



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

Santo Domingo, D. N.
Febrero, 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:

Formato gráfico y diagramación:

Impresión:

Primera edición

Impreso en República Dominicana

Febrero, 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 Barina

EVALUADORES EXTERNOS

Lic. Glorianna Montàs.

Dr. Modesto Santana.

Lic Miguelina Ramírez Kelly

Lic Raydiris Cruz.

Lic. Angelina Sosa.

Dra Ángela Polanco.

Dra Kathella García.

Lic Alberto Padilla.

Lic. Ana Andrea Villacamacho.

Dra. Gladys Guzmán.

Dra Cruz María Santana

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

0. INTRODUCCIÓN

La violencia contra niños, niñas y adolescentes es una problemática mundial con graves y permanentes consecuencias sociales y de salud. En promedio, seis de cada 10 menores de dos 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.

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.

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.

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.

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.

1. OBJETIVOS

1.1 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.

1.2 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 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. 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 ENHOGAR2014 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 menores se convierte en madre en esa etapa de su vida, debiéndose una parte importante de dichos embarazos a seducción o estupro perpetrados por adultos

3. 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”. 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)

3.1 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.

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 educacional⁴.

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.

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 atender al menor expresan su 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 menor a numerosos ingresos hospitalarios y exámenes de laboratorio, e incluso puede poner en riesgo su vida⁹.

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.

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 menor, o en sus hermanos y hermanas u otros familiares.

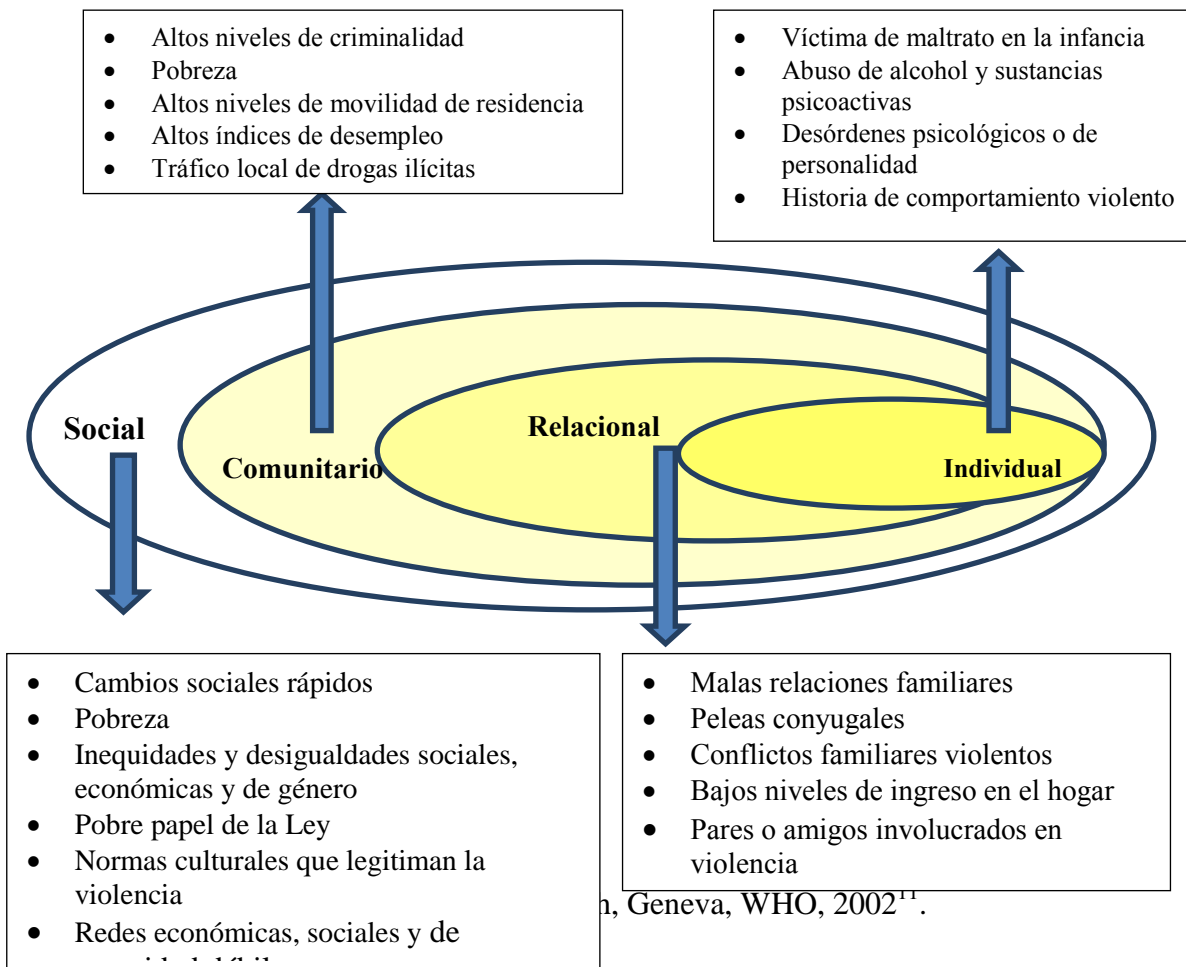
4. MODELO EXPLICATIVO DE LA VIOLENCIA CONTRA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

