En el ano: escoriaciones o irregularidades, pliegues engrosados o desaparecidos, dilataciones varicosas, heridas o fisuras.
- En el himen: apertura amplia, desgarramiento o ausencia del tejido.



- Sangrado anal o vaginal.
- Flujo o descarga vaginal a repetición.
- Equimosis en la entrepierna y en los labios mayores.
- Dificultad para caminar.
- Rastros de semen en los genitales, la boca o la ropa de la víctima.
- Embarazo en la adolescencia temprana, es decir, en menores de 15 años.
- La ceración o daño en el área genital de un niño o niña que no sea claramente identificado como accidental.
- Infecciones de transmisión sexual (ITS) en niños, niñas o en adolescentes temprana.

6.3 Hallazgos sugestivos de negligencia

- Retraso del crecimiento.
- Infecciones leves y recurrentes.
- Grave eritema o dermatitis del pañal.
- Aspecto sucio y descuidado.
- Signos o cicatrices de accidentes domésticos frecuentes.
- Desnutrición.
- Problemas físicos o necesidades médicas no atendidas: heridas sin curar o infectadas y defectos sensoriales no compensados.
- Ausencia de control del crecimiento, el desarrollo y/o la vacunación.

6.4 Hallazgos sugestivos de maltrato emocional o psicológico

- El comportamiento usual de niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia psicológica puede ir desde temor y retraimiento, hasta inquietud excesiva o apego inadecuado a quien le ofrezca algún tipo de atención.
- Las explicaciones del adulto frente a la conducta infantil son generalmente vagas y en abierta contradicción con los hallazgos.
- Ausencia de interacción y contacto entre el niño, niña o adolescente abusado y el adulto que lo maltrata.



- Patrones conductuales que pueden ser observados con frecuencia en niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato psicológico: bajo rendimiento escolar, retrasos frecuentes o inasistencia a clases, hiperactividad, agresividad, rebeldía, desorganización, timidez, escasa comunicación y descuido en la apariencia.
- Los niños, niñas o adolescentes emocionalmente maltratados suelen presentar retrasos del crecimiento y del desarrollo; y mostrar evidencias de falta de control y seguimiento de dichos procesos por parte de los adultos responsables.

6.5 Hallazgos sugestivos de abandono físico

Los hallazgos son inespecíficos, pero debe sospecharse de abandono físico ante cualquiera de las siguientes situaciones:

- Falta de empatía o conexión emocional entre progenitores o cuidadores y niños, niñas y adolescentes.
- Enfermedad mental de progenitores o cuidadores que carezcan de red de apoyo familiar o social.
- Hospitalización prolongada del niño, niña o adolescente sin la visita del padre, la madre o la persona encargada de su cuidado.
- Separación prolongada de la madre o el padre de su hijo o hija y con desentendimiento total del cuidado del niño, niña o adolescente.
- Visita hospitalaria ocasional del progenitor o tutor mientras el niño, niña o adolescente se encuentra ingresado.
- No se observa el vínculo afectivo entre la criatura recién nacida y su madre.

6.6 Hallazgos sugestivos del síndrome de Munchausen por poder

Debe ponderarse este síndrome en los niños, niñas y adolescentes previamente sanos que debutan con un cuadro neurológico o metabólico grave e inexplicable, ante las siguientes circunstancias:

- Una conducta paradójica en padres, madres o cuidadores, como mostrar tranquilidad ante la enfermedad del niño, la niña o el



- adolescente.
- Madre con conocimientos o relacionada con los servicios de salud, la cual crea un vínculo con el personal que atiende al niño, niña o adolescente en el hospital, para tener acceso al manejo de la atención.
- Cambios frecuentes de centros hospitalarios y de personal médico.
- Padre ausente.

6.7 Hallazgos sugestivos de intoxicación no accidental

- Hipotermia.
- Hiperreflexia.
- Hipertonía muscular.
- Hiperventilación o depresión respiratoria.
- Pupilas midriáticas.
- Sudoración.
- Alteraciones del ritmo cardíaco.
- Alteraciones de la marcha.
- Vómitos.
- Alteraciones de la conciencia.
- Coma.
- Convulsiones.

6.7 Hallazgos sugestivos de acoso escolar o “bullying”

- Presencia de lesiones físicas en escolares.
- Referencia de maltrato en la escuela o el colegio.
- Muestra de tristeza o síntomas de depresión relacionados con el entorno escolar.
- Aislamiento y ausencia de la vida social apropiada para su edad.
- Disminución del rendimiento escolar.
- Exhibición de síntomas psicossomáticos, como vómitos o dolores abdominales, antes de ir a la escuela.
- Pérdida del apetito.



- Ausencia de una apropiada comunicación oral con los profesores y otros estudiantes en la escuela o el colegio.
- Cambio de actitud frecuente: agresividad, ansiedad o depresión.
- Dificultad para conciliar el sueño.

7. DETECCIÓN

La violencia y/o el abuso contra niños, niñas o adolescentes, en sus diferentes tipologías o formas de presentación, puede ser identificada por el equipo de salud en Unidades de Atención Primaria (UNAP), consulta pediátrica, Servicios de Salud Mental, Emergencia, áreas de hospitalización, consultorios médicos o en cualquier otro servicio de salud que los atienda. La detección y el diagnóstico permitirán realizar una intervención en beneficio del niño, niña o adolescente y su familia.

Cuando se sospeche de violencia o abuso contra niños, niñas y adolescentes, debe investigarse hasta confirmar o rechazar el diagnóstico. Será siempre prioritario establecer el nivel de riesgo y garantizar la integridad física y el bienestar de la víctima.

Es necesario que el equipo de salud adopte un enfoque multidisciplinario que permita la identificación correcta de los casos de niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia, y de esa manera ofrecer una atención oportuna e integral, que abarque no solo al niño, niña o adolescente sino también a sus progenitores.

Herramientas para detectar y diagnosticar la violencia ejercida y/o abuso contra niños, niñas y adolescentes:

a. Historia clínica

El interrogatorio tendrá realizara en un lugar reservado y estará fundamentado en preguntas abiertas, para obtener detalles sobre lesiones, incidentes, historia clínica del niño, niña o adolescente e información sobre familiares o acompañantes. No está permitido emitir opiniones ni manifestar rechazo, desaprobación o acusaciones en torno a lo revelado por niños, niñas o adolescentes durante la elaboración de la anamnesis.



Es fundamental recolectar información sobre la ocurrencia de hechos o amenazas de violencia, tratando siempre de detectar los casos de naturaleza intencional.

Es necesario que el personal de salud responsable de realizar la historia clínica contraste la coherencia del testimonio ofrecido por el tutor y/o cuidador, con los hallazgos del examen físico y los estudios complementarios. Cuando sean observadas inconsistencias en la historia clínica o se sospeche de lesiones en tejidos blandos, será considerada la probabilidad de estar frente a un caso de violencia.

Cuando se sospeche de abuso sexual, la historia clínica deberá ser realizada en un ambiente tranquilo y con privacidad, por un personal médico entrenado, amable y con actitud abierta, que a través de la empatía y una adecuada relación médico-usuario, facilite a la víctima ofrecer la información que permita establecer el diagnóstico. El interrogatorio estará compuesto por preguntas simples y las respuestas serán registradas tal y como sean ofrecidas por niños, niñas y adolescentes.

b. Examen físico

Los niños, niñas y adolescentes con probabilidad de haber sido víctimas de violencia deberán tener la mayor parte de su cuerpo al descubierto durante el examen físico, a fin de que sea posible la identificación de signos sugestivos de maltrato, especialmente en los casos de maltrato físico, ya que los hallazgos corporales en las víctimas de abuso sexual suelen ser normales.

- **Inspeccione**
 - » Busque lesiones, marcas o signos que permitan establecer el diagnóstico presuntivo de violencia y abuso.
- **Pregunte**
 - » Cuándo y cómo ocurrió el daño corporal.
 - » Descarte si hay discrepancia con la historia y la aparición de las lesiones.



- **Determine**

- » Estado nutricional, condición de salud, esquema de vacunación, historias anteriores de lesiones o accidentes, estado de higiene y desarrollo psicomotor.
- » Identifique indicadores de violencia o maltrato físico o psicológico por parte del cuidador, tutor o adulto responsable.
- » Reconozca si existe el riesgo de que sea lesionada la integridad física.

- **Detecte:**

- » Lesiones físicas.
- » Alteraciones del crecimiento.
- » Alteraciones en el desarrollo evolutivo.
- » Trastornos de conducta.

Observe e identifique los siguientes indicadores conductuales en niños, niñas y adolescentes:

- Actúa con cautela frente al contacto físico con adultos, se muestra aprensivo cuando otros niños lloran o exhibe conductas extremas, como agresividad, llanto constante, rechazo o apatía.
- Parece tener miedo de o es excesivamente apegado a uno de sus progenitores o cuidadores.
- Afirma que ha recibido daño físico, tiene dificultad para sentarse o caminar y/o presenta molestias en el área genital.
- Evidencia una tolerancia excesiva a los procedimientos médicos.

Fuente: Guía Clínica: Detección y primera respuesta a niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato por parte de familiares o cuidadores. Ministerio de Salud de Chile. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), 2013.



PRINCIPALES HALLAZGOS EN EL EXAMEN FÍSICO

Tipo de violencia	Hallazgos en la historia clínica y el examen físico
Maltrato físico	<ul style="list-style-type: none">• Lesiones o heridas en áreas ubicadas debajo de la vestimenta de niños, niñas o adolescentes; principalmente en regiones cubiertas por la ropa interior.• Presencia de contusiones, moretones o traumas en ojos, nariz, boca u otras zonas del rostro; cuello, hombros, brazos y senos, nalgas, genitales ano u otras áreas del tronco, con posible sangrado o flujo.• Lesiones en diversas etapas de cicatrización.• Cualquier tipo de lesión externa, incluyendo fracturas, heridas y contusiones, en cualquier zona anatómica en menores de cuatro años.• Quemaduras de cigarrillo en cualquier lugar, especialmente en las manos, la frente y la parte superior del tronco.
Abuso sexual	<ul style="list-style-type: none">• Heridas y equimosis extra genitales.• Prurito y molestias anales.• Excoriaciones, erosiones y hematomas en la cara interna del muslo y en los genitales.• Cicatrices y desgarros en el himen.• Dilatación anal, fisuras y lesiones perianales, sangrado anal.• Enrojecimiento perianal, vulvovaginitis, micosis, cistitis, ETS, VIH, embarazo en la adolescencia temprana.• Enuresis, encopresis.• Trastornos de conducta: tristeza, miedo, rechazo o dependencia del agresor, vergüenza, apatía, baja autoestima, culpa.• Trastorno del sueño, cambios de conducta y bajo rendimiento escolar.• Agresividad y/o conducta regresiva.• Conductas sexuales precoces, erotización.



<p>Negligencia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Retraso en el crecimiento y el desarrollo. • Descuido en la apariencia física y falta de higiene personal. • Signos que sugieran violencia física • Comportamiento: sumisión, complacencia, silencio, necesidad afectiva, búsqueda de atención, apatía.
<p>Maltrato emocional o psicológico en niños, niñas o adolescentes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Baja autoestima. • Estado de pánico y/o ansiedad. • Problemas de aprendizaje. • Comportamiento agresivo, hiperactivo, destructivo y autodestructivo. • Trastornos del sueño. • Tendencias suicidas.

Fuentes: (8) Herman, B., Banaschak, S., Corba, R., Navratil, F., y Dettmeyer, R., El examen físico en el abuso sexual infantil. Enfoques y la evidencia actual. *Dtsch Arztebl Int*, 2014, Vols. 111 (41): 692-703. (12) Mesa-Gresa, P., Moya-Albio, L., Neurobiología del Maltrato Infantil: el ciclo de la violencia, 2011. [Http://www.neurologia.com](http://www.neurologia.com) *Rev Neurol* 2011, Vols. 52 (8): 489-50. Recuperado: 01/02/16.

c. Estudios complementarios

- Sospecha de maltrato físico
 - » Radiografías simples de las áreas afectadas.
 - » Ante la sospecha de violencia física contra niños y niñas menores de dos años, se deberá tomar radiografías simples de cráneo y de otras áreas óseas.
 - » Frente a fracturas de cráneo, lesiones intracraneales, convulsiones y otros signos y síntomas neurológicos, deberá ser realizada una resonancia magnética nuclear (RMN).
 - » La tomografía axial computarizada será indicada ante una lesión revelada por radiografía simple.
 - » Estudios de laboratorio: hemograma completo, conteo de plaquetas, exámenes de coagulación y pruebas de función hepática (TGO/TGP).
- Sospecha de abuso sexual
 - » Exámenes de laboratorio para determinar la existencia de una infección de transmisión sexual, incluida el tamizaje del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH); y la prueba de embarazo en adolescentes.
 - » En coordinación con el médico forense, colectar cualquier fluido que parezca semen; así como el vello púbico presente en abdomen, muslo o en cualquier otra parte del cuerpo de la presunta víctima. Guarde la ropa interior de la víctima como evidencia.
 - » Aspirado vaginal (extendido en lámina).
 - » Grupo sanguíneo y Rh.

7.1 Diagnóstico diferencial

Cuando el personal de salud esté frente a un caso de posible violencia o abuso contra niños, niñas y adolescentes, deberá investigar hasta confirmar o descartar la sospecha.



Establezca un diagnóstico diferencial en los siguientes casos:

a) Lesiones óseas

- Traumas de tipo accidental
- Las fracturas craneales accidentales suelen ser lineales y parietales.
- Variantes óseas normales
- Traumatismo obstétrico
- Enfermedades neuromusculares
- Displasias esqueléticas: osteogénesis imperfecta

b) Contusiones

- Variantes normales como manchas mongólicas, nevos o manchas café con leche, hemangiomas.
- Enfermedades hemorrágicas: púrpura trombocitopénica idiopática, hemofilia, leucemia.

c) Lesiones en piel y quemaduras

- Enfermedades dermatológicas: síndrome de la piel escaldada por estafilococos, impétigo estafilocócico o ampolloso, varicela, eritema multiforme.
- Picaduras de insectos.

d) Abuso Sexual

- Traumas accidentales
- Vulvovaginitis inespecífica, dermatitis del pañal
- Malformaciones congénitas, como sinequias vulvares
- Cuerpo extraño
- Trastornos urológicos como el prolapso uretral
- Ante un embarazo en adolescente, deberá ser investigada la ocurrencia de una posible violación sexual

8. INTEGRANTES DEL EQUIPO DE ATENCIÓN

La presente guía propone a los centros de salud la conformación de un equipo encargado de dar seguimiento a los casos de violencia contra niños, niñas

y adolescentes, el cual deberá estar integrado por personal de Enfermería, Pediatría o Medicina Familiar y Psicología o Trabajo Social.

a) Personal de Enfermería

- Realiza el registro inicial del niño, niña o adolescente usuario
- Asegura la integridad de niños, niñas y adolescentes en el centro de salud
- Presenta al médico responsable de la evaluación, los casos sospechosos de violencia
- Está presente en todo momento durante la evaluación, especialmente en casos de violencia sexual
- Asegura el cumplimiento de las indicaciones médicas y el seguimiento de los casos

b) Personal médico

- El personal médico es el responsable de la evaluación profesional, la cual incluye la historia clínica y el examen físico con recolección de evidencias.
- Asegura la integridad de niños, niñas y adolescentes en el centro de salud
- Registra toda la información en su expediente o récord médico.
- Establece el diagnóstico de sospecha de violencia o abuso e indica las pruebas complementarias.
- Notifica a los demás integrantes del equipo multidisciplinario, a fin de confirmar la detección y tomar las medidas terapéuticas correspondientes.
- Solicita interconsultas con otros especialistas, en caso necesario.
- Inicia la atención y/ o refiere el caso según su gravedad y complejidad.

c) Psicólogo

- El profesional de la conducta realiza una evaluación psicológica para tipificar y establecer el nivel de gravedad de la violencia o abuso detectada.
- Asegura la integridad de niños, niñas y adolescentes en el centro de salud



- Entrevista de manera que aflore su explicación espontánea de las causas de las lesiones y en procura de elementos para el análisis de la dinámica familiar y la detección de la presión del victimario para evitar que el niño, niña o adolescente pueda expresarse libremente.
- Entrevista al pariente o adulto responsable acompañante, con énfasis en su explicación espontánea de las lesiones, información que será contrastada con el testimonio ofrecido por el niño, niña o adolescente.
- Evalúa la situación familiar, estableciendo la relación de protección y/o riesgo: dinámica familiar, tipo de parentalidad, estilo de crianza, competencias parentales.

d) Trabajador social

- Asegura la integridad de niños, niñas y adolescentes en el centro de salud.
- Completa la investigación sobre la situación familiar, con el apoyo del personal de Enfermería y promotores de la UNAP más cercana y/o con personas relevantes de la comunidad (representantes de las juntas de vecinos, alcaldes, líderes comunitarios e iglesias, entre otros).
- Si es necesario, visita el domicilio familiar para identificar posibles factores de riesgo o de protección
- Evalúa la situación de protección en la comunidad, para verificar la existencia o no de redes de apoyo
- Determina y coordina la atención entre las estructuras disponibles en la comunidad: oficina municipal del Consejo Nacional para la Niñez y la Adolescencia (CONANI), Junta Local de Protección y Restitución de Derechos, Fiscalía.

Procesos de atención		
Fase:	Objetivos:	Personal involucrado:
Detección	Identificar señales de maltrato.	Personal administrativo, enfermera, médico, psicólogo, promotor de la salud, otro personal de salud.
	Aclarar sospechas.	Médico, enfermera, psicólogo, trabajador social
Atención	Notificar o denunciar el maltrato.	Médico, psicólogo y trabajador social
	Restablecer las relaciones protectoras.	Psicólogo, trabajador social y médico
	Recuperación de daños y desarrollo de resiliencia.	Psicólogo, trabajador social, médico,

9. ATENCIÓN

Debe ser integral y multidisciplinaria, y dependerá de la tipificación de la violencia identificada. La atención será dispensada dentro de las siguientes categorías:

- Médico-clínica.
- Quirúrgica.
- Psicológica.

