

Protocolo para el abordaje de
**situaciones de maltrato a niñas,
niños y adolescentes**
en el marco del Sistema Nacional
Integrado de Salud

Protocolo para el abordaje de
situaciones de maltrato a niñas, niños y adolescentes
en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud

Autoridades del Ministerio de Salud Pública

Dr. Jorge Basso
Ministro de Salud Pública

Dr. Jorge Quián
Subsecretario de Salud Pública

Dra. Raquel Rosa
Directora General de la Salud

Dr. Gilberto Ríos
Subdirector de la Dirección General de la Salud

Sr. Humberto Ruocco
Director General de Secretaría

Ec. Arturo Echevarría
Presidente de la Junta Nacional de Salud

Dra. Adriana Brescia
Directora de la Dirección General de Coordinación

Protocolo para el abordaje de
**situaciones de maltrato a niñas,
niños y adolescentes**
en el marco del Sistema Nacional
Integrado de Salud

Protocolo para el abordaje de situaciones de maltrato a niñas, niños y adolescentes en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF Uruguay
Ministerio de Salud Pública

Autores:

Dra. Fernanda Lozano
Dra. Magdalena García
Dra. Sandra Sande
Dra. Virginia Perdomo
Dr. Carlos Zunino

Colaboradores: Lic. Fernanda Nin, Psic. Clínica Wanda Oyola, Dra. Ana Baráibar

Aportes: Dra. Sandra Romano, Mag. Andrea Tuana, Dra. Mónica Gorgoroso, Mag. Mariela Solari, Dr. Javier Prego, Dra. Alicia Deus, Dr. Walter Pérez, Dra. Susana Grumbbaum, Lic. Tania Zina, Lic. Álvaro Capano, Lic. Irma Castro, Lic. Rosana Rodríguez, Lic. Adriana Fontán, Lic. Claudia Cánepa, Lic. Daniela Osoros

Coordinación del proceso de elaboración y seguimiento:

Ministerio de Salud Pública. DIGESA–Áreas asesoras programáticas
Violencia Basada en Género y Generaciones: Irene Petit, Carla Bellini, Estela De Armas
Niñez: Claudia Romero, Gabriela Amaya
Adolescencia: Silvia Graña, Andrea Fabbiani, Lorena Quintana
Salud Mental: Carolina Fernández Crosa
Salud Sexual y Reproductiva: Ana Visconti, Florencia Forrisi
ITS-VIH/Sida: Susana Cabrera
Salud Integral de la Mujer: Rafael Aguirre

Edición técnica: Alejandra Saravia

Apoyo: María Elena Mizrahi. Coordinadora del Sistema Integral de Protección a la Infancia y la Adolescencia frente a la Violencia (SIPIAV)

Validadores del documento:

Dra. Sandra Leopold. *Profesora adjunta de Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales, UDELAR*
Prof. Mag. Lía Fernández Pellejero. *Directora del Departamento Salud del Niño, Niña y Adolescente. Directora de Carrera. Facultad de Enfermería, UDELAR*
Lic. Enf. Esp. Esther Lacava. *Directora del Departamento de Enfermería Comunitaria. Facultad de Enfermería, UDELAR*
Lic. Enf. Esp. Verónica Sánchez. *Profesora agregada del Departamento Materno Infantil. Facultad de Enfermería, UDELAR*
Dra. Alicia Canetti. *Profesora agregada con DT. Responsable de la Unidad de Salud Mental en Comunidad de la Clínica Psiquiátrica de Facultad de Medicina y del Centro Interdisciplinario de Infancia y Pobreza, UDELAR*
Dr. Gustavo Giachetto. *Profesor titular de Clínica Pediátrica. Facultad de Medicina, UDELAR*
Dra. María Catalina Pérez. *Profesora de Clínica Pediátrica. Departamento de Pediatría, Facultad de Medicina, UDELAR*
Dr. Javier Prego. *Profesor de Emergencia Pediátrica. Facultad de Medicina, UDELAR. Jefe del Departamento de Emergencia Pediátrica del Hospital Pediátrico, Centro Hospitalario Pereira Rossell, ASSE*
Dra. Alicia Sosa Abella. *Profesora agregada del Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria. Facultad de Medicina, UDELAR*
Mag. Margarita Fraga Mereles. *Profesora adjunta. Programa Problemáticas Clínicas de la Infancia y la Adolescencia. Instituto de Psicología Clínica, Facultad de Psicología, UDELAR*

Ilustraciones: Ignacio Amaya

Corrección de estilo: María Cristina Dutto

Diseño gráfico editorial: Taller de Comunicación

Impresión: Gráfica Mosca

Primera edición: mayo de 2019

Aclaración: En este instrumento el uso del masculino genérico obedece a un criterio de economía de lenguaje y procura una lectura más fluida, sin ninguna connotación discriminatoria. A lo largo de la guía se tiene en cuenta la especificidad de los distintos grupos etarios. La bibliografía nacional e internacional en materia de MTI y ASI incluye el maltrato y abuso ejercido tanto hacia niños y niñas como hacia adolescentes.

Contenido

11	Glosario
13	Prólogo MSP
15	Prólogo UNICEF
17	Introducción
19	Definiciones y conceptualización
19	Importancia del problema
21	Violencia y agresividad
22	Origen de la violencia
22	Formas de clasificar la violencia
23	Recuadro: Violencia doméstica, violencia intrafamiliar y violencia de género
23	Modelo explicativo de la violencia interpersonal
25	La violencia hacia la infancia: dinámica y consecuencias
25	Maltrato hacia niños, niñas y adolescentes
27	El abordaje de las situaciones de maltrato infantil y adolescente desde el sector salud
27	Recuadro: Objetivos del abordaje desde el sector salud
28	Etapa 1: Promoción de pautas de crianza no violentas y prevención del maltrato infantil
29	Recuadro: Factores de riesgo y factores de protección frente al maltrato
29	Prevención de la violencia desde una perspectiva ecológica
30	Etapa 2: Detección de indicadores clínicos y paraclínicos
30	Indicadores de maltrato en niños, niñas y adolescentes
30	Indicadores de daño psíquico
32	Consecuencias del maltrato
33	El relato como indicador de alta especificidad

34	Indicadores cognitivo-conductuales y emocionales
34	Indicadores del entorno familiar y otros indicadores inespecíficos
35	Indicadores físicos
35	Lesiones cutáneas
37	Lesiones osteoarticulares
40	Lesiones encefálicas
41	Lesiones oculares
41	Lesiones viscerales
41	Lesiones raquímedulares
42	Indicadores de negligencia
42	Etapa 3: Valoración del riesgo de la situación de maltrato
42	Manejo de la entrevista o anamnesis
44	Examen físico
45	Paraclínica
46	Diagnóstico de maltrato infantil
47	Recuadro: Recomendaciones de estudio imagenológico de las lesiones encefálicas (American Academy of Pediatrics, 2009)
48	Recuadro: Tipos de maltrato
49	Valoración de riesgo
52	Etapa 4: Respuesta de primera línea
53	Acciones específicas para cada tipo de maltrato
53	Acciones generales
54	Recuadro: Si hay otros NNA en el grupo de convivencia
54	Atención según el escenario de la detección o la derivación
54	Situaciones detectadas en el primer nivel de atención (PNA)
56	Situaciones detectadas por equipos de salud en escenarios no sanitarios (emergencias móviles, médicos de radio)
58	Situaciones detectadas en servicios de urgencia y emergencia
60	Niños, niñas o adolescentes derivados por orden judicial o fiscal
60	Situaciones detectadas durante la internación hospitalaria
61	Denuncia de una situación de maltrato hacia NNA
61	¿Cuándo se debe denunciar una situación de maltrato?
62	Etapa 5: Seguimiento
64	Trabajo con la familia cuando la persona que ejerció la violencia ya no es parte del grupo de convivencia
65	Bibliografía consultada
71	Índice de cuadros y flujogramas
73	Anexos
75	Anexo I. Política pública en violencia basada en género y generaciones. Avances normativos, reglamentarios y jurídicos
79	Cuadro A.1. Normativa nacional que los equipos de salud deben conocer en el abordaje de situaciones de violencia hacia NNA

81 Anexo II. Uso de sedación en situaciones de maltrato y violencia sexual

81 Definición

81 Objetivo

81 Posibles indicaciones de sedación en situaciones de maltrato y/o abuso sexual hacia NNA

81 Metodología

82 Cuadro A.2. Niveles de sedación

83 Cuadro A.3. Fármacos recomendados

83 Errores posibles

83 Riesgos del procedimiento

83 Cuidados posteriores al procedimiento

85 Anexo III. Tanner: grados de desarrollo puberal en varones y mujeres

85 Grados de desarrollo puberal en la mujer

85 Grados de Tanner del desarrollo mamario

85 Grados de Tanner del desarrollo del vello púbico

86 Grados de desarrollo puberal en el varón

86 Grados de Tanner del desarrollo del vello púbico

86 Grados de Tanner del desarrollo genital en el varón

Glosario

ARP	adulto referente protector
ASSE	Administración de Servicios de Salud del Estado
ASI	abuso sexual infantil
AUCI	Agencia Uruguaya de Cooperación Internacional
CEDAW	Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (por sus siglas en inglés)
CLADEM	Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer
CNA	Código de la Niñez y la Adolescencia
CNCLVD	Consejo Nacional Consultivo de Lucha contra la Violencia Doméstica
CONAPEES	Comité Nacional Para la Erradicación de la Explotación Sexual Comercial y No Comercial de la Niñez y Adolescencia
CRL	Comité de Recepción Local
ERVBBG	Equipos de Referentes de Violencia Basada en Género y Generaciones
ERVVD	Equipos de Referentes de Violencia Doméstica
IAE	intento de autoeliminación
INAU	Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay
INMUJERES	Instituto Nacional de las Mujeres
ISPCAN	International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect
ITS	infecciones de transmisión sexual
MIDES	Ministerio de Desarrollo Social
MSP	Ministerio de Salud Pública
MTI	maltrato infantil y adolescente
NNA	niños, niñas y adolescentes
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PNA	primer nivel de atención
RMN	resonancia magnética nuclear
SIPIAV	Sistema Integral de Protección a la Infancia y Adolescencia contra la Violencia
SMU	Sindicato Médico del Uruguay
SNIS	Sistema Nacional Integrado de Salud
TC	tomografía computada
UDELAR	Universidad de la República
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (por sus siglas en inglés)
VBG	violencia basada en género
VD	violencia doméstica
VIH	virus de inmunodeficiencia humana

Prólogo MSP

En el tomo I, *Protocolo para el abordaje de situaciones de violencia sexual a niñas, niños y adolescentes en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud*, expresábamos cómo las diferentes formas de violencia repercuten de forma directa y negativa sobre la salud y el bienestar de las personas.

En el marco de los principios rectores del Sistema Nacional Integrado de Salud, con una política pública fuertemente comprometida con el abordaje de los determinantes sociales de la salud y, dentro de estos, de la violencia basada en género y generaciones, se espera impactar en este problema crítico con resultados concretos que beneficien a la población, mejorando la atención integral, trabajando desde

una perspectiva de derechos y género en todo el ciclo de vida.