En el abordaje de la violencia a niños, niñas y adolescentes, será utilizado el “modelo ecosistémico o ecológico de Bronfenbrenner”, recomendado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) 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)



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

PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO		
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 de 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 ecosistémica 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.

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 suicidio⁴.

c) Alcance

El presente documento guía 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.

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, trabajador social y.
	Restablecer las relaciones protectoras.	Psicólogo, trabajador social, médico,.
	Recuperación de daños y desarrollo de resiliencia.	Psicólogo, trabajador social, médico,

5. HALLAZGOS PRINCIPALES

5.1 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, a menudo en los brazos del menor agredido. La marca del pulgar puede ser visible.
 - Marcas de pellizcos como medialunas.
 - Marcas de puño (difusas y graves).
 - Hematomas en el oído.
 - Cualquier contusión en 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 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 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 o 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.

5.2 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.

Patrones para tipificar el abuso sexual:

- Alteraciones en el comportamiento del niño: dificultad para conciliar el sueño, escaso rendimiento escolar, conducta erotizada o interés inusual en las relaciones sexuales.
- Laceración 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 adolescentes.
- 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.

5.3 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.

5.4 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 menor 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.

5.5 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 menor.
- Visita hospitalaria ocasional del progenitor o tutor mientras el menor se encuentra ingresado.
- No se observa el vínculo afectivo entre la criatura recién nacida y su madre.

5.6 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 menor en el hospital, para tener acceso al manejo de la atención.
- Cambios frecuentes de centros hospitalarios y de personal médico.
- Padre ausente.

5.7 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.

5.7 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 psicósomáticos, 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.

6. 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 menor 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 menor, 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 lugar en un lugar reservado y estará fundamentado en preguntas abiertas, para obtener detalles sobre lesiones, incidentes, historia clínica del menor 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. Determine 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,

Tipo de violencia	Hallazgos en la historia clínica y el examen físico
	<p>enrojecimiento perianal, vulvovaginitis, micosis, cistitis, ETS, VIH, embarazo en la adolescencia temprana.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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.
Negligencia	<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.
Maltrato emocional o psicológico en niños, niñas o adolescentes	<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 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, coleccionar 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.
- Aspirado vaginal (extendido en lámina).

- Grupo sanguíneo y Rh.

6.1 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.

7. 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 menor 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 menor.
- 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.

8. 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.

8.1 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.
- **Evalúe 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 :

1) **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.

2) **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.

EVALUAR Y CLASIFICAR

Nivel de complejidad	Intervenciones	Protección
<p>Alta complejidad</p> <p>Cuando la situación de maltrato es sostenida o muy frecuente y con potencial para causar daño físico o psicológico severo,</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. Espere por la evaluación del médico forense. Es importante la toma y el 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. 3. Ofrezca medidas de protección, hasta tanto 	<p>Primero:</p> <p>Notifique verbalmente el caso a las autoridades competentes:</p> <p>Notifique a la Fiscalía correspondiente.</p>