Las lesiones físicas deberán ser atendidas de manera prioritaria y conforme a los protocolos establecidos. Las evidencias científicas establecen que la participación de equipos especializados en la atención al maltrato infantil garantiza una evaluación precisa y completa; al tiempo que favorece el intercambio de información entre las disciplinas médicas y no médicas implicadas.



9.1 Intervenciones en casos de sospechas de maltrato infantil

- Proporcione a niños, niñas y adolescentes la atención clínica correspondiente a la situación diagnosticada.
- Trate las lesiones presentadas y dé seguimiento a posibles secuelas físicas y emocionales.
- Aplique medidas profilácticas ante la posibilidad de expansión de enfermedades infectocontagiosas y de transmisión sexual.
- Prevenga embarazos por abuso sexual.
- Ofrezca tratamiento emocional y psicológico.

Evalué y determine la severidad del daño o el nivel de riesgo

- Establezca la frecuencia y la severidad de las lesiones.
- Identifique el grado de vulnerabilidad de la víctima: niños menores de dos años, niños, niñas o adolescentes con discapacidad.

Analice la probabilidad de ocurrencia de la violencia o el abuso

• **Violencia no probable**

Cuando no se encuentre indicadores que confirmen la sospecha y se considere estar frente a un posible riesgo mínimo, debe programarse el seguimiento del expediente por parte de los servicios de atención. Como indica la legislación dominicana, se notifica el caso de sospecha a las autoridades para investigación y seguimiento.

• **Violencia probable o violencia confirmada**

Identifica el nivel de complejidad del caso y la necesidad de notificar la situación o solicitar la colaboración de los servicios del Sistema Protección de Niños, Niñas y Adolescentes.

Nivel de complejidad	Intervenciones	Protección
<p>Alta complejidad</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hospitalización para la oportuna atención en salud y como medida de protección para niños, niñas y adolescentes en riesgo. 2. Solicite evaluación del médico forense. 3. Resguardo de evidencias, fotografías, muestras o exámenes de espécimen, en los casos que requieran de una intervención médico-legal y/o del certificado de lesión para la intervención judicial. 	<p>Primero: Notifique verbalmente el caso a las autoridades competentes:</p>



<p>Situación de maltrato es sostenida o muy frecuente y puede representar una amenaza para la vida de niños, niñas y adolescentes.</p> <p>En esta categoría incluimos el abuso sexual y abandono</p>	<p>4. Identifique un adulto protector que le crea al niño, niña o adolescente y le ofrezca protección y acompañamiento.</p> <p>5. En caso de que el perpetrador sea un miembro de la familia o conviva con la víctima, evite que estén en contacto directo con el niño/a.</p> <p>6. Asegúrese de que el expediente clínico contenga los antecedentes y datos sobre lo ocurrido.</p> <p>7. Deje constancia por escrito del resultado de sus actuaciones.</p> <p>8. Viabilice el seguimiento del Departamento de Salud Mental a la familia de la víctima.</p>	<p>Notifique a la Fiscalía correspondiente.</p> <p>De no ser esto posible, notifique a la oficina municipal de CONANI y a la Junta Local de Protección y Restitución de Derechos.</p> <p>Todos los casos deben ser notificados a las autoridades competentes.</p> <p>Envíe la hoja de notificación a las autoridades correspondientes. Muestre las evidencias del caso.</p>
<p>En los casos de víctima de abuso sexual y en riesgo inminente contra su integridad física, psíquica o vital tome las siguientes medidas de emergencia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Si es necesario, hospitalice a la víctima. 2. Atienda lesiones 3. Notifique a las autoridades. 4. Aplique el Protocolo Nacional de Profilaxis Post-Exposición para ITS/VIH dentro de las primeras 24 horas de ocurrida la agresión. 5. Inicie la atención anticonceptiva de inmediato. 6. En caso de embarazo, el servicio de salud debe ofrecer una atención prenatal de calidad, capaz de detectar y resolver las posibles complicaciones: 7. Es necesario tratar y dar seguimiento a la salud mental de la víctima. 8. Igualmente, es preciso orientar a la adolescente sobre atención y seguimiento del embarazo, alimentación y nutrición de sí misma; así como cuidado del recién nacido. 		

<p>Nivel de complejidad</p>	<p>Intervenciones</p>	<p>Protección</p>
<p>Complejidad media</p> <p>Maltrato, de moderado a grave y con colaboración dudosa de los progenitores.</p>	<p>Ante daños de moderados a graves en niños, niñas o adolescentes:</p> <ol style="list-style-type: none"> Defina y establezca las acciones de ayuda del equipo de salud, verificando que éstas sean aceptadas. Valore la fortaleza de la familia y promueva factores protectores. Estimule el reconocimiento de los derechos de niños, niñas y adolescentes. Promueva el buen trato y la crianza basados en el amor, la confianza y el diálogo. Refiera a los padres, madres o tutores a las instituciones correspondientes, si necesitan una intervención específica: violencia intrafamiliar, uso de drogas o enfermedad mental. Incorpore la familia a programas comunitarios, si existen en su localidad. Ofrezca seguimiento por parte del equipo de atención al abuso o del equipo de salud de la UNAP correspondiente. Si aumenta el riesgo, actúe de acuerdo al protocolo del siguiente nivel. 	<p>Notifique a las autoridades competentes: a la Fiscalía correspondiente.</p> <p>De no ser esto posible, notifique a la oficina municipal de CONANI y a la Junta Local de Protección y Restitución de Derechos.</p> <p>Todos los casos deben ser notificados mediante el formulario correspondiente. Muestre las evidencias del caso.</p>



<p>Complejidad leve</p> <p>Maltrato de leve a moderado, existe colaboración de parte de los progenitores.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Es brindada la atención ambulatoria en salud y el seguimiento. 2. Intervención de las áreas de Psicología o Trabajo Social. <p>Desde la UNAP o el centro ambulatorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El personal de Enfermería entrenado en Prácticas de Crianza Saludable ofrece orientación al padre y a la madre. • Referencia al orientador y/o al psicólogo escolar. • Referencia al psicólogo ambulatorio. <p>Desde los hospitales con niveles de atención 2 y 3:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El personal de Salud Mental brinda orientación al niño, niña o adolescente y a su familia. • Un psicólogo del hospital les suministra atención terapéutica. 	<p>Notificar el caso de sospecha o complejidad leve a la oficina municipal de CONANI y la Junta Local de Protección y Restitución de</p> <p>Derechos.</p> <p>Todos los casos deben ser notificados mediante el formulario correspondiente.</p>
--	---	--

10. CRITERIOS DE INGRESO

En las siguientes circunstancias, se procederá con el ingreso hospitalario: En todos los casos clasificados como de alta complejidad, como medida de protección antes de la llegada de las autoridades competentes responsables de la restitución de los derechos de niños, niñas y adolescentes.

- Los casos en los que haya lesiones que pongan en riesgo la vida niños, niñas o adolescentes.
- Niños, niñas y adolescentes abandonados.
- Casos de complejidad que requieran de intervención en crisis para garantizar la seguridad de la víctima.

11. REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA

Trate las lesiones, establezca al paciente y refiera al Nivel de Atención de mayor complejidad, si la capacidad resolutoria del centro de primera recepción no permite responder a las necesidades presentadas.

Los casos que lo requieran, deben ser referidos a manejo multidisciplinario. Si es necesario, refiera el expediente al Ministerio Público correspondiente de la jurisdicción en donde ocurrió el hecho.

Si el nivel de riesgo vital hace necesarias las medidas de protección, refiera el caso al Ministerio Público o a la oficina correspondiente de CONANI.

Los casos referidos deben ser devueltos a su lugar de origen, luego de ser atendidos y resuelta la situación que motivó la referencia.

Debe disponer de los formularios:

- - F-NNAVV-02, hoja de referimiento dentro de la Red de Servicios de Salud, para niños, niñas y adolescentes con sospecha de ser víctimas de violencia.



- - F-NNAVV-03, hoja de referimiento hacia los servicios del Sistema de Protección de Niños, Niñas y Adolescentes, con sospecha de ser víctimas de violencia.

12. NOTIFICACIÓN Y REGISTRO

El personal de salud y/o el equipo multidisciplinario tienen la obligación de reportar todos los casos de sospecha de violencia contra los niños, niñas y adolescentes al Sistema de Protección, según el Artículo 14 de la Ley No. 136-03.

12.1 Proceso de notificación

El director del centro de salud es el encargado de llevar a cabo la notificación oportuna de todo caso sospechoso de violencia contra niños, niñas o adolescentes a las autoridades responsables de la restitución de sus derechos, en cumplimiento del artículo 14 de la Ley No.136-03.

En los casos de alta complejidad, se informará de manera verbal, lo más pronto posible, a las autoridades correspondientes (se recomienda usar la línea telefónica VIDA 809-200-1202) y, posteriormente, será remitida la hoja de notificación.

La notificación debe ser entregada a las siguientes instancias: Fiscalía, oficinas municipales de CONANI y Junta Local de Protección y Restitución de Derechos.

Tras la evaluación, el equipo multidisciplinario de salud clasificará el caso según su complejidad y gravedad.

Como parte de la notificación, el equipo multidisciplinario enviará un informe preliminar que incluye los siguientes elementos:

- a. Historia clínica que incluya motivo de consulta, hallazgos principales de la anamnesis, examen físico y condiciones generales del niño,



- niña o adolescente así como descripción y gravedad de las lesiones, criterios que sugieran un posible maltrato, procedimientos realizados y tratamiento aplicado. Este documento deberá ser elaborado por el médico tratante y confirmado por el médico integrante del equipo multidisciplinario.
- b. Es fundamental que este informe cuente con información clara sobre los datos personales de la víctima y de la persona responsable o protectora. Asimismo, debe apoyarse en evidencias que sustentan el diagnóstico: fotografías, radiografías, resultados de laboratorio y otros elementos importantes.
 - c. Será utilizado el formulario F-NNAVV-0 u Hoja de Notificación de Sospecha de Violencia contra Niños, Niñas y Adolescentes, desde el Sistema de Salud.

12.2 Sistema de registro

Toda la información sobre la víctima, su historia clínica y los hallazgos del examen físico deberán ser registrados en el formulario F-NNAVV-01, como parte del récord médico, junto con el diagnóstico de sospecha de violencia. Se indicará el carácter físico, sexual o psicológico del maltrato detectado.

Serán registrados, además, los recursos utilizados para la detección, la clasificación y la atención; así como el proceso de notificación y las orientaciones ofrecidas a los padres, madres y/o tutores.

Para tipificar la violencia diagnosticada, será utilizado el código T74, relativo a síndromes de maltrato, de la décima versión de escala de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE10).

Adicionalmente, el equipo multidisciplinario encargado de la atención de los casos llevará sus propios registros: sexo, edad, procedencia, tipo de violencia, factores de riesgo, características de las lesiones, clasificación de la gravedad, atención, seguimiento y evolución.



13. SEGUIMIENTO Y REHABILITACIÓN

- Ofrezca seguimiento multidisciplinario o de trabajo social junto a la familia, si existe el riesgo de repetición del evento.
- La intervención socio familiar estará disponible para las familias con factores de vulnerabilidad.
- Los servicios de protección infantil y adolescente darán seguimiento a los casos que precisen de una intervención de protección o que presenten un alto nivel de riesgo vital.
- Se dará seguimiento médico especializado a las víctimas con secuelas físicas o problemas de salud asociados con la agresión.
- El trabajador social y/o el psicólogo, como integrante del equipo multidisciplinario asistente en el caso, es el personal responsable de coordinar la atención y el seguimiento con las demás instituciones del Sistema de Protección de Niños, Niñas y Adolescentes.

14. INFORMACIÓN PARA USUARIOS Y FAMILIARES

- El suministro de informaciones sobre la atención y la notificación de los casos estará a cargo del médico tratante, el trabajador social y/o el psicólogo.
- Se informará a los padres, madres y cuidadores acerca de la condición del niño, niña o adolescente, las decisiones tomadas para su atención y la notificación al Sistema de Protección.

Se orientará a los padres, madres y cuidadores sobre los siguientes aspectos:

- Impacto de la violencia en la salud y el desarrollo de niños, niñas o adolescentes.
- Importancia de las buenas prácticas de crianza.
- Adecuado cuidado de recién nacidos y lactantes, especialmente sobre el manejo del llanto y la importancia de evitar movimientos bruscos.
- Signos de violencia contra niños, niñas y adolescentes.

- Comportamiento infantil o adolescente que sugiere abuso sexual y/o psicológico.
- La necesidad de colaborar con el proceso terapéutico para cambiar prácticas de crianza violentas o negligentes por formas de corrección basadas en una disciplina positiva.
- Las implicaciones legales de la violencia contra niños, niñas y adolescentes.

15. ESTRATEGIAS DIAGNÓSTICAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda, para maximizar los efectos de la prevención y la atención, el desarrollo de intervenciones siguiendo estas cuatro fases:

1. Definición del problema.
2. Identificación de las causas y los factores de riesgo.
3. Creación y puesta a prueba de intervenciones destinadas a minimizar los factores de riesgo.
4. Difusión de información sobre la eficacia de las intervenciones.

Intervenciones de eficacia demostrada en la prevención de la violencia contra niños, niñas y adolescentes:

a) Escuela de desarrollo de habilidades parentales

Debe ser promovido el desarrollo de escuelas de enseñanza para padres y madres, así como de programas para el fomento de habilidades grupales de crianza, a fin de multiplicar en los progenitores el conocimiento positivo para la formación de hijos e hijas. Estas estrategias han demostrado tener un excelente resultado en los patrones de crianza y en la prevención de la violencia intrafamiliar, sobre todo la que afecta a niños, niñas y adolescentes. (Díaz MS, 2005)

Con una base cognitivo-conductual y a través de un proceso participativo y colaborativo, dichas iniciativas promueven entre padres,



madres y cuidadores el aprendizaje de comportamientos, principios y habilidades de crianza que les permiten reconocer las necesidades del niño, niña o adolescente, identificar patrones de conducta en la interacción doméstica y utilizar modelos educativos que contribuyen a formar niños, niñas y adolescentes sanos.

b) Visitas domiciliarias del personal de salud a familias con alto riesgo de violencia

Para reducir el abuso físico y la negligencia en familias con alto riesgo, las enfermeras y los promotores de salud deberán ejecutar el programa de visitas domiciliarias en el período perinatal y para mamás primerizas, el cual deberá incluir a las madres adolescentes. (Rosa-Alcazar, 2014)

Durante las visitas domiciliarias, el personal de salud orientará a la madre sobre cuidado del recién nacido y lactancia materna, al tiempo que brindará apoyo a la familia. Es recomendable que estos encuentros sean mantenidos durante los primeros dos años de vida del niño o la niña.

c) Programas de Educación para la salud integral de los niños/niñas y adolescentes

Los servicios de salud brindarán a niños, niñas y adolescentes una atención integral desde el nacimiento y durante su crecimiento y desarrollo.

La iniciativa incluye la orientación de los progenitores en el cuidado del recién nacido, especialmente en los siguientes aspectos: llanto frecuente y de difícil manejo en niños y niñas, riesgo de fracturas y luxaciones al mover bruscamente a recién nacidos y niños y niñas en edades tempranas, y repercusiones de la violencia y el descuido en la salud de hijos e hijas.

Por otro lado, los médicos y enfermeras que asisten a la población pediátrica deberán interesarse de manera especial en las circunstancias que exponen a los niños, niñas o adolescentes a la violencia:

- Padres y madres con dificultades y sentimientos de frustración en la crianza de niños y niñas.
- Presencia de niños, niñas y adolescentes con discapacidad.
- Padres y madres con evidencias de violencia de pareja.
- Madres con depresión posparto.
- Embarazo en adolescentes.

d) Programas de prevención de la violencia contra niños, niñas y adolescentes en la escuela

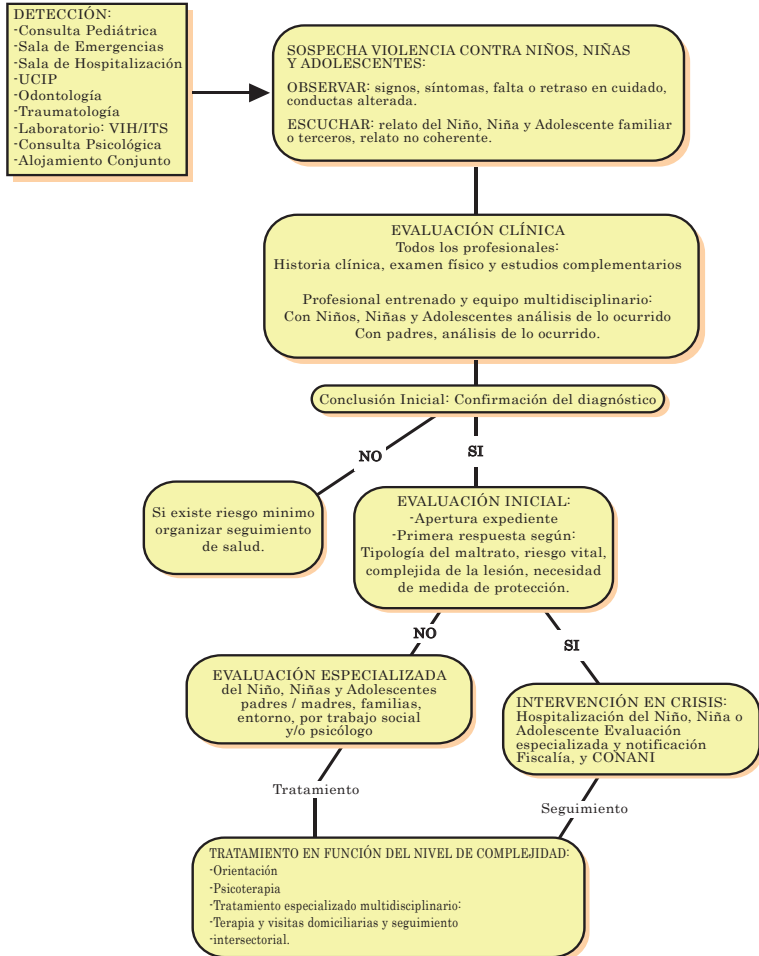
Los programas escolares de prevención de la violencia mejoran el comportamiento de niños, niñas y adolescentes. También amplían su conocimiento sobre las implicaciones familiares y sociales del fenómeno, creando la necesidad de vigilancia continua a corto y largo plazos, lo que genera efectos positivos en el estudiantado. (Walsh K, 2015)

El mayor impacto de la iniciativa es la prevención del abuso sexual, por la socialización del conocimiento imprescindible para reconocer, evitar y denunciar este tipo de violencia.