El Ministerio de Salud, con el apoyo técnico de UNICEF y en armonía con las recomendaciones de OPS-OMS, presenta el tomo II del *Protocolo*, que aborda las diversas formas de maltrato que sufren niñas, niños y adolescentes, esperando aportar herramientas a los equipos de salud para mejorar la calidad y la articulación de la respuesta a estas situaciones.

Instamos a los equipos a incorporar en sus prácticas esta herramienta como instrumento para mejorar la calidad en la atención a la salud.

Dr. Jorge Basso
Ministro de Salud

Prólogo UNICEF

La violencia que sufren niños, niñas y adolescentes constituye una flagrante vulneración de sus derechos humanos más básicos. Según el informe de UNICEF *Ocultos a plena luz*,¹ esta violencia compromete significativamente su desarrollo y su salud mental, y condiciona sus posibilidades de integrarse productivamente en la sociedad. Genera sufrimiento y dolor en los niños y niñas, y deja secuelas físicas y psicológicas que en la mayoría de los casos son irreversibles. La intensidad y la cronicidad de los actos violentos pueden provocar incluso la muerte.

El *Protocolo para el abordaje de situaciones de maltrato a niñas, niños y adolescentes* que aquí se presenta, complementa el *Protocolo para el abordaje de situaciones de violencia sexual a niñas, niños y adolescentes* presentado a fines de 2018. Ambos documentos se enmarcan en INSPIRE, un documento estratégico desarrollados por organizaciones de todo el mundo, entre las que se encuentran OMS y UNICEF, para poner fin a la violencia.² La plataforma INSPIRE

se centra en la Convención sobre los Derechos del Niño, particularmente en el derecho a vivir libre de todas las formas de violencia y plantea siete estrategias de trabajo para erradicarla. Entre ellas, INSPIRE impulsa el fortalecimiento de los servicios de atención y respuesta a los niños y niñas que han sido víctimas de violencia. En este sentido, el establecimiento de protocolos de detección y atención de situaciones de violencia es una herramienta clave para lograr una adecuada protección y restitución de derechos y así reducir el impacto de la violencia a largo plazo.

UNICEF confía en que este nuevo protocolo será una herramienta útil para todos los técnicos y operadores de los servicios del sector salud del país. De su aplicación cotidiana en las instituciones del Sistema Nacional Integrado de Salud dependerá la efectiva protección de los derechos de los niños, niñas y adolescentes.

Oficina de UNICEF Uruguay

1 UNICEF (s/f). *Ocultos a plena luz. Un análisis estadístico de la violencia hacia los niños*. Disponible en <https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/informeocultosbajolaluz.pdf>.

2 OMS (2016). *INSPIRE: Siete estrategias para poner fin a la violencia contra los niños*. Disponible en http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/inspire/INSPIRE_ExecutiveSummary_ES.pdf.

Introducción

Este instrumento pretende ser una herramienta conceptual y operativa para la prevención, detección y atención de situaciones de maltrato hacia niños, niñas y adolescentes (NNA) desde el sector salud, que da continuidad al *Protocolo de abordaje de situaciones de violencia sexual hacia niños, niñas y adolescentes en el marco del SNIS*, publicado en diciembre de 2018. Jerarquiza el trabajo interdisciplinario y en red, los mecanismos de articulación y coordinación interinstitucional para potenciar los recursos existentes, reconociendo el rol privilegiado del sector salud en el abordaje de este tipo de situaciones.

Los niños, niñas y adolescentes están expuestos a diversas formas de violencia que pueden causar consecuencias graves para su salud y desarrollo. Entre ellas destacan el maltrato en el ámbito doméstico, la violencia sexual, el *bullying* o violencia entre pares, el acoso callejero, la violencia interpersonal e institucional, entre otras. Por la competencia del sector salud, en este documento se tratará el abordaje de situaciones de maltrato infantil y adolescente. Las situaciones de violencia sexual fueron tratadas especialmente en el *Protocolo para el abordaje de situaciones de violencia sexual hacia NNA en el marco del SNIS*, dada la especificidad que requiere su abordaje desde el sector salud.

En los últimos años se han logrado avances en el reconocimiento de derechos de la infancia, en las políticas públicas y los mecanismos de protección frente a situaciones de violencia y maltrato infantil y adolescente. No obstante, continúa siendo necesario que el sistema de salud profundice en el abordaje de este fenómeno

y genere lineamientos y pautas estandarizadas para la atención y la protección efectiva de niños, niñas y adolescentes que han sufrido este tipo de violencia.

En una primera parte este protocolo plantea una serie de definiciones y conceptualizaciones relativas a la violencia hacia la infancia y la adolescencia, en particular en relación con el maltrato infantil y adolescente.

La segunda parte del documento plantea las distintas etapas del abordaje de las situaciones de maltrato hacia NNA desde el sector salud, empezando por la promoción de vínculos saludables y pautas de crianza no violentas, seguida por la detección de indicadores clínicos y paraclínicos del maltrato infantil, la evaluación de la severidad y del riesgo de la situación ya detectada y, por último, la respuesta de primera línea y el seguimiento que compete al sector salud en este tipo de situaciones.

El documento fue elaborado en el marco de un acuerdo de trabajo entre el Ministerio de Salud Pública, el SIPIAV y UNICEF. Refirió a un proceso de consultas y relevamiento de información a cargo de un equipo de especialistas en la temática y fue sometido a una instancia de validación por referentes académicos e institucionales con trayectoria y reconocimiento en el tratamiento del tema.

Este protocolo recoge los últimos y principales aportes conceptuales e instrumentales consensuados en el Sistema Integral de Protección a la Infancia y la Adolescencia frente a la Violencia (SIPIAV) y en el Consejo Nacional Consultivo de Lucha contra la Violencia Doméstica y Sexual (CNCLVD).

Definiciones y conceptualización

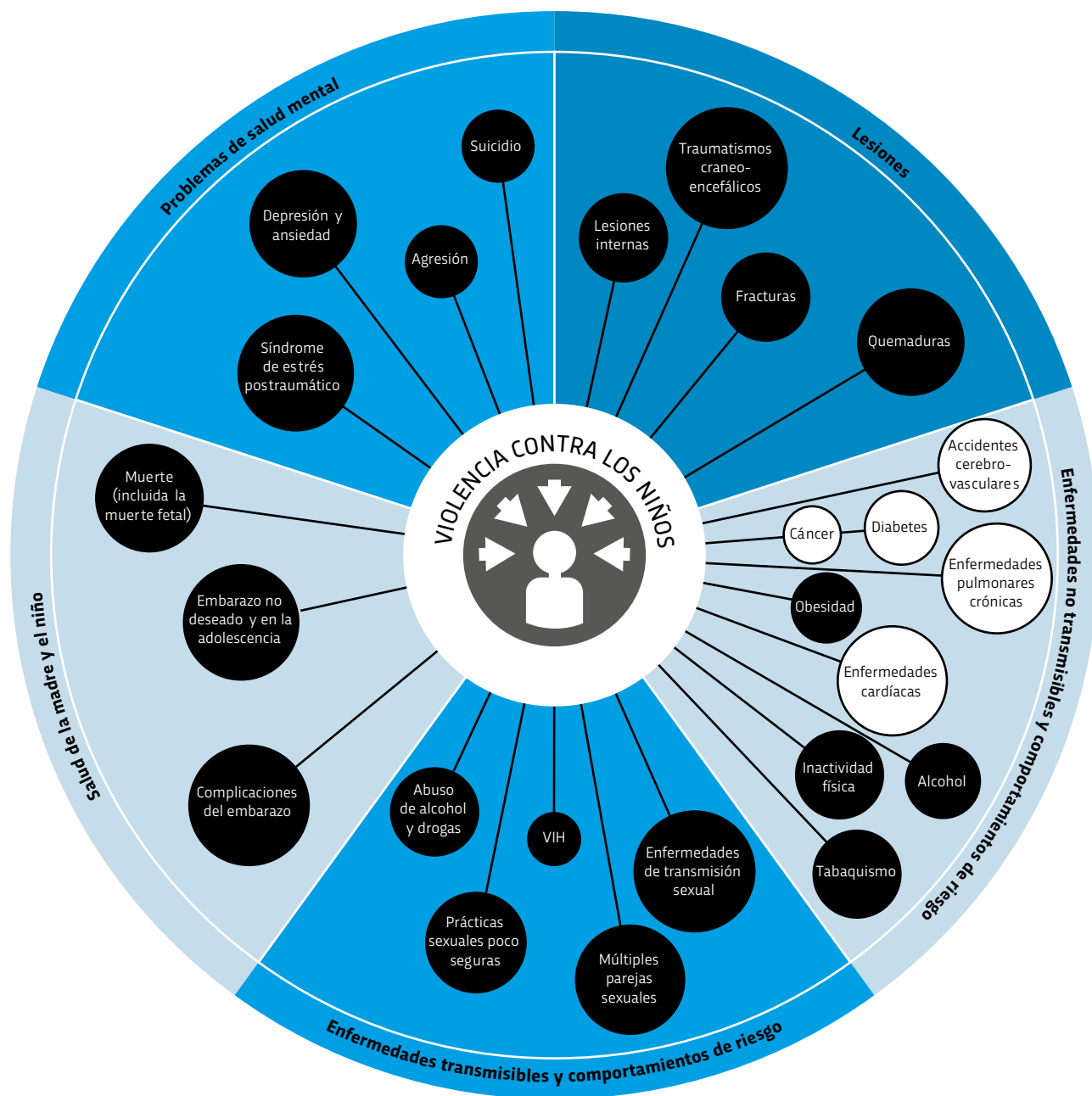
Importancia del problema

Existe consenso en que la violencia hacia NNA es una gravísima violación a los derechos humanos, que constituye un problema de salud pública y que impacta o puede impactar a corto, mediano y largo plazo en diversos ámbitos de la vida (de salud, educativo, social, vincular, etcétera). Esta forma de trato genera distintos tipos de daño y costos directos e indirectos que comprometen incluso el desarrollo económico de los países (OMS, 2016).

En 2016 la Organización Mundial de la Salud (OMS) presentó un conjunto de estrategias para poner fin a la violencia hacia los niños. Este documento, que se denominó INSPIRE, reúne contribuciones de expertos técnicos de diferentes organizaciones que cuentan con una larga trayectoria de promoción de estrategias congruentes y basadas en la evidencia para prevenir la violencia en la niñez, entre ellas la Organización Panamericana de la Salud y el UNICEF. Plantea además los efectos de la violencia hacia la infancia en el plano de la salud de las personas. En términos generales INSPIRE plantea siete estrategias:

1. Implementación y vigilancia del cumplimiento de las leyes
2. Normas y valores
3. Seguridad en el entorno
4. Padres, madres y cuidadores reciben apoyo
5. Ingresos y fortalecimiento económico
6. Respuestas de los servicios de atención y apoyo
7. Educación y aptitudes para la vida.

