

República de Colombia
MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

GUIA DE ATENCION DEL MENOR MALTRATADO

CAMBIO PARA CONSTRUIR LA PAZ

GUIA DE ATENCION DEL MENOR MALTRATADO

VIRGILIO GALVIS RAMÍREZ

Ministro de Salud

MAURICIO ALBERTO BUSTAMANTE GARCÍA

Viceministro de Salud

CARLOS ARTURO SARMIENTO LIMAS

Director General de Promoción y Prevención

TABLA DE CONTENIDO

1. JUSTIFICACION.....	7
2. DEFINICIÓN Y ASPECTOS CONCEPTUALES	8
2.1 DEFINICIÓN DEL MALTRATO INFANTIL.....	9
2.2 TIPOS DE MALTRATO	9
2.2.1 Maltrato Físico	9
2.2.1.1 Factores de Riesgo	9
2.2.2 Maltrato Emocional o Psicológico	10
2.2.2.1 Factores de Riesgo	10
2.2.3 Abuso Sexual.....	11
2.2.3.1 Factores de Riesgo	11
2.2.4 Gestación y Maltrato	12
2.2.4.1 Factores de Riesgo	12
2.2.5 Síndrome del Bebé Zarandeado (a).....	13
2.2.6 Negligencia.....	13
2.2.6.1 Factores de Riesgo	13
2.2.7 Maltrato Social o Institucional	15
2.3 FACTORES PROTECTORES GENERALES	15
3. OBJETIVO.....	16
3.1 GENERAL:	16
3.2 ESPECÍFICOS	16
4. POBLACION OBJETO	17

5. CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCION DEL MALTRATO FÍSICO	17
5.1 SOSPECHA DE MALTRATO	17
5.2 DIAGNÓSTICO	18
5.2.1 Signos y Sintomas	18
5.2.2 Historia Clínica.....	19
5.3 TRATAMIENTO DEL AGREDIDO (A).....	20
5.3.1 Atención Psicológica durante la Urgencia.....	20
5.3.2 Hospitalización.....	20
5.3.3 Intervención al Posible Agresor (a).....	20
5.4 NOTIFICACIÓN.....	21
5.5 DENUNCIA.....	21
5.6 SEGUIMIENTO	21
6. CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN EN LOS CASOS DE MALTRATO PSICOLÓGICO.....	21
6.1 DIAGNÓSTICO	21
6.1.1 Signos y Síntomas.....	21
6.2 TRATAMIENTO.....	23
6.3 DENUNCIA.....	23
6.4 NOTIFICACIÓN.....	24
6.5 SEGUIMIENTO	24
7. CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN DE MENORES VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL	24
7.1 DIAGNÓSTICO	25
7.1.1 Signos y Síntomas.....	25
7.1.2 Entrevista con los padres o acompañantes	27

7.1.3	Entrevista con el menor	27
7.1.4	Organización del Exámen Médico.....	29
7.1.4.1	<i>Razón para examinar</i>	29
7.1.4.2	<i>Cuándo realizar el examen</i>	29
7.1.4.3	<i>Lugar para la realización del examen</i>	29
7.1.4.4	<i>Personal idoneo para examinar al niño</i>	30
7.1.4.5	<i>Equipo necesario para el examen</i>	30
7.1.4.6	<i>Recomendaciones para un adecuado examen</i>	30
7.1.5	Examen Físico en Casos de Abuso Sexual	31
7.1.5.1	<i>Ausencia de Hallazgos de Evidencia Médica</i>	32
7.1.5.2	<i>Presencia de Hallazgos Médicos Positivos:</i>	32
7.1.6	Toma de Muestras (24) (42) (39).....	33
7.1.6.1	<i>Muestras en Ropa</i>	34
7.2	TRATAMIENTO.....	34
7.2.1	Enfermedades de Transmisión Sexual (1) (31) (27) (18) (47).....	34
7.2.1.1	<i>Grupo de E.T.S. Básicas a Investigar:</i>	35
7.2.1.2	<i>Terapéutica Profiláctica para E.T.S.</i>	35
7.2.2	Prevención de Embarazo.....	35
7.2.3	Hospitalización.....	36
7.3	REMISIÓN	36
7.4	NOTIFICACIÓN.....	36
7.5	DENUNCIA.....	36
7.6	SEGUIMIENTO	36
8.	CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN EN LOS CASOS ESPECIALES.....	37

8.1	GESTACIÓN Y MALTRATO	37
8.2	EN LOS CASOS DEL SÍNDROME DE BEBÉ ZARANDEADO	37
8.2.1	Diagnóstico	37
8.2.1.1	<i>Signos y Síntomas</i>	37
8.2.2	Tratamiento	38
8.3	EN LOS CASOS DE NEGLIGENCIA.....	38
8.3.1	Diagnóstico	38
8.3.1.1	<i>Signos y Síntomas</i>	38
8.3.2	Tratamiento	39
9.	FLUJOGRAMAS	39
10.	BIBLIOGRAFÍA	40

1. JUSTIFICACION

Para el Ministerio de Salud la violencia, constituye el principal problema de salud pública del país, no solamente por las cifras de muertos, lesionados, secuestrados, desaparecidos y desplazados que esta representa, sino también por el impacto que tiene sobre la salud de los colombianos y sobre este sector.

La violencia alcanza dimensiones de la vida social que en ocasiones la hace menos visible pero no por ello menos nociva para la vida de los colombianos. Estas formas de violencia son: la Violencia Intrafamiliar y el Maltrato Infantil, que por lo cotidianos y por considerarse asociados a la cultura no son identificados ni atendidos en forma oportuna y efectiva.

Según datos del plan de acción a favor de la infancia, dos millones de niños son maltratados cada año, ochocientos cincuenta mil (850.000) en forma severa. En Colombia el maltrato físico es el más frecuentemente reportado (46) aunque el maltrato emocional parece ser más prevalente (4.3% de niños (as) son maltratados (a) físicamente y 9.7% emocionalmente(35).

En 1998, Medicina Legal realizó 9.290 dictámenes por maltrato físico (23). De otro lado, se realizaron 9.966 dictámenes por delitos sexuales contra menores perpetrados dentro y fuera del núcleo familiar, para unas tasas de 83x100.000, en los grupos de 10 a 14 años, 71x100.000 en los de 15 a 17 años, y 62x100.000, en los menores de 5 a 9 años. Del total de dictámenes realizados en Colombia a menores de 15 años, sin incluir Santafé de Bogotá, el agresor correspondió en el 33% de los casos a un familiar (padre, padrastro, tío, primo, etc.), el 46% a otro conocido y el 21% a un desconocido (22).

Algunas estadísticas del sector salud nos muestran como a pesar del alto subregistro existente, el Hospital de la Misericordia de Bogotá ha establecido que el 1% de la consulta general de la institución corresponde a maltrato. En el Hospital Universitario del Valle (1995) se ha establecido que del 12 al 17% de los accidentes domésticos, corresponden en realidad a maltrato. En las unidades de quemados de nivel terciario, suele encontrarse un 13% de niños maltratados intencionalmente o por negligencia grave (9).

Los casos de Maltrato infantil llegan hasta el homicidio; en 1996 Medicina Legal, registró 34 homicidios por maltrato infantil (22).

“Por cada muerte se estiman 9 menores incapacitadas, 71 niños con lesiones graves, e innumerables víctimas con secuelas psicológicas.

Usualmente el maltrato físico es recurrente y cada vez más grave. Las consecuencias físicas y psicológicas son numerosas e incluyen la muerte, incapacidad, lesiones como laceraciones, fracturas, quemaduras, contusiones, y daño cerebral; múltiples problemas en el desarrollo social y afectivo, incluyendo una mayor probabilidad de manifestar comportamientos violentos y delincuenciales. En Colombia, el maltrato en el hogar es un antecedente frecuente dentro de la población de los niños de la calle”(22).

La Cámara de Comercio de Bogotá, en su publicación “Prostitución Infantil en el Centro de Bogotá”, afirma que el ambiente familiar, precedido de condicionantes económicos y psicoafectivos, son factores predisponentes al ejercicio de la prostitución. Los agentes originados en el seno del hogar, corresponden principalmente al maltrato producido por algún miembro del grupo familiar y se traduce en golpes continuos, agresiones y violaciones, seguido de conflicto familiar, violencia psicológica y padres adictos, razones estrechamente relacionadas entre sí, que impulsan a los niños y niñas al ejercicio posterior. El fenómeno de prostitución infantil y adolescente en el centro de Bogotá, se ha duplicado en un lapso de tres años (5).

La Dirección General de Investigaciones del Departamento Administrativo de Seguridad DAS, a través de la Campaña a favor de la Niñez en Colombia, durante los primeros cuatro meses de 1998, atendió en el país 245 casos de prostitución (Inducción, Constreñimiento y Estímulo a la Prostitución de Menores y Pornografía con Menores).

Por todo lo anterior es indispensable que el sector salud trabaje decididamente en la promoción del buen trato, la prevención, detección y atención del maltrato al niño. Además que notifique y denuncie los casos que conozca, y mantenga un sistema de vigilancia en salud pública que permita la orientación de las intervenciones.