16. ALGORITMO

Sospecha violencia contra Niños, Niñas o Adolescentes:



17. BIBLIOGRAFÍA

1. Adames JA, Kellog ND, Farst KJ, Harper Ns. (2016) Updated Guidelines for the Medical Assessment and Care of Children Who May Have Been Sexually Abused. *J Pediatr Adolesc Gyneco*, Vols. 29(2):81-7.
2. Bailhache, M., Pillet, P., Salmi, L. (2013). Is early detection of abused children possible?: a systematic review of the diagnostic accuracy of the identification of abused children. doi:10.1186/1471-2431- 13-202. *BMC Pediatrics*, Vol. 13:202 .
3. Barudy, Larbin. (1998) El dolor invisible de la infancia: una lectura eco sistemática del maltrato infantil. Ediciones Paidós Ibérica, S.A. 1ª ed., 8ª imp. 306 páginas. (en línea), (09/11/1998). ISBN: 8449304946
4. Congreso Nacional de la Republica Dominicana. (2003). Ley 136-03 que establece el Código para el sistema de protección y los derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes.
5. Crawford, J., Jakubia, JE. (2013). La evaluación de los niños en el contexto de atención primaria cuando se sospecha de abuso sexual. . e558-67. doi: 10.1542 / peds.2013-1741. Epub 2013 , s.l. : Pediatrics, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed> , Vol. 132 (2).
6. Cristiano, CW. (2015). La evaluación de sospecha de abuso físico infantil. *Pediatrics*, 2015, Vol. 135 (5): e. 1337-54. doi: 10.1542 / peds-0356..
7. Cuestas, E., Juanes, B. (2011). Los niños maltratados tienen más riesgo de problemas de salud a largo plazo. *Evidencias en Pediatría. Evid Pediat*, Vol. 3;9:9.
8. Díaz MS, Smith K, De Guehery K, Mazur P, Li V, Shaffer ML. (2005). La prevención de traumatismos craneales por maltrato en los lactantes y niños pequeños: un programa basado en el hospital, educación de los padres. . *Pediatrics*, Vols. 115 (4): 470-7.
9. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF. (2013). Guía Clínica Detección y primera respuesta a niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato por parte de familiares o cuidadores. Ministerio de Salud de Chile.
10. Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas, UNICEF (2006).



Violencia contra los niños/niñas y adolescentes. Informe de América Latina en el marco del Estudio Mundial de las Naciones Unidas. www.unicef.org

11. Grupo de Trabajo de Atención al Maltrato Infantil de la Sociedad Española de Urgencias. (2015) Aproximación del Manejo del Maltrato Infantil en la Urgencia Pediátrica. . s.l. : Grupo de Trabajo de Atención al Maltrato Infantil de la Sociedad Española de Urgencias. (en línea),ISBN: 978-84-16270-13- 2.
12. Haskett, M., Shawn Kreig, C., Hart, V. (2008). Los factores de protección y de vulnerabilidad para niños maltratados físicamente: Efectos de la etnia y el contexto de crianza. *Abuso Infantil NEGL.*, 2008, Vols. 32 (5): 567-576.
13. Herman, B., Banaschak, S., Corba, R., Navratil, F., y Dettmeyer, R. (2014). El examen físico en el abuso sexual infantil. Enfoques y la evidencia actual. *Dtsch Arztebl Int*, Vols. 111 (41): 692-703.
14. Herrera- Basto, M.C. (1999). Indicadores para la detección de maltrato en niños. *Salud Pública de México*, Vols. 41, no. 5.
15. Hilton, Lissette. *Child Abuse Diagnosis. Needs Careful Analysis.* (2016). *Dermatology Times*, Vols. 37, No.1.
16. Kodner, Ch. y Wetherton, A. (2013) *Diagnosis and Management of Physical Abuse in Children.* Issue 10. *American Academy of Family Physicians.*, Vol. 88.
17. Loredó-Abdalá, A, Perea-Martínez, A y López-Navarrete, GE.(2008) "Bullying": acoso escolar. La violencia entre iguales. Problemática real en adolescentes. México : *Acta Pediatr Me*, Vols. 29(4):210-4.
18. Loredó-Abdalá, A., Trejo-Hernández, J. y García-Pina, C. (2009). Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado, Instituto Nacional de Pediatría, Secretaría de Salud. México. *Bol Med Hosp Infant Mex*, Vol. 66.
19. Maguire SA, Upadhyaya M, Evans, Mann MK, Haroon MM, Tempest V, Lumb RC, Kemp AM. (2013). Una revisión sistemática de las lesiones viscerales abusivas en la infancia - su alcance y reconocimiento. *Niño Abuso NEGL*, Vols. 37 (7): 430-45.
20. Mesa-Gresa, P., Moya-Albio, L. (2011) *Neurobiología del Maltrato*



- Infantil: el ciclo de la violencia. [Http://www.neurologia.com](http://www.neurologia.com) Rev Neurology. Recuperado el 01/02/16, 2011, Vols. 52 (8): 489-503.
21. Ministerio de Salud Pública. (2015) Estrategias para el fortalecimiento de la respuesta del Sistema Nacional de Salud a la Violencia de género y contra los niños, niñas, adolescentes, mujeres y personas adultas mayores, 2016-2020. Santo Domingo, RD: (Disponible impreso)
 22. Ministerio de Salud Pública. (2002). Norma Nacional para la Prevención y Atención de las Infecciones de Transmisión Sexual y Sida. República Dominicana.
 23. Narang, S y Clarke, J. (2014). Abusive Head Trauma: Past, Present, and Future. *Journal of Child Neurology*, Vol. Vol. 29.
 24. Norman, R., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., Vos, Theo. (2012). Las consecuencias a largo plazo para la salud de niño abuso físico, abuso emocional y negligencia: una revisión sistemática y meta-análisis. *PLoS Med*, Vol. 9 (11): e1001349.
 25. Organización de Naciones Unidas. (1989) Convención de los Derechos de los Niños/as. 20 de noviembre de 1989. (en línea) https://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/CDN_06.pdf. Recuperado 25/03/16.
 26. Organización Mundial de la Salud. (2014) Maltrato infantil, Nota descriptiva N.º 150, Diciembre del 2014. <http://www.who.int/> Recuperado 9/04/16.
 27. Organización Mundial de la Salud. (2002). World report on violence and health, Geneva, WHO.
 28. Pandya, N., Baldwin, K., Kamath, A., Wenger, D., Hosalkar, J. (2011). Las fracturas inexplicables: Abuso o enfermedad de los huesos? Una revisión sistemática. *Clin Orthop Relat Res*, Vols. 469 (3): 805-812.
 29. Piñeiro, Paulo Sergio. (2001). Informe Mundial sobre la violencia contra los niños y niñas. s.l.: www.unicef.org (en línea) Recuperado 19 de abril, 2016
 30. Rosa-Alcázar, Al, Sánchez-Meca, J y López-Soler, C. (2014). Atención psicológico del maltrato físico y la negligencia en niños y adolescentes: un meta-análisis. *Universidad de Murcia*. 627-633 ISSN 0214 - 9915 , Murcia : *Psicothema*, 210, Vols. 22, no. 3.



31. Sener MT, Aydın OE, Kara M. (2016). Factores que influyen en la adherencia al tratamiento y el seguimiento de las quemaduras en los niños: Una experiencia de un solo centro. 10.5152 / eurAsianJmed. Euroasiático J Med , Vols. 48 (1): 20-3.
32. Soledad Larrain, Carolina Buscanana. (2009). Maltrato Infantil, una dolorosa realidad puertas adentro. Centro Latinoamericano de Políticas (CEPAL). Boletín Desafíos #9 .
33. Stoltenborgh, M., Bakermans, M., Alink, M. (2015). The Prevalence of Child Maltreatment across the Globe: Review of a Series of Meta-Analyses. Child Abuse Review, Vols. Vol. 24:37–50
34. Swenson CC, Schaeffer CM , Henggeler SW , Faldowski R , Mayhew AM. (2010) Multisystemic Therapy for Child Abuse and Neglect: a randomized effectiveness trial..doi: 10.1037 / a0020324., J Fam Psycho, Vol. 24 (4).
35. Walsh K, Zwi K, Woolfenden S, Shlonsky (2015). A.School-based education programmes for the prevention of child sexual abuse. Cochrane Database Syst Rev, Vol. CD004380.

***PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE CASOS DE
VIOLENCIA FÍSICA CONTRA NIÑOS, NIÑAS Y
ADOLESCENTES***



0. INTRODUCCIÓN

En la República Dominicana el 62 % de acuerdo Enhogar 2014 de los hogares utiliza el castigo físico o psicológico para disciplinar a sus hijos.

En promedio 6 de cada 10 niños del mundo (1000 millones) de 2 a 14 años de edad, sufren de manera periódica castigos físicos corporales a manos de sus cuidadores. Se estima que una cuarta parte de todos los adultos han sufrido maltratos físicos cuando eran niños. (UNICEF, 2006)

Este tipo de violencia es muy común, sobre todo por no ser considerados como tal desde el punto de vista cultural en numerosos países y por generaciones, por lo que son de muy difícil detección, la mayoría de las veces suele ser un hallazgo casual del personal de salud, o un llamado de alerta del padre/madre o cuidador, e incluso del maestro.

1. OBJETIVO

Estandarizar los procedimientos para la atención de niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia física que acuden a los servicios de salud, para su oportuno diagnóstico y adecuado manejo.

2. USUARIO DEL PROTOCOLO

Médicos generales, pediatras, emergenciólogos y especialistas en medicina familiar; así como personal de enfermería, psicología y trabajo social de los servicios de salud.

3. POBLACIÓN DIANA

Niños, niñas y adolescentes de quienes, se sospecha, son víctimas de violencia o maltrato físico.

4. DEFINICIÓN

Maltrato Físico se define como “toda acción no accidental por parte de los padres o cuidadores que provoque daño físico o enfermedad en el niño o lo ponga en riesgo de padecerlos”. (Mesa-Gresa, 2011)

5. HALLAZGOS EN LA EVALUACIÓN CLÍNICA

a) Contusiones o moretones

- Presencia de lesiones en las extremidades y las prominencias óseas.
- Contusiones en los glúteos.
- Hematomas faciales y en otros lugares del cuerpo.
- Equimosis y escoriaciones.
- Marcas de la mano y magulladuras sobre el pecho, la espalda y los brazos.
- Marcas de pellizcos que semejan medias lunas emparejadas.
- Hematomas en el oído.
- Cualquier tipo de contusión en niños y niñas menores de dos años.

b) Fracturas y lesiones óseas

- Fracturas costales en los arcos posteriores o laterales.
- Fracturas de fémur en niños y niñas de un año; y de húmero, en niños y niñas de tres años.
- Fracturas vertebrales por mecanismos de hiperextensión o hiperflexión, forzadas o por impacto directo.
- Fracturas craneales bilaterales, deprimidas o que atraviesan suturas.
- Traumas craneoencefálicos severos con lesiones en el sistema nervioso central.
- Síndrome del niño sacudido o zarandeado, caracterizado por hematoma subdural, hemorragia retinal y edema cerebral, producto de fuertes y peligrosas sacudidas a niños y niñas pequeños.

c) Lesiones cutáneas

- Quemaduras provocadas o quemaduras causadas por negligencia o descuido.



- Quemaduras de cigarrillo, especialmente en las manos, la frente y la parte superior del tronco. Tienen forma circular y ocupan un área de 5 mm.
- Mordeduras hechas por adultos otras tipologías o formas de maltrato físico.

d) Síndrome de Munchausen por Poderes

Se caracteriza por la simulación o producción intencionada de síntomas de alguna enfermedad orgánica o psíquica, siendo los sujetos de la enfermedad los niños, las niñas y los adolescentes y el agente productor de los síntomas uno de sus padres, principalmente la madre.

- Los síntomas y signos no explicados pueden ser detectados mediante los cuadros clínicos y las pruebas diagnósticas habituales; los síntomas y signos son vistos solamente por la persona que cuida a niños, niñas o adolescentes; o solo aparecen cuando el niño, niña o adolescente violentado está en la casa.
- La madre demanda la realización de pruebas complementarias de manera excesiva, sin base clínica y sin que le importen las consecuencias para el paciente.

e) Posible intoxicación provocada

Las intoxicaciones provocadas son una forma de violencia o abuso físico. La presencia de síntomas neurológicos inexplicables y que no corresponden a ningún cuadro clínico específico, debe llevar a la sospecha de intoxicación provocada, sobre todo si aparecen de manera repetitiva en el mismo paciente, sus hermanos u otros familiares.

Este tipo de envenenamiento puede ocurrir por la ingesta o inhalación de sustancias consumidas por padres, madres o cuidadores, por la facilidad de acceso a ellas o por uso inducido.

Debe sospecharse de una intoxicación provocada, cuando

- El Niño, niña o adolescentes es conducido al servicio de salud por una persona diferente a sus padres, madres o cuidadores.

- Exista retraso en la solicitud de atención médica.
- Haya muestras de abandono o descuido en la atención doméstica del niño, niña o adolescente aliento alcohólico o signos observables de consumo o inhalación de sustancias controladas o prohibidas.
- Sean registrados ingresos hospitalarios múltiples por cuadros de intoxicación.
- Se atribuya, de manera ligera, la intoxicación a influencias del hermano o de la hermana mayor.
- Los padres, madres o cuidadores soliciten consulta médica para los niños, niñas o adolescente y no muestren inquietud por la situación clínica de estos.

5.1 Evaluación

Para la detección y el posterior manejo de niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia física, será conformado un equipo multidisciplinario integrado por personal médico, de enfermería, de trabajo social y/o de psicología.

Todo caso sospechoso de violencia contra niños, niñas y adolescentes será evaluado por el médico y los demás integrantes del equipo de atención, quienes establecerán en conjunto el diagnóstico de sospecha de violencia física, clasificará la gravedad del caso y notificará según su complejidad e implicaciones.

El personal de enfermería identificará los siguientes signos sugerentes de violencia y los referirá al equipo de salud, para su evaluación

- Magalladuras o moretones en distintos estadios de evolución.
- Quemaduras: atípicas, bilaterales, en forma de objetos, de guantes o botas y sin salpicaduras.
- Fracturas: metafisiaria en huesos largos, múltiples y/o bilaterales en diferentes estadios de consolidación.
- Heridas o raspaduras: en áreas que no son prominentes, de distribución en extensas zonas o simétricas en diferentes estadios



evolutivos de curación y/o cicatrización.

- Lesiones o afecciones bucales o dentales, mordeduras humanas.
- Intoxicaciones repetidas en el paciente o sus hermanos o hermanas.
- Alopecia traumática.
- Lesiones abdominales múltiples inconsistentes con la historia del accidente.
- Lesiones craneoencefálicas: pérdida de la conciencia, hematomas subdurales, hemorragias intracraneales, fracturas de cráneo lineal, hundida con o sin minutas y convulsiones (síndrome de niño zarandeado).
- Exhibición de conductas anormales en niños, niñas o adolescentes: llorar si otros niños lloran o muestras de agresividad; así como rechazo o miedo a sus padres, madres o cuidadores.
- Manifestaciones conductuales de padres, madres o cuidadores caracterizadas por la ausencia de preocupación frente al caso, intentos por esconder la lesión u ocultamiento de la identidad de la persona de quien la provocó, se muestran recelosos del personal de salud

a) Historia clínica

Deberá ser obtenida en un lugar reservado e incluirá un interrogatorio abierto al paciente, así como detalles sobre las lesiones, la historia clínica completa y la información suministrada por los testigos.

Debe sospecharse de violencia o abuso físico, cuando en la anamnesis existan datos inconsistentes con las lesiones. Por ejemplo:

- Cuando haya incongruencias entre las características de la lesión y la forma de ocurrencia, es decir, cuando se trate de lesiones inexplicables.
- Si las características de la lesión no concuerdan con el momento o la circunstancia en que habría ocurrido, de acuerdo con el testimonio del niño, niña o adolescente y del adulto responsable.
- Si no es posible establecer una relación entre el tipo de lesión y el desarrollo evolutivo de la víctima.



- En presencia de lactantes con lesiones traumáticas, fractura de huesos largos, hemorragia retiniana, convulsiones y/o pérdida de la conciencia.