Fuente: OMS, INSPIRE: *Siete estrategias para poner fin a la violencia contra los niños*, 2016.



- Efecto directo
- Efecto indirecto debido a la adopción de comportamientos de alto riesgo

Fuente: OMS, INSPIRE: *Siete estrategias para poner fin a la violencia contra los niños*, 2016.

La exposición a la violencia desde etapas tempranas impacta en el desarrollo neurológico, genera estrés y se asocia con el riesgo de sufrir diversas patologías en la edad adulta (vinculadas a la salud mental, sexual y reproductiva, y enfermedades crónicas no transmisibles). Se han descrito efectos mortales vinculados al consumo de sustancias psicoactivas, intentos de autoeliminación y suicidios, aborto provocado en condiciones de riesgo, infección por VIH-sida, homicidio, así como efectos no mortales pero que se asocian con mayor morbilidad y consumo de servicios de salud (OMS, 2003).

La violencia hacia NNA se asocia con múltiples efectos negativos en la salud de las personas, por lo que el sector salud tiene la responsabilidad de prevenir y dar respuesta adecuada a todas las formas de violencia. Por el contacto frecuente con las familias y los NNA durante las consultas preventivas o por patologías comunes de la infancia, el personal de salud debe poder identificar las situaciones de riesgo, así como la situación de violencia tanto hacia el NNA como hacia su madre (OPS, OMS, UNICEF, 2017). La violencia hacia a la infancia y la adolescencia es un fenómeno universal, que no discrimina clases sociales ni niveles socioeducativos.

Es importante tener en cuenta que frente a una situación de violencia hacia un niño, niña o adolescente la actitud tomada por los profesionales puede ser determinante de la evolución de la situación (Romano, Samuniski, Grela y Lindner, 2006), de ahí la importancia de contar con técnicos capacitados y sensibilizados con la temática para brindar atención de calidad y evitar malas prácticas individuales e institucionales.

Es difícil conocer la prevalencia real de la violencia hacia niños, niñas y adolescentes por el tipo de definiciones empleadas en las encuestas, el

método de investigación que se utiliza, y porque existe una importante tendencia a subdeclarar las situaciones. La mayoría de los casos identificados y denunciados corresponden a las situaciones más graves, pero existen muchas otras situaciones de elevada prevalencia que no son contabilizadas por sus dificultades en la detección, porque son minimizadas o naturalizadas.

A nivel internacional se estima que uno de cada cuatro adultos manifiesta haber sufrido maltrato físico en la infancia, y una de cada cinco mujeres y uno de cada trece varones declara haber sufrido abuso sexual (OMS, 2016).

Anualmente 58% de los NNA en América Latina y el Caribe sufren abuso físico, sexual o emocional, con más de 99 millones de vidas afectadas por la violencia (OPS, OMS, UNICEF, 2017).

Violencia y agresividad

La violencia es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como «El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones» (OPS, 2003). Lo que define que se trate de violencia es el acto intencional de poder, con el objetivo de someter, dominar y controlar a otra persona como fruto de desigualdad de poder, asimetría en las relaciones y primacía hegemónica del modelo patriarcal de las sociedades actuales; no es un requisito la existencia del daño (CNCLVD, 2015).

Frecuentemente términos como *agresividad* y *violencia* son empleados como sinónimos; sin embargo, aluden a situaciones diferentes. La agresividad es una reacción innata del ser humano, natural y biológicamente determinada, vinculada al instinto de supervivencia, que se adquirió en algún momento de la evolución de la humanidad, se despliega ante determinados estímulos y cesa ante inhibidores específicos.

La violencia no es producto de la evolución biológica del ser humano, sino que es un fenómeno complejo, producto de la influencia y la evolución cultural. Es una conducta socioculturalmente aprendida y evitable. Se manifiesta cuando la agresividad se torna intencional, deliberada y potencialmente dañina. Puede definirse como «el resultado de la interacción entre la agresividad natural y la cultura» (Sanmartín, 2006).

Origen de la violencia

Existen diversas teorías y modelos explicativos acerca de la violencia. Actualmente los más aceptados son el modelo ecológico y la teoría del aprendizaje social.

El modelo ecológico explica la violencia desde la multicausalidad, identificando la existencia de factores de riesgo y factores protectores en cuatro niveles: individual, relacional, comunitario y sociocultural, atravesados por la perspectiva de género y generacional (OMS, 2003).

El *factor de riesgo* es una condición que precede al desarrollo de un determinado problema y que se asocia al incremento de la probabilidad

de su aparición. En el campo de la violencia es fundamental la detección de factores de riesgo tanto para padecer como para ejercer violencia. Los *factores protectores* son las condiciones que se asocian con menores chances de aparición del problema. En el caso de la violencia hacia la infancia es fundamental conocerlos para potenciarlos cuando se aborda una situación.

La teoría del aprendizaje social se basa en el hecho de que el ser humano es agresivo por naturaleza, pero violento por cultura (Sanmartín, 2006). La violencia es una forma de relacionarse aprendida y modelada culturalmente. Esta teoría habilita intervenciones educativas para prevenir situaciones de violencia.

Formas de clasificar la violencia

La clasificación que propone la OMS en su *Informe mundial de la violencia y la salud* (2003) estipula la existencia de tres categorías de violencia basadas en las particularidades de quien comete el acto violento:

- la *violencia autoinfligida*, esto es, la violencia que una persona se inflige a sí misma;
- la *violencia interpersonal*, que es la violencia impuesta por otro individuo o un número pequeño de individuos;
- la *violencia colectiva*, es decir, la violencia infligida por grupos más grandes, como el Estado, contingentes políticos organizados, tropas irregulares u organizaciones terroristas.

En particular, la violencia interpersonal tiene las siguientes formas de expresión:

- *Física.* Cualquier acción u omisión que dañe o pueda dañar la integridad corporal de una persona (desde golpes, arañazos y tirones de oreja hasta heridas por arma blanca o de fuego).
- *Psicológica.* Cualquier omisión o acción que cause o pueda causar un daño cognitivo, emocional o conductual. Incluye el maltrato emocional (gritos, insultos y humillaciones) así como las conductas controladoras. Puede darse de forma aislada o acompañar a otras formas de violencia.
- *Sexual.* Todo acto sexual, la tentativa de consumir un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo (OMS, 2003).
- *Patrimonial.* utilización no autorizada de los recursos económicos o patrimoniales de otro. Acciones que privan a la víctima de bienes que le corresponden o hacen uso inapropiado de estos.

Violencia doméstica, violencia intrafamiliar y violencia de género

La **violencia intrafamiliar o doméstica** alude al espacio en que ocurre la violencia: dentro de la familia o en el ámbito de los afectos, lo que incluye la violencia que sufren las mujeres por sus parejas o exparejas o por familiares cercanos, y además incorpora a otros sujetos que pueden ser víctimas de violencia en este espacio, como niños, niñas y adoles-

centes (NNA), personas adultas mayores y también hombres. Según la ley 19.580, constituye violencia doméstica toda acción u omisión, directa o indirecta, que menoscabe limitando ilegítimamente el libre ejercicio o goce de los derechos humanos de una mujer, ocasionada por una persona con la cual tenga o haya tenido una relación de parentesco, matrimonio, noviazgo, afectiva o concubinaria.

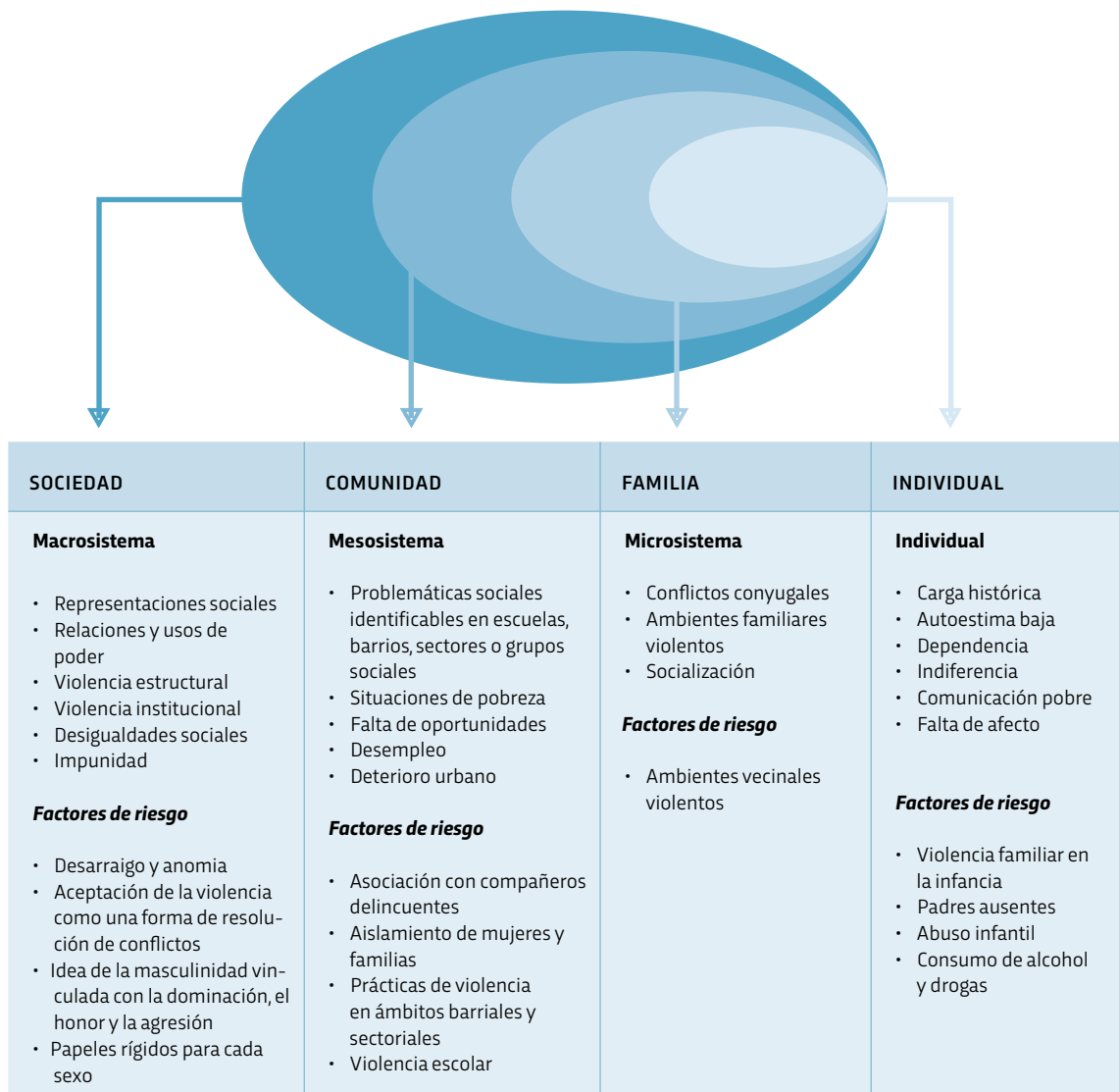
Los NNA testigos de la violencia de pareja en sus hogares son considerados víctimas de violencia.