2. DEFINICIÓN Y ASPECTOS CONCEPTUALES

Esta es una guía de atención que establece criterios técnico-científicos, de intervención necesarios para la promoción del buen trato, la detección e intervención de los factores de riesgo, la detección temprana de maltrato, la

atención y el seguimiento de los niños maltratados, a través de un abordaje integral, interdisciplinario e intersectorial.

2.1 DEFINICIÓN DEL MALTRATO INFANTIL

Toda acción u omisión que interfiera negativamente en el sano desarrollo físico, mental o emocional de un menor, causado por un adulto a cuyo cuidado se encuentra el menor (27).

2.2 TIPOS DE MALTRATO

2.2.1 Maltrato Físico

Es toda agresión física a un menor causada por parte de los padres, personas del grupo familiar o cuidadores. Puede ser de intensidad leve, moderada o grave y su ocurrencia antigua, reciente o recurrente (45).

2.2.1.1 Factores de Riesgo

Del niño o de la niña	De la familia o de sus miembros
Retardo mental. Parálisis cerebral. Deformidades físicas. Dificultades en la alimentación o defecación. Niños hiperkinéticos o con llanto chillón Con enfermedades crónicas. Menores de 5 años.	Crisis familiares por Necesidades Básicas Insatisfechas Familias donde la violencia es aceptada como forma de relación entre sus miembros. Padres que han sufrido maltrato infantil. Condición de padrastro o madrastra. Bajo nivel de escolaridad de los padres. Padres adolescentes. Hijos indeseados, o que no cumplen las expectativas de los padres y son considerados insoportables, feos, malos. Disfunción de la pareja. Aislamiento social. Bajos niveles de comunicación. Inadecuada escala de valores. Alteraciones en el sistema de vinculación afectiva de padres e hijos. Padres consumidores de alcohol o sustancias psicoactivas.

SOCIALES
Desempleo. Tolerancia social al maltrato en general. Hacinamiento. Desplazamiento forzado. Corrupción. Bajo nivel de ingreso. Ausencia de redes sociales de apoyo.

2.2.2 Maltrato Emocional o Psicológico

Da cuenta de los efectos adversos sobre la conducta, la emocionalidad, la seguridad y la capacidad de adaptarse al medio, de un menor, producidos por la actitud de un adulto, la cual puede enmarcarse como alejada y ajena a toda conducta con sentido constructivo, educativo o protector para con el menor (48).

Dentro de esta variante de maltrato se encuentran numerosas conductas que padres, maestros y cuidadores que realizan con los niños, por ejemplo el rechazo, la crítica, la constante burla de sus aptitudes o de sus errores y equivocaciones infantiles, la ridiculización de sus acciones, la amenaza de abandono o daño si no cumplen con las expectativas de los padres, las demandas y exigencias inapropiadas para la edad del niño, que terminan confiriéndole un papel adulto o de paternidad que no le corresponde, así como la sobreprotección mediante actitudes que inhabilitan e inmovilizan el normal desarrollo del niño.

EL maltrato psicológico del menos se clasifica en leve, como aquel que es reparable en un corto tiempo de tratamiento; moderado, el que requiere una intervención prolongada al niño y a su familia; y grave, aquel que no tiene retroceso y sus secuelas acompañan a la víctima toda la vida. Como se mencionó anteriormente, es importante recordar que todos los tipos de maltrato a los niños y niñas están acompañados de maltrato psicológico.

2.2.2.1 Factores de Riesgo

SOCIALES

Desempleo o estrés laboral. Dificultades económicas severas. Cambios bruscos de patrones culturales. Aislamiento de la familia de recursos de apoyo (salud, educación, recreación, etc.)	
Del niño o de la niña:	De la familia o de sus miembros:
Bajo rendimiento escolar Exigencia excesiva de rendimiento escolar por parte de los padres o maestros. Etapa en que los padres desean que el niño controle sus esfínteres. Trastornos en el desarrollo físico o emocional (hiperactividad, crisis de llanto, enfermedad crónica, retardo mental).	Padres que ignoran, rechazan, aíslan, aterrorizan, pervierten, atacan verbalmente, o presionan al niño. Padres que no responden a las necesidades del niño y fracasan en estimularlo de manera adecuada. Padres que no establecen contacto visual con el niño. Padres que no reaccionan a la presencia del niño y que no demuestran afecto hacia él. Padres que no le proveen al niño intimidad y autonomía adecuada para su edad. Madres que presentan depresión profunda. Padres que amenazan permanentemente a los niños. Padres que protegen excesivamente a sus hijos. Embarazos indeseados. No participación del padre en la crianza. Conflictos de pareja. Alcoholismo o drogadicción. Trastornos mentales. Antecedentes de maltrato. Inestabilidad afectiva.

2.2.3 Abuso Sexual

Contacto o interacción entre un menor y un adulto, en el que el menor es utilizado para la satisfacción sexual del adulto o de terceros, desconociendo el desarrollo psicosexual del menor. El abusador puede ser un menor cuando es significativamente mayor que la víctima o tiene una posición de poder o control sobre el menor (30).

2.2.3.1 Factores de Riesgo

Del niño o la niña	De la familia o de sus miembros
--------------------	---------------------------------

<p>La condición de sometimiento y dependencia de los niños.</p> <p>Las niñas son más abusadas intrafamiliarmente y los niños mas frecuentemente fuera de su casa.</p> <p>Niños que han sido expuestos desde muy temprana edad al comportamiento sexual de los adultos.</p> <p>Con autoestima negativa.</p> <p>Con poco vínculo afectivo con sus padres.</p> <p>Niños y niñas muy pequeños o discapacitados física o intelectualmente.</p> <p>Niños o niñas que desconocen lo que es el abuso sexual y la manera de evitarlo.</p>	<p>Familias donde hay abusadores con miembros pasivos, dependientes y sumisos.</p> <p>Dependencia económica del abusador.</p> <p>Con historia de abuso sexual infantil, y abuso psicológico y físico en la infancia y en la vida actual.</p> <p>Impera el silencio por temor al que dirán.</p> <p>Ausencia de expresiones afectivas positivas como la ternura, el reconocimiento y valoración del otro.</p> <p>Hacinamiento.</p> <p>Familias autoritarias.</p> <p>Familias con niveles de comunicación bajos.</p> <p>Poca claridad en las normas familiares y en particular las de comportamiento sexual y autocuidado.</p>
<p>Sociales</p>	<p>Del Abusador</p>
<p>Significado social de la mujer aún desde la niñez.</p> <p>Sobrevaloración de la figura masculina en la familia.</p> <p>Sumisión de la madre y los hijos hacia el padre autoritario.</p> <p>Tabúes, mitos y creencias erradas frente a la sexualidad.</p>	<p>Dificultades para establecer relaciones sexuales con personas adultas.</p> <p>Predilección por establecer relaciones sexuales con menores.</p> <p>Actuación infantil.</p> <p>Posiblemente fueron objeto de abuso sexual en su infancia.</p> <p>Aparentemente tienen una vida sexual activa y satisfactoria con personas de edad apropiada, sin embargo, ésta no es estable y se ve afectada por múltiples factores externos.</p> <p>Personalidad controladora, dominante.</p> <p>Consumidores de alcohol u otras sustancias psicoactivas.</p>

2.2.4 Gestación y Maltrato

Se consideran maltrato, aquellas conductas que por acción u omisión agreden a la mujer embarazada poniendo en peligro el desarrollo normal del feto. Su gravedad está dada según el riesgo directo o indirecto para el desarrollo del niño por nacer. Indudablemente para que el feto llegue al nacimiento en las mejores condiciones de vida, la madre debe haber sido atendida, pues la atención prenatal es determinante. Adicionalmente a esto es importante considerar el amplio espectro de las madres a las cuales se les administra, sin precaución suficiente, drogas teratogénicas y aquellas que aún a sabiendas de su gestación ingieren drogas altamente tóxicas para sí mismas y para sus futuros bebés.

2.2.4.1 Factores de Riesgo

- Embarazos no deseados

- Negación permanente del embarazo.
- Mujeres con intentos de aborto o abortos anteriores.
- Mujeres que planean dar sus hijos en adopción.
- Mujer embarazada abandonada por el padre del niño (a) y/o rechazada por su familia.
- Farmacodependencia o alcoholismo.
- Padres con antecedentes de maltrato.
- Padres con enfermedad mental grave o sociopatía.
- Madres adolescentes.

2.2.5 Síndrome del Bebé Zarandeado (a)

Es un tipo de maltrato infantil en el que se sacude fuertemente a los bebés. Sacudir fuertemente a un (a) bebé puede producir graves lesiones y en algunas ocasiones puede llevar hasta a la muerte. Este síndrome se presenta porque un adulto vuelca su frustración o ira en el bebé, generalmente porque éste (a) no cesa de llorar o está muy inquieto (a) .