Puntos importantes en la historia clínica

- Investigar cómo y cuándo ocurrieron las lesiones; y examinar posibles discrepancias entre la historia y el desarrollo de las lesiones.
- Aplazamiento de la búsqueda de atención médica para el niño, niña o adolescente lesionado:
 - » Sin razón válida.
 - » Ausencia de explicación.
 - » Elaboración de argumentos inconsistente con las lesiones.
- Estructura y dinámica familiar: dificultad para ponerse en los zapatos de niños, niñas o adolescentes (empatía muy débil). Estilo autoritario de crianza, minimización o justificación de los castigos corporales.
- Conductas parentales anormales hacia niños, niñas y adolescentes en su presencia: agresividad, actitud defensiva o punitiva, amenaza, insensibilidad, tono descortés al hablar, supervisión deficiente, manejo rudo, ansiedad, depresión.
- Cuando niños, niñas o adolescentes se muestran aprensivos ante niños, niñas o adolescentes que lloran, muestran conductas extremas como agresividad y rechazo o parecen tener miedo de sus padres, madres o cuidadores.
- Características de la vivienda: hacinamiento y pobreza.

Riesgo biopsicosocial:

- Violencia intrafamiliar.
- Uso de alcohol y/o drogas psicoactivas.
- Antecedentes de abuso infantil en padres y/o madres.
- Modelo autoritario de crianza.
- Insatisfacción de las necesidades de niños, niñas o adolescentes.
- Enfermedad mental de padres, madres o tutores.
- Ausencia de apoyo de otros familiares, vecinos o entidades sociales.



b) Examen físico

Los niños, niñas o adolescentes de quienes se sospeche son víctimas de maltrato deben vestir la menor cantidad de ropa posible durante el examen físico, a fin de poder identificar signos sugestivos de maltrato corporal.

Observe:

- Las actitudes de niños, niñas y adolescentes.
- La actitud de los padres, madres o tutores hacia el niño, niña o adolescente del que se sospecha es víctima de violencia y hacia el personal a cargo de la consulta.
- Lesiones o heridas en regiones protegidas o debajo del vestuario del niño, niña o adolescente principalmente debajo de la ropa interior.
- Presencia de contusiones o moretones en senos, cuello, tronco, nalgas, genitales, ano o parte superior de los brazos, con posible sangrado o flujo, trauma en la boca.
- Lesiones en diversas etapas de cicatrización.
- Quemaduras de cigarrillos.

c) Estudios complementarios

Imágenes:

- Radiografías simples de cráneo y de otras áreas óseas en proyección anteroposterior y lateral, cuando se sospeche de lesiones óseas y trauma craneoencefálico en los menores de dos años.
- En mayores de dos años, realizar radiografías de tórax y abdomen en caso de lesiones toracoabdominales e historia poco convincente acerca del mecanismo del trauma.
- Radiografías simples de cráneo con datos de lesión. La investigación debe ser completada con una tomografía axial computarizada.
- En caso de lesiones intracraneales, convulsiones u otros signos y síntomas neurológicos, debe ser realizada una resonancia magnética nuclear (RMN).



Estudios de laboratorio:

- Hemograma completo, plaquetas y pruebas de coagulación.
- Examen general de orina.
- Pruebas de función hepática (TGO/TGP) en trauma abdominal.

5.2 Evaluación multidisciplinaria y confirmación del diagnóstico

Personal de enfermería:

- Realiza el registro inicial del usuario.
- Asegura la integridad del niño, la niña y el adolescente en el centro de salud.
- Presenta los casos sospechosos al médico responsable de la evaluación.
- Está presente en todo momento durante la evaluación, principalmente cuando se trate de violencia sexual.
- Asegura el cumplimiento de las indicaciones médicas y el seguimiento de los casos.

Médico:

- Registra toda la información del paciente en su expediente o récord médico.
- Establece el diagnóstico de sospecha de violencia.
- Solicita interconsultas con otros especialistas, según el caso.
- Maneja la lesión de acuerdo con los parámetros establecidos e inicia la atención del caso de violencia o lo refiere, tomando en consideración la gravedad y la complejidad del mismo.
- Recolecta las evidencias que serán presentadas al médico legista en los casos de complejidad alta o moderada.
- Informa a la dirección del centro de salud para que se encargue de la notificación del caso a las autoridades responsables.

Psicólogo:

- Exploración de la presión que dificulta que la víctima y sus familiares puedan expresarse libremente.



- Entrevista al niño o la niña o la persona adolescente.
- Entrevista al pariente, tutor o persona responsable acompañante.
- Realiza una evaluación de la situación familiar.
- Recomienda una evaluación psiquiátrica en los casos pertinentes.

Trabajo social:

- En los centros de salud donde se cuente con trabajo social, este profesional adscrito al centro de salud se integra con el trabajador social de CONANI en el seguimiento de la familia.
- Parte de su función en el equipo de atención es completar la investigación sobre la situación familiar en coordinación con instituciones del sistema de protección a través de visita al domiciliario y del vecindario, y evalúa la situación de protección en la escuela y la comunidad.

6. INGRESO E INTERVENCIÓN INICIAL

La atención consiste en la detección temprana, el diagnóstico y el tratamiento de urgencia; así como en la notificación, el registro, el seguimiento y la rehabilitación.

a) Detección temprana

- Establezca la sospecha de violencia probable y clasifique el nivel de gravedad del maltrato físico.
- Trate las lesiones, establezca al paciente y refiera al nivel de atención de mayor complejidad, si la capacidad resolutoria del centro de la primera atención no permite responder a las necesidades del caso.
- Refiera, si es necesario, a cirugía, ginecología, odontología, traumatología o cualquier otro servicio, para el manejo interdisciplinario de la víctima.
- En caso necesario, refiera el expediente al Ministerio Público correspondiente de la jurisdicción en donde ocurrió el hecho y a servicios del Sistema de Protección Infantil, utilizando para ello la siguiente documentación:
 - » F-NNAV-02: hoja de referimiento del niño, la niña o la persona



adolescente que ha recibido atención en la red de Servicios de Salud y del cual se presume es víctima de violencia física.

- » F-NNAVV-03: hoja de referimiento del niño, la niña o la persona adolescente del cual se presume es víctima de violencia, hacia servicios del Sistema de Protección Infantil.

b) Confirmar el diagnóstico e indicar tratamiento

- Siga el procedimiento establecido para el diagnóstico y aplique el tratamiento clínico y/o quirúrgico indicado según la lesión.
- El médico o el personal que recibe el caso debe evaluar y clasificar el maltrato.



EVALUAR Y CLASIFICAR

<p>Nivel de complejidad</p>	<p>Intervenciones</p>	<p>Protección</p>
<p>ALTA COMPLEJIDAD: Situación de abuso es sostenida o muy frecuente y posibilidad para causar daño físico o psicológico severo, e incluso poner en riesgo la vida de la víctima.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hospitalice como medida de protección. 2. Evaluación del médico forense para clasificar las lesiones. 3. Atienda las lesiones según el tratamiento específico. 4. En los casos en que se requiera de una intervención de emergencia, proceda con la atención y describa detalladamente las lesiones y los procedimientos realizados, tome y resguarde las posibles evidencias. Oficialice el documento por la dirección del centro para posible uso legal. 5. Ofrezca medidas de protección a la víctima, hasta que acudan autoridades del sistema de protección infantil y adolescente. 6. Identificación de un adulto protector (que le crea al niño, la niña o la persona adolescente y le ofrezca resguardo y acompañamiento). 7. Informe a la víctima y/o al adulto protector sobre las medidas que serán tomadas para la atención y el resguardo del niño/a o adolescente. 8. Cuando el posible perpetrador es un miembro de la familia o convive con la víctima, evite contacto de este con el niño/a o adolescente. 9. Asegúrese de que el expediente clínico contenga los antecedentes y datos sobre lo ocurrido, así como la evidencia que sustenta la sospecha de abuso o violencia. 10. Deje constancia por escrito del resultado de sus actuaciones, con fines administrativos y carácter oficial. Provea información acerca de posibles testigos. 11. El Servicio de Salud Mental deberá dar seguimiento a la familia del niño, la niña o la persona 	<p>Notifique verbalmente el caso a las autoridades competentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fiscalía correspondiente, oficinas municipales de CONANI y Juntas Locales de Protección y Restitución de Derechos. <p>Envíe la hoja de notificación a las autoridades correspondientes. Muestre las evidencias.</p>

<p>COMPLEJIDAD MEDIA</p> <p>Maltrato de moderado a grave y colaboración dudosa de padres, madres o tutores.</p>	<p>Cuando la severidad del daño es considerada de moderada a grave:</p> <p>Atienda las lesiones según lo requerido:</p> <ol style="list-style-type: none"> Defina y establezca las acciones de ayuda del equipo de salud, así como su aceptación por parte de la víctima y de los adultos responsables de esta. Valore la fortaleza de la familia y promueva factores protectores. Promueva el reconocimiento de los derechos de los niños, las niñas y las personas adolescentes. Estimule el buen trato y la crianza basada en amor, confianza y diálogo. Oriente a los padres sobre el seguimiento del niño, la niña o la persona adolescente luego de su regreso. Refiera a los padres, madres o tutores a las instituciones correspondientes, si necesitan de una intervención específica: violencia intrafamiliar, uso de drogas o enfermedad mental. Incorpore a la familia a programas comunitarios. Si aumenta el riesgo, actúe de acuerdo con los lineamientos de COMPLEJIDAD ALTA 	<p>Notificación a las autoridades competentes (Fiscalía correspondiente, Oficinas municipales de CONANI, Juntas Locales de Protección y Restitución de Derechos), en cumplimiento del artículo No. 14 de la Ley No. 136-03.</p>
<p>COMPLEJIDAD LEVE:</p> <p>Maltrato de leve a moderado. Las autoridades cuentan con la colaboración de padres, madres o tutores</p>	<p>Se ofrece atención de salud y seguimiento ambulatorios.</p> <ol style="list-style-type: none"> Los departamentos de Psicología o Trabajo Social brindarán la atención requerida. <p>Desde una UNAP o centro ambulatorio de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> El personal de enfermería del centro de Primer Nivel ofrezca a los padres, madres y tutores orientación sobre Crianza Saludable. Referimiento al psicólogo ambulatorio para la atención al niño/a o la persona adolescente. <p>Desde un hospital de Segundo o Tercer Nivel</p> <ul style="list-style-type: none"> El personal de Salud Mental del hospital ofrecerá orientación a la víctima y a sus familiares. La psicóloga del hospital brinda atención terapéutica al menor y a sus familiares. 	<p>Notificación del caso de sospecha a las autoridades para su investigación y seguimiento, en cumplimiento del artículo No. 14 de la Ley No.136/03.</p>



7. CRITERIOS DE INGRESO

- Niños y niñas con menos de tres años que presenten lesiones sospechosas de violencia y que se encuentren en evidente riesgo de daño a su integridad física y mental o cuyas vidas puedan estar amenazadas.
- Todo niño, niña o adolescente que muestra evidencias de ser maltratado de forma reiterada o frecuente y con lesiones o afectación de su integridad.
- Casos de evidente negligencia o descuido y en situación familiar considerada de alto riesgo.
- Niños, niñas y adolescentes con lesiones graves que pongan en peligro su vida o el funcionamiento normal de órganos y sistemas corporales.
- Niños o niñas abandonados.
- Casos de reincidencia o antecedentes previos de violencia física u otro tipo de abuso.

8. ATENCIÓN

- Inicie el tratamiento médico o quirúrgico de las lesiones, según el caso.
- Solicite una valoración psicológica o psiquiátrica, si se requiere.
- Solicite la evaluación del caso a especialistas médicos de las ramas requeridas.
- Notifique a la unidad competente del Sistema de Protección Infantil y Adolescente, conforme a la gravedad del caso.
- Incluya en la estrategia de atención a la víctima (y a sus familiares, de ser requerido) sesiones de psicología con acciones específicas de intervención protectora.
- El trabajador social y/o el psicólogo, como integrante del equipo multidisciplinario encargado, coordina la atención y el seguimiento de los casos con otras instituciones del Sistema de Protección y Derechos Fundamentales de Niños, Niñas y Adolescentes y las redes

- de apoyo en la comunidad.
- El centro de salud organizará actividades de promoción del buen trato a la infancia, por lo menos cuatro veces al año, y realizará talleres para padres, madres y tutores para que sean entrenados en prácticas de crianza saludable.

9. CRITERIOS DE EGRESO

- Mejora clínica de las lesiones.
- Evidencia de la existencia de mecanismos de protección.
- Cuando no existe riesgo para la seguridad del niño, la niña o la persona adolescente.

10. INFORMACIÓN PARA PADRES Y/O FAMILIARES

- Se informará a padres, madres o tutores acerca de la condición del niño, niña o adolescente, las decisiones tomadas para su tratamiento y la obligación de notificación al sistema de protección.
- Se orientará a padres, madres o cuidadores sobre los siguientes aspectos:
 - » Impacto de la violencia en la salud y el desarrollo de su hijo o hija.
 - » Importancia de las buenas prácticas de crianza.
 - » Cuidados adecuados para el recién nacido y el lactante, como manejo del llanto y el evitamiento de movimientos bruscos causantes de lesiones.
 - » Signos que sugieren violencia contra niños, niñas y adolescentes.
 - » Comportamiento infantil o adolescente que sugiera violencia sexual.
 - » Derechos de los niños, niñas y adolescentes.
 - » Que es el maltrato físico y su impacto en la salud de sus hijos / hijas.



11. NOTIFICACIÓN Y REGISTRO

El registro de los casos de violencia contra niños, niñas y adolescentes será realizado según los criterios diagnósticos del CIE-10.

El personal de salud y/o el equipo multidisciplinario de atención está obligado por ley a reportar todos los casos de sospecha de violencia contra niños, niñas y adolescentes al Sistema de Protección.

Serán notificados todos los casos de sospecha de violencia contra niños, niñas y adolescentes.

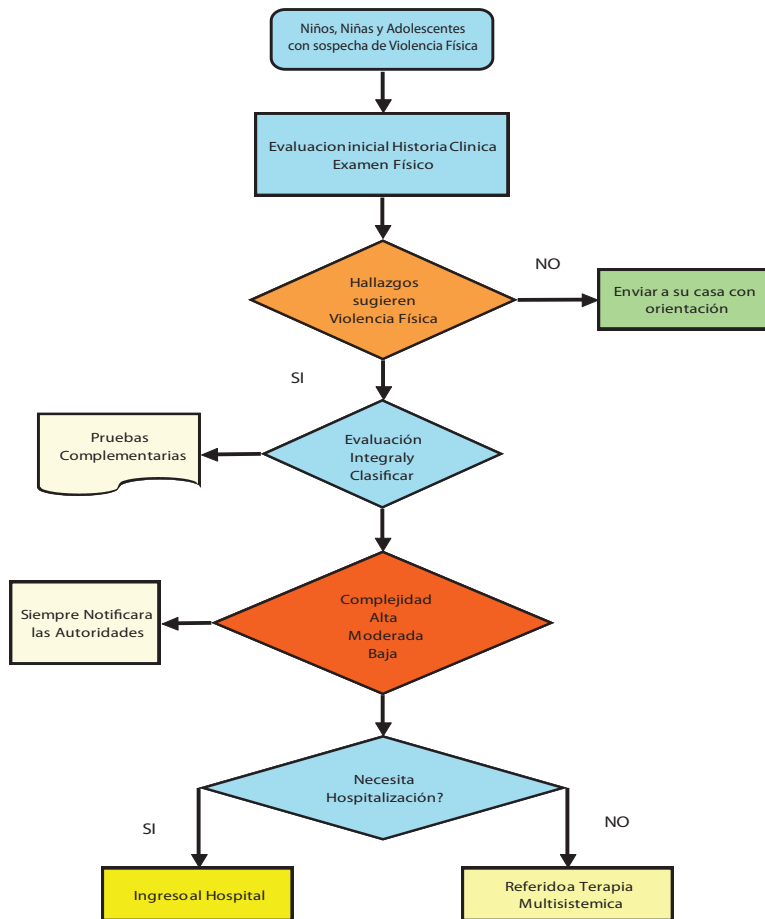
Los casos de complejidad alta y media serán notificados de manera inmediata.

Entre los casos de alta complejidad, se encuentran:

- Intoxicación por alcohol u otras sustancias.
- Traumas craneoencefálicos.
- Lesiones que pongan en riesgo la vida del niño, niña o adolescente.

12. ALGORITMO

Detección, diagnóstico y tratamiento de niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso físico.