Utilizar el concepto de **violencia basada en género** implica que esta violencia ocurre debido a desigualdades estructurales que ubican a las mujeres en un lugar de subordinación respecto a los hombres. El artículo 4 de la Ley de Violencia hacia las Mujeres Basada en Género (ley 19.580) entiende por *violencia basada en género hacia las mujeres* toda conducta, acción u omisión, en el ámbito público o el privado, que, sustentada en una relación desigual de poder con base en el género, tenga como objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, el goce o el ejercicio de los derechos humanos o las libertades fundamentales de las mujeres. El artículo 1 de dicha ley establece que están incluidas las mujeres de todas las edades.

Modelo explicativo de la violencia interpersonal

El modelo ecosistémico (Barudy, 1998) resulta el indicado para comprender e interpretar la violencia interpersonal. Este modelo plantea la existencia de tres subsistemas que interactúan

Cuadro 1. Enfoque ecológico de factores relacionados con la violencia



Fuente: Olivares e Incháustegui, 2011.

por sobre el individuo. El modelo advierte la necesaria conexión entre los contextos en que viven las personas y la retroalimentación que se genera entre estos (individuos, las familias y comunidades).

- **Macrosistema.** Es el contexto más amplio de un individuo. Se remite a las diversas formas de organización social, a los sistemas de creencias y estilos de vida que forman parte de una cultura o subcultura en particular. En este subsistema las creencias y normas culturales definen los roles, derechos y responsabilidades de los individuos en la familia y las comunidades. Las definiciones culturales

acerca de lo que significa ser mujer, varón, niña o niño, junto con la concepción sobre la familia, dan el marco que ayuda a comprender la violencia hacia la infancia en una comunidad determinada.

- **Exosistema.** Este contexto está compuesto por la comunidad más próxima a la persona. Incluye a las instituciones mediadoras entre el nivel de la cultura (macrosistema) y el nivel familiar (microsistema). Refiere a instituciones que constituyen el entorno social más visible (la escuela, la iglesia, los medios de comunicación, etc.), las cuales mediatizan y retroalimentan los valores culturales en la sociedad.

- *Microsistema*. Es el contexto más reducido, referente a las relaciones cara a cara que constituyen la red vincular más cercana a la persona. La familia, como estructura básica del microsistema, tiene un papel central. Se consideran en él los elementos estructurales de la familia y los patrones de interacción familiar, así como las historias personales de sus integrantes.

La violencia hacia la infancia: dinámica y consecuencias

Según el informe de UNICEF *Ocultos a plena luz* (UNICEF, s/d), cuando la violencia es ejercida hacia niños, niñas o adolescentes se compromete significativamente su desarrollo y su salud mental, y se condicionan sus posibilidades de integrarse productivamente en una sociedad. Los niños, niñas y adolescentes que han sido expuestos a situaciones de violencia tienden a naturalizar esa forma de vincularse, y siendo adultos —de no mediar una intervención apropiada— pueden reproducirlas en sus ámbitos de socialización. El informe de UNICEF también refiere a que la violencia interpersonal que involucra a niños, niñas y adolescentes se da en el ámbito de la familia, la escuela, la comunidad e internet. La violencia genera sufrimiento y dolor en los niños y niñas, deja secuelas físicas y psicológicas que en la mayoría de los casos son irreversibles. La intensidad y la cronicidad de los actos violentos pueden provocar incluso la muerte.

Maltrato hacia niños, niñas y adolescentes

El maltrato hacia NNA es definido por la OMS como los abusos y la desatención de que estos son objeto. Incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, el abuso sexual, desatención reiterada, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del NNA, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. El hecho de que los NNA sean testigos de la violencia de pareja en sus hogares se incluye entre las formas de maltrato infantil (OMS, 2016).¹

Es importante diferenciar el maltrato, en el que las agresiones son repetidas, de aquellas situaciones en las que, como un recurso impropio o pauta inadecuada de crianza, el castigo se utiliza ocasionalmente como forma de disciplina. Las pautas de crianza incluyen el conjunto de acciones mediante las cuales los adultos orientan el desarrollo del NNA, transmitiéndole valores y normas sociales, y responden a sus necesidades. Dichas pautas deben incluir afecto, expresividad, comunicación, empatía, junto con firmeza, límites, normas claras y control. Cuando las pautas de crianzas son inadecuadas, requieren una correcta evaluación y una acertada intervención para modificarlas y así evitar llegar al maltrato, promoviendo una parentalidad positiva.²

¹ Este protocolo refiere particularmente al maltrato físico y psicológico, incluida la negligencia. El abuso sexual y la explotación sexual son tratados en el *Protocolo para el abordaje de situaciones de violencia sexual hacia NNA en el marco del SNIS*.

² «Refiere al comportamiento de los padres fundamentado en

Interseccionalidad. Este concepto implica una categoría a ser tomada en cuenta, ya que designa la perspectiva teórica y metodológica que plantea la percepción cruzada o imbricada de las relaciones de poder. Incorpora la noción de *yuxtaposición de violencias y discriminaciones* por razones de edad, etnia, género, orientación sexual, discapacidad, territorialidad y otras condiciones de vida que aumentan la vulnerabilidad.

Se estima que, en el mundo, uno de cada cuatro adultos manifiesta haber sufrido maltrato físico en la infancia (OMS, 2016). Anualmente el 58% de los NNA en América Latina y el Caribe sufren abuso físico, sexual o emocional. Son más de 99 millones de vidas afectadas por la violencia (OPS, OMS, UNICEF, 2017).

Los datos nacionales describen la problemática de la siguiente forma:

- La encuesta MICS del 2013, de mides y UNICEF, tiene un módulo de disciplina infantil donde se destaca que el 54,6% de los NNA de 2 a 14 años habían sido sometidos a formas violentas de disciplina en el último mes. Mostró que el tipo de práctica de crianza se asociaba con el desarrollo emocional de los niños. Los que estaban expuestos a prácticas

violentas presentaban menor desarrollo socioemocional que aquellos con prácticas de crianza basadas en métodos exclusivamente no violentos. Evidenció que los niños/as que sufrían castigo corporal en casa eran propensos a tener conductas violentas y que los varones eran disciplinados más violentamente. La probabilidad de que niños/as de 3 y 4 años presentaran conductas violentas era casi 2 veces mayor entre los niños que recibían castigo corporal (mides, UNICEF, 2013).

- En los últimos cinco años fueron asesinados 108 NNA, 30 de ellos por violencia intrafamiliar (UNICEF, 2017).
- En 2017 el SIPIAV reportó un total de 3.155 situaciones atendidas en el sistema INAU (Línea Azul, servicios específicos para la atención a la violencia y otros servicios de INAU).

el interés superior de niño, que cuida, desarrolla sus capacidades, no es violento y ofrece reconocimiento y orientación que incluyen el establecimiento de límites que permiten el pleno desarrollo del niño». Recomendación del Comité de Ministros del Consejo de Europa, 2006.

El abordaje de las situaciones de maltrato infantil y adolescente desde el sector salud

La violencia hacia NNA se asocia con múltiples efectos negativos en la salud de las personas. El sector salud tiene la responsabilidad de prevenir y dar respuesta a todas las formas de violencia. Por el contacto frecuente que los trabajadores de la salud tienen con las familias y los NNA durante las consultas rutinarias, preventivas o por patologías comunes de la infancia, deben poder identificar las situaciones de riesgo, así como la situación de violencia hacia el NNA (OPS, OMS, UNICEF, 2017).

Es importante tener en cuenta que la actitud tomada por los profesionales puede ser determinante de la evolución de la situación (Romano, Samuniski, Grela y Linder, 2006), de ahí la importancia de contar con técnicos capacitados y sensibilizados con la temática, para brindar atención de calidad y evitar prácticas inadecuadas.

Objetivos del abordaje desde el sector salud

- Promover buenas prácticas de crianza y prevenir el maltrato infantil: disminuir los factores de riesgo y potenciar los factores protectores.
- Atender a la salud integral de NNA: incorporar esta problemática como un tema que impacta en su salud y desarrollo.
- Desarrollar estrategias de largo plazo tendientes a reparar el daño, prevenir nuevos perjuicios y procurar el cese de la situación de violencia.
- Garantizar la continuidad en la atención integral a través del seguimiento junto con otras instituciones.

- Evaluar y asegurar la atención de otras posibles víctimas en el entorno familiar o escolar.

En este protocolo se plantea la división esquemática del abordaje del maltrato infantil y adolescente en las siguientes etapas, que suelen solaparse y no implican necesariamente un orden cronológico:

1. Promoción de prácticas de crianza no violentas y prevención del maltrato infantil.
2. Detección de indicadores clínicos y paraclínicos.
3. Valoración del riesgo de la situación de maltrato.
4. Respuesta de primera línea: atención según el escenario de detección.
5. Seguimiento.

Los servicios de salud deben ofrecer una respuesta integral, coordinada, protocolizada y singular, integrando redes territoriales —como parte del sistema de protección— que sirvan de sostén para los profesionales intervinientes.

Es fundamental recordar que los datos referentes a la salud de las personas son sensibles y, por lo tanto, requieren un plus de protección. Los equipos de salud están obligados a la confidencialidad: solamente pueden revelar el secreto profesional si hay justa causa. Por lo tanto, solo podrán compartir información que sea absolutamente necesaria para la protección del NNA.

El **registro en la historia clínica** debe ser completo, claro, ordenado y realizado por todos los profesionales de la salud intervinientes. No

Adulto referente protector (ARP). El término alude a una persona adulta que sea para el niño, niña o adolescente una referencia afectiva, capaz de protegerlo física y emocionalmente de la situación, en especial en la búsqueda de soluciones. Puede ser un integrante de su familia u otra persona adulta con quien el niño se sienta seguro y protegido. Nunca podrá ser la persona que lo agrede (Betancourt et al., 2013).

solo deben consignarse los datos de la anamnesis, examen físico, paraclínica y diagnóstico, sino también la toma de decisiones en función de la valoración del riesgo y las acciones realizadas (coordinaciones, identificación del adulto referente protector [ARP], denuncias y otras). Deberá incluir asimismo las verbalizaciones del NNA textuales, entrecomilladas y sin interpretaciones. Los datos contenidos en la historia clínica requieren protección y su acceso está supeditado a lo que establece la normativa vigente.

Etapas 1: Promoción de pautas de crianza no violentas y prevención del maltrato infantil

La prevención de la violencia, en el sentido amplio del término, implica ser capaces de identificar las formas de evitar que las personas cometan actos violentos. Esto se logra a partir de la eliminación, o al menos la reducción, de las causas subyacentes y de los *factores de riesgo* (OMS, 2003). Se entiende por *factores de riesgo* las condiciones que aumentan las probabilidades de que ocurra la violencia pero no la determinan.