Los bebés más pequeños (as) recién nacidos (as) y lactantes son extremadamente vulnerables porque sus cabezas son muy grandes en comparación con su cuerpo; los músculos del cuello son débiles y su cerebro no se ha desarrollado completamente. La situación más típica es la madre joven e inexperta, que se encuentra sola con un (a) bebé que llora, sin que ella logre calmarlo (a) Su desesperación la lleva a sacudirlo (a) violentamente, en general por los hombros, causándole daño cerebral, ceguera, parálisis, fracturas e incluso la muerte

2.2.6 Negligencia

Deprivación de los elementos básicos, cuando se pueden brindar, necesarios para garantizar el desarrollo armónico e integral del niño (a) (alimentación, educación, salud, cuidado, afecto, entre otros). Puede ser temporal, asociada a un período o evento determinado como una enfermedad; o permanente, por ejemplo el abandono de un niño o niña con alguna discapacidad.

2.2.6.1 Factores de Riesgo

Del niño o de la niña:	De la familia o de sus miembros:
<p>Niños o niñas con enfermedades crónicas.</p> <p>Discapacitados física o mentalmente.</p> <p>Comportamientos como hiperactividad, hipoactividad, rebeldía.</p> <p>Sexo del niño, que no satisface las expectativas de los padres.</p>	<p>Bajo nivel educativo de los padres.</p> <p>Pobreza o miseria.</p> <p>Familias monoparentales o de madresolterismo.</p> <p>Elevado número de personas por hogar.</p> <p>Desconocimiento de los servicios sociales del Estado.</p> <p>Embarazo no deseado.</p> <p>Situaciones conflictivas de la pareja, que llevan a desatender a los niños (as).</p> <p>Enfermedad mental, adicciones o situaciones depresivas.</p> <p>Débiles lazos afectivos entre los padres o responsables del niño (a).</p> <p>Desconocimiento de los servicios de protección del Estado.</p>

Sociales:
Patrones culturales que subvaloran al niño. Ausencia de redes sociales de apoyo. Desempleo o inestabilidad laboral. Descuido deliberado en el período de gestación, por parte de la madre o demás miembros de la familia. Exclusión forzada del niño (a), dejándolo en instituciones públicas o en la calle. Salida del hogar, parcial o definitiva, de los responsables del niño(a) dejándolo desprotegido. No participación de la familia en las redes de solidaridad vecinal, veredal o barrial. Débiles o conflictivos lazos vecinales y comunitarios. Pobreza y desempleo generalizados. Descomposición social. Mendicidad. Tolerancia de la comunidad frente al maltrato.

2.2.7 Maltrato Social o Institucional

Falta de satisfacción de las necesidades básicas de los niños y niñas, como consecuencia de la ausencia de garantías estatales para el acceso a los servicios sociales de subsistencia, de quienes tienen a cargo su crianza y cuidado. El maltrato institucional se refleja la mayoría de las veces en oferta insuficiente de servicios, baja calidad, ineficiencia, falta de oportunidad y ausencia de integralidad en los mismos.

Algunas de las modalidades más conocidas de maltrato social son el abandono físico, el niño (a) de y en la calle, el infractor, el vinculado a actos terroristas, el desplazado (a) y el trabajador (a), entre otros.

Es importante identificar este tipo de maltrato por cuanto las personas sin acceso a los servicios del Estado (educación, salud, justicia, empleo) son en ocasiones incapaces de desarrollar afecto y carecen de medios de subsistencia, sin que por otra parte el modo de vida enriquezca la transmisión de valores sociales y culturales.

2.3 FACTORES PROTECTORES GENERALES

- Promover la formación de un sólido vínculo afectivo entre los padres y sus hijos capaz de amortiguar las dificultades de la crianza, sin que ocurra el maltrato en cualquiera de sus formas.

- Evitar las separaciones entre la madre, el padre y el bebé durante el parto y en los momentos siguientes a éste, a no ser que exista patología neonatal severa.
- Permitir y estimular el contacto físico entre la madre y el bebé. Incluir al padre en todo el proceso.
- Tratar respetuosamente a la madre y al padre, incluso afectuosamente, constituyéndose en lo posible en una red de soporte psicosocial que la familia pueda contactar en el futuro próximo para solicitar ayuda en la tarea de la crianza. Tratar a los bebés con gran valoración y cuidado amoroso, dando un modelo de identificación sana para los padres hacia el futuro.
- Ayudar a las comunidades a la formación de diversas redes que aporten enriqueciendo emocionalmente y ofreciendo contenciones en las situaciones de crisis (ligas de madres, grupos de padres, etc).
- Enseñanza de las diversas etapas de desarrollo psicosexual a los padres.
- Si bien no puede situarse la responsabilidad de la prevención del abuso sexual en los niños y niñas, es claro que hacerles conocer qué es el abuso sexual, advertirles que no todos los adultos son confiables, informarles sobre el derecho que tienen a controlar el acceso a su cuerpo y brindarles alternativas para enfrentar los intentos de abuso sexual, disminuye el riesgo.
- Educar e informar a los niños (as) sobre sus derechos.

3. OBJETIVO

3.1 GENERAL:

Detectar oportunamente el maltrato infantil y brindar un tratamiento integral que disminuya las secuelas y la muerte.

3.2 ESPECÍFICOS

- Realizar acciones en la población infantil para detectar factores de riesgo y proceder a una identificación precoz del maltrato, para lograr una intervención adecuada por parte del sector salud y su interrelación con otros sectores.

- Garantizar y unificar una búsqueda activa de los casos de maltrato en todas las instituciones del sector salud y una oportuna y apropiada atención de los casos detectados.
- Posibilitar la atención intersectorial, la vigilancia epidemiológica y establecer los mecanismos de denuncia para efectos de atención por los sectores de protección y justicia.
- Promover acciones que contribuyan al establecimiento de una cultura de promoción del buen trato.

4. POBLACION OBJETO

Población menor de 18 años y gestantes afiliados a los regímenes contributivo y subsidiado, que se encuentren en riesgo de sufrir maltrato o quienes lo padecen.

5. CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCION DEL MALTRATO FÍSICO

La atención de niños víctimas de cualquier tipo de maltrato, debe realizar por un equipo interdisciplinario de salud, debidamente capacitado y capaz de responder a las demandas de atención en el área médica, psicológica y de trabajo social.

5.1 SOSPECHA DE MALTRATO

Para diagnosticar el maltrato es necesario pensar que existe y que si se indaga sobre factores de riesgo, se aumenta la probabilidad de detectarlo de manera precoz y oportuna; que la consulta que se realiza podría ser la única oportunidad de interrumpir el dolor y la situación de disfuncionalidad familiar extrema y que está en las manos del personal de salud que atiende al niño/a, confrontar por primera vez a la familia con su propia realidad de violencia.

Es de vital importancia considerar el diagnóstico a la menor sospecha, especialmente cuando no hay correlación entre la información que se ha obtenido en la historia clínica y los hallazgos al examen físico y/o las pruebas de laboratorio, o la actitud de los padres cuando es francamente hostil o cuando son demasiado solícitos frente a un niño atemorizado y muy callado, existe control

extremo de un padre sobre el otro, se niegan a responder preguntas o se han demorado en buscar ayuda.

El maltrato ejercido contra los niños y niñas tiene repercusiones sobre ellos. A nivel físico las consecuencias dependen de la severidad de la lesión que puede llegar hasta la muerte. Las secuelas pueden ser de tipo funcional y/o estético. A nivel psicológico es la determinación que el maltrato ejerce en los patrones de relación interpersonal. En muchas ocasiones, el niño o la niña “aprenden” que la manera de relacionarse con el mundo es a través de la agresión y en adelante reproducirán el maltrato del que han sido víctimas, ejerciéndolo contra las personas con quienes se relacionan, especialmente si éstas están de alguna manera en situación de indefensión como los (as) niños, los ancianos (as) , los (as) discapacitados (as) etc.

Las historias clínicas pueden ser documentos probatorios en casos de Maltrato Infantil, y por tanto debe registrarse con mucho cuidado toda la información obtenida.

Por último, es conveniente enfatizar que cuando se diagnostica en un niño Maltrato Infantil, se está dando a la familia la oportunidad de cambiar su funcionamiento y, por supuesto, al tratar a tiempo a los niños y a las niñas se está interrumpiendo la transmisión de la violencia de generación a generación y por lo menos paliando el daño psicológico severo que se genera, y no pocas veces evitando el maltrato o muerte de uno o varios niños de la misma familia o comunidad.