13. BIBLIOGRAFÍA

1. Browne, K. (2002) Early Prediction and Prevention of child Abuse: A handbook. 2002. England/West Sussex, John Wiley & Sons Ltd.
2. Crawford, J., Jakubia, JE. (2013). La evaluación de los niños en el contexto de atención primaria cuando se sospecha de abuso sexual. *Pediatrics*, Vol. 132 (2), 558- 67. doi: 10.1542 / peds.2013-1741. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
3. Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas, UNICEF (2006) Violencia contra los niños/niñas y adolescentes. Informe de América Latina en el marco del Estudio Mundial de las Naciones Unidas. s.l. : www.unicef.org
4. Garcia Pina, Aracelis, Loredó-Abdala, Arturo, Trejo Hernández, Jorge. (2008). Quemaduras intencionales en pediatría. Un mecanismo poco considerado de maltrato físico *Acta Pediátrica Mex*;29(1):9-15
5. Grupo de Trabajo de Atención al Maltrato Infantil de la Sociedad Española de Uegencias de Pediatría (2015). Aproximación al manejo del maltrato infantil en la Urgencia. ISBN: 978-84- 16270-13- 2. (en línea)
6. Herrmann, B., Banaschak, S., Csorba, R., Navratil, F., y Dettmeyer, R. (2014). El examen físico en el abuso sexual infantil. Enfoques y la evidencia actual. *Dtsch Arztebl Int*, Vols. 111 (41): 692-703.
7. Hilton, Lisette. (2016). Child Abuse Diagnosis. Needs Careful Analysis. *Dermatology Times*, Vols. 37, No.1.
8. Mesa-Gresa, P., Moya-Albio, L.(2011) Neurobiología del Maltrato Infantil: el ciclo de la violencia. Revisión de Artículo. [Http://www.neurologia.com](http://www.neurologia.com) *Rev Neurol*; 52 (8): 489-503. Recuperado el 01/02/16
9. Ministerio de Salud Pública. (2015). Estrategias para el fortalecimiento de la respuesta del Sistema Nacional de Salud a la Violencia de género y contra los niños, niñas, adolescentes, mujeres y personas adultas mayores, 2016-2020. Santo Domingo, RD : (Disponible impreso).
10. Narang, S and Clarke, J.(2014) Abusive Head Trauma: Past, Present, and Future. *Journal of Child Neurology*, Vol. Vol. 29 .
11. Sener MT, Aydin OE, Kara M. (2016). Factores que influyen en la adherencia al tratamiento y el seguimiento de las quemaduras en los niños: Una experiencia de un solo centro. *Euroasiático J Med*. Vols. 48 (1): 20-3. doi: 10.5152

***PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE CASOS DE
VIOLENCIA SEXUAL EN NIÑOS, NIÑAS Y
ADOLESCENTES***



0. INTRODUCCIÓN

En la República Dominicana, el abuso sexual constituye el segundo tipo más frecuente de violencia contra las niñas/niños y adolescentes, luego del castigo físico y psicológico. El Instituto de Sexualidad Humana de la Universidad Autónoma de Santo Domingo reportó en el 2013, cifras preocupantes de hombres y mujeres con historial de abuso sexual infantil, de las 25,000 mujeres atendidas durante ese año, el 30% fueron víctimas de abuso sexual durante su infancia y el 10% de los hombres. (García, 2013).

En el 2014 se reportaron 2,951 casos de abuso sexual, de los cuales 559 fueron considerados incesto; las adolescentes son las principales víctimas de violación sexual atendidas en los centros de salud y una parte importante de los embarazos en adolescencia son producto de una situación de violación y seducción por adultos, (MSP,2015). A pesar de los casos reportados, se estima que la mayoría no son identificados, producto de las implicaciones familiares, sociales y culturales. (IEPD/ PROFAMILIA, 2002)

1. OBJETIVO

Establecer directrices que permitan un abordaje estandarizado a los niños, niñas y adolescentes con sospecha de ser víctimas de violencia sexual que acuden a los Servicios de Salud, para su oportuno diagnóstico, notificación y adecuado manejo.

2. USUARIOS DEL PROTOCOLO

Médicos Generales, Médicos Especialistas en Pediatría, en Emergenciología, en Medicina Familiar, en Ginecología y Obstetricia y Personal de enfermería, psicología y trabajo social de los Servicios de Salud.

3. POBLACIÓN DIANA

Niños, niñas y adolescentes con sospecha de ser víctimas de violencia o abuso sexual.

4. DEFINICIÓN

El abuso sexual es la implicación de niños, niñas o adolescentes en actividades sexuales, para satisfacer las necesidades de un adulto o de una persona menor de edad, pero cinco o más años mayor que la víctima, quien busca su propia gratificación sexual sin consideración del desarrollo psicosexual del niño, la niña o la persona adolescente. Puede ocurrir aun sin contacto físico. (Ley 136-03)

Los hallazgos del examen físico son variables y no específicos, por lo que la ausencia de signos no descarta el abuso sexual.

5. CLASIFICACIÓN O TIPOLOGÍA DEL ABUSO SEXUAL

a) Abuso sexual con contacto físico

- Tocar las zonas genitales del niño, la niña o la persona adolescente con intención sexual.
- Acariciar o tocar los pechos o genitales de la víctima con los dedos, los genitales o la boca; introducir objetos en sus genitales o realizar una penetración vaginal, anal u oral.

Este tipo de abuso se presenta en el 90 % de los casos. (García-Piña, 2009)

b) Abuso sexual sin contacto físico

Forman parte de este apartado el exhibicionismo, la intimidación, el voyerismo, la pornografía y el fomento de la prostitución.



6. PRINCIPALES HALLAZGOS

Hallazgos sugestivos de abuso sexual

Signos, síntomas y lesiones del abuso sexual:

- a. Signos genitales.
- b. Signos anales.
- c. Lesiones cutáneas perianales y perineales.
- d. Lesiones o infección en la cavidad oral.
- e. Síntomas y signos emocionales, cognitivos y/o conductuales.

7. DIAGNÓSTICO

- Cuando el niño, niña o adolescentes dice ha sido abusado/a.
- Embarazos en niñas o adolescentes tempranas menores de 15 años
- Infección por sífilis, gonorrea, o clamidia tracomatis que se ha descartado infección congénita.
- Infección por VIH, hepatitis B, Herpes Simple II o papilomatosis.
- Si hay presencia de ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada.
- Si existe contusiones, hematomas, edema o sangrado en los genitales externos, zona vaginal o anal.
- La presencia de signos clínicos de enfermedad de transmisión sexual en una persona menor de edad.
- Sospecha o confirmación de semen en la boca, genitales o en la ropa de la víctima.
- Presencia de cuerpos extraños en uretra, vagina, o región anal.
- Infecciones urinarias a repetición.
- Escoriaciones o irregularidades en ano, pliegues engrosados o desaparecidos, dilataciones varicosas, heridas, o fisuras anales.
- Himen desgarrado, ausente o apertura himenal amplia.
- Sangrado anal o por vagina.
- Queja de dolor o picor en la zona genital.
- Conductas erotizadas en niños y niñas pequeñas.
- Ansiedad, depresión, conducta de fuga.
- Conductas precoces o conocimientos sexuales frecuentes e inadecuadas para su edad.



7.1 Hallazgos conductuales que pueden orientar el diagnóstico

- Rechazo del contacto físico de carácter social; en particular de caricias, abrazos y besos.
- Conductas precoces o conocimientos sexuales frecuentes e inadecuados para su edad, que pueden estar acompañados de intimidación y son repetidos a escondidas de padres o cuidadores.
- Interés exagerado por los comportamientos sexuales de los adultos.
- Conducta seductora en niñas, niños o adolescentes.
- Conducta de fuga en adolescentes.
- Cambios bruscos de conducta.
- Resistencia a desnudarse o a bañarse.
- Conductas regresivas como succión del pulgar o enuresis.
- Masturbación compulsiva.
- Conducta exhibicionista.
- Cambios en hábitos alimenticios, sueño.
- Involucramiento en actividades de explotación sexual comercial.
- Cambios en el rendimiento académico.

7.2 Frente a la sospecha se evalúa el caso por el equipo de atención multidisciplinario formado por personal médico, de enfermería, trabajo social y psicología.

a) Historia clínica

La historia clínica debe realizarse en un ambiente tranquilo y con privacidad, por un personal médico entrenado, amable y con actitud abierta, que a través de la empatía y una adecuada relación médico paciente, facilite a la víctima ofrecer la información que permita establecer el diagnóstico.

- El interrogatorio debe tener preguntas simples, y deberán registrar las respuestas tal como son ofrecidas por el niño, niña o adolescente.
- Asegúrese que la víctima pueda hablar libremente, si es posible, realice la escucha en ausencia de familiares.



- Trate al niño, niña o adolescente con respeto y dignidad.
- Evite las expresiones de desaprobación hacia el supuesto perpetrador
- Escuche atentamente y permita que el niño, niña o adolescente exprese sus pensamientos con sus propias palabras, no importa el tipo de lenguaje.
- No corrija ni haga dudar al niño, niña o adolescente.
- Tranquilice al niño, niña o adolescente, responda las preguntas que puedan tener y ofrezca su apoyo.

b) Puntos importantes en la historia clínica

Estructura y dinámica familiar:

- Existen mayormente 3 tipos de dinámicas familiares relacionado a incesto/abuso sexual: familia caótica y promiscua, familia rígida y familia autoritaria.
- Estado de salud los integrantes de la familia.

Riesgo biopsicosocial tales como:

- Violencia intrafamiliar
- Uso de alcohol, drogas psicoactivas
- Antecedentes de abuso infantil en los padres / madres.
- Ausencia de apoyo de otros familiares, vecinos o apoyos sociales

c) Examen físico

Los hallazgos en el examen físico dependerán del tiempo transcurrido entre la agresión y dicha exploración. Si el período transcurrido supera las 72 horas, en la mayoría de los casos los resultados del examen físico serán normales, dada la rápida capacidad regenerativa de los tejidos de las áreas genital y anal.

La exploración anogenital del niño, la niña o la persona adolescente con sospecha de ser víctima de violencia sexual será realizada por un personal médico entrenado y con autorización forense, el cual estará siempre acompañado de una enfermera y de familiares o representantes protectores o de la confianza del niño, niña o adolescente.



Es preciso explicar a la presunta víctima y al familiar o adulto responsable que le acompaña, en qué consistirá la exploración física, antes de que ésta sea efectuada.

Examen en las niñas

Frente a la sospecha de violencia sexual, además del examen físico completo, deberá ser realizada una evaluación del área anogenital.

El examen deberá ser realizado de manera ordenada, por zonas: cabeza, cavidad oral, faringe, cuello, tórax, abdomen y extremidades superiores e inferiores. Luego será examinada la región anogenital.

Posiciones y procedimientos para la exploración anogenital de la niña:

- Posición de decúbito lateral.
- Posición fetal.
- Posición supino lateral.
- Tracción labial.
- Separación labial.

Debe ser parte integral de la exploración, la búsqueda de evidencias que apoyen la notificación y las medidas de protección recomendadas, como caso médico legal.

Si se evidencia algún sangrado vaginal con sospecha de trauma, es aconsejable realizar la exploración y la eventual reparación bajo anestesia general en el quirófano.

Los hallazgos observados durante el examen de la región anogenital deberán ser claramente descritos y será preciso detallar su localización siguiendo las manecillas del reloj.

Identificar cicatrices y desgarros del himen, heridas, laceraciones y equimosis en genitales y muslos; así como dilatación anal, fisuras y lesiones perianales, sangrado anal o vaginal e infecciones de transmisión sexual.



Examen en los niños

Realizar el examen de manera ordenada por zonas: cabeza, cavidad oral, faringe, cuello, tórax, abdomen y extremidades superiores e inferiores.

Inspeccionar la cara interna de los muslos y el periné, identificando las características del pene y el escroto; así como la presencia de escoriaciones, mordeduras, quemaduras y de toda lesión que pudiera apreciarse en otras áreas del cuerpo.

Para el examen de la región anal, el niño será colocado en posición de decúbito lateral, con la rodilla hacia el pecho. Investigar la presencia de dilatación anal, borramiento de los pliegues, fisuras, lesiones perianales y sangrado anal.

Buscar lesiones que sugieran enfermedades de transmisión sexual.

En los casos en que resulte difícil efectuar el examen anogenital, se recomienda realizarlo bajo anestesia general.

Debe ser parte integral de la exploración, la búsqueda de evidencias que apoyen la notificación y las medidas de protección recomendadas.

Examen en las adolescentes

Antes del examen, será solicitado el consentimiento informado. Durante la realización del procedimiento estará presente la enfermera o un familiar, con la aprobación de la adolescente.

El examen físico será realizado de manera ordenada, por zonas: cabeza, cavidad oral, faringe, cuello, tórax, abdomen y extremidades superiores e inferiores.

En la primera parte de la evaluación, será determinado el desarrollo sexual de la adolescente; posteriormente, será realizado el examen genital completo, en posición ginecológica.



La inspección será visual. Solo se utilizará un espéculo en caso de sangrado con sospecha de trauma vaginal o de cuello uterino, dolor abdominal o fiebre; o si ha sido utilizado con anterioridad en la paciente.

Serán evaluados las áreas perineales y el himen, detallando sus características desgarros, laceraciones, engrosamientos o irregularidades, ubicándolos en sentido del reloj.

Para realizar la inspección de la zona perianal, la adolescente será colocada en posición genupectoral. Será valorado el tono del esfínter anal y, si hay dilatación, será verificada la presencia de lesiones traumáticas, condilomas perianales o congestión de la zona perianal.

Examen en los adolescentes

Antes del procedimiento, deberá solicitarse el consentimiento informado.

La enfermera estará presente durante el examen.

El examen físico será realizado de manera ordenada, por zonas: cabeza, cavidad oral, faringe, cuello, tórax, abdomen y extremidades superiores e inferiores.

Para su revisión, el adolescente será colocado en posición supina (acostado boca arriba). Se procederá a examinar el pene, los testículos, el escroto y el periné.

La región anal será evaluada con el adolescente en posición de decúbito lateral, colocando la rodilla hacia el pecho.

- Busque la presencia de dilatación anal, borramiento de los pliegues, fisuras, lesiones perianales y sangrado anal.
- Lesiones que sugieran enfermedades de transmisión sexual.

Los hallazgos observados durante el examen de la región anogenital deben ser claramente descritos, identificado su localización siguiendo las manecillas del reloj.



Frente a la presencia de hallazgos sugestivos de abuso sexual, es recomendable realizar una exploración exhaustiva bajo anestesia.

Debe ser parte integral de la exploración, la búsqueda de evidencias que apoyen la notificación y las medidas de protección recomendadas.

d) Estudios de laboratorio

- Pruebas para determinar la presencia de infecciones de transmisión sexual: clamidia, gonococo, tricomonas, VDRL.
- Perfil viral: VIH, hepatitis A, B y C.
- Prueba de embarazo en adolescentes.
- Aspirado vaginal y extendido en lámina.
- Grupo sanguíneo y Rh.
- Niveles de drogas en sangre.
- Hemograma.

e) Evaluación del equipo multidisciplinario y confirmación del diagnóstico de abuso sexual

Personal de enfermería:

- Realiza el registro inicial del usuario.
- Asegura la integridad del niño, la niña o la persona adolescente en el centro de salud.
- Presenta los casos sospechosos al personal médico.
- Está presente en todo momento durante la evaluación.
- Asegura el cumplimiento de las indicaciones médicas y el seguimiento de los casos.

Médico:

- Registra toda la información del paciente en su expediente o récord médico, como constancia de los resultados de la evaluación y la atención del caso; y para que pueda ser posteriormente utilizada por el Sistema de Protección.



- Establece el diagnóstico de sospecha de violencia sexual.
- Solicita interconsultas con otros especialistas, en caso necesario.
- Inicia el tratamiento o refiere el caso, de acuerdo con su gravedad y complejidad.
- Informa a la dirección del centro de salud para que se encargue de la notificación del caso a las autoridades correspondientes.

Psicólogo:

- Identifica y evalúa cualquier probable mecanismo de presión por parte del agresor, para coartar la libertad de expresión de la víctima y sus familiares.
- Entrevista al niño, la niña o la persona adolescente.
- Entrevista al pariente protector.
- Realiza una evaluación de la situación familiar.
- Recomienda una evaluación psiquiátrica, en caso de considerarla pertinente.

Trabajador Social:

En los centros de salud con un Departamento de Trabajo Social, la persona representante de esta dependencia dará seguimiento a la familia en coordinación con su homóloga de CONANI. Como parte del equipo de atención, completará la investigación sobre la situación familiar, en conjunto con instituciones del sistema de protección. Asimismo, visitará el domicilio y el vecindario de la víctima para evaluar el grado de protección que ésta recibe en la escuela y en la comunidad.



8. INGRESO E INTERVENCIÓN INICIAL

El tratamiento consiste en la detección temprana, el diagnóstico y la atención de urgencia; así como en la notificación, el registro, el seguimiento y la rehabilitación.

a) Detección Temprana

- Establezca el diagnóstico de probable abuso sexual e inicie el proceso de atención y confirmación del caso.
- Identifique el estilo de parentalidad.
- Trate las lesiones, estabilice al paciente y refiera al nivel de atención de mayor complejidad, si la capacidad resolutoria del centro de la primera atención no permite responder a las necesidades de salud del niño, niña o adolescente.
- Recuerde recolectar las evidencias necesarias para el proceso legal, en caso de que existieran.
- De ser pertinente, derive el paciente a manejo interdisciplinario.
- Si es necesario, refiera el caso al Ministerio Público correspondiente a la jurisdicción en donde ocurrió el hecho, mediante la presente documentación:
 - » F-NNAVV-02: hoja de referimiento de niños, niñas y adolescentes con sospecha de ser víctimas de violencia, los cuales son atendidos dentro de la Red de Servicios de Salud.
 - » F-NNAVV-03: hoja de referimiento hacia servicios del Sistema de Protección Infantil, de los niños, las niñas y las personas adolescentes con sospecha de ser víctimas de violencia.

b) Confirme el diagnóstico e inicie el tratamiento

Establezca:

- Severidad de las lesiones

Tipo de abuso:

- intra o extrafamiliar.
- Cercanía temporal del incidente respecto a la fecha de la investigación.



- Localización de las lesiones.
- Duración del abuso.
- Intensidad del abuso.
- Edad del agresor y de la víctima.
- Uso o no de la fuerza física.
- Relación y cercanía de la víctima con el agresor (si ha sido identificado).

En caso de violencia sexual confirmada y de una evaluación médico legal, todos los casos serán considerados de alta complejidad y deberán ser notificados.

Es necesario evaluar y clasificar el caso, ya que la intervención dependerá de las siguientes variables: gravedad, edad, tiempo y familiaridad.