Prevenir el maltrato infantil implica favorecer el desarrollo de *factores protectores*, tanto individuales como familiares y comunitarios.

Las *acciones de prevención primaria* tienden a reducir la incidencia (aparición de casos nuevos) mediante la disminución de factores de riesgo y el aumento de los factores protectores tanto individuales como familiares y comunitarios.

El control de salud de NNA sanos constituye un ámbito privilegiado para ello: da consejería anticipatoria, pesquiza los factores de riesgo y los factores protectores, y promueve en el niño el cuidado de su propio cuerpo. En la consulta es importante que el equipo de salud solicite autorización al NNA para desvestirlo, examinarlo o realizar cualquier procedimiento, mencionando las partes del cuerpo por su nombre, refiriendo al cuidado y la privacidad que estas requieren. También se deben dedicar esfuerzos en pro de que los niños, niñas y adolescentes conozcan sus derechos y las formas de pedir ayuda frente a situaciones de violencia. Se debe enfatizar con los adultos referentes el daño que le produce al niño o niña la puesta de límites violenta. Es importante promover que el niño y su familia se vinculen con otros equipos institucionales y redes comunitarias.

Las *acciones de prevención secundaria* apuntan a la detección precoz e incluyen pesquisas y entrenamiento en la identificación de indicadores, tanto en el control de NNA sanos como en la consulta que se realiza por otro motivo.

Las *acciones de prevención terciaria* tienden a retrasar el curso evolutivo de la situación a largo plazo, limitar los efectos y mejorar la calidad de vida, disminuyendo las complicaciones. Esto incluye la reparación del daño producido por la violencia, la rehabilitación y los intentos de disminuir sus consecuencias.

Las *acciones de prevención cuaternaria* tienen a identificar personas en riesgo de sufrir intervenciones no éticas, innecesarias, invasivas o revictimizantes que vulneren derechos.

FACTORES DE RIESGO	FACTORES DE PROTECCIÓN
<p>La existencia de uno o más de los siguientes factores no implica la existencia de maltrato, pero sí de un vínculo NNA-adulto que podría facilitarlos.</p> <p><i>Factores individuales:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Hijo no deseado o que no cumple las expectativas de los adultos. • Algún tipo de discapacidad. • Enfermedades crónicas. • Trastornos del desarrollo. • Trastornos del comportamiento en los primeros años de vida. • Trastornos del sueño. • Trastornos de la alimentación. <p><i>Factores familiares:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Vínculos violentos en la familia. • Depresión de cuidador primario. • Aislamiento social. • Antecedentes de violencia en los adultos. • Adultos con dificultad para el manejo de estrés e impulsividad. • Naturalización de la violencia como práctica de crianza. • Consumo de alcohol y drogas. • Crisis familiar, sucesos vitales estresantes. <p><i>Factores comunitarios:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Situación crítica en la comunidad, con dificultades económicas y sanitarias. • Alta tolerancia a las conductas violentas. 	<p>Son elementos que pueden atenuar la existencia del maltrato o los efectos de este en el NNA.</p> <p><i>Factores individuales:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ha generado y experimentado un vínculo de apego seguro con sus cuidadores primarios. • NNA sano, con crecimiento y desarrollo que gratifican a sus cuidadores. • Temperamento «fácil», con buena respuesta a los gestos de contención. • Conoce sus derechos. • Identifica referentes confiables más allá de sus cuidadores primarios. <p><i>Factores familiares:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuenta con al menos una figura de apego seguro. • Vínculo respetuoso con el adulto. • Correcto ejercicio de funciones parentales. • Buena atención, asesoramiento y acompañamiento de los padres en los primeros años de vida de los hijos. • Ausencia de tensiones causadas por abusos. <p><i>Factores comunitarios:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Vivir en una comunidad que problematice sobre violencia y que tenga fuerte cohesión social. • No estar vinculado a circuitos de violencia, delincuencia y consumo de sustancias.

Prevención de la violencia desde una perspectiva ecológica

La OMS (2009) establece la necesidad de abordar el tema en varios niveles y en múltiples sectores de la sociedad simultáneamente, basándose en la perspectiva aportada por el modelo ecológico para implementar estrategias de prevención.

Esto incluye la realización de acciones específicas de prevención a llevar a cabo en cada uno de los subsistemas (individual, microsistema, exosistema y macrosistema), según los grupos poblacionales sobre los que se intervenga y según el ámbito desde el cual se haga la intervención, orientando programas y políticas. En este sentido, pueden aplicarse estrategias de prevención universal dirigidas a la población en general (nacional, regional, barrios, escuelas) con acciones tendientes a impedir o retrasar la aparición del

El rol de enfermería

Durante las *consultas* de control de NNA, el personal de enfermería puede cultivar una relación de confianza con ellos y con sus familias, posibilitando el diálogo y la detección de determinados indicadores, así como la promoción de pautas de crianza saludables. Durante la *internación hospitalaria* es el personal de enfermería el que pasa más horas con los usuarios y puede detectar indicadores observando el vínculo entre NNA y sus cuidadores.

Es importante identificar los factores de riesgo familiares para realizar una intervención integral, tendiente a minimizar las probabilidades de que se ejerza violencia hacia NNA.

En Uruguay la ley 18.214 (diciembre de 2007) prohíbe el castigo físico y el trato humillante a niños, niñas y adolescentes. Concretamente, esta ley prohíbe a padres o responsables, y a toda persona encargada del cuidado, el tratamiento, la educación o la vigilancia de niños, niñas y adolescentes, utilizar el castigo físico o cualquier tipo de trato humillante como forma de corrección o disciplina de niños, niñas y adolescentes.

problema, promover el buen trato y prevenir la violencia. También pueden implementarse acciones de prevención secundaria, dirigidas a subgrupos de población vulnerables, expuestos a factores de riesgo para la aparición del problema, y acciones de prevención indicada, destinadas al abordaje de factores individuales específicos de vulnerabilidad, donde hay indicios de la aparición del problema.

La OMS destaca que «las intervenciones emprendidas en la infancia y las prolongadas suelen ser más eficaces que los programas a corto plazo» (OMS, 2002: 29).

Para autores como Barudy (2005), los buenos tratos en la infancia —parentalidad, apego y resiliencia— constituirían tanto la mejor prevención de la violencia como el mejor *antídoto* y la mejor restauración del daño por ella causado.

Etapa 2: Detección de indicadores clínicos y paraclínicos

Los NNA que sufren o han sufrido maltrato no suelen pedir ayuda claramente. No solo por su edad, sino porque están en juego sus sentimientos y el daño psíquico ocasionado, además del temor a que no les crean o los culpabilicen.

Existen sentimientos de impotencia ante un adulto que es visto por el NNA como una persona poderosa.

En niños y niñas pequeños se presentan, además, otras dificultades para arribar al diagnóstico, como el acceso del NNA a los servicios de salud, ya que solo pueden ir a consulta llevados por un adulto. A esto se suma el hecho de que los síntomas e indicadores suelen presentarse en escenarios no sanitarios, como, por ejemplo, las guarderías.

La detección se basa en constatar la existencia de distintos indicadores, de sensibilidad y especificidad variada. Cuando se trata de indicadores de baja especificidad no es posible establecer si se está ante una situación de maltrato. La valoración realizada en conjunto por un equipo interdisciplinario aportará lo necesario y la mejor perspectiva para el diagnóstico de maltrato infantil.

Indicadores de maltrato en niños, niñas y adolescentes

Los indicadores que se pueden encontrar en una situación de maltrato son los siguientes:

- indicadores de daño psíquico;
- relato espontáneo del NNA como indicador específico de maltrato infantil;
- indicadores cognitivo-conductuales y emocionales;
- indicadores del entorno familiar y otros indicadores inespecíficos;
- indicadores físicos.

Indicadores de daño psíquico

Los NNA víctimas de maltrato pueden no presentar indicadores de daño psíquico claros.

Cuadro 2. Indicadores de daño psíquico según la edad

EDAD	MANIFESTACIONES
Primera infancia	<p>Los niños pequeños tempranamente violentados manifiestan el daño psíquico en todas las áreas de su desarrollo. Pueden llegar a presentar cuadros similares a los de un trastorno generalizado del desarrollo, es decir, a un trastorno del espectro autista. Es posible observar alteraciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Del sueño: <ul style="list-style-type: none"> – despertares frecuentes, – dificultades para conciliar el sueño. • De la alimentación: <ul style="list-style-type: none"> – vómitos frecuentes sin causa detectable, – pica, – selectividad. • Del juego: <ul style="list-style-type: none"> – juego pobre, repetitivo, – imposibilidad de simbolizar.^a • Del comportamiento: <ul style="list-style-type: none"> – balanceo y <i>head banding</i>,^b – deambulación errática, – rumiación (regurgitación repetida de alimentos). • De las relaciones sociales: <ul style="list-style-type: none"> – miedos extraños ante personas o situaciones, – apego indiscriminado o muy selectivo.
Edad escolar	<p>El cuadro de niños y niñas en edad escolar que han sufrido violencia desde temprana edad da cuenta del daño en el cerebro en desarrollo, producto del estrés tóxico crónico. En los casos más severos y crónicos, los NNA pueden llegar a presentar multiplicidad de síntomas que comprometen varias áreas del desarrollo y escapan a toda nosografía o intento diagnóstico. Se trata de niños que muestran una desregulación masiva y presentan lo que Van der Kolk y su equipo describen como <i>trastorno traumático del desarrollo</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desregulación afectiva y fisiológica: <ul style="list-style-type: none"> – baja tolerancia a la frustración, – humor cambiante, – no control de esfínteres, – vómitos frecuentes. • Desregulación atencional y conductual: <ul style="list-style-type: none"> – inquietud, hiperactividad, – imposibilidad de sostener la atención, – agresividad, – descontrol de impulsos. • Desregulación de sí mismo y relacional: <ul style="list-style-type: none"> – imposibilidad de aprender, aun con buen nivel intelectual, – episodios disociativos. • Síntomas postraumáticos: <ul style="list-style-type: none"> – reexperimentación (recordar sintiendo todo lo que se vivió como si estuviera sucediendo en ese momento), – evitación (evitar inconscientemente todos los estímulos que se asocian con el trauma vivido), – hiperactivación/hipoactivación (saltar ante el menor estímulo o mostrarse como con las emociones congeladas).
Adolescencia	<p>El daño psíquico en el adolescente puede manifestarse por cualquiera de las alteraciones descritas para etapas anteriores. Una de las características propias de esta etapa son las lesiones autoinfligidas, las conductas suicidas y los trastornos de la alimentación. Es posible observar una sobreadaptación o pseudomadurez (indefensión aprendida).</p>

- a En la niñez se suele jugar al *como sí*: hacer que se toma de una taza invisible, que un palito es un avión, etc. A eso se le llama *juego simbólico*. Quienes han sufrido un trauma se vuelven concretos, no pueden jugar así.
- b Cuando se produce violencia pueden presentar síntomas similares al autismo: se balancean de atrás hacia adelante y golpean la cabeza contra la pared (*head banding*).