5.2 DIAGNÓSTICO

5.2.1 Signos y Síntomas

En el siguiente cuadro se realiza un inventario de los hallazgos más frecuentes al examen físico, que deben alertar a los clínicos sobre la posibilidad de un caso de maltrato en un niño/a

Sistema/ órgano/ área	Síntomas
Piel y tejidos blandos	Edema (inflamación) Equimosis y Hematomas (Moretones), en cara, extremidades, nalgas o tronco. Cicatrices que evidencian el objeto con el que fueron hechas: quemaduras con cigarrillos, plancha, líquidos, en pies, manos, espalda o nalgas. Heridas profundas en tejidos blandos de cavidad oral. Laceraciones en tejidos blandos de cavidad oral

Esquelético	Fracturas en menores de un año, fracturas frecuentes, mal tratadas y mal cicatrizadas Fracturas nasales, dentales y en cavidad bucal. Dislocación del hombro o del codo. Contusiones del hombro o del codo. Esguinces de 1º, 2º y 3 er. Grados Contusiones o machacamientos.
Sistema Nervioso Central:	Trauma craneoencefálico que genera desde hematomas del cuero cabelludo, moretones, heridas pequeñas sin pérdida de la conciencia, sin convulsiones hasta pérdida de conciencia, hemorragias subaracnoideas, hematomas intracraneales, convulsiones, coma.
Respiratorio	Casi ahogamiento. Broncoaspiraciones.
Órganos de los Sentidos	Heridas y/o hematomas de párpados sin compromiso del globo ocular. Heridas del globo ocular. Lesiones corneales - Desprendimiento de retina. Heridas del pabellón auricular y del conducto auditivo externo. Hemorragia en el oído medio o interno. Ruptura del tímpano. Hemorragia nasal que cede fácil al taponamiento. Desviación del tabique.
Cavidad Abdominal	Golpes, hematomas, contusiones que no comprometen las vísceras, sólo la pared. Ruptura de vísceras, Peritonitis.
Otros	Todo abdomen agudo sin explicación clara. Signos de traumatismo en otras localizaciones, cuya explicación no sea clara.

Múltiples lesiones en diferente estado de cicatrización tienen que hacer sospechar el maltrato.

5.2.2 Historia Clínica

Ante un posible caso, realice una Historia Clínica completa y objetiva. Observe incongruencias en la información. En lo posible, interrogue al niño o a la niña a solas, (niños mayores de 3 años pueden proporcionar información muy valiosa). Observar la actitud del agredido y de los acompañantes, muchas veces estos mismos han sido los agresores. El niño o niña generalmente están temerosos, silenciosos, irritables, eluden la mirada y la presencia de quien los acompaña. Una vez identificada la lesión, reinterroga de forma detallada su historia. El agresor por lo general tiene manifestaciones excesivas de protección y afecto hacia el niño, utiliza un lenguaje sutil y exagera o distorsiona la descripción de lo sucedido.

5.3 TRATAMIENTO DEL AGREDIDO (A)

En el proceso de atención, todo el personal de salud debe evitar juzgar tanto al niño (a) como a los agresores(as). Es importante proporcionarle al menor seguridad y confianza e iniciar el manejo del dolor.

De acuerdo con el tipo y severidad de la lesión, el niño o la niña deben ser atendidos por un médico. A mayor nivel de complejidad de la lesión, deben ser remitidos a centros asistenciales que cuenten con los recursos tecnológicos y humanos necesarios.

5.3.1 Atención Psicológica durante la Urgencia

Los profesionales idóneos para dar esta atención son el psicólogo (a) o el psiquiatra; en aquellos lugares donde no existan dentro del equipo multidisciplinario, otra persona del equipo de salud que tenga facilidad para comunicarse con los niños, para darle seguridad y restituirle la confianza en sí mismo, resulta la persona indicada, y debe contar con formación básica en el tema. Es importante exaltar sus cualidades y dejarle ver que puede confiar en quienes lo atienden. Si el niño o la niña desea hablar de lo sucedido, es importante dejar que lo haga con amplitud, si no desea hacerlo deben dejarse las puertas abiertas para que lo haga.

De acuerdo con la situación psicológica del menor, se deberá definir el plan de tratamiento requerido.

5.3.2 Hospitalización

El criterio a utilizar para decidir la hospitalización no es solamente clínico. Debe tenerse también en cuenta el riesgo de volver a ser agredido, o de no ser adecuadamente atendido en su casa. Si cualquiera de estas dos circunstancias se sospecha, la hospitalización debe ser inmediata y durante el tiempo necesario para garantizar su adecuada atención y los contactos con las instituciones de protección.

5.3.3 Intervención al Posible Agresor (a)

La atención psicológica es el aspecto más importante a tener en cuenta con respecto al posible agresor (a). Por lo general es altamente resistente a reconocer la necesidad de ayuda terapéutica, por lo que es necesario buscar diferentes medios para comprometerlo con ella.

Es preciso en todos los casos de maltrato donde se identifique al agresor, realizar remisión del agresor a su EPS. Para tal fin la EPS del agredido, deberá remitir los

datos del caso a la EPS del agresor y asegurar la instauración del tratamiento requerido. La EPS del agresor es responsable de hacer búsqueda activa del caso e inducir la demanda de la atención.

5.4 NOTIFICACIÓN

Se debe llevar un registro de todos los casos de maltrato, especificando “tipo”, para fundamentar las políticas y acciones de promoción, prevención y atención.

5.5 DENUNCIA

Todos los miembros de una institución de salud que tengan conocimientos o sospecha que un niño o niña ha sido víctima de maltratos, tienen la OBLIGACIÓN de denunciar el hecho ante la Comisaría de Familia el Centro Zonal del ICBF o el Juzgado de Familia. En su defecto debe informarse a la Policía, a la Personería, a la Procuraduría a la Defensoría o a la Fiscalía Para facilitar el cumplimiento de este deber las Instituciones deberán crear mecanismos para denunciar con oportunidad.

5.6 SEGUIMIENTO

Se pretende evaluar la eficacia de la intervención realizada y evitar que se repita el problema. Dependiendo de la complejidad del caso, pueden participar desde personas de la comunidad hasta personal especializado en salud o del área legal.

En caso de maltrato físico leve se debe realizar evaluación a la semana de intervenido el caso y visitas domiciliarias al mes, a los cuatro meses y al año.

En caso de maltrato físico grave se debe efectuar evaluación permanente hasta determinar que está fuera de peligro, y visitas domiciliarias a los quince días, a los dos meses, a los seis meses y al año. Citaciones periódicas del menor y su familia.

6. CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN EN LOS CASOS DE MALTRATO PSICOLÓGICO

6.1 DIAGNÓSTICO

6.1.1 Signos y Síntomas

- Angustia marcada ante el llanto de otros niños (as)
- Agresividad y negativismo.
- Miedo de ir a la casa o a la escuela.
- Demasiada movilidad o excesiva quietud.
- Hábitos desordenados.
- Tartamudeo, comerse las uñas, tics.
- Hipocondría, miedos o fobias.
- Falta de actividad exploratoria.
- Rechazo a recibir ayuda.
- Intentos de suicidio.
- Uso de alcohol o drogas.
- Pesadillas e insomnios.
- Sentimientos de inferioridad, dificultad de concentración, aislamiento social.
- Depresión.
- Robos caseros.
- Miedos a objetos o situaciones.
- Retardo en el desarrollo Psicomotor
- Autoexigencias excesivas.
- Desconfianza hacia personas ajenas al grupo familiar.
- Apego exagerado a personas desconocidas.
- Destructividad de objetos.
- Sumisión o rebeldía exageradas.

- Tendencia acentuada a accidentes.
- Autoagresiones.
- Sueños con contenidos agresivos.
- Inseguridad y búsqueda constante de aprobación de parte de los mayores.
- Manifestaciones psicósomáticas.
- Cefalea, náuseas, vómito, anorexia, bulimia, enuresis, encopresis, gastritis, colitis, úlceras, crisis convulsivas, entre otras.
- Caída del cabello, erupciones de la piel, intoxicaciones por intento de suicidio.

La presencia de algunos de los signos o síntomas anteriores pueden indicar sospecha de un niño (a) maltratado psicológicamente. En estos casos el menor deberá ser remitido para la confirmación diagnóstica, por personal debidamente capacitado.

6.2 TRATAMIENTO

Durante la atención es importante crear conciencia, tanto en el niño o niña como en la familia, de los factores que desencadenan el maltrato, y dar alternativas para su solución que no impliquen actos violentos. El personal de salud debe proporcionarle seguridad al niño o niña, debe evitar los juicios de valor, debe transmitirle la certeza de poder contar con su atención cuando éste la requiera. Puede ser conveniente sugerirle a la familia que asista a grupos de apoyo como la escuela de padres, o grupos comunitarios de autoayuda.

Para los casos de maltrato psicológico de mayor severidad, la responsabilidad del personal de salud del primer nivel es remitir al niño o niña y su familia para la atención especializada y hacerle seguimiento para garantizarla.

6.3 DENUNCIA

Todos los miembros de una institución de salud, que tengan conocimientos o sospecha que un niño o niña ha sido víctima de malos tratos, tienen la OBLIGACION de denunciar el hecho ante la Comisaría de Familia o el Centro Zonal del ICBF o el Juzgado Promiscuo de Familia En su defecto debe informarse a la Policía, a la Personería, a la Procuraduría, a la Defensoría o a la Fiscalía. Para facilitar estos trámites las Instituciones de salud deben desarrollar mecanismos para denunciar oportunamente.