El personal de atención evaluará y clasificará la violencia sexual de acuerdo con los siguientes parámetros:

Diagnóstico	Criterios	Intervención	Notificación
<p>ABUSO SEXUAL DEFINITIVO</p>	<p>Episodio presenciado por un testigo o con evidencias como fotos y videos.</p> <p>Presencia de esperma o líquido seminal en el cuerpo del niño, la niña o la persona adolescente.</p> <p>Lesión física evidencia de penetración vaginal, anal o de ambas, en ausencia de un accidente causal.</p> <p>Pruebas positivas para infecciones de transmisión sexual (gonorrea, sífilis, hepatitis, VIH).</p>	<p>MEDIDAS DE EMERGENCIA:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Realice la hospitalización inmediata, trate las lesiones, ofrezca atención psicológica, recolecte evidencias y ofrezca protección transitoria a la víctima. 2. Notifique a las autoridades. 3. Espere la evaluación de médico forense, recolecte las evidencias. 4. Aplique el Protocolo Nacional de Profilaxis Post-Exposición para ITS/VIH dentro de las primeras 24 horas de ocurrida la agresión. 5. Inicie la atención anticonceptiva de inmediato, si la víctima es una adolescente. 6. Frente a un caso de embarazo en adolescente menor de 15 años, dar seguimiento por parte de personal especializado y de la Unidad de Salud Mental. 7. Notifique el caso al Ministerio Público de la localidad. Frente a la presencia de infecciones de transmisión sexual, inicie el tratamiento según el esquema establecido. 8. En caso de abuso sexual crónico: seguimiento por parte del equipo de atención para el manejo de víctimas de violencia intrafamiliar. Refiera el caso a la Unidad de Delitos Sexuales o al Ministerio Público. 9. Cumplir con las medidas cautelares: <ul style="list-style-type: none"> • Medida de protección provisional. • Continuar con el tratamiento en el hospital o en otra institución del Sistema de Protección. 	<p>Notifique verbalmente el caso a las autoridades competentes:</p> <p>Fiscalía correspondiente, Oficinas Municipales de CONANI y Juntas Locales de Protección y Restitución de Derechos.</p> <p>Envíe la hoja de notificación a las autoridades correspondientes. Muestre las evidencias.</p>

<p>PROBABLE ABUSO SEXUAL</p>	<p>Versión clara, detallada y consistente del niño, la niña o la persona adolescente, con o sin hallazgos en el examen.</p> <p>Hallazgos en la exploración genitoanal sugestivos de violación, sin historia de trauma genital accidental.</p> <p>Cultivo positivo de Trichomona vaginalis o Chlamydia trachomatis (en menores de dos años, descartar la transmisión perinatal).</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Trate las lesiones, ofrezca atención psicológica, recolecte evidencias y ofrezca protección transitoria a la víctima. 2. Evaluación y seguimiento por parte del equipo multidisciplinario de atención para determinar los casos de abuso sexual crónico. 3. Notifique a las autoridades y espere la evaluación del médico forense. 4. Aplique el Protocolo Nacional de Profilaxis Post-Exposición para ITS/VIH e inicie la atención anticonceptiva de inmediato en casos de adolescentes. 5. Frente a la presencia de infecciones de transmisión sexual, inicie el tratamiento según el esquema correspondiente. 6. Intervención psicológica desde el centro de salud coordinada y articulada con Oficina Municipal o la Junta Local de Protección y Restitución de Derechos de CONANI. 	<p>Notifique verbalmente el caso a las autoridades competentes:</p> <p>Fiscalía correspondiente, Oficinas Municipales de CONANI, Juntas Locales de Protección y Restitución de Derechos.</p> <p>Envíe la hoja de notificación a las autoridades correspondientes. Muestre las evidencias.</p>
<p>SIN EVIDENCIA DE ABUSO SEXUAL</p>	<p>Persona menor de edad con factores de riesgo para abuso sexual, pero sin alteraciones de conducta.</p> <p>Exploración física normal o hallazgos inespecíficos en la exploración genitoanal. No hay historia o denuncia de abuso sexual.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Asegúrese de dar seguimiento médico ambulatorio. 2. Refiera al psicólogo para evaluación y seguimiento. 	<p>Ofrezca un seguimiento en el servicio de salud.</p>



9. CRITERIOS DE INGRESO

- Todos los casos de abuso sexual clasificados como de alta complejidad, en una medida de protección de la víctima antes de la llegada de las autoridades competentes responsables de la restitución de sus derechos.
- Los casos con lesiones que pongan en riesgo la vida del niño, la niña o la persona adolescente.
- Casos probables de abuso sexual y presencia de infecciones de transmisión sexual, fiebre y afectación del estado general.
- Los casos sospechosos de abuso sexual que requieran de exploración bajo anestesia.
- Adolescentes embarazadas menores de 15 años.

10. TRATAMIENTOS O INTERVENCIONES

- Atención inicial
- Ofrezca atención médica clínica o quirúrgica según las lesiones identificadas.
- Administre la terapia de anticoncepción, en caso de una víctima adolescente de sexo femenino.
- Inicie la atención psicológica para intervención en crisis.
- Comience la terapia multisistémica junto a la familia.

Prevenga las infecciones de transmisión sexual y el embarazo:

- Aplique el Protocolo Nacional de Profilaxis Post-Exposición para ITS/VIH dentro de las primeras 24 horas de ocurrida la agresión.
- Inicie la atención anticonceptiva de inmediato en víctimas adolescentes de sexo femenino.
- Refiera los casos a un especialista si fuera necesario.

El desarrollo de gonorrea, clamidia, tricomoniasis, sífilis o vaginosis bacteriana puede ser prevenido mediante la terapia antibiótica que corresponda, de acuerdo con el cuadro siguiente:

Ceftriaxona	De 20 a 80 mg por kg de peso, sin sobrepasar los 250 mg IM en dosis única. El ciprofloxacino no deberá ser utilizado en niñas y niños.
Azitromicina	20 mg/kg por vía oral, en dosis única. Dosis máxima: un gramo.
Metronidazol	15 mg/kg cada ocho horas durante siete días, por vía oral. Dosis máxima: 2 g.
Penicilina G benzatínica	50,000 UI/kg, en dosis única. Dosis máxima de 2.4 millones de unidades.
Eritromicina	50 mg/kg oral cada 6 horas, durante un período de 10 a 14 días. Dosis máxima: 2 g. Utilizar eritromicina en pacientes alérgicos a la penicilina.

Seguimiento

Ofrezca la terapia multisistémica, en coordinación con el equipo multidisciplinario de atención entrenado en el tratamiento de situaciones de violencia intrafamiliar.

- Asegúrese de que el abuso sexual ha sido completamente detenido y de que no existe riesgo de reincidencia.
- Inicie sesiones para la reparación de los daños sufridos y el restablecimiento de las relaciones protectoras.
- Organice sesiones terapéuticas individuales con la víctima, el pariente protector y el victimario miembro de la familia
- Organice visitas domiciliarias sistematizadas a familias disfuncionales y víctimas de violencia intrafamiliar.
- El trabajador social y/o el psicólogo, como integrantes del equipo multidisciplinario de atención, coordinarán la atención y el seguimiento de los casos, junto a otras instituciones del Sistema de Protección de Niños, Niñas y Adolescentes y de las redes de apoyo en la comunidad.



Frente a embarazos en adolescentes menores de 15 años con sospecha de abuso sexual:

- Ofrezca una atención prenatal de calidad, capaz de detectar y resolver las posibles complicaciones.
- Atienda y dé seguimiento a la salud mental de la víctima. Debe investigarse a fondo acerca de conductas violentas y rechazo hacia la adolescente por parte de las siguientes personas: novio, padres, familiares, compañeros de escuela, vecinos y miembros de la iglesia, entre otros posibles acosadores.
- Brinde orientación a las adolescentes sobre el cuidado y el seguimiento del embarazo, la alimentación y la nutrición; así como acerca de la atención al recién nacido.
- El parto en las menores de 15 años será atendido por un personal especializado en el manejo del alto riesgo.

11. CRITERIOS DE EGRESO

- Estabilización de la condición clínica de cuidado y de la garantía de protección del niño, la niña o la persona adolescente.
- Inicio del tratamiento y la recuperación de las lesiones.
- Evidencia de la existencia de mecanismos de protección.
- Seguimiento de las recomendaciones del Sistema de Protección.

12. INFORMACIÓN A PADRES Y/O FAMILIARES

Se informará a los padres y madres sobre la condición de su hijo o hija, las decisiones tomadas para el tratamiento y la notificación al sistema de protección.

Será subrayada la obligación de notificar la situación de abuso sexual a las autoridades competentes.

Se orientará a los padres, madres y cuidadores sobre los siguientes aspectos:

- Educación sexual y prevención del abuso sexual en niños, niñas y adolescentes.
- Medidas para prevenir un embarazo secundario por abuso sexual.

- Impacto de la violencia en la salud y el desarrollo de su hijo o hija.
- Importancia de las buenas prácticas de crianza para la salud y la prevención del abuso sexual.
- Identificación de signos y síntomas que sugieran abuso sexual en sus hijos e hijas.
- Comportamientos en su hijo o hija que sugieran violencia sexual y/o psicológica.

13. NOTIFICACIÓN Y REGISTRO

Los casos de violencia contra niños, niñas y adolescentes serán registrados mediante la utilización de los criterios diagnósticos del CIE-10.

El personal de salud y/o el equipo multidisciplinario de atención estará obligado por ley a reportar al Sistema de Protección, todos los casos de sospecha de abuso sexual contra niños, niñas y adolescentes.

Todos los casos de abuso sexual son considerados de alta complejidad y deberán ser notificados. Dentro de este grupo, se encuentran:

- Abuso sexual definitivo: cuando existen testigo y evidencia.
- Sospecha de abuso sexual: versión clara, detallada y consistente del niño, la niña o la persona adolescente, con o sin hallazgos en el examen físico.

Primero:

- Notifique verbalmente el caso a las autoridades competentes:
- Fiscalía correspondiente, así como Oficinas Municipales y Juntas Locales de Protección y Restitución de Derechos de CONANI.

Segundo:

- Recolecte las evidencias y espere la evaluación del médico legista.
- Envíe la hoja de notificación a las autoridades correspondientes.
- Muestre las evidencias.



14. ALGORITMO

Detección, diagnóstico y tratamiento de niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual



15. BIBLIOGRAFÍA

1. Barudy, J., (1998). El dolor invisible de la infancia: una lectura ecosistemita del maltrato infantil, Paidós, Barcelona.
2. Browne, K, (2002). Early Prediction and Prevention of child Abuse: A handbook, England/West Sussex, John Wiley & Sons Ltd.
3. Congreso Nacional (2003). Ley 136-03 Código para el Sistema de Protección de los Derechos Fundamentales de los niños, niñas y adolescentes en la Republica Dominicana.
4. Crawford, J., Jakubia, JE. (2013). La evaluación de los niños en el contexto de atención primaria cuando se sospecha de abuso sexual. *Pediatrics*. 2013 Aug; 132 (2): e558-67. doi: 10.1542 / peds.2013-1741. Recuperado 02/04/16
5. García-Piña, Corina; Loredo-Abdalá, Arturo; Gómez-Jiménez, Martha. (2009). Guía para la atención del abuso sexual infantil. *Acta Pediatr Mex*;30(2):94-103 García, Rafael (2013). Abuso Sexual Infantil: Una realidad en República Dominicana. Instituto de Sexualidad Humana UASD. <http://www.rexpuestas.com/secciones/notas-al-margen/abuso-sexual-infantil-una-realidad-en-republica-dominicana>,
6. Grupo de Trabajo de Atención al Maltrato Infantil de la Sociedad Española de Urgencias. (2015). Aproximación del Manejo del Maltrato Infantil en la Urgencia Pediátrica. ISBN: 978-84- 16270-13- 2
7. Hermann, B., Banaschak, S., Csorba, R., Navratil, F., y Dettmeyer, R. (2014). El examen físico en el abuso sexual infantil. Enfoques y la evidencia actual. *Dtsch Arztebl Int*. 2014 Oct; 111 (41): 692-703. Publicado en Internet el 2014 octubre 10. Recuperado 5/04/17
8. IEPD/PROFAMILIA (2002). Explotación Sexual Comercial de Personas Menores de Edad en República Dominicana/ Santo Domingo: Oficina Internacional del Trabajo, Programa Internacional para la Erradicación del Trabajo Infantil.
9. Kellogg N. (2005). La evaluación de abuso sexual en los niños. *Pediatrics*. Aug; 116 (2): 506-12.
10. Kodner, Ch.; Wetherton, A. (2013). Diagnosis and Management of Physical Abuse in Children. *American Family Physician*. Vol. 88 Issue 10, p669-675, 7p, 8 Charts. Publisher: American Academy of Family Physicians.



11. Ministerio de Salud Pública (2015). Estrategias para el fortalecimiento de la respuesta del Sistema Nacional de Salud a la Violencia de género y contra los niños, niñas, adolescentes, mujeres y personas adultas mayores, 2016-2020
12. Ministerio de Salud Pública (2002). Norma Nacional para la Prevención y Atención de las Infecciones de Transmisión Sexual y Sida. República Dominicana.

ANEXOS

Figura No. 1. Posiciones para la exploración anogenital de las niñas y adolescentes de sexo femenino.

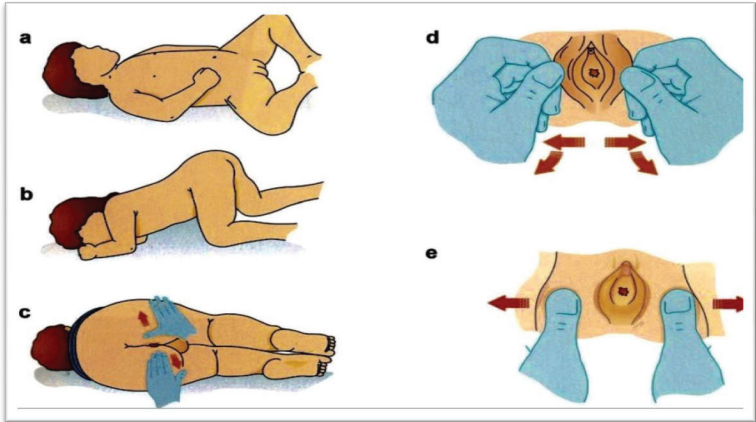
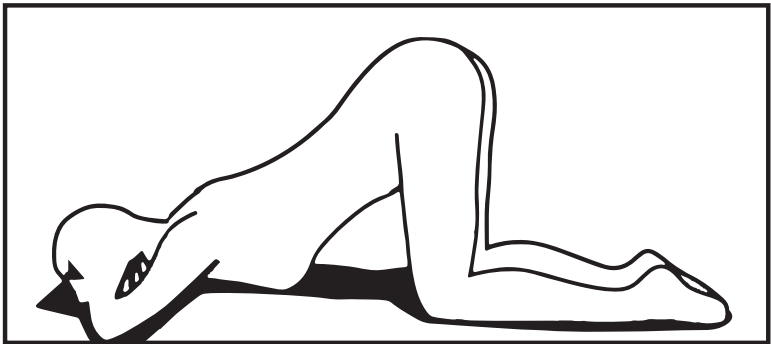


Figura No. 2. Posición genupectoral o mahometana para la exploración de la región anal.



Fuente: Herrman, B., Banaschak, S., Chorba, R., Navratil, F., y Dettmeyer, R. El examen físico en el abuso sexual infantil. Enfoques y la evidencia actual. *Dtsch Arztebl Int.* 2014 Oct; 111 (41): 692-703. Publicado en Internet el 10 de octubre de 2014. Recuperado: 5/04/17 (Herrmann 2014).

***PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE CASOS DE
VIOLENCIA PSICOLÓGICA, EMOCIONAL
Y NEGLIGENCIA EN NIÑOS, NIÑAS Y
ADOLESCENTES***



0. INTRODUCCIÓN

El abuso psicológico o emocional al igual que la negligencia, calificado como ausencia de cuidados por parte de padres y madres, son formas de violencia contra niños, niñas y adolescentes poco reconocidas; pero consideradas de alta frecuencia y de gran impacto en su salud y su desarrollo. (Mesa-Gresa, 2011)

El impacto en la salud dependerá del tipo de interacción cuidador-niño/a, la fase de desarrollo del niño/a o adolescente y de la magnitud de la omisión en la atención de sus necesidades emocionales y necesidades básicas.

Los profesionales de la salud presentan amplias dificultades para reconocer estos tipos de violencia contra los niños/niñas y adolescentes, lo que ocasiona retrasos en su detección y en la intervención protectora oportuna. Siendo la preocupación sobre la existencia de este tipo de abuso, lo que desencadena el proceso de detección y respuesta.

El abuso emocional/ psicológico y la negligencia, se asocia con frecuencia a otras tipologías de abuso, rara vez ocurren solo.

En la República Dominicana, el 62% de niños y niñas de entre uno y catorce años experimentan agresión psicológica o castigo físico por parte de sus padres o tutores como método de disciplina, según revela la Encuesta Nacional de Hogares (Enhogar- MICS), 2014 publicada por la Oficina Nacional de Estadística (ONE). Según la investigación, el 54% de las personas menores de edad encuestados dijo haber sufrido agresión psicológica, seguido por un 39% que es sometido a castigo físico, frente al 20% que no recibe disciplina violenta.



1. OBJETIVO

Establecer los parámetros para reconocer e intervenir los casos de violencia psicológica o emocional y de negligencia contra niños, niñas y adolescentes en los servicios de salud.

2. USUARIOS DEL PROTOCOLO

Médicos Generales, Médicos Especialistas en Pediatría, en Emergencias, en Medicina Familiar. Personal de enfermería, Psicología y trabajo social de los Servicios de Salud.

3. POBLACIÓN DIANA

Niños, niñas y adolescentes con sospecha de ser víctimas de violencia emocional o psicológica y de negligencia.

4. DEFINICIÓN

Violencia psicológica o emocional se define como “formas de maltrato verbal de manera constante en contra del niño, niña y adolescente, caracterizada por insultos, desprecios, críticas o amenazas de abandono, así como el bloqueo de sus iniciativas de interacción infantiles, que pueden ir desde evitarlo hasta mantenerlo encerrado, por parte de cualquier adulto del grupo familiar, e incluye formas de atemorizar, humillar o rechazar a los niños, niñas o adolescentes”. (Mesa-Gresa, 2011)

Se reconoce como negligencia cuando los padres o tutores no responden a las necesidades básicas propias de la infancia y la adolescencia. La negligencia no siempre presenta síntomas ni signos que conduzcan a la sospecha, y se puede detectar ante casos que presentan determinados factores de riesgo psicosocial, de omisión o abandono.