Cuadro 3. Consecuencias según el sector del sistema nervioso afectado

SECTOR AFECTADO	CONSECUENCIAS
Manifestaciones en el sistema límbico (<i>cerebro emocional</i>), alarma que se enciende frente a la amenaza	<ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones en la capacidad sensorial. El sistema límbico, activado por tanta hormona del estrés circulante, produce el efecto de <i>alarma siempre prendida</i> (incapaz de discriminar cuál estímulo es peligroso y cuál no). • Deficiencias en el reconocimiento y el manejo de emociones. • Mal desarrollo de la empatía (por tener que estar en todo momento atento a defender su propia integridad). • Memorias emocionales traumáticas (el aparato psíquico en desarrollo no puede <i>digerir</i> lo que desborda su capacidad de comprensión). • Alteraciones de la regulación del apetito, la agresividad, la frustración y la excitación sexual (el estado de alerta permanente produce una desregulación masiva de las funciones básicas).
Alteraciones en la organización de la corteza prefrontal (<i>cerebro racional</i>) y de todas sus funciones	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para calmarse y detener su conducta obedeciendo a lo que el adulto le pide. • Dificultad para representarse y asumir la responsabilidad de sus actos. • Alteración de la capacidad de pensar. • Dificultad para participar en relaciones interpersonales recíprocas. • Tendencia a pasar al acto, con menor capacidad de frustración, miedos y ansiedad irracionales.
Exposición al estrés crónico que se genera durante las situaciones de maltrato y abuso	<ul style="list-style-type: none"> • Alteración del eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal (intoxicados por tanto cortisol y adrenalina circulantes). • Aumento del cortisol crónico, daño cerebral, muerte neuronal, vulnerabilidad aumentada. • Predominio de los centros instintivos sobre lo racional, con respuesta primitiva (por razones de sobrevivencia).

La manifestación de su sufrimiento es variable y depende tanto de la edad del NNA como de las circunstancias que lo rodean.

Existe evidencia de que sufrir violencia —de cualquier tipo— desde edades tempranas impacta en la arquitectura y el funcionamiento del sistema nervioso, provocando anomalías en la sustancia gris, con desarrollo enlentecido de las regiones prefrontales, ventrolaterales, límbicas y temporales, áreas que están vinculadas a funciones afectivas y cognitivas (Lim, Rada y Rubia, 2014). Algunos de estos procesos parecen estar mediados por procesos epigenéticos (McGowan et al., 2009).

La violencia genera un *estrés tóxico* que supera las capacidades adaptativas del estrés fisiológico y en niños puede llevar a cambios permanentes en la función cerebral, con alteración en las neuronas (número y conexiones). Se asocia con

problemas en el lenguaje, las relaciones sociales y el aprendizaje (Shonkoff y Garner, 2012).

La violencia impacta negativamente en el desarrollo del sistema nervioso infantil, generando trastornos en la maduración y la organización cerebral como consecuencia de las carencias afectivas (García Trovero, 2016).

Consecuencias del maltrato

Las variables a considerar para evaluar las consecuencias del maltrato están ligadas a:

- Tiempo transcurrido desde el inicio de la situación de maltrato. A mayor cronicidad, más daño potencial.
- Proximidad afectiva con el perpetrador. Las peores consecuencias se presentan cuando

Cuadro 4. Sentimientos y conductas habituales en NNA víctimas de maltrato

- Vergüenza: sensación de estar dañado o marcado.
- Ambivalencia: sentimientos simultáneos y contradictorios como amor-odio.
- Miedo y vigilancia constante.
- Soledad, desamparo y desesperanza.
- Impotencia aprendida: «nada de lo que haga puede modificar la situación»
- Sobreadaptación: poner toda la energía en mantener una fachada de perfección.
- Alienación sacrificial: sacrificio personal para mantener la unidad familiar a toda costa.
- Puesta en marcha de mecanismos de defensa para sobrevivir: disociación y negación.
- Dolor físico.
- Aislamiento de otras figuras que podrían ser protectoras provocado por el agresor.
- Vampirización: no poder reconocerse como víctima; sentirse causante y responsable de la situación.

el victimario es una figura de apego. Esta situación rompe la lógica del cerebro, programado para apegarse a quien le prodiga protección y cuidados.

- Tipo de conducta violenta. La presencia de dolor físico y el uso de violencia que evidencia intención de dañar están ligados a mayores consecuencias a largo plazo.
- Fragilidad psíquica previa del NNA. Los NNA sugestionables, sumisos y/o con baja autoestima tienen mayores dificultades en la evolución.
- Reacción del entorno. Si el entorno reacciona con espanto, el NNA va a considerar que lo que le ha sucedido no tiene solución; si no le creen, va a sentir mayor desprotección.

- Sostén familiar y social con que cuente la víctima. A mayor sostén familiar y comunitario, mayores posibilidades de reparación del daño ocasionado por el maltrato.

El relato como indicador de alta especificidad

El relato espontáneo de un NNA es un indicador altamente específico (García Trovero, 2017). La revelación de una situación de maltrato es un proceso gradual, complejo, individual.

La mayor parte de los NNA no pueden dar cuenta de la complejidad de la situación y tampoco comprenden que están viviendo violencia. Los niños suelen proteger a quienes los violentan si son afectivamente próximos, por eso pueden a veces minimizar o incluso negar lo ocurrido.

El develamiento puede ser voluntario o accidental y no suele producirse enseguida de la situación de violencia; puede incluso demorar años en ser relatado. Muchos fenómenos psicológicos inciden en las características del relato, como la ambivalencia o la disociación, lo que genera confusión desde el punto de vista cronológico o de contenido, y es posible que los hechos graves relatados no coincidan con las emociones que la víctima expresa.³

En los servicios de salud nunca debe desestimarse el relato de un NNA por ser confuso o incompleto; se debe tener en cuenta que la revelación suele ser un proceso gradual, luego de haberse generado un vínculo de confianza con los adultos que intervienen.

³ Por ampliación véase Bentancur, Lozano y Solari (2013).

Cuadro 5. Criterios de validación del relato

- *Momento y circunstancia en que se produce la revelación.* Que se haya producido de forma espontánea, sin presiones externas, en general en situaciones domésticas que recuerdan el momento en que ocurrió o cuando lo relata a un referente de confianza (la maestra, por ejemplo).
- *Lenguaje acorde con su etapa evolutiva.* La utilización de palabras esperables para su edad y nivel de desarrollo da credibilidad al relato y aleja la posibilidad de que el NNA haya sido adiestrado por un adulto para dar un testimonio falso.
- *Coherencia interna y externa.* Los componentes esenciales de las descripciones y los relatos se mantienen constantes y no se modifican ni en el proceso de evaluación ni en los momentos en que los NNA han tenido que referir lo ocurrido.
- *Reacción emocional durante las entrevistas.* Cuando NNA son violentados, pueden angustiarse o permanecer imperturbables, como si estuvieran con una «anestesia psíquica». Hay que observar y registrar esa reacción emocional porque, cuanto mayor sea, más grave es el trauma.

Fuente: García Trovero, 2017; Faller, 2003.

Indicadores cognitivo-conductuales y emocionales

Además del relato espontáneo aportado por el NNA, y de los síntomas y signos postraumáticos –que evidencian la afectación del psiquismo en desarrollo en situaciones de violencia crónica–, pueden aparecer síntomas y signos en las esferas cognitiva, conductual y emocional que permiten detectar situaciones de maltrato que incluso no sean crónicas.

Según la edad, podrán verse distintos tipos de indicadores, los cuales son inespecíficos:⁴

- Retraso en desarrollo motor, cognitivo y del lenguaje.

⁴ Estos indicadores son inespecíficos, porque pueden responder a otras situaciones diferentes al maltrato infantil.

- Dificultades en habilidades sociales, auto y heteroagresividad.
- Alteraciones en conductas basales (cambios en sueño, alimentación, control de esfínteres –enuresis secundaria⁵ y encopresis).
- Dolor abdominal recurrente, cefaleas sin causa evidente.
- Trastornos de conducta (hipo o hiperactivo).
- Aislamiento, fugas.
- Rechazo al contacto con otros.
- Conductas regresivas.
- Consumo de drogas.
- Sentimientos como miedo, culpa, vergüenza, confusión, sentirse diferente, ambivalencia.
- Temor a sus cuidadores.
- Temor a la reacción del adulto.
- Inflexión en el desempeño escolar.
- Vínculo indiscriminado o recelo.
- Trastornos conductuales como retraimiento, conducta antisocial, pasividad, conducta agresiva extrema, rigidez, excesiva preocupación por complacer a las figuras de autoridad, conductas evitativas.
- Temor ante el contacto físico con otros adultos o al examen físico, no acorde a la etapa del desarrollo.

Indicadores del entorno familiar y otros indicadores inespecíficos⁶

- Contradicción entre el relato del mecanismo lesional y el tipo de lesión.
- El adulto intenta ocultar las lesiones.

⁵ La enuresis secundaria es la afección que se desarrolla tiempo después de haber aprendido el control de esfínteres.

⁶ Tienen distinta especificidad y deben ser tenidos en cuenta en el contexto situacional. De forma aislada no permiten establecer el diagnóstico.

- No se logra dar cuenta del mecanismo de producción de las lesiones.
- Retraso injustificado para buscar ayuda.
- Falta de supervisión del NNA.
- Resolución de conflictos en forma inadecuada.
- Cuidadores que valoran la disciplina severa y física, o que justifican la violencia para la puesta de límites.
- Cuidadores que perciben de manera negativa al NNA; no muestran preocupación por su salud ni por sus necesidades emocionales y vinculares.
- Cuidador colaborador, excesivamente preocupado, que maneja terminología médica.
- Cuidador que solicita insistentemente la realización de procedimientos invasivos no justificados.
- Dinámica interna rígida, con roles estereotipados e inequidad de género.
- Familia que mantiene distintos tipos de secretos, negación, minimización u ocultamiento de otras situaciones de maltrato o violencia sexual.
- Límites intergeneracionales difusos.
- Historia de violencia hacia otros integrantes del núcleo familiar.
- Cambio frecuente de servicio de salud.
- La sintomatología mejora en ausencia del adulto y se agrava o aparecen nuevos síntomas en su presencia.
- La sintomatología no es constatable durante la internación.
- La sintomatología mejora con la internación y reaparece frente a la proximidad del alta.
- El único testigo del inicio de los síntomas es el adulto.
- Simulación o provocación de síntomas.
- Haber observado al adulto causar o simular los síntomas.
- Deterioro de la vestimenta (no vinculado con el nivel económico).
- Falta de escolarización en edades en que está indicada, ausentismo injustificado.
- Falta de controles de salud.
- Presenciar durante la consulta o durante la internación episodios de violencia hacia el NNA u otros NNA que acompañan.

Indicadores físicos

La importancia de estos indicadores radica en que pueden traducir un daño orgánico de diversa entidad, según el tipo, así como en la posibilidad de objetivarlos y registrarlos⁷ consignándolos correctamente en la historia clínica.