Nivel de complejidad	Intervenciones	Protección
<p>o 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>acudan las autoridades de protección infantil y de adolescente.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Solicite al Departamento de Salud Mental o de Trabajo Social la identificación un adulto protector que le crea al niño, niña o adolescente y le ofrezca protección y acompañamiento. 5. Cuando el posible perpetrador sea un miembro de la familia o conviva con la víctima, evite que este entre en contacto con el niño, la niña o la persona adolescente. No permita que compartan escenarios. 6. Asegúrese de que el expediente clínico contenga los antecedentes y datos sobre lo ocurrido, así como cualquier evidencia que sirva para documentar la sospecha de abuso o violencia. 7. Deje constancia por escrito del resultado de sus actuaciones, con fines administrativos y oficiales. Provea información acerca de posibles testigos. 8. Viabilice el seguimiento del Departamento de Salud Mental a la familia de la víctima. <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 inmediatamente para tratar sus lesiones, iniciar la compensación psicológica o protegerla de manera transitoria. 2. Notifique a las autoridades. 3. Aplique el Protocolo Nacional de Profilaxis Post-Exposición para ITS/VIH dentro de las primeras 24 horas de ocurrida la agresión. 4. Inicie la atención anticonceptiva de inmediato. 5. En caso de embarazo, el servicio de salud debe ofrecer una atención prenatal de calidad, capaz de detectar y resolver las posibles complicaciones: <ol style="list-style-type: none"> a. Es necesario tratar y dar seguimiento a la salud mental de la víctima. b. Igualmente, es preciso orientar a la adolescente sobre atención y seguimiento del embarazo, alimentación y nutrición de sí 	<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>

Nivel de complejidad	Intervenciones	Protección
	<p>misma; así como cuidado del recién nacido.</p> <p>c. El parto en las menores de 15 años debe ser atendido en un hospital por un personal especializado en el manejo del alto riesgo obstétrico.</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"> 1. Defina y establezca las acciones de ayuda del equipo de salud, verificando que éstas sean aceptadas. 2. Valore la fortaleza de la familia y promueva factores protectores. 3. Estimule el reconocimiento de los derechos de niños, niñas y adolescentes. 4. Promueva el buen trato y la crianza basados en el amor, la confianza y el diálogo. 5. Refiera a los padres, madres o tutores a las instituciones correspondientes, si necesitan una intervención específica: violencia intrafamiliar, uso de drogas o enfermedad mental. 6. Incorpore la familia a programas comunitarios, si existen en su localidad. 7. Ofrezca seguimiento por parte del equipo de atención al abuso o del equipo de salud de la UNAP correspondiente. 8. Si aumenta el riesgo, actúe de acuerdo al protocolo del siguiente nivel. 	<p>Notifique a las autoridades competentes:</p> <p>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><u>Desde la UNAP o el centro ambulatorio:</u></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. 	<p>Notificar el caso de sospecha o complejidad leve a la oficina municipal de CONANI y a la Junta Local de Protección y Restitución de</p>

Nivel de complejidad	Intervenciones	Protección
	<ul style="list-style-type: none"> • Referencia al psicólogo ambulatorio. <p><u>Desde los hospitales con niveles de atención 2 o 4:</u></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. • El niño, niña o adolescente y su familia son referidos a un psicólogo clínico externo. 	<p>Derechos.</p> <p>Todos los casos deben ser notificados mediante el formulario correspondiente.</p>

9. 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.

10. 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, para los menores con sospecha de ser víctimas de violencia.

11. 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.

11.1 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 menor; 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.

11.2 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 (CIE 10):

- T74.0 Negligencia o abandono
- T74.1 Abuso físico

- Síndrome (de la, del):
- esposa(o) } maltratada(o) SAI
 - niño o bebé } }
- T74.2 Abuso sexual
- T74.3 Abuso psicológico
- T74.8 Otros síndromes del maltrato
- Formas mixtas
- T74.9 Síndrome del maltrato, no especificado
- Efecto del abuso en:
- Adulto SAI
 - Niño SAI

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.