5. CLASIFICACIÓN DE LA NEGLIGENCIA

- Negligencia física: actitud pasiva de los cuidadores ante las demandas de satisfacción de las necesidades básicas mínimas de los niños, niñas o adolescentes especialmente de vivienda, ropa, nutrición, higiene y seguridad.
- Negligencia médica: descuido al proporcionar a niños, niñas y adolescentes el tratamiento adecuado para restablecer su salud física y mental.
- Negligencia emocional: rechazo y ausencia de cobertura de las necesidades de afecto y soporte emocional de niños, niñas y adolescentes.
- Negligencia educacional: alta permisividad ante conductas desadaptativas, falta de límites, fracaso en la escolarización e inatención de las necesidades especiales de niños, niñas y adolescentes.
- Abandono: situación en la que el padre, la madre o el tutor responsable de un niño, niña o adolescente deja de encargarse de su cuidado, su educación o su manutención.

Son ejemplos de este tipo de violencia

- Dejar solo al niño/a de cualquier manera con la intención de abandonarlo.
- Negar a niños, niñas o adolescentes los medios para satisfacer sus necesidades básicas de subsistencia: alimento, agua, vivienda, vestido, higiene y atención médica.
- Renunciar durante un período prolongado a los derechos, funciones y obligaciones paternas, a pesar de tener la capacidad para ejercerlos.
- Ausentarse del centro de salud mientras el niño, niña o adolescentes está enfermo o desaparecer con la intención de abandonarlo.



¿Cuándo sospechar de negligencia contra niños, niñas y adolescentes?

Signos y síntomas presuntivos de negligencia:

- Retraso del crecimiento.
- Infecciones leves y recurrentes.
- Grave eritema del pañal.
- Aspecto sucio y descuidado.
- Retraso en la talla.
- Alopecia traumática.
- Descuido en la alimentación, higiene y vestimenta.
- Signos o cicatrices de accidentes domésticos frecuentes.
- Problemas físicos o necesidades médicas no atendidas: heridas infectadas o sin curar, defectos sensoriales no compensados.
- Ausencia de control de la vacunación, así como del crecimiento y el desarrollo.

Manifestaciones emocionales y conductuales:

- Conductas regresivas en lactantes mayores y preescolares como succión del pulgar, enuresis, encopresis.
- Actitud de rechazo o aislamiento.
- Hiperactividad y agresividad en cualquier edad.
- Ausentismo y deserción en escolares.
- Ansiedad.
- Depresión.
- Fobias.
- Rechazo al establecimiento de vínculos afectivos.

6. INDICADORES PSICOLÓGICOS O EMOCIONALES DE MALTRATO

El comportamiento usual de niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia psicológica puede ir desde temor y retraimiento, hasta inquietud excesiva y apego inadecuado a la persona que le ofrece algún tipo de atención, por lo que es preciso prestar atención a determinadas señales de maltrato:



- Las explicaciones del adulto frente a la conducta infantil son generalmente vagas y en abierta contradicción con los hallazgos.
- Ausencia de interacción y contacto entre el niño, la niña y la persona adolescente y el adulto maltratador.
- Patrones conductuales observados con frecuencia en niños, niñas o adolescentes objeto de maltrato bajo rendimiento escolar, inasistencia a clases o retardos frecuentes, hiperactividad, agresividad, rebeldía, desorganización, timidez, falta de comunicación y descuido en la apariencia física.

6.1 Detección

Todo caso sospechoso de negligencia o de violencia psicológica o emocional deberá ser evaluado por el médico y los demás integrantes del equipo de atención multidisciplinaria, quienes establecerán el diagnóstico de sospecha del tipo de violencia, identificarán la gravedad del caso y notificarán según su complejidad y su gravedad.

Es importante saber

- Con frecuencia el abuso psicológico o emocional es acompañado de otro tipo de violencia, sobre todo de abuso físico.
- La negligencia y el abuso emocional pueden ser confundidos con problemas del crecimiento y el desarrollo del niño, niña o adolescente.

¿Cuándo sospechar de abuso psicológico o emocional?

En presencia de dos o más de las siguientes situaciones

- Rechazo verbal, menosprecio o desvalorización.
- Aislamiento social del niño, la niña o la persona adolescente.
- Relaciones basadas en temor o disciplina severa.
- Exigencias excesivas e inadecuadas en relación con la etapa evolutiva del niño, niña o adolescente.



7. EVALUACIÓN INICIAL

La evaluación inicial incluye la realización de una historia clínica y del examen físico, además de estudios de imágenes y de laboratorio, según el caso.

a) Historia clínica

Debe ser obtenida en un lugar reservado, mediante un interrogatorio abierto que incluya detalles sobre lesiones o incidentes, la historia clínica completa del paciente y la información proporcionada por los testigos.

Verifique la posible existencia de:

- Retraso en el crecimiento y el desarrollo psicomotor.
- Descuido en la alimentación, la higiene y la vestimenta.
- Signos o cicatrices de accidentes domésticos frecuentes.
- Dermatitis del pañal.
- Comportamientos inusuales: sumisión, complacencia, retraimiento, apatía, búsqueda de atención y afecto.

Investigue

- Cómo y cuándo ocurrieron los maltratos psicológicos; y verifique si hay discrepancia con la historia contada por los adultos.
- Las características de la estructura y la dinámica familiar: empatía muy débil, falta de continuidad en los cuidados del niño, niña o adolescente por parte de la principal persona responsable, estructura caótica, fronteras intrafamiliares débiles y culpabilidad por negligencia que se transforma en rechazo o abandono.
- Condiciones higiénicas y sanitarias de la vivienda.
- El estado de salud de los convivientes en la familia.
- Si el niño, niña o adolescente ha vivido temporalmente con diferentes familiares y termina siempre con una historia de abandono.
- Retrasos en la búsqueda de atención médica para las lesiones, con ausencia de razón válida o sin ninguna explicación.



- Existencia de factores de riesgo biopsicosocial:
 - » Violencia intrafamiliar.
 - » Familia multiproblemática.
 - » Abuso de alcohol y/o drogas psicoactivas.
 - » Antecedentes paternos y/o maternos de abuso infantil.
 - » Modelo de crianza autoritaria.
 - » Insatisfacción de las necesidades de niños, niñas o adolescentes.
 - » Enfermedad mental en los padres o tutores.
 - » Ausencia de apoyo de otros familiares, vecinos o instituciones sociales.

b) Examen físico

Realizar el examen físico con la menor cantidad de ropa posible, a fin de poder identificar los signos sugestivos de maltrato, sobre todo en caso de sospecha de una combinación de maltrato psicológico y físico.

- **Inspeccione:** busque lesiones, marcas o signos que permitan establecer el diagnóstico presuntivo de negligencia y abuso.
- **Pregunte:** cómo y cuándo ocurrió el daño físico. Determine si hay discrepancia entre el desarrollo de las lesiones y la historia contada por los adultos.
- **Determine:** estado nutricional, condición de salud, esquema de vacunación, historias anteriores de lesiones o accidentes, higiene y desarrollo psicomotor.
- Identifique indicadores de negligencia en la conducta del niño, la niña o la persona adolescente; así como en el comportamiento del padre, la madre o el adulto responsable.
- Reconozca si existe riesgo de daños a la integridad física, psicológica o emocional del niño, niña o adolescente.
- **Detecte:**
 - » Lesiones físicas.
 - » Alteraciones del crecimiento.
 - » Anormalidades en el desarrollo.
 - » Desórdenes de conducta.
 - » Trastornos del apego.



c) Signos y síntomas presuntivos abuso emocional

- Trastornos del crecimiento y el desarrollo.
- Trastornos de la conducta el comportamiento.
- Trastornos de carácter psicossomático.

d) Manifestaciones emocionales y conductuales

- Baja autoestima.
- Conductas regresivas (succión del pulgar, enuresis, encopresis).
- Trastornos del sueño.
- Reacción paradójica: fácil adaptación a desconocidos.
- Búsqueda de contacto físico inapropiado.
- Pobre respuesta a estímulos sociales.

Sospeche de abandono en presencia de dos o más de las situaciones o manifestaciones siguientes:

- Los padres o tutores desaparecen físicamente o se desentienden del niño niña o adolescente, delegando totalmente su cuidado a otra persona.
- Los padres o cuidadores muestran conductas o expresan su intención de desentenderse del cuidado del niño, la niña o la persona adolescente.
- Falta de empatía o conexión emocional entre el niño, niña o adolescente y sus progenitores o cuidadores.
- Hospitalización prolongada del niño, la niña o la persona adolescente sin la visita del padre, la madre u otros cuidadores.
- Separación prolongada entre uno o ambos padres y el hijo o la hija, con desentendimiento total de la atención.
- Los padres o cuidadores acuden ocasionalmente a la visita hospitalaria mientras el niño, la niña o la persona adolescente está en el hospital.
- No se observa un vínculo afectivo entre la víctima y su madre.

e) Estudios complementarios

- Ninguno.



f) Evaluación del equipo multidisciplinario y confirmación del diagnóstico

Personal de enfermería

- Realiza el registro inicial del usuario.
- Determina peso y talla, evalúa crecimiento y el desarrollo del niño, niña o adolescente.
- Asegura la integridad del niño, la niña o la persona adolescente en el centro de salud.
- Presenta los casos sospechosos al médico responsable de la evaluación.
- Está presente en todo momento durante la evaluación.
- Asegura el cumplimiento de las indicaciones médicas y el seguimiento de los casos.

Médico

- Registra toda la información del paciente en su expediente o récord médico.
- Establece el diagnóstico de sospecha de violencia psicológica o emocional.
- Solicita interconsultas con otros especialistas según el caso.
- Inicia el tratamiento o refiere el expediente según su gravedad y su complejidad.
- Informa a la dirección del centro de salud para que notifique del caso a las autoridades responsables.

Psicólogo

- Entrevista al niño, la niña o la persona adolescente.
- Entrevista al pariente protector.
- Realiza la evaluación de la situación familiar.
- Recomienda una evaluación psiquiátrica en los casos pertinentes.



Trabajador Social

En los centros de salud con un Departamento de Trabajo Social, la persona representante de esta dependencia dará seguimiento a la familia en coordinación con su homóloga de CONANI.

Como parte del equipo de atención, completará la investigación sobre la situación familiar, en conjunto con instituciones del Sistema de Protección. Asimismo, visitará el domicilio y el vecindario de la víctima para evaluar el grado de protección que ésta recibe en la escuela y en la comunidad.

8. INGRESO E INTERVENCIÓN INICIAL

El tratamiento consiste en la detección temprana, el diagnóstico y la atención de urgencia así como en la notificación, el registro, el seguimiento y la rehabilitación.

a) Detección temprana

- Establezca el diagnóstico de probable violencia y clasifique el nivel de gravedad del maltrato psicológico o emocional, o de negligencia.
- Frente a la sospecha de un caso de abuso infantil recibido en un consultorio de primer nivel, el niño/niña o adolescente deberá ser referido un centro de salud de mayor complejidad, asegurando siempre la continuidad de la atención.

b) Confirmar el diagnóstico e indicar tratamiento

- Siga el procedimiento establecido para el diagnóstico.
- El personal de atención debe evaluar y clasificar el maltrato psicológico o emocional.



Evaluar y clasificar el maltrato psicológico o emocional			
Nivel de Complejidad	Características	Intervenciones	Protección
AMENAZA DE VIDA	<ul style="list-style-type: none"> Perpetradores que fallan en buscar ayuda a tiempo. Víctimas que se dañan a sí mismas. Rechazo persistente. Falta de cuidados básicos. Aislamiento forzado y restricción de moverse. Extrema falta de autoconfianza. Mucha agresividad o pasividad frente a otros niños. 	<p>Intervención en crisis:</p> <p>Hospitalización en situaciones de combinación de abuso psicológico y físico muy graves, para la atención oportuna de la condición de salud del niño, la niña o persona adolescente y como medida de protección.</p>	<p>Reporte inmediato a las autoridades del Sistema de Protección Infantil.</p> <p>Después de la evaluación, será tomada la medida de protección necesaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> Medida de protección provisional Continuar el tratamiento desde el hospital. Colocar al niño, la niña o la persona adolescente con su familia extendida.
GRAVEDAD ELEVADA	<ul style="list-style-type: none"> Maltrato sostenido o muy frecuente. Incidentes con potencialidad de causar año Daño físico o psicológico muy grave. Agresiones verbales muy frecuentes, denigración y humillación fuerte y sostenida; y rechazo frecuente. 	<p>Intervención psicológica:</p> <p>Concientizar y motivar a los padres a colaborar con el tratamiento.</p> <p>Se recomiendan dos tipos de intervención:</p> <ol style="list-style-type: none"> Sesiones de psicoterapia y contacto telefónico con personas clave. Tratamiento por parte del equipo multidisciplinario entrenado en manejo de víctimas de violencia intrafamiliar: estrategias terapéuticas específicas con familia y víctima, visitas domiciliarias e intervenciones en redes. 	<p>Reportar el caso de inmediato a las autoridades del Sistema de Protección Infantil.</p> <p>Después de la evaluación serán tomadas las medidas de protección necesarias:</p> <ul style="list-style-type: none"> Medida de protección provisional. Continuar el tratamiento desde el hospital. Colocar al niño, la niña o la persona adolescente con su familia extendida.

Evaluar y clasificar el maltrato psicológico o emocional			
Nivel de Complejidad	Características	Intervenciones	Protección
GRAVEDAD MODERADA / MINIMA	<ul style="list-style-type: none"> • Agresiones verbales frecuentes/ ocasionales. • Denigración y humillación. • Rechazo ocasional. • Incidentes menores. • Uso como chivo expiatorio. • Crear un ambiente de confusión. 	<p>Ofrecer atención médica ambulatoria y seguimiento. Intervención psicológica y/o de trabajo social.</p> <p>Desde UNAP/centro ambulatorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El personal de enfermería del centro de primer nivel entrenado en Prácticas de Crianza Saludable ofrece orientación y entrenamiento sobre el tema a padres y madres. • Refiere al 	<p>En estos casos, no es necesario ejecutar acciones de protección.</p>



9. CRITERIOS DE INGRESO

- La presencia de lesiones que pongan en riesgo la vida del niño, la niña o la persona adolescente.
- Menores de tres años con lesiones sospechosas de violencia combinada de maltrato físico y emocional y con evidencias de alto riesgo para su salud y su vida.
- Todo niño, niña y adolescente con evidencias de ser maltratado de forma reiterada o frecuente y con lesiones o afectación de su integridad.
- Casos de evidente negligencia o descuido, en situaciones familiares consideradas de alto riesgo.
- Niños, niñas y adolescentes con lesiones graves que pongan en peligro la vida o la función de órganos y sistemas.
- Niños, niñas o adolescentes abandonados.

10. ATENCIÓN

- Ofrezca a la víctima terapia multisistémica junto a la familia, suministrada por un equipo multidisciplinario.
- Ofrezca atención en salud para el seguimiento del crecimiento, el desarrollo, la nutrición y la vacunación del niño/niña o adolescente,
- Incorpore la familia a programas comunitarios de promoción de la salud y de prácticas de crianza saludable.

11. CRITERIOS DE EGRESO

- Evidencia de la existencia de mecanismos de protección.
- Desaparición de los riesgos para la seguridad del niño, la niña o la persona adolescente.



12. INFORMACIÓN A MADRES, PADRES Y/O CUIDADORES

Se orientará a los padres, madres y cuidadores sobre los siguientes aspectos:

- Impacto de la violencia en la salud y el desarrollo de su hijo o hija.
- Importancia de las buenas prácticas de crianza.
- Cuidados del recién nacido y del lactante, manejo del llanto y técnicas para evitar movimientos bruscos.
- Signos que sugieren violencia contra niños, niñas y adolescentes.
- Comportamientos en su hijo/hija que sugieren violencia sexual y/o psicológica.
- Efecto negativo de las prácticas de crianza violentas o negligentes.
- Necesidad de colaboración de los padres o cuidadores con el proceso terapéutico de cambio de prácticas de crianza violenta o negligente por formas de corrección basadas en una disciplina positiva.
- Implicaciones legales de la violencia contra niños, niñas y adolescentes.

13. NOTIFICACIÓN Y REGISTRO

Los casos de violencia contra niños, niñas y adolescentes serán registrados utilizando los criterios diagnósticos del CIE-10.