6.4 NOTIFICACIÓN

Se debe llevar un registro de todos los casos de maltrato, especificando “tipo”, para fundamentar las políticas y acciones de promoción, prevención y atención.

6.5 SEGUIMIENTO

Pretende garantizar que se suministre el tratamiento de la complejidad necesaria. Es responsabilidad del personal de salud realizarlo. Debe remitirse cuando requiera tratamiento especializado.

7. CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN DE MENORES VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL

Reconocer el abuso sexual es difícil para muchos médicos y para otros profesionales quienes condenan el hecho de que haya adultos que abusan de los niños para su propia gratificación; esto es particularmente difícil cuando el niño ha sido abusado por un familiar que puede ser también su paciente.

Otro problema relacionado con el reconocimiento del abuso sexual, es que en la formación médica inicial no se enseña la anatomía genital en niños prepúberes.

En muchos casos de abuso físico, los hallazgos médicos son obvios, sea como lesiones recientes o signos de fracturas antiguas que pueden ser vistas con rayos x, y puede ser comparativamente más fácil reconocer la existencia previa del abuso. No pasa lo mismo con el abuso sexual.

Análisis de historias clínicas en casos de abuso sexual conocido o sospechado, revelan que por encima del 80% de los niños pueden no presentar lesiones recientes o antiguas. En la mayoría de las investigaciones por abuso sexual, la información obtenida de una entrevista apropiada con el niño es mejor evidencia que el examen médico.

Es importante recordar que una proporción de niños (as) quienes han sido abusados sexualmente también pueden haber sido abusados físicamente.

La ausencia de hallazgos al examen en menores abusados (as) sexualmente puede explicarse por el tiempo transcurrido desde la ofensa, (lesiones del área genital sanan rápidamente y pueden sanar sin dejar cicatriz.), porque el ofensor (a) pudo haber restringido su actuación a besos, frotamiento, caricias y masturbación o a otros actos para conseguir en forma deliberada gratificación

sexual del abusador (a) , sin causar lesiones visibles al niño(a). La penetración pudo ser anal y no dejar lesiones o solo dejar pequeñas lesiones. El abuso anal lo realizan en niños y niñas.

Los mitos o falsas creencias acerca del abuso sexual dificultan su prevención y manejo; los mas frecuentes son:

El abusador suele ser un desconocido; importantes investigaciones coinciden en el hallazgo de que aproximadamente el 80% de los abusadores son personas cercanas al niño (a) .

Los abusos sexuales suelen ser actos brutales con graves heridas; se ha demostrado que la mayoría de abusos son sutiles y no dejan mayores huellas físicas.

Los abusos sexuales son incidentes aislados, que ocurren en callejones oscuros; la verdad es que son más frecuentes de lo que se imagina y ocurren generalmente en los hogares o en sitios donde se cree que los niños están seguros (escuela, tienda, consultorio, iglesia entre otros).

Los abusadores son personas de estratos socioculturales bajos; existen entre los abusadores personas de alto rango social y elevado nivel académico.

Los niños hombres son raramente abusados; las estadísticas muestran cómo los niños son cada vez más víctimas de abuso sexual.

Los niños mienten acerca del abuso sexual; nunca un niño inventa este tipo de relatos, por eso siempre se debe prestar atención a ellos.

Sólo se abusa de los (las) adolescentes; se abusa de niños (as) de todas las edades.

Los niños/niñas provocaron el abuso y hubieran podido defenderse; jamás un niño provoca a un adulto, está en estado de indefensión y el adulto usa el poder, la autoridad, la fuerza, y se aprovecha del temor y/o la ignorancia del niño.

7.1 DIAGNÓSTICO

7.1.1 Signos y Síntomas

- Dificultad para caminar o sentarse, dolor o molestias en el área genital, sangrado en boca, ano o vagina.

- Enfermedades de transmisión sexual.
- Infecciones urinarias a repetición.
- Cuerpos extraños en ano o vagina.
- Embarazo precoz.
- Masturbación excesiva.
- Enuresis o encopresis.
- Desordenes de la alimentación.
- Miedo a dormir solo.
- Regresión del lenguaje.
- Autoestima disminuida.
- Preocupación por temas sexuales.
- Consumo de alcohol o drogas.
- Trastornos somáticos.
- Depresión con o sin ideación suicida.
- Cambios en el rendimiento escolar.
- Temor a los adultos.
- Promiscuidad con un adolescente.
- Trastornos del sueño.
- Ansiedad, inestabilidad emocional.
- Fugas de la realidad.
- Intento de suicidio.
- Pérdida de la memoria.

- Rechazo hacia el padre u otros familiares.
- No querer llevar el apellido del padre.

7.1.2 Entrevista con los padres o acompañantes

Se recomienda entrevistar primero a los padres o acompañantes sin la presencia del menor, en orden a establecer los antecedentes médicos, realizar una revisión de síntomas por sistemas encaminada a identificar signos o síntomas que pudieran ser indicativos de abuso sexual, que pueden sintetizarse en: cambios de conducta y quejas anogenitales. (ver tabla correspondiente).

También se interroga por la historia familiar social y desarrollo del menor; teniendo en mente los factores de riesgo y de protección. Luego se pregunta por el abuso sexual; nunca enfrente del niño(a).

Deben conocerse las palabras que el menor utiliza para referirse a sus genitales.

Debe recolectarse toda la información posible sobre el abuso de fuentes diferentes antes de la entrevista con el niño(a) (38).

Aunque la conducta y las quejas somáticas pueden indicar un diagnóstico de abuso sexual, sobre todo cuando tiene lugar poco después de tal abuso, éstas por sí solas no permiten un presunto diagnóstico de abuso. Al valorar a un niño con conducta inespecífica o dificultades somáticas, el abuso sexual ha de ser una de las muchas explicaciones a considerar por parte de quien establezca el diagnóstico (7).

7.1.3 Entrevista con el menor

Se requiere entrenamiento y destreza en la realización de entrevistas con menores. Es raro que los niños deliberadamente inventen historias de ser víctimas sexuales.

Cuando durante una visita médica se plantea la posibilidad de abuso sexual, el médico debe ante todo decidir si procede o no a entrevistar al niño inmediatamente acerca del abuso: Si esta información no se le ha solicitado al niño(a) previamente y si parece dispuesto a describir el abuso y si no se ha notificado aún a una autoridad, en estos casos es importante proceder lo antes posible a una entrevista.

Es posible que más tarde el niño(a) se muestre reacio a hablar del tema por temor del agresor (a), miedo, vergüenza o simplemente cambio de estado de ánimo. Esta información bien registrada en la historia clínica, utilizando entre comillas las

palabras del niño(a), puede ser de gran utilidad como evidencia en la investigación judicial.

A la inversa, hay circunstancias en las que el médico no debe invitar al niño a describir el abuso: cuando el menor parece no tener deseo, o es demasiado pequeño(a) para hablar, cuando ya se ha investigado y escrito un informe de sospecha de abuso sexual y cuando la víctima ha sido entrevistada más de una vez. En estos casos el médico debe obtener la mayor información del adulto y determinar la mejor manera de hacer las preguntas diagnósticas y terapéuticas correspondientes al caso (7).

Hacer repetir la historia del abuso sexual al menor puede inducirlo a creer que sus respuestas no eran correctas, a dar respuestas diferentes, a negar lo ocurrido o a rechazar hablar sobre el tema (7).

Para realizar la entrevista el médico requiere ganar el interés del menor y conocer su nivel de entendimiento, debe sentarse a nivel del niño, no detrás de un escritorio, decirle la verdad al niño, contarle el propósito de la misma.

Primero debe enfocarse el diálogo sobre aspectos neutrales, como la escuela, las amistades, la televisión, evitando hablar inicialmente sobre la familia, ni sobre aspectos relacionados con el área sexual. Luego al hablar sobre los hechos es importante permitir que el niño(a) se tome el tiempo que requiera.

El entrevistador debe estar atento a sus propias reacciones, para manejar su propio disgusto, sorpresa o rechazo de los hechos, pues aumentaría la ansiedad del menor.

Las preguntas que se hagan deben ser directas pero no deben sugerir las respuestas, ni entrar en discusiones minuciosas de lo sexual, ni preguntar por una persona específica (34).

Las preguntas deben ser abiertas como por ejemplo: Alguien te ha tocado de alguna forma que te haya disgustado?. Qué pasó? Cuéntame más. Que más recuerdas? (32). Las preguntas no deben ser del estilo de: Por Qué o Quién? pues hacen sentir al menor culpable y lo confunden.

Mirar fijamente al menor o tocarlo puede aumentar el temor, pues ya posiblemente ha sido abusado; tocarlo puede ser interpretado como una provocación.

Los padres no deben estar presentes durante la entrevista. Cuando excepcionalmente esto ocurra, deben situarse en un lugar del consultorio donde

no estén al alcance de la vista del menor, advirtiéndoles que no deben intervenir en ningún momento hasta que se les solicite.

Al finalizar la entrevista hay que decirle al niño(a) que hizo bien contando acerca de lo que sucedió. Que no ha hecho nada malo y que no debe afligirse. Este debe ser el mensaje más importante que su paciente debe recibir (32).