Lesiones cutáneas

Son las más frecuentes en el maltrato físico. Es importante una correcta descripción del tipo, la topografía, la forma, el tamaño, la coloración y otras características que dependerán del tipo de lesión.

Lesiones contusas

Son las lesiones cutáneas más frecuentes. Se producen por objetos contusos, romos, sin filo ni punta, así como por armas naturales (manos, codos, rodillas, puños, pies, dientes). Pueden ser abiertas o cerradas, tipo equimosis, hema-

⁷ En el caso de lesiones externas existe la posibilidad de tomar fotografías, con consentimiento del NNA en función de su autonomía progresiva o, en su defecto, del adulto referente. Estas posteriormente podrán servir como medio de prueba en el ámbito judicial y son fundamentales para evitar someter al NNA a un nuevo examen físico con una finalidad pericial. Similar consideración respecto a su valor probatorio merecen los estudios imagenológicos (radiografías, tomografías, ecografías, centellogramas óseos).

tomadas, erosiones, excoriaciones, laceraciones. Se pueden apreciar equimosis en distintas topografías (deben buscarse especialmente las que asientan en zonas que se eligen para castigo, aunque pueden estar en cualquier región). Pueden ser de distinta coloración⁸ y a veces reproducen la forma del objeto —en este caso se denominan *figuradas* (hebilla de cinturón, zapato, dedos, arcadas dentarias)—. La topografía y su correlación con el estadio del desarrollo del niño/a, en determinados casos, puede orientar a la etiología médico-legal (por ejemplo, las lesiones pretibiales suelen ser accidentales; suelen verse excoriaciones y equimosis propias de los juegos individuales o con pares). Se debe describir minuciosamente si se encuentran determinados patrones lesionales, como los estigmas ungueales (marcas de uñas, ya sea con forma de semiluna o alargadas tipo arañazos) o improntas digitales en cuello, lesiones de defensa en antebrazos y manos, marcas de sujeción, mordeduras (equimosis y excoriaciones que reproducen la arcada dentaria), entre otras.

Otras lesiones cutáneas

Deben buscarse zonas de alopecia traumática en cuero cabelludo, con áreas de arrancamiento y equimosis o hematoma subyacente que contrastan con zonas de cabello sano. También pueden evidenciarse infecciones de piel y partes blandas, evolucionadas sin tratamiento, acuria notoria o pediculosis masiva, en contextos de negligencia.

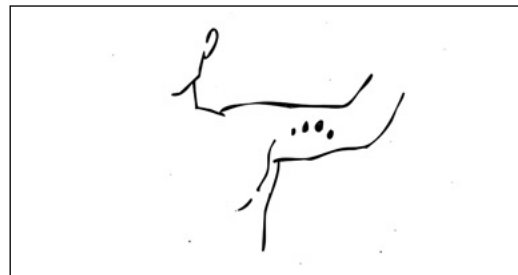


Figura 1. Improntas digitales

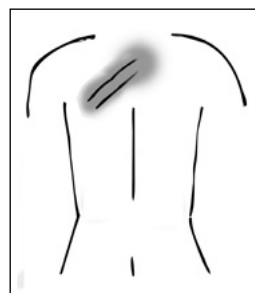


Figura 2. Lesiones figuradas

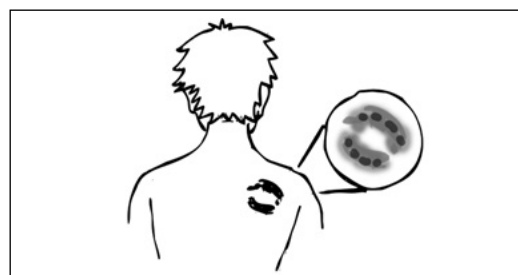


Figura 3. Arcada dentaria

⁸ La coloración de las equimosis traduce la data de producción. Si bien clásicamente describen una evolución cromática esperada, el tiempo que esta insume depende de múltiples factores, algunos de ellos individuales, así como de la extensión y la topografía de las lesiones, entre otros. Por lo tanto, no es conveniente datar en días las lesiones en función de la coloración, sino conocer su evolución natural para orientarse acerca de si pueden corresponder a la misma data.

Lesiones por calor

Pueden presentarse distintos tipos de quemaduras en variadas topografías. Las quemaduras por maltrato suelen predominar en niños menores de 4 años. La evaluación de la severidad debe incluir extensión, profundidad, topografía y agente causante, entre otros factores. Cuando son por contacto directo por objeto caliente, pueden ser ligeramente figuradas, con bordes nítidos, sin las lesiones satélites que suelen verse en las salpicaduras por líquidos calientes o escaldaduras. Algunos patrones especiales de quemaduras son las producidas por inmersión del niño en agua caliente, en posición de flexión de los miembros inferiores sobre el tronco, las cuales ocasionan quemaduras de glúteos y talones que respetan el sector poplíteo (figura 5), así como las quemaduras en guante o calcetín, por inmersión de la mano o el pie respectivamente.

También aparecen las quemaduras en casquete, ocasionadas por cigarro, en las que se presentan lesiones en sacabocado de 0,8 a 1,5 cm de diámetro, aunque son infrecuentes. Suelen ser subestimadas porque se confunden con lesiones cicatrizales, redondeadas, consecuencia de infecciones de piel.



Figura 4. Lesiones por calor



Figura 5. Inmersión en agua caliente

Otras lesiones en la piel

En casos severos también pueden presentarse heridas por arma blanca, heridas por armas de fuego o por otros agentes.

Lesiones mucosas y orales

Deberán buscarse lesiones en cavidad oral de origen traumático, sea a nivel dentario, de la mucosa o del frenillo labial, así como lesiones vinculadas a infecciones de transmisión sexual, como podría ser un chancro en la primoinfección por sífilis. Hay que recordar que las lesiones mucosas curan inmediatamente.

Lesiones osteoarticulares

Pueden ocurrir luxaciones o fracturas como consecuencia del maltrato, que predominan en menores de 3 años.

Una lesión frecuente en la infancia es la pronación dolorosa de codo, que se produce por un mecanismo de pronación súbita y tracción del miembro superior, generalmente de etiología accidental.

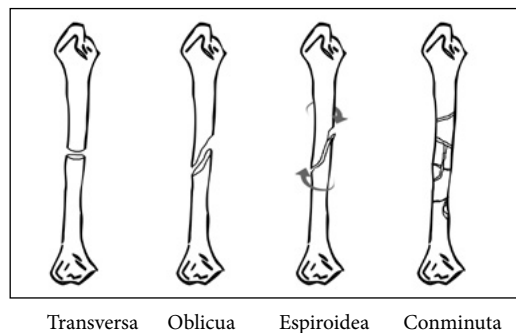
Las fracturas pueden clasificarse de diversas maneras según:

- Indemnidad de la piel y partes blandas: abiertas o cerradas.
- Localización en el hueso: epifisarias, metafisarias, diafisarias, articulares.
- Integridad de la cortical: completas, rama verde, deformidad plástica, abombamiento o torus (en estas las líneas de fractura son casi invisibles en el enfoque anteroposterior y se ve un abultamiento en el borde del hueso).
- Tipo de traumatismo que la genera: directo (se producen en la zona en que se aplica la fuerza y generalmente son transversas) o indirecto (se producen en una zona a distancia de la aplicación de la fuerza y pueden ser por torsión o arrancamiento).
- Desplazamiento o alineación de los fragmentos: no desplazadas, desplazadas, cabalgadas, impactadas, anguladas, avulsión.
- Según el estado del hueso sobre el que asientan y la proporción con la fuerza por sobrecarga (traumatismos crónicos repetidos de baja intensidad), o sobre un hueso previamente debilitado (fracturas patológicas).
- Tipo de trazo.

Según compromiso de la cortical:

- Completas (atravesan ambas corticales en el eje transversal): según la orientación del eje de la fractura pueden ser transversas, oblicuas, espiroideas, verticales o conminutas.
- Incompletas (el trazo de fractura no alcanza todo el espesor del hueso en el eje transversal): incurvaciones traumáticas, en vara o tallo verde, en rodete, aplastamiento trabecular, fisuras.

Figura 6. Tipos de fracturas completas



Tipos de fracturas incompletas

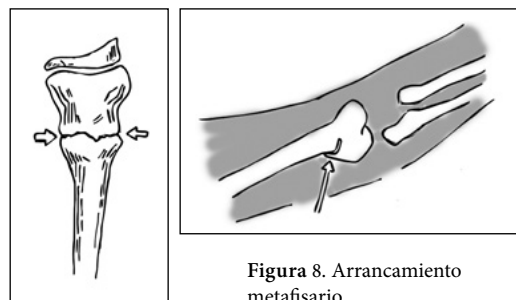


Figura 7. Fractura en rodete

Figura 8. Arrancamiento metafisario

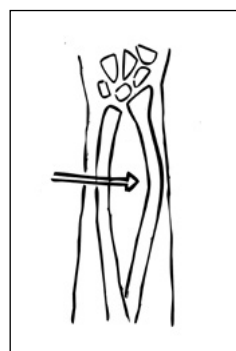


Figura 9. Incurvación diafisaria traumática

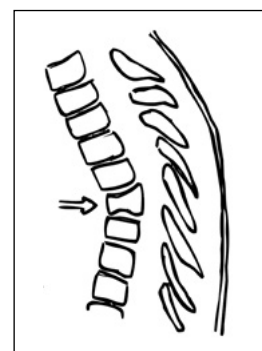


Figura 10. Compresión trabecular

Es preciso analizar el tipo de lesión y el mecanismo de producción, lo cual se debe correlacionar con el desarrollo del niño/a y el relato de lo ocurrido. Son indicadores de maltrato las fracturas múltiples, en distintos estadios evolutivos, o aquellas en que el tipo, la gravedad y la extensión no se corresponden con el mecanismo traumático relatado.

Se debe tener en cuenta que en la infancia y la adolescencia el esqueleto presenta características que lo diferencian del de un adulto, y hay fracturas específicas de estas etapas del ciclo vital. Algunos traumatismos accidentales producen lesiones bastante características, que en ocasiones llevan a plantear diagnóstico diferencial respecto al maltrato: traumatismo del parto; caídas sobre el miembro superior; caída del niño que empieza a caminar y tiene fractura espiroidea de tibia denominada *toddler*, en que el traumatismo suele pasar desapercibido; fracturas del cartílago de crecimiento, especialmente del radio y tibial en niños pre-puberales, entre otras.