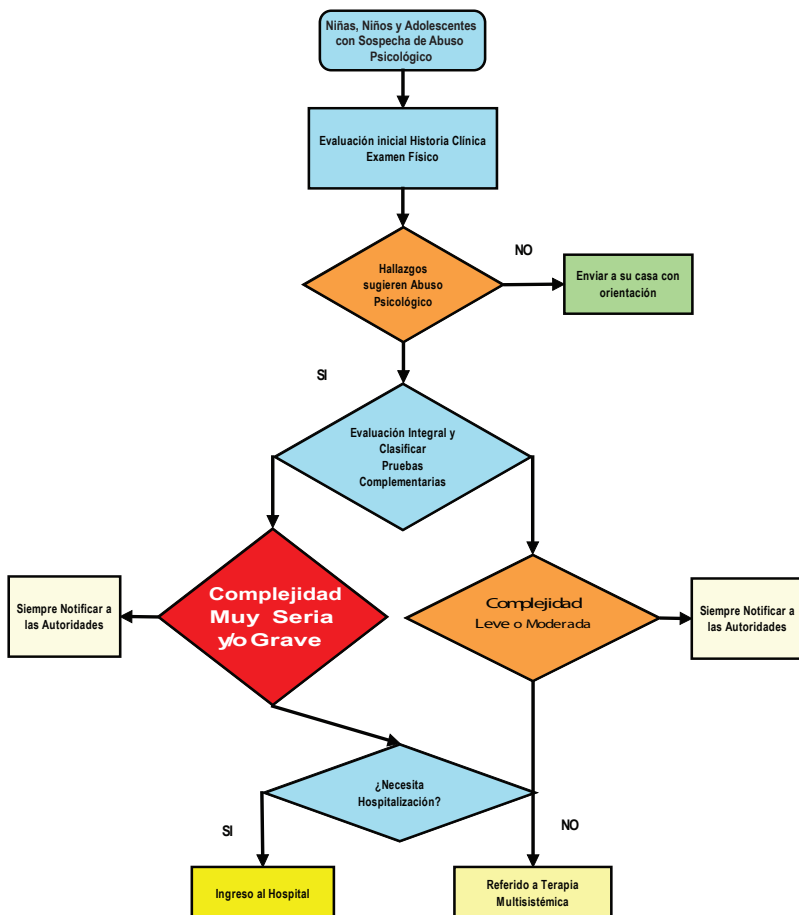
El personal de salud y/o el equipo multidisciplinario está obligado por ley a reportar todos los casos de sospecha de violencia contra niños, niñas y adolescentes al Sistema de Protección.

- Serán notificados los casos de complejidad alta y media.
- El trabajador social y/o el psicólogo notificará el caso al Ministerio Público o a las oficinas de CONANI.



14. ALGORITMO

Detección, Diagnóstico y Tratamiento de Niños, Niñas y Adolescentes víctimas de violencia psicológica y o negligencia





15. BIBLIOGRAFÍA

1. Browne, K., Hamilton, C. Banno, M.J. and Carter Y.H. (2003). *Early Prediction and Prevention of child Abuse: A handbook*, (2002). England/West Sussex, John Wiley & Sons Ltd.
2. Crawford, J., Jakubia, JE. (2013). La evaluación de los niños en el contexto de atención primaria cuando se sospecha de abuso sexual. *Pediatrics*, Vol. 132 (2), 558-67. 10.1542 / peds.2013-1741. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
3. Grupo de Trabajo de Atención al Maltrato Infantil de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (2015). *Aproximación al manejo del maltrato infantil en la Urgencia*. ISBN: 978-84-16270-13- 2. (en línea)
4. Herman, B., Banaschak, S., Chorba, R., Navratil, F., y Dettmeyer, R. (2014). El examen físico en el abuso sexual infantil. *Enfoques y la evidencia actual*. *Dtsch Arztebl Int*, Vols.111 (41): 692-703
5. Hilton, Lisette. (2016). *Child Abuse Diagnosis. Needs Careful Analysis*. *Dermatology Times*, Vols. 37, No.1.
6. Mesa-Gresa, P., Moya-Albio, L. (2011) *Neurobiología del Maltrato Infantil: el ciclo de la violencia*. Revisión de Artículo. [Http://www.neurologia.com](http://www.neurologia.com) *Rev. Neurol* 2011; 52 (8): 489-503. Recuperado el 01/02/16
7. Ministerio de Salud Pública (2015). *Estrategias para el fortalecimiento de la respuesta del Sistema Nacional de Salud a la Violencia de genero y contra los niños, niñas, adolescentes, mujeres y personas adultas mayores, 2016-2020*. Santo Domingo, RD: (Disponible impreso).
8. Sener MT, Aydin OE, Kara M. (2016). Factores que influyen en la adherencia al tratamiento y el seguimiento de las quemaduras en los niños: Una experiencia de un solo centro. *Euroasiático J Med*. Vols. 48 (1): 20-3. 10.5152 / eurasianjmed.2015.34.



ANEXOS



F-NNAVV-01: Formulario de Registro Pacientes Equipo multidisciplinario atención a Violencia contra Niños, Niñas y Adolescentes – Ministerio de Salud Pública

1. DATOS DE LA INSCRIPCIÓN

Servicio: _____

Municipio: _____ Área sanitaria: _____

Año _____ Código de registro _____

Apertura _____

Fecha de cierre _____

Niño, Niña o Adolescente: Apellidos: _____ Nombres: _____

Padres\ tutores: Madre: _____ Código: _____

Padre: _____ Código: _____

Otro: _____ Código: _____

Dirección _____ # _____ Ciudad: _____

2. CONDICIÓN INICIAL

Datos del Niño, Niña o Adolescente

Permanencia cotidiana	Escolaridad	Condición de vulnerabilidad
1. Escuela 2. Guardería 3. Familia 4. Familia extendida	1. Educación I 2. Educación B 3. Educación M 4. Interrumpido 5. No escolarizado 6. Desconocido	1. Trabajo Infantil 2. Condición de calle 3. Vive en la calle 4. Discapacidad 5. ITS- VIH 6. Acoso escolar 7. Promiscuidad trabajo sexual
5.Trabajo infantil 6. Otro: _____ 7.Desconocido		8.Explotación sexual y comercial 9.Sobre edad (Zafos) 10.Aislamiento social 11.Falta de supervisión 12.Violencia domestica 13.Deserción escolar 14. Ninguno

SITUACION SOCIOECONOMICA DE LA FAMILIA

Tenencia de vivienda	Tipo de vivienda	Materiales de construcción
1. Propia 2. Financiada 3. Alquilada	1. Casa 2. Apartamento 3. Pieza	1. Block y cemento 2. Madera 3. Zinc
4. Prestada 5. Otros	4. Cuartería 5.Barrancon 6.Otros	4. Otros
Servicios básicos	Servicios sanitarios	Relación con la comunidad
1. Agua 2. Electricidad 3. Recogida de basura	1. Inodoro 2. Letrina 3. Baño común	1. Excelente 2. Muy buena 3. Buena
4. Teléfono Fijo 5. Todos 6. Otros	4. No tiene	4.regular 5.Mala 6. Aislamiento

DATOS GENERALES DE LA FAMILIA (O TUTORES)				P= Padre M= Madre T=Tutor			
Tutores							
1. Ambos padres biológicos		5. Padre con madrastra		10. Tío(a) materno		11. Tío(a) paterno	
2. Madre biológica sola		6. Padre adoptivo		12. Tres generaciones		13. Institución	
3. Madre biológica con padrastro		7. Madre adoptivo		8. Abuelos maternos		9. Abuelos paternos	
4. Padre biológico solo						14. Desconocido	
Estado civil				Tiempo de permanencias cotidiana			
	P	M	T		P	M	T
1. Casado		6. Separado		1. Medio tiempo			
2. Unión libre				2. Tiempo completo			
3. Soltero/a				3. Desconocido			
4. Divorciado/a				4. Ningún tiempo			
5. Viudo/a							
Lugar de permanencia				Escolaridad			
	P	M	T		P	M	T
1. Trabajo		5. Otros		1. Educación 1		5. Universitario	
2. Casa				2. Educación B		6. No escolarizado	
3. Voluntariado				3. Educación M		7. Desconocido	
4. Estudio				4. Nivel técnico			
Estrato socio económico				Ocupación			
	P	M	T		P	M	T
1. Pobreza extrema				1. Empleado(a) Privado		6. Vendedor ambulante	
2. Bajo				2. Empleado público		7. Chirpero	
3. Medio Bajo				3. Empleada domestica		8. Otros	
4. Medio Alto				4. Comerciante			
5. Alto				5. Desempleado(a)			
MOTIVO ATENCION EQUIPO ESPECIALIZADO							
Quién refiere				Motivo de referimiento			
Servicio de Salud				1. Sospecha del Maltrato físico			
1. Primer nivel		11. Consulta pediátrica		2. Sospecha de maltrato psicológica			
2. Segundo nivel		12. Urgencia		3. Sospecha de negligencia			
3. Tercer nivel		13. Hospitalización		4. Sospecha de abuso sexual			
		14. Consulta psicología		5. Sospecha de combinación			
Servicio Externo							
4. Escuela							
5. Consulta psicología							
6. Fiscalía							
7. Tribunal Niño, Niña y adolescente							
8. CONANI							
9. Junta Local Protección y Restitución Derechos							
Contactos terapéuticos anteriores				Frecuencia			
1. Consulta psicología hospital		6. Hogares Institucionalizados		1. Una vez			
2. Centro Comunitario Salud Mental		7. Consulta psicología privada		2. Repetidos			
3. Hospital con unidad Psiquiátrico		8. Consulta psicología ONG		3. Situación cronificada			
4. UNAP		9. Otro:					
5. Hogar de paso		10. Ninguno					

4. Maltrato

VÍCTIMAS

TIPO DE MALTRATO (varias posibilidades)

1. Negligencia o abandono
2. Maltrato físico
3. Maltrato psicológico
4. Abuso sexual
5. Explotación Sexual Comercial
6. Acoso escolar
7. Otros

MOMENTO DEL ABUSO

1. Actual
2. Actual y antes
3. Antes

GRAVEDAD DEL ABUSO

- | | |
|-------------|--------------------|
| 1. Leve | 3. Grave |
| 2. Moderado | 4. Amenaza de vida |

TIPO DE PARENTALIDAD

10. Sana y competente.
11. Disfuncional Mínima
12. Disfuncional Parcial
13. Disfuncional Severa y crónica
14. Tóxica

PERPETRADOR

PERPETRADOR 1

PERPETRADOR 2

QUIEN

TIPO DE VINCULO FAMILIAR

Intrafamiliar

1. Padre
2. Padrastro
3. Abuelo
4. Tío
5. Hermano
6. Primo
7. Hermanastro
8. Otros

Extra Familiar

9. Madre
10. Madrastra
11. Abuela
12. Tía
13. Hermana
14. Prima
15. Hermanastra
16. otras

Institucionalizado

17. Vecino
18. Amigo de la Casa
19. Desconocido
20. Desconocida
21. Acogimiento familiar
22. Acogimiento extra familiar
23. Mayor de edad
24. Profesional ambulatorio
25. Profesional residencial
26. Desconocido
27. Otros



V CIERRE

1. Diagnóstico DSM V (2 x)

Médico CIE (2x)

2. REFERIMIENTO AL CIERRE

- | | | |
|------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 6. Ficcalla | 6.Programa residencial ONG | 11. Actividades deportivas |
| 7. Junta Local Prot Rest Der | 7. CAD | 12. Actividades Artísticas |
| 8. Psiquiatría residencial | 8. Calpi - CAFI | 13. Centro comunitario |
| 9. Consulta Psiquiátrica | 9. Min de la Mujer | 14. Otro:..... |
| 10. Hogar de Paso | 10. Asesoría legal | 15. Ninguno |

3.Maltrato

TIPO

GRAVEDAD

4. CONDICIONES DE VULNERABILIDAD

5. Evolución

1. Muy buenos resultados
2. Buenos resultados
3. Pocos resultados

6. Cantidad de sesiones terapéuticas al cierre

Sesiones terapéutica

Visitas a domicilio y a instituciones

Total

- | | | |
|----|-------|----------|
| 1. | 1-5 | Sesiones |
| 2. | 6-10 | Sesiones |
| 3. | 11-15 | Sesiones |
| 4. | 16-20 | Sesiones |
| 5. | 20-30 | Sesiones |
| 6. | 31-40 | Sesiones |



(F-NNAV-02) HOJA DE REFERIMIENTO NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTE CON
SOSPECHA DE SER VÍCTIMA DE VIOLENCIA DENTRO DE LA RED DE
SERVICIOS DE SALUD

Fecha Referencia: Día Mes Año

Procedencia del Caso

- | | |
|--|---------------------------------|
| 1. Unidad de Atención Primaria _____ | 5. Hospital municipal _____ |
| 2. Dispensario médico _____ | 6. Hospital provincial _____ |
| 3. Centro de Salud Municipal _____ | 7. Hospital regional _____ |
| 4. Centro Comunitario Salud Mental _____ | 8. Hospital universitario _____ |

Nombre del Centro : _____

Área sanitaria : _____ Municipio: _____

Profesional que refiere: _____

Servicio a donde se refiere

- | | |
|--|---------------------------------|
| 1. Unidad de Atención Primaria _____ | 5. Hospital municipal _____ |
| 2. Dispensario médico _____ | 6. Hospital provincial _____ |
| 3. Centro de Salud Municipal _____ | 7. Hospital regional _____ |
| 4. Centro Comunitario Salud Mental _____ | 8. Hospital universitario _____ |

Nombre del Servicio: _____

Municipio: _____ Provincia : _____

Nombre del Profesional de atención: _____

Identificación del Niño, Niña y Adolescente con sospecha de violencia

Nombres y Apellidos : _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: Masc _____ Fem. _____

Nacionalidad: _____

Padre/ Madre/ Tutor: _____

Dirección: _____ Teléfono _____



(F-NNAVV-03) HOJA DE REFERIMIENTO NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTE CON
SOSPECHA DE SER VÍCTIMA DE VIOLENCIA HACIA SERVICIOS DEL
SISTEMA DE PROTECCIÓN INFANTIL

Fecha Referencia: Día Mes Año

Procedencia del Caso

- | | |
|--|---------------------------------|
| 1. Unidad de Atención Primaria _____ | 5. Hospital municipal _____ |
| 2. Dispensario médico _____ | 6. Hospital provincial _____ |
| 3. Centro de Salud Municipal _____ | 7. Hospital regional _____ |
| 4. Centro Comunitario Salud Mental _____ | 8. Hospital universitario _____ |

Nombre del Centro : _____

Área sanitaria : _____

Municipio: _____

Profesional que refiere: _____

Servicio a donde se refiere

- | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|
| 1. Centro Educativo _____ | 5. Programa residencial ONG _____ |
| 2. Oficina municipal CONANI _____ | 6. Programa ambulatorio ONG _____ |
| 3. Junta local de Protección _____ | 7. Programa adicción _____ |
| 4. Hogar de Paso _____ | 8. Otro: _____ |

Nombre del Servicio: _____

Municipio: _____

Provincia : _____

Nombre del Profesional de atención: _____

Identificación del Niño, Niña y Adolescente con sospecha de violencia

Nombres y Apellidos : _____

Fecha de Nacimiento: _____

Sexo: Masc _____ Fem. _____

Nacionalidad: _____

Padre/ Madre/ Tutor: _____

Dirección: _____

Teléfono _____



Problemas identificados:

Acciones esperadas:

Retroalimentación:

Firma del Profesional: _____

Fecha: _____



**(F-NNAVV-04) HOJA DE NOTIFICACIÓN DE SOSPECHA DE VIOLENCIA CONTRA NIÑO,
NIÑA, ADOLESCENTE DESDE EL SISTEMA DE SALUD**

FECHA NOTIFICACIÓN: Día Mes Año

Identificación del servicio que notifica

- | | |
|--|---------------------------------|
| 1. Unidad de Atención primaria _____ | 5. Hospital municipal _____ |
| 2. Dispensario médico _____ | 6. Hospital provincial _____ |
| 3. Centro de Salud Municipal _____ | 7. Hospital regional _____ |
| 4. Centro Comunitario Salud Mental _____ | 8. Hospital universitario _____ |

Nombre del Servicio : _____

Servicios:

Municipio : _____

1. Consulta pediátrica _____

Área sanitaria: _____

2. Urgencia _____

Responsable : _____

3. Hospitalización _____

Profesional : Médico: _____

4. Consulta psicológica _____

Trabajo social: _____

5. UCI _____

Psicólogo/a: _____

Identificación del caso

Caso fatal: fallecimiento del niño, niña o adolescente

SI

Apellidos

Nombres

Sexo M F Nacionalidad

Fecha Nacimiento

Dirección _____

Teléfono _____

Municipio _____

Acompañante del niño/a (marcar)

Padre _____ Madre _____ Tutor _____ Vecino/a _____ Policía _____

Otros (especificar): _____

Padre /Madre/Tutor responsable 1

Nombre y Apellidos

Dirección

Teléfono

Municipio



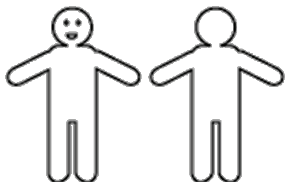
Padre /Madre/Tutor responsable 2

Nombres y Apellidos

Dirección Teléfono

Municipio

Hallazgos Positivos del Examen Físico:



Señale la localización de los signos

Maltrato probable

Maltrato confirmado

Maltrato Físico			
Magulladuras ó moretones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quemaduras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fracturas óseas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heridas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lesiones viscerales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mordeduras humanas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intoxicación forzada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Síndrome del niño zarandeado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otros síntomas ó
comentarios:

Negligencia			
Escasa higiene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de supervisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cansancio ó apatía permanente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas físicos ó necesidades médicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es explotado, se le hace trabajar en exceso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No va a la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha sido abandonado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Maltrato Emocional			
Maltrato emocional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retraso físico emocional y/ó intelectual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intento de suicidio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuidados excesivos / sobreprotección	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Abuso sexual

Sin contacto físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Con contacto físico y sin penetración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Con contacto físico y con penetración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad para andar y sentarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ropa interior rasgada, manchada ó ensangrentada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor o picor en la zona genital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contusiones o sangrado en los genital externos, zona vaginal ó anal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cérvix ó vulva hinchados ó rojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Explotación sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Semen en la boca, genitales ó ropa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infección transmisión sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apertura anal patológica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Configuración del himen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Estilo de parentalidad

- Parentalidad sana
- Parentalidad disfuncional mínima
- Parentalidad disfuncional parcial
- Parentalidad disfuncional severo
- Parentalidad toxica

Estilo de parentalidad

- Sospechada
- Confirmada

Firma del Profesional: _____

Fecha: _____



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
ORGANIZACIÓN REGIONAL PARA LAS Américas