7.1.4 Organización del Exámen Médico

El examen médico debe ser organizado de tal forma que responda los siguientes aspectos:

7.1.4.1 Razón para examinar

Muchas personas piensan que el examen no es útil para producir evidencia conclusiva de que el niño (a) ha sido abusado y que el mismo examen médico puede ser en si mismo un abuso para el menor. Estas opiniones están erradas y no tienen en cuenta que tanto los padres como el niño pueden estar preocupados por posibles lesiones internas y por el desarrollo normal del niño(a).

Un examen conducido por un médico (a) **debidamente entrenado** (a) en medicina forense, puede no sólo revelar evidencia médica sino ser terapéutico y tranquilizar también.

7.1.4.2 Cuándo realizar el examen

Debe realizarse en casos de asaltos por extraños o por conocido, pero inferiores a 72 horas de ocurridos, lo más rápido que sea posible en orden a:

- Registrar y tratar cualquier lesión
- Recobrar cualquier evidencia forense posible. Esto es particularmente aplicado a muestras de semen, saliva, fluidos vaginales que pueden ser analizados luego por ADN y proveer identificación del autor (a) .

En casos de abuso crónico o casos de extraños pero reportados tardíamente, el examen médico debe realizarse tan pronto como sea conveniente para el niño (a)

7.1.4.3 Lugar para la realización del examen

Debe realizarse en donde se facilite la provisión de lo requerido para este tipo de examen. Es ideal un lugar decorado amigablemente para el niño y con una puerta que pueda ser cerrada con llave para prevenir interrupciones. Es importante evitar

realizar estos exámenes en cubículos separados por cortinas pues no garantizan privacidad.

Uno de los padres o el representante legal del niño (a) puede estar presente si el niño(a) lo requiere. Niños(a) mayores generalmente prefieren que los padres no estén presentes; puede ser suficiente soporte para ellos saber que el padre o la madre están en un salón contiguo.

7.1.4.4 Personal idoneo para examinar al niño

Lo más importante en relación con el médico (a) es: que haya recibido entrenamiento especial en medicina forense y que tenga interés genuino en los niños (as).

7.1.4.5 Equipo necesario para el examen

Se requiere camilla, escritorio, estante y una superficie donde depositar la ropa y otros elementos que sirvan de prueba. Una Balanza, un tallímetro, una buena luz flexible (lámpara cuello de cisne), un medio para magnificar la imagen; una simple lupa o un otoscopio pueden servir.

7.1.4.6 Recomendaciones para un adecuado examen

Cuando sea posible los niños (as) de edad apropiada deben ser informados con el fin de:

- Dar su consentimiento para el examen médico
- Decidir si desea o no que un adulto esté presente en el examen físico, para darle soporte.
- Decidir si desea o no que la puerta del consultorio sea cerrada con llave.
- Decidir por cuál parte del cuerpo desea que empiece el examen médico.

Un niño (a) abusado (a) no debe ser forzado (a) a un examen médico, a menos que sea médicamente necesario, por ejemplo en el caso de una lesión que produzca una hemorragia.

El examen físico debe ir precedido por información sobre la historia médica.

El médico(a) debe poner particular atención y recordar la conducta del niño(a) durante el examen médico. Ésta puede reflejar conductas sexualmente

inapropiadas para su edad o puede brindar información sobre la naturaleza del abuso.

El examen no debe concentrarse sólo en el área genital

Los niños(a) deben poder suspender la práctica del examen médico en cuanto lo deseen.

Los niños(a) no deben exponerse desnudos totalmente, puede descubrirse parcialmente la zona que se esté examinando.

Se le deben dar explicaciones al niño(a) sobre lo que ocurre en el transcurso del examen.

7.1.5 Examen Físico en Casos de Abuso Sexual

Los fines que persigue el examen físico son:

- Identificar anomalías o lesiones que justifiquen nuevas medidas diagnósticas o terapéuticas.
- Obtener muestras requeridas para descubrir enfermedades de transmisión sexual.
- Hacer observaciones y tomar muestras que puedan corroborar la historia de abuso sexual (32).

El examen en los casos de abuso sexual tiene algunas diferencias según se trate de un hecho antiguo (más de 72 horas) o reciente (menos de 72 horas). La diferencia radica en la probabilidad de encontrar evidencias físicas que, en caso de ser dejadas por este tipo de conductas, son muy lábiles.

El examen que se describe a continuación debe ser considerado por el médico frente a este parámetro.

Si los hechos son recientes se debe iniciar el examen con la inspección de la ropa que vestía al momento de los hechos y con la inspección externa del cuerpo, con el fin de identificar y recolectar evidencias tales como pelos, manchas (que pueden ser de semen, sangre etc.)

El objetivo de la inspección y uno de los objetivos del examen genital es el de recuperar células que el agresor hubiere podido dejar sobre la víctima, para realizar un perfil de DNA y cotejarlo con el del implicado (s).

Se procede entonces a un examen general en busca de lesiones tales como huellas de mordeduras, equimosis, excoriaciones, etc.

Se realiza entonces el examen genital que en prepúberes debe realizarse en posición “de rana” (7). Deben observarse cuidadosamente vulva y periné en busca de equimosis, edema, excoriaciones, vello, secreciones y sangrado, entre otros signos (44). Hay que separar con cuidado los labios mayores en dirección superolateral para poder observar el introito. No debe emplearse espéculo vaginal, a no ser que se sospechen lesiones vaginales, caso en el cual el examen debe hacerse bajo anestesia general.

Los signos más frecuentes de abuso sexual son: eritema, inflamación, fisuras, laceraciones, desgarros, flujo vaginal enfermedades de transmisión sexual.

7.1.5.1 Ausencia de Hallazgos de Evidencia Médica

- El hecho de no encontrar hallazgos positivos no significa que no haya ocurrido el abuso.
- No encontrar hallazgos al examen es más común que hallarlos.
- Hallazgos de evidencias como semen, saliva, pelos, secreción vaginal, pueden aportar información posterior.
- Cuando no hay hallazgos médicos es importante que el médico deje en claro dos mensajes, al niño(a), al adulto que lo apoya, a la trabajadora social y al defensor de familia:
- **El primer mensaje:** El niño será apto y estará bien, tendrá un desarrollo normal y crecerá hasta convertirse en un adulto sano.
- **El segundo mensaje:** La mayoría de los niños (as) quienes han sido abusados pueden no presentar lesiones físicas

7.1.5.2 Presencia de Hallazgos Médicos Positivos:

Esta es una situación mucho más difícil para el médico y para el defensor de familia. Es posible que los hallazgos tengan una explicación diferente a la del abuso; pueden tener una causa médica, cultural, accidental u otra causa.

Los hallazgos pueden ser consistentes con la historia de abuso pero pueden tener otra causa también. En raras ocasiones la evidencia médica será conclusiva, caso

de hallazgo de semen o embarazo, soportados con perfiles adecuados de DNA (44).

Por todo lo anterior el médico clínico no forense debe describir, consignar, si puede fotografiar la evidencia encontrada y preservar las muestras que tome, pero no debe consignar conclusiones relativas al abuso en la historia clínica. Esta valoración requiere un concepto experto forense en la mayoría de los casos.

7.1.6 Toma de Muestras (24) (42) (39)

La toma de muestras cumple con tres objetivos:

- Identificar al agresor (búsqueda de células en semen, pelos o vellos, manchas de saliva, en caso de que haya habido lucha, células epiteliales bajo los lechos ungueales de la víctima.
- Investigar enfermedades de transmisión sexual y
- Prevenir o diagnosticar embarazo.

Búsqueda de Espermatozoides o semen: Se toman 3 muestras de frotis de fondo de saco vaginal, con escobillones secos que se guardan en tres tubos estériles secos.

Se toman muestras de manchas en periné, ingles o partes del cuerpo en las que se sospeche la presencia de semen. Usar escobillón estéril, humedecido con agua destilada.

Si se sospecha presencia de semen en cavidad oral se toman muestras interdentes con seda dental y se guardan en una caja de petri o frasco. También se realiza frotis con escobillón de los espacios premolares.

Si hay sospecha de penetración anal reciente, se toma muestra de región anal, perianal, con dos escobillones que se guardan en tubo seco por separado .

En todos los casos se debe etiquetar la muestra tomada con el número de la historia clínica, el nombre del paciente, el área de donde fue tomada la muestra, la fecha y el nombre de quien toma la muestra.

Los escobillones y los tubos deben estar estériles.

7.1.6.1 Muestras en Ropa

Si se encuentran manchas en ropa especialmente ropa interior , se deja secar la prenda al aire libre, y se embala en bolsa de papel, protegiendo previamente la mancha con papel no impreso.

Se guarda toda la prenda. Esta debe ser etiquetada de la misma forma anotada.

Todas estas muestras deben guardarse refrigeradas y debe registrarse qué personas las han tenido bajo su cuidado. Deben guardarse en un lugar de acceso restringido; todo ello para salvaguardar la cadena de custodia que resulta vital para la futura validez de estas evidencias como pruebas en los procesos penales que deban adelantarse.