12. SEGUIMIENTO Y REHABILITACIÓN

- Luego de la intervención de emergencia, muchos de los casos de maltrato requerirán de seguimiento.
- Ofrezca seguimiento multidisciplinario o de trabajo social junto a la familia, si existe el riesgo de repetición del evento.
- En caso de riesgo o evidencia de secuelas psicológicas, el Servicio de Salud Mental proporcionará a la víctima y a su familia sesiones de atención que incluyan estrategias específicas de intervención protectora.
- 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.
- Será promovida la creación de una red de apoyo local, con personas dispuestas a motivar a los padres, madres y cuidadores sobre la importancia de completar el seguimiento y la prevención de la violencia.
- 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.

13. 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. El personal de salud tiene la obligación legal de registrar el expediente de violencia en las instancias competentes, por encima del secreto profesional.

- 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.
- Mostrar inquietud por el efecto negativo de prácticas adultas violentas o negligentes en niños, niñas y adolescentes.
- 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.
- Explicar que la mayoría de los padres, las madres y los cuidadores nunca han aprendido como corregir sin violencia y que la terapia los ayuda a actuar correctamente y a sentirse mejor en su rol de tutores.
- Las implicaciones legales de la violencia contra niños, niñas y adolescentes.

14. ESTRATEGIAS DIAGNÓSTICAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL

La prevención del maltrato infantil requiere de un enfoque multidisciplinario. Es posible evitar la ocurrencia del fenómeno mediante programas que aporten a los progenitores y a la familia conocimientos y técnicas positivas para la crianza de hijos e hijas.

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.

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 de los menores, 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 adolescentes¹⁵.

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 menores en edades tempranas, y repercusiones de la violencia y el descuido en la salud de hijos e hijas¹⁶.

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 menores 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.

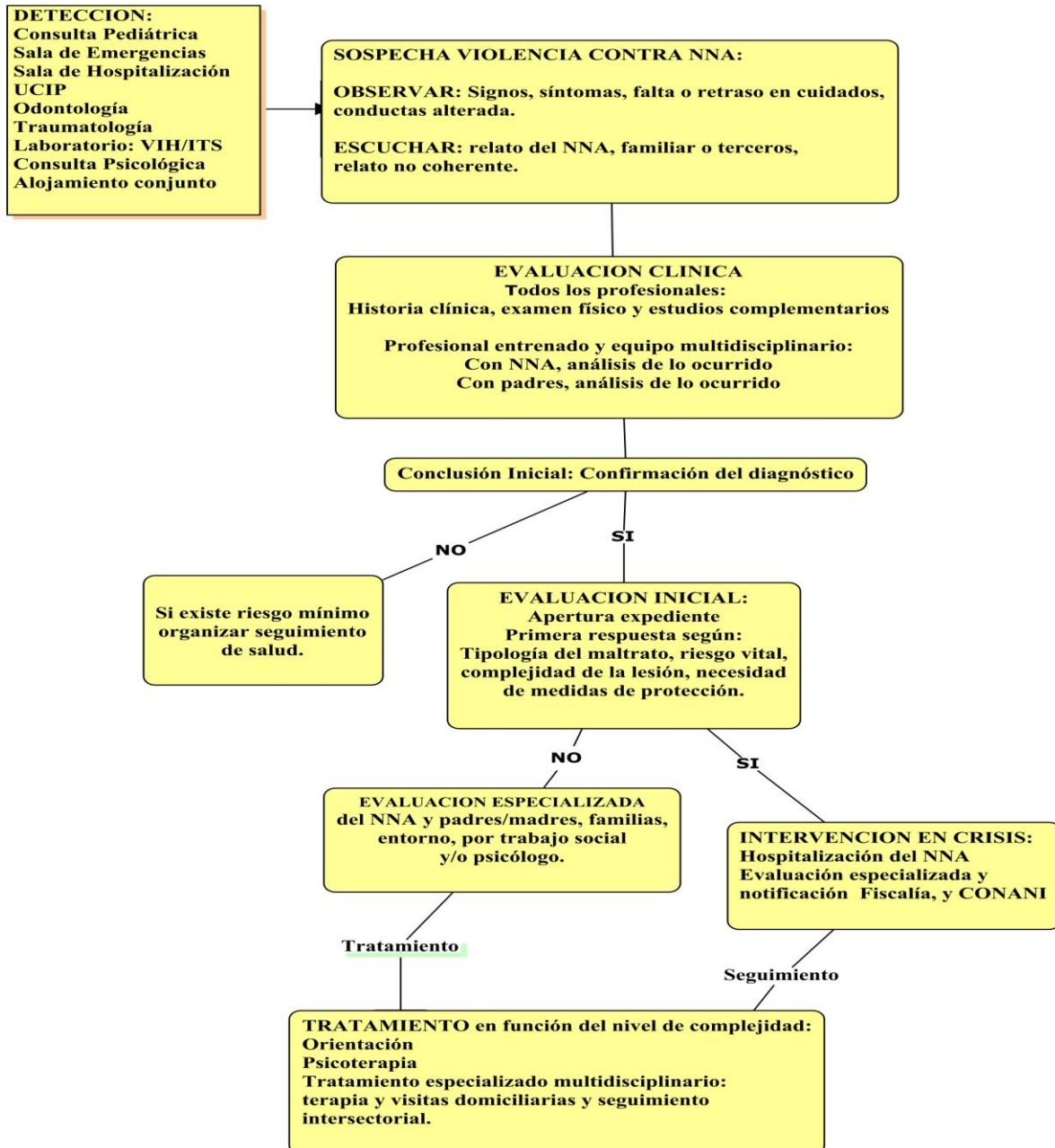
d. Programas de prevención de la violencia contra niños, niñas y adolescentes en la escuela:

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.

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.

6. ALGORITMO

Ruta crítica seguida por el Sistema Nacional de Salud en la detección y la respuesta inicial a las necesidades de atención de niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia:



7. BIBLIOGRAFÍA

1. Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas (UNICEF). 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, 2006.
2. Piñeiro, Paulo Sergio. Informe Mundial sobre la violencia contra los niños y niñas. s.l.: www.unicef.org (en línea) Recuperado 9 de abril, 2016, 2001.
3. Organización de Naciones Unidas. *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.
4. Barudy, Larbin. 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
5. Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas (UNICEF). Violencia contra los niños/niñas y adolescentes. Informe de América Latina en el marco del Estudio Mundial de las Naciones Unidas. www.unicef.org, 2006.
6. Ministerio de Salud Pública. 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), 2015.
7. Organización Mundial de la Salud. Maltrato infantil, Nota descriptiva N.º 150, Diciembre de 2014. <http://www.who.int/> Recuperado: 9/04/16.
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.
9. Hilton, Lissette. Child Abuse Diagnosis. Needs Careful Analysis. *Dermatology Times*, 2016, Vols. 37, No.1.
10. Loredó-Abdalá, A, Perea-Martínez, A y López-Navarrete, GE. “Bullying”: acoso escolar. La violencia entre iguales. Problemática real en adolescentes. México : *Acta Pediatr Mex*, 2008, Vols. 29(4):210-4.
11. Organización Mundial de la Salud. World report on violence and health, Geneva, WHO, 2002
12. Mesa-Gresa, P., Moya-Albio, L. Neurobiología del Maltrato Infantil: el ciclo de la violencia. <Http://www.neurologia.com> Rev Neurol 2011. Recuperado el 01/02/16, 2011, Vols. 52 (8): 489-503.
13. 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
14. Ley 136-03 que establece el Código para el sistema de protección y los derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes.
15. Rosa-Alcázar, AI, Sánchez-Meca, J y López-Soler, C. Atención psicológica 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.