7.2 TRATAMIENTO

7.2.1 Enfermedades de Transmisión Sexual (1) (31) (27) (18) (47)

Las indicaciones para Investigar E.T.S son.:

Prepúberes (menores hasta los 12 años):

- Contacto con los genitales del agresor en cualquier sitio.
- Hallazgos físicos en genitales.
- Síntomas referidos al área genital
- Sospechoso con factores de riesgo para E.T.S (Promiscuidad, drogadicción, antecedentes de E.T.S.)
- Si el medio en que se desenvuelve el niño(a) tiene una alta prevalencia de E.T.S.
- Si el menor víctima tiene o tuvo una E.T.S.
- Anamnesis de eyaculación o contacto con los genitales del sospechoso.

Adolescentes:

- Prevalencia de E.T.S. en la población a estudio.
- La información obtenida en la anamnesis y el examen físico de la víctima.

- La información confiable obtenida en la anamnesis o el examen físico del sospechoso.

7.2.1.1 Grupo de E.T.S. Básicas a Investigar:

- Infección por *Neisseria Gonorrhoeae*
- Infección por *Clamidia Tracomatis*
- Infección por *Trichomona Vaginalis*
- Infección por *Treponema Pallidum*
- Infecciones por *Gardnerella Vaginallis* y Hongos.
- VIH
- Hepatitis B
- Herpes II y VIH solo si hay sospecha.

7.2.1.2 Terapéutica Profiláctica para E.T.S.

Se recomienda Manejo Profiláctico con:

Ceftriaxona 125 mg I.M. única dosis

Metronidazol 2 g V.O. única Dosis.

Azitromicina 1 g V.O. única Dosis.

Se debe indagar si tiene el esquema de vacunación contra Hepatitis B Vacunación en caso negativo realizar vacunación post- exposición con tres dosis (1- En el Momento, 2- Al mes , 3- A los seis meses.) Se sabe que la vacuna post exposición previene el desarrollo de la infección.

7.2.2 Prevención de Embarazo

Si la prueba de embarazo resulta negativa ordenar anticoncepción de emergencia:

Dentro de la primeras 72 horas : Etinilestradiol 100 ug + 0.5 mg de Levonorgestrel cada 12 horas (Dos dosis). la primera dosis al momento del examen y segunda dosis 12 horas después.

Colocar Dispositivo Intruterino, después de 72 horas y en los primeros siete días.

Se requiere el consentimiento de la menor y de su representante legal

7.2.3 Hospitalización

En los casos en que se observe que el menor afronta un riesgo alto en su hogar, debe ser hospitalizado para su tratamiento y el caso reportado inmediatamente a las instituciones de protección.

7.3 REMISIÓN

Todos los casos de posible abuso sexual deben ser remitidos para tratamiento especializado por pediatría y psicología o psiquiatría.

7.4 NOTIFICACIÓN

Los casos de abuso sexual deben ser registrados para efectos de construir el sistema de información que permita la adecuada evaluación de la problemática y sustente la toma de decisiones políticas de promoción, prevención y atención.

7.5 DENUNCIA

Todos los miembros de una institución de salud, que tengan conocimientos o sospecha que un niño o niña ha sido víctima de abuso sexual, tienen la OBLIGACION de denunciar el hecho ante las autoridades de protección – ICBF y ante la fiscalía. Para facilitar estos trámites las Instituciones de salud deben desarrollar mecanismos para denunciar oportunamente.

7.6 SEGUIMIENTO

Además de las normas generales propuestas para las demás formas de maltrato, para los casos de abuso sexual en niños/ niñas **el seguimiento debe hacerse para la prevención de E.T.S a las dos semanas, a las seis semanas (1-1/2 meses), 12 semanas (3 meses) y 24 semanas (6 meses).** Se evaluará también su evolución mental y social y se verificará la necesidad de tratamiento especializado.

La atención al agresor (a) debe ser realizada por un profesional en la materia.

8. CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN EN LOS CASOS ESPECIALES

8.1 GESTACIÓN Y MALTRATO

Los siguientes comportamientos son sugestivos de maltrato durante la Gestación:

- Inasistencia a controles prenatales.
- Consumo de alcohol, tabaco, drogas, medicamentos y otros.
- Mala alimentación.
- Estados depresivos causados por el embarazo.

El tratamiento debe enfocarse a los siguientes aspectos:

- Tratamiento Físico: Según criterio médico. Controles prenatales cada 15 días.
- Tratamiento psicológico: Es prioritario en estos casos para iniciar pronta asistencia a curso psicoprofiláctico. Fortalecimiento de autoestima y autocuidado.
- Seguimiento: Visitas domiciliarias mensuales e ingreso a grupos de apoyo comunitario.

8.2 EN LOS CASOS DEL SÍNDROME DE BEBÉ ZARANDEADO

8.2.1 Diagnóstico

8.2.1.1 Signos y Síntomas

- Lesión cerebral sin evidencia de trauma externo con los siguientes signos:
- Alteración de la conciencia, coma, convulsiones.
- Lesión cerebral con evidencia de sangrado (subdural, epidural, subaracnoideo, subgaleal) laceración, contusión cerebral.
- Hemorragia retiniana.

- Lesiones óseas, trauma abdominal y trauma torácico (de donde se sostuvo al bebé para sacudirlo) asociadas a las lesiones cerebrales.

Debe realizarse además de la historia clínica un examen físico completo incluyendo la realización de fundoscopia, escanografía cerebral (y de ser posible también abdominal), una serie ósea, exámenes para detección de posibles drogas y las pruebas de rutina para coagulación.

8.2.2 Tratamiento

Tratamiento Físico: Según criterio médico. Controles cada 15 días durante los siguientes seis meses.

Seguimiento: Visitas domiciliarias mensuales e ingreso a grupos de apoyo comunitario.

8.3 EN LOS CASOS DE NEGLIGENCIA

8.3.1 Diagnóstico

8.3.1.1 Signos y Síntomas

- Retardo en el desarrollo psicomotor.
- Desnutrición.
- Diarrea, infecciones respiratorias y en piel a repetición.
- Mal estado de la dentadura.
- Accidentalidad previsible y prevenible.
- Descuidos con objetos y sustancias peligrosas.
- Dificultades de aprendizaje y respuesta a estímulos.
- Incapacidad de expresar afecto.
- Llanto injustificado.
- Trastornos del habla.
- Higiene personal inadecuada.

- Ausencia de cuidados médicos mínimos.
- Desescolarización o bajo rendimiento escolar.
- Depresión o agresividad.
- Consumo de alcohol o sustancias psicoactivas.
- Descuido en las relaciones sociales que el niño establece, tipo de actividades que realiza, etc.
- Falta de aplicación de normas de comportamiento.
- Falta de estímulos afectivos, intelectuales y sociales que desarrollen las potencialidades del niño (a).
- Niños que no son llevados a control médico, de vacunación y demás servicios de salud.

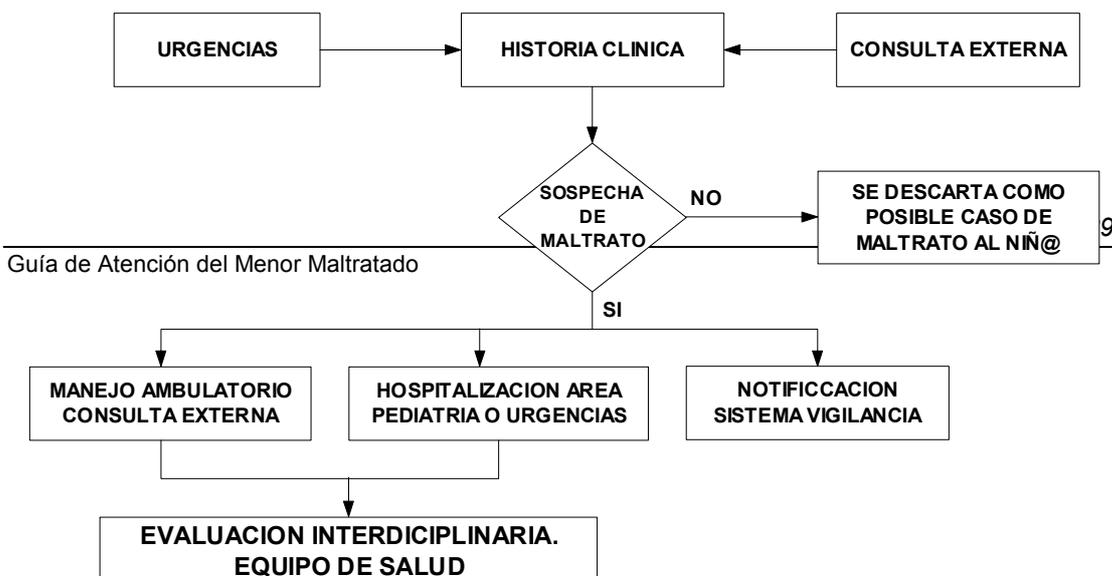
8.3.2 Tratamiento

La atención debe estar dirigida, por una parte, a solucionar las afecciones físicas y psicológicas ocasionadas por la negligencia; para esto el personal de salud debe utilizar los procedimientos habituales para restituir la salud del niño enfermo.

Por otra parte, la intervención debe estar dirigida a transformar las causas que originaron la negligencia. Lo más importante es la capacitación de los padres o cuidadores del niño, para que entiendan el papel fundamental que juegan en la supervivencia y en el desarrollo de sus hijos. Es importante remitir a la familia a grupos de apoyo como la escuela de padres y los grupos comunitarios de ayuda.

La hospitalización, notificación y seguimiento siguen los mismos parámetros que en el caso del maltrato físico.

9. FLUJGRAMAS



10. BIBLIOGRAFÍA

- 1 Acuerdo No. 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.
- 2 Asociación Colombiana para la Defensa del Menor Maltratado. El Drama de la Niñez Maltratada en Colombia. Bogotá, 1993.
- 3 Asociación Colombiana para la Defensa del Menor Maltratado. Enseñando a los Niños a Evitar el Abuso Sexual. Bogotá, 1993.
- 4 Asociación Colombiana para la Defensa del Menor Maltratado. IV Congreso Nacional Intervención en Maltrato Infantil. Bogotá, 1995.
- 5 Cámara de Comercio de Bogotá. La Prostitución Infantil en el Centro de Bogotá. Un Ensayo de Investigación Social Urbana. 1993.
- 6 Código del Menor, Decreto No. 2737 de 1989, Biblioteca Actualidad Jurídica, Bogotá, 1990.
- 7 Consejería Presidencial para los Derechos Humanos, Fondo de Población de la Naciones Unidas. Módulo Pedagógico para Formadores. 5 Delitos Contra la Libertad Sexual y la Dignidad Humana (Ley 360 de 1997). ed. Gente Nueva, 1999.
- 8 Cruz N. Juan de La. Informe Trimestral Dirección General de Investigaciones del Departamento Administrativo de Seguridad DAS. 1998.
- 9 Cuadros, Isabel, Guía de Atención Integral del Maltrato Infantil. Documento Inédito.
- 10 Cuadros, Isabel. El Abuso Sexual en la Niñez. Asociación Colombiana para la Defensa del Menor Maltratado. Bogotá, 1993.
- 11 Cuadros, Isabel. Guía de Atención Integral al Maltrato Infantil. Bogotá. 1996.
- 12 Defensoría del Pueblo, FES, UNICEF. Los Derechos de la Infancia y de la Adolescencia. Bogotá, 1995.
- 13 Defensoría del Pueblo. La Niñez y sus Derechos. Bol. 4. Junio 1998
- 14 Defensoría del Pueblo. S.O.S. Niños en Dificultad. Bogotá, 1995.
- 15 Dirección Seccional de Salud de Antioquia. Prevención y Atención de la Violencia Intrafamiliar. Medellín, 1995.
- 16 Dirección Seccional de Salud de Antioquia. Violencia Intrafamiliar: Cotidianidad Oculta. Medellín, 1994.

- 17 Franco, Saúl. Corporación Salud y Desarrollo. Violencia, Ciudadanía y Salud Pública. Bogotá, 1995.
- 18 Guidelines for Treatment of Sexually Transmitted Disease. 1998. M.M.W.R.Morbidity and Mortality Weekly Report. Vol 47. Number R.R.-1. January 23, 1998.
- 19 ICBF, Conciencia, UNICEF. Familia, Democracia y Cotidianidad. Bogotá, 1994.
- 20 ICFB, FES. Investigación sobre el Maltrato Infantil en Colombia 1985 1996 Estado del Arte. Bogotá, 1997.
- 21 Instituto Colombiano de Investigación de Familia y Población y Asociación Colombiana para la Defensa del Menor Maltratado. Aprendiendo a Vivir en Armonía. Bogotá, 1995.
- 22 Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Centro de Referencia Nacional de Violencia. Boletín CRNV. Volumen 4, No 2 Febrero de 1998, República de Colombia.
- 23 Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Grupo de Estadística. Medicina Legal en Cifras, Enero-Diciembre de 1998.
- 24 Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Actas de P.P.I. Sexológico. Grupo de Trabajo de Desarrollo de la Prueba Pericial Integral en los Delitos contra la Libertad Sexual y la Dignidad Humana. Santafé de Bogotá, 1999.
- 25 Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Centro de Referencia Nacional de Violencia. Boletín CRNV, Volumen 2, 4 de abril de 1997, República de Colombia.
- 26 Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Centro de Referencia Nacional de Violencia. Cooperación Alemana al Desarrollo GTZ. Lesiones de Causa Externa, Factores de Riesgo y Medidas de Prevención. Elaborado por Joanne Klevens, Santafé de Bogotá, D.C., Febrero de 1998.
- 27 Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Manual de Procedimientos para la Realización del Dictamen Médico Legal en Maltrato Infantil. Santafé de Bogotá, D.C., 1998.
- 28 Interpol/DII7SD7GC7ASM7F6/97, Evidencia Médica, Capítulo 6a, 1997.
- 29 Isaza, Olga Isabel. Guía de Atención Integral del Maltrato. Documento Inédito.
- 30 Kent, Hymel, Carole, Jenny. Child Sexual Abuse. Pediatrics in Review. Vol. 17 No 7, July, 1996.
- 31 Ley 23 de 1981, Decreto Reglamentario 3380 de 1981. Normas Sobre Etica Médica. Tribunal Nacional de Etica Médica.
- 32 Ley 294 de 1996 , Diario Oficial.

- 33 Ley 360 de 1997, Diario Oficial.
- 34 Martínez, Adriana, De la Hoz, Nancy. Diagnóstico Evaluativo de los Dictámenes sobre Delitos Sexuales en Menores de 18 Años Emitidos por la Sección de Psiquiatría y Psicología Forenses Entre 1992 y 1994 y Una Propuesta de Entrevista Para Estos Menores. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Santafé de Bogotá, 1996.
- 35 Ministerio de Salud. Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas. Colombia 1993 Bogotá: Editorial Cra 7, 1995.
- 36 Pacto por la Infancia. Sistema Nacional Contra el Maltrato Infantil y el Abuso Sexual. Bogotá, 1998.
- 37 PAFI. Plan de Acción para la Prevención del Maltrato Infantil y la Protección del Menor Maltratado. Bogotá, 1994.
- 38 Paradise, Jan E. Valoración Médica del Niño que ha sufrido Abuso Sexual. Clínicas Pediátricas de Norte América. Vol. 4, 1990
- 39 Prada, Luis. Investigación de E.T.S. en las Víctimas de Delitos Sexuales. Conferencia sin publicar. Santafé de Bogotá, 1999.
- 40 Presidencia de la República, PAFI. Maltrato Infantil: Un Mal que si tiene Cura. Bogotá, 1993.
- 41 Ronderos, Margarita. Prevención y Promoción en el Plan Obligatorio de Salud. Acciones de Obligatorio Cumplimiento. Evaluación y Seguimiento. Ministerio de Salud, Dirección General de Promoción y Prevención. Santa Fe de Bogotá, 1998.
- 42 Sanchez, Oscar. Caracterización de los Dictámenes Forenses que Investigan Enfermedades de Transmisión Sexual- ULAM-1998. Trabajo de Investigación. Facultad de Medicina-Departamento de Patología, Postgrado de Medicina Forense. Santafé de Bogotá, agosto, 1999.
- 43 Save the Children. Manual para la Detección de Casos de Maltrato a la Niñez. Bogotá, 1994.
- 44 Seguro Social Salud, Documento Guía para el Desarrollo del Programa en los Centros de Atención Ambulatoria y Clínicas de ISS. Elaborado por Seccional Caldas. Santafé de Bogotá, 1997.
- 45 Seguro Social. Maltrato Infantil. Promoción del Buen Trato para la Prevención y Atención del Maltrato Infantil y el Abuso Sexual. Bogotá, 1998.
- 46 Suarez, Gloria, Hernandez, Wilson. Comportamiento de las Lesiones de Causa Externa Evaluadas por El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Colombia,

1995. Santafé de Bogotá: Centro de Referencia Nacional de Violencia, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 1996.
- 47 The Forensic Medicine Unit. ST George Hospital Medical School. The Reading Lists for the Rape Examinaton and Child Abuse Courses. London,SW17 ORE, 1998
- 48 Vivas, José Manuel. Guía para el Diagnóstico de Maltrato Infantil. División de Investigación. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Santafé de Bogotá D.C., 1999.
- 49 Whetsell-Mitchell J. Rape of the innocent: understanding and preventing child sexual abuse. Washington, D.C.: Accelerated Development; 1995.
- 50 Wiehe Vr. Sibling abuse. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1997.
- 51 Wieland S. Hearing the internal trauma: working with children and adolescents who have been sexually abused. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1996.
- 52 Wissow, Lawrence. Child Abuse and Neglect. The New England Journal of Medicine. Vol 332, No. 21, Mayo 25/1995.