16. Díaz MS, Smith K, De Guehery K, Mazur P, Li V, Shaffer ML. La prevención de traumatismos craneales por maltrato en los lactantes y niños pequeños: un programa basado en el hospital, educación de los padres. . *Pediatrics*, 2005, Vols. 115 (4): 470-7.
17. Swenson CC, Schaeffer CM, Henggeler SW , Faldowski R , Mayhew AM. Multisystemic Therapy for Child Abuse and Neglect: a randomized effectiveness trial. doi: 10.1037 / a0020324., *J Fam Psycho*, 2010, Vol. 24 (4).
18. Walsh K, Zwi K, Woolfenden S, Shlonsky A. School-based education programmes for the prevention of child sexual abuse. *Cochrane Database Syst Rev*, 2015, Vol. CD004380.
19. Soledad Larrain, Carolina Buscanana. Maltrato Infantil, una dolorosa realidad puertas adentro. Centro Latinoamericano de Políticas (CEPAL). *Boletín Desafíos #9* , 2009.
20. Haskett, M., Shawn Kreig, C., Hart, V. 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. 2008.
21. Cuestas, E., Juanes, B. Los niños maltratados tienen más riesgo de problemas de salud a largo plazo. *Evidencias en Pediatría. Evid Pediat.* Vol. 3:9:9. 2011
22. Norman, R., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., Vos, Theo. Las consecuencias a largo plazo para la salud de niño abuso físico, abuso emocional y negligencia: una revisión sistemática y meta-análisis. *PLoS Med.*, 2012, Vol. 9 (11): e1001349.
23. Stoltenborgh, M., Bakermans, M., Alink, M. The Prevalence of Child Maltreatment across the Globe: Review of a Series of Meta-Analyses. *Child Abuse Review*, 2015, Vols. Vol. 24: 37–50
24. Pandya, N., Baldwin, K., Kamath, A., Wenger, D., Hosalkar, J. Las fracturas inexplicables: Abuso o enfermedad de los huesos? Una revisión sistemática. *Clin Orthop Relat Res*, 2011, Vols. 469 (3): 805-812.
25. Cristiano, CW. La evaluación de sospecha de abuso físico infantil. *Pediatrics*, 2015, Vol. 135 (5): e. 1337-54. doi: 10.1542 / peds.2015-0356.
26. Narang, S y Clarke, J. Abusive Head Trauma: Past, Present, and Future. *Journal of Child Neurology*, 2014, Vol. Vol. 29.
27. Sener MT, Aydın OE, Kara M. Factores que influyen en la adherencia al tratamiento y el seguimiento de las quemaduras en los niños: Una experiencia de un solo centro. . doi: 10.5152 / eurasiianjmed.2015.34. Epu, s.l.: Euroasiático J Med , 2016, Vols. 48 (1): 20-3.
28. Grupo de Trabajo de Atención al Maltrato Infantil de la Sociedad Española de Urgencias. 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), 2015. ISBN: 978-84-16270-13-2.
29. Crawford, J., Jakubia, JE. 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> , 2013, Vol. 132 (2).
30. Bailhache, M., Pillet, P., Salmi, L. 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*, 2013, Vol. 13:202 .
31. Herrera- Basto, M.C. Indicadores para la detección de maltrato en niños. *Salud Pública de México*, 1999, Vols. 41, no. 5.

32. Kodner, Ch. y Wetherton, A. Diagnosis and Management of Physical Abuse in Children. Issue 10. American Academy of Family Physicians., 2013, Vol. 88.
33. Maguire SA, Upadhyaya M , Evans , Mann MK , Haroon MM , Tempest V, Lumb RC , Kemp AM. Una revisión sistemática de las lesiones viscerales abusivas en la infancia - su alcance y reconocimiento. Niño Abuso NEGL, 2013, Vols. 37 (7): 430-45.
34. Loredó-Abdalá, A., Trejo-Hernández, J. y García-Pina, C. Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado, Instituto Nacional de Pediatría, Secretaría de Salud. México. Bol Med Hosp Infant Mex, 2009, Vol. 66.
35. Adames JA, Kellog ND, Farst KJ, Harper Ns. Updated Guidelines for the Medical Assessment and Care of Children Who May Have Been Sexually Abused. J Pediatr Adolesc Gyneco, 2016, Vols. 29(2):81-7.
36. Ministerio de Salud Pública. Norma Nacional para la Prevención y Atención de las Infecciones de Transmisión Sexual y Sida. República Dominicana. 2002.

ANEXOS

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

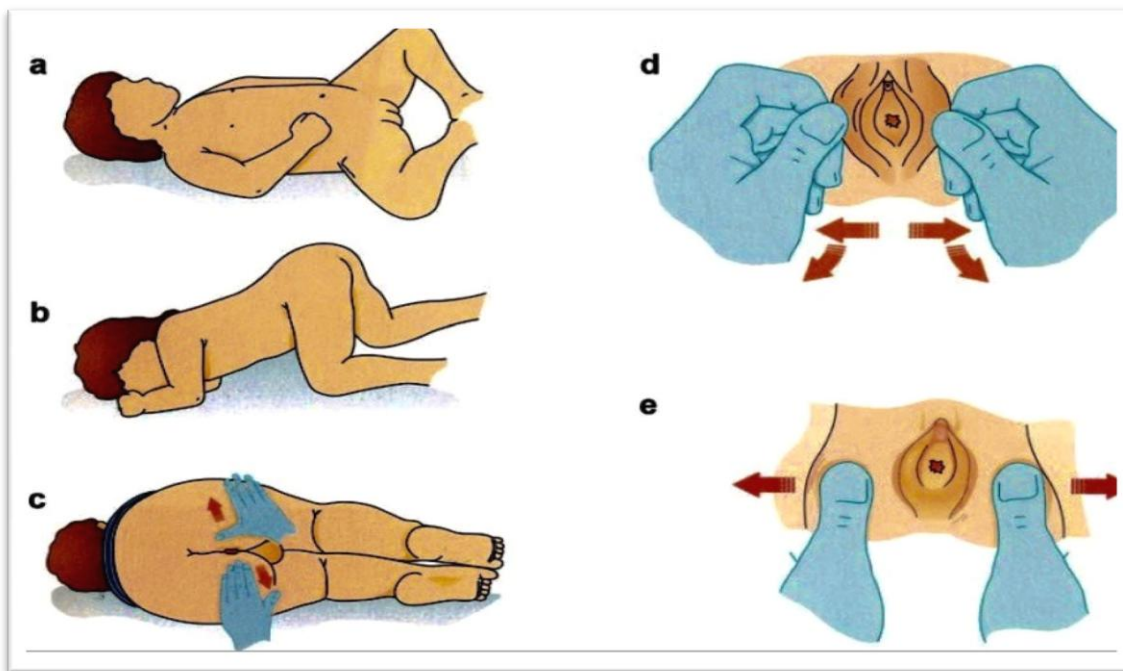
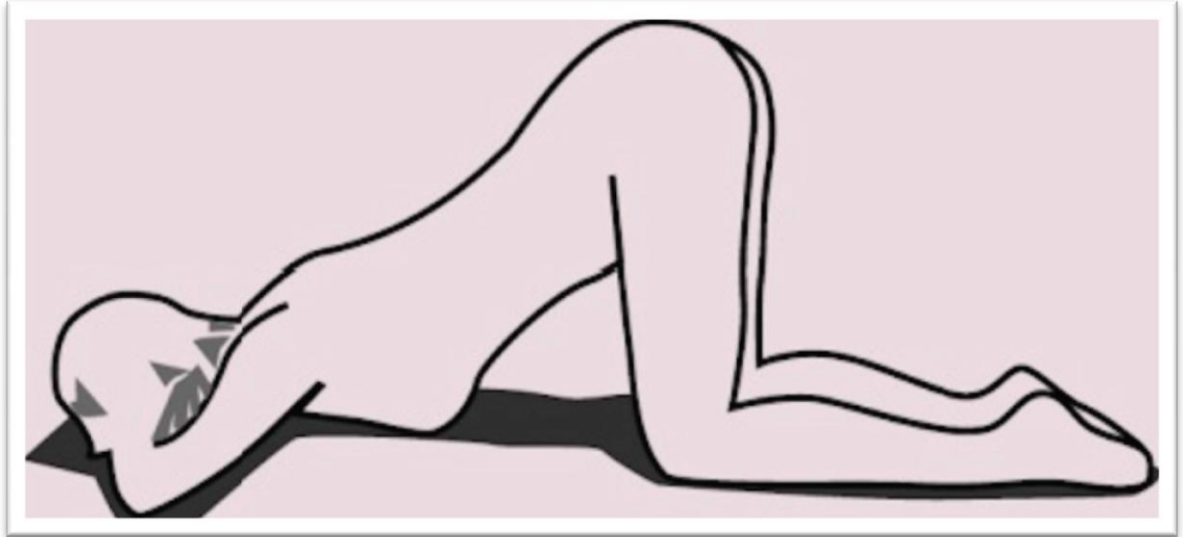


Figura No. 2. Posición genupectoral o mahometana para la exploración de la región anal.



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).