En el maltrato puede verse cualquier tipo de fractura; no hay un tipo que sea patognomónico. Las fracturas costales tienen alta especificidad para el diagnóstico de maltrato;⁹ predominan las posteriores próximas a la unión costovertebral y las laterales, que pueden producirse por compresión de la caja torácica (en este caso suelen ser bilaterales y simétricas) o por un impacto directo. También puede haber separación costocondral anterior, que es difícil de ver en la radiografía convencional, por lo que puede requerir otros estu-

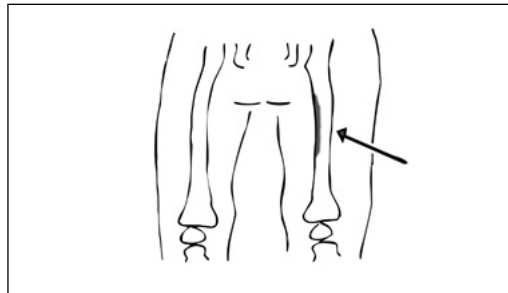


Figura 11. Hematoma subperióstico

dios, como ecografía o incluso gammagrafía. Asimismo, son fracturas con alta especificidad las metafisarias,¹⁰ espiroideas en niños que aún no caminan, vertebrales (especialmente las avulsiones de apófisis espinosas), esternales, escapulares, fracturas bilaterales de cráneo anfractuosas o hundimiento de cráneo con multifragmentación, dado la gran energía cinética que se requiere para su producción. Deben llamar la atención también las fracturas de dedos en niños pequeños, que en general se evidencian radiográficamente como fracturas de tipo torus, con escasas manifestaciones clínicas (Campbell en Roockwood, 2007). No obstante, en los niños maltratados las fracturas más frecuentes son las diafisarias de huesos largos (húmero, fémur y tibia especialmente), seguidas por las lineales de cráneo, aunque son menos específicas.

9 Dada la elasticidad de la parrilla costal infantil, es muy poco probable que el masaje cardíaco durante la reanimación cardiopulmonar ocasione este tipo de fracturas.

10 En algunas proyecciones se ven triangulares, mientras que en otros enfoques se ven tipo torus, y al curar puede verse una banda radiolúcida metafisaria (Rockwood, 2007). Este tipo de fracturas ha sido denominado *en asa de balde* por el aspecto que adquiere en la radiografía.

La presencia de fracturas múltiples y lesiones óseas de distinta data,¹¹ sin un relato convincente del mecanismo de producción, aumenta la especificidad diagnóstica. En ocasiones no se percibe la fractura, sino un hematoma subperióstico como consecuencia del traumatismo, que desprende el periostio con reacción en ese nivel, el cual comienza a evidenciarse a la semana de producido el trauma.

Lesiones encefálicas

El trauma encefálico no accidental es la principal causa de muerte traumática en niños menores de 1 año, y es la causa más frecuente de muerte por maltrato. Los casos no mortales se asocian con elevada morbilidad, con secuelas neurológicas (por ejemplo, encefalopatía, retardo mental, parálisis cerebral, ceguera, epilepsia, trastornos de aprendizaje y de conducta) en el 45% los casos, en comparación con el 5% de los traumatismos no abusivos. La incidencia puede estar subestimada porque no todos consultan y porque en algunos casos es difícil establecer el diagnóstico, dado que los síntomas son inespecíficos y se trata de niños pequeños, generalmente lactantes, que no pueden verbalizar lo ocurrido (Piteau et al., 2012).

Bajo el nombre de *shaken baby syndrome* (*síndrome del lactante sacudido*) describió Caffey en 1972 un cuadro caracterizado por lesiones intracraneanas, habitualmente asociadas a hemorragias retinianas en el fondo de ojo, ausencia de evidencia externa de trauma craneano y de

lesiones cutáneas. Recientemente se ha demostrado que no hay patrón lesional patognomónico de sacudimiento de un lactante, ya que los elementos descritos clásicamente pueden explicarse por otras causas no traumáticas. Dicha denominación ha sido sustituida por el término *trauma encefálico abusivo* (*abusive head trauma*) o *provocado*, también llamada *injuria encefálica provocada*. Esta denominación incluye dentro de los mecanismos lesionales no solo las sacudidas enérgicas, sino también el trauma contuso directo y la combinación de mecanismos, que puede generar una variedad de lesiones: contusiones, isquemia localizada, hemorragia subaracnoidea, hematoma subdural, lesión axonal difusa, edema encefálico, entre otras. Las lesiones medulares y las lesiones secundarias hipóxico-isquémicas contribuyen al mal pronóstico.

El trauma encefálico abusivo debe sospecharse por la historia (ausencia de traumatismo, mecanismo que no condice con los hallazgos, inconsistente y cambiante, incompatible con el desarrollo del niño) y lesiones asociadas. Los eventos de aparente amenaza a la vida (ALTE) pueden ser una forma de presentación del trauma encefálico provocado en lactantes.

El diagnóstico de trauma encefálico abusivo a veces es bastante claro; sin embargo, algunas lesiones pueden pasar desapercibidas si no se sospechan. A veces la presencia de otras lesiones traumáticas o indicadores de violencia física orienta el diagnóstico, pero en otras situaciones este es más complejo, y tras la evaluación completa por diversos especialistas persiste una sospecha que no puede confirmarse (Christian et al., 2009).

Pese al alto índice de sospecha de trauma encefálico abusivo ante niños con sintomatología neurológica, se deben tener en cuenta otros diagnósticos, igualmente graves.

¹¹ Si bien en la consolidación inciden diversos factores — edad, estado nutricional, tipo de fractura y cantidad de fragmentos, infección, entre otros—, se puede decir a grandes rasgos que el hueso subperióstico se comienza a ver a la semana, el callo blando a las dos semanas y el callo duro a las tres semanas aproximadamente.

Lesiones oculares

Pueden verse hemorragias retinianas, que persisten tres o cuatro semanas. Si bien pueden corresponder a maltrato, especialmente a traumatismo craneoencefálico directo o indirecto por sacudimiento, también pueden responder a otras etiologías; por ejemplo, pueden aparecer hasta en el 40% de los partos vaginales de niños eutróficos, aunque en estos casos se resuelven en aproximadamente un mes. En niños menores de 5 años, luego de un traumatismo ocular o craneoencefálico de entidad, o en ausencia de evidencia de este si hay sospecha de maltrato físico en dicho nivel, es recomendable la valoración por oftalmólogo para descartar otras lesiones, como hemovítreo y desprendimiento de retina, entre otras. En caso de hemorragias retinianas, es necesario evaluar el tipo, el número y el patrón para determinar su etiología (Levin et al., 2010).

Lesiones viscerales

Dependiendo de la energía cinética transferida y de la zona donde asienta el traumatismo, puede haber, entre otras lesiones viscerales, contusión pulmonar, neumotórax, hemotórax; lesiones contusas y desgarró mesentérico; hematomas, roturas a nivel hepático, esplénico y renal; estallidos de vísceras huecas con perforaciones intestinales y peritonitis; pancreatitis traumática e incluso necrosis.

Es frecuente que las lesiones viscerales abdominales no se asocien con lesiones contusas cutáneas, o que se observen lesiones de escasa entidad, dado que, debido a la elasticidad de la piel, en pocos casos de lesiones internas se presentan también lesiones externas. De ahí la importancia de tener presente el trauma abdomi-

nal oculto, dado que estas lesiones abdominales son la segunda causa de muerte por maltrato.

Para la evaluación del trauma toracoabdominal se recomienda la realización de tomografía computada con contraste intravenoso, ya que permite identificar lesiones vasculares, lesiones hepáticas, esplénicas, pancreáticas y renales. Los niños maltratados físicamente puede sufrir las mismas lesiones que los niños con trauma contuso accidental: contusión pulmonar, neumotórax, derrame pleural, fracturas costales, lesiones vasculares o traqueobronquiales. Sin embargo, los primeros tienen una incidencia mayor de lesiones pancreáticas y hematomas duodenales que los niños que sufren traumatismos accidentales (American Academy of Pediatrics, 2009).

Lesiones raquimedulares

Son lesiones poco frecuentes que suelen predominar a nivel cervical. Generalmente no se producen lesiones óseas dada la elasticidad y laxitud de las estructuras ligamentarias y cartilaginosa que conforman el raquis en niños/as. Los mecanismos lesionales involucrados son hiperflexión e hiperextensión y rotación, así como traumatismos directos de alta energía cinética. La ausencia de lesiones óseas objetivables imagenológicamente no descarta la presencia de lesiones medulares, que deberán sospecharse y estudiarse, según el traumatismo y la clínica. Se ha descrito una entidad denominada SCIWORA (*spinal cord injury without radiological abnormality*), caracterizada por lesiones medulares objetivadas en la resonancia, sin lesiones óseas (Posadas, 2013; Szwedowski y Walecki, 2014).

Indicadores de negligencia

- Falta de controles en salud, vacunas incompletas; ausencia o discontinuidad de tratamientos indicados, desnutrición de causa exógena –que no se explica por causa médica ni por situación económica del núcleo familiar–. Lentos rotos en forma persistente; falta de vestimenta adecuada, no vinculada al nivel económico; falta de descanso por multiactividad; falta de estimulación, falta de puesta de límites con excesiva permisividad, entre otros.
- Apego evitativo (en el consultorio el niño es indiferente a la presencia de una figura conocida y, por ejemplo, puede intentar abrir la puerta y salir solo).

Etapas 3: Valoración del riesgo de la situación de maltrato

Manejo de la entrevista o anamnesis

Quien haga la entrevista o anamnesis y el examen físico se presentará al NNA y le explicará que su tarea es ayudarlo. Se dará el espacio y el tiempo para entrevistar a solas al NNA y, si lo desea, se le permitirá a estar acompañado por

su adulto referente protector (ARP). En ningún caso el equipo de salud juzgará la conducta del NNA ni lo culpabilizará por la violencia sufrida. Se le debe transmitir que él o ella no es responsable de lo ocurrido.

Es preciso tener en cuenta que los NNA pueden asistir a la consulta acompañados tanto de su ARP como de sus violentadores. Si se piensa que el NNA está sufriendo algún tipo de violencia por parte de quien lo acompaña, resulta imprescindible generar el espacio para entrevistarlos a solas. Se mantendrá entrevista con el NNA y por otro lado con el adulto.

Es necesario conocer y tener nociones sobre el desarrollo de los NNA, sobre lo que se espera de ellos en cada momento evolutivo, ya que el relato (tanto en lo cognitivo como en el lenguaje) va a estar condicionado por este aspecto, especialmente cuando el NNA sufre una experiencia traumática como el maltrato infantil. Es necesario conocer estos aspectos para adaptar la metodología de la entrevista a las capacidades del NNA y poder garantizar su derecho a ser oído, interpretar adecuadamente los hallazgos —noción de los números, del tiempo, de la terminología empleada—, entender las limitaciones y determinar la forma más adecuada de interactuar (WHO, 2017). Se debe tener presente que los NNA maltratados sienten gran desconfianza del mundo adulto, del cual no escapan los integrantes del equipo de salud.

Un aspecto fundamental es evitar las múltiples entrevistas y por distintos técnicos si ya se obtuvo un relato. (De Paul y Arruabarrena, 2001)

Cuadro 6. Algunas recomendaciones y buenas prácticas para la entrevista de NNA

Es recomendable que el personal de salud:

- Informe de los pasos a seguir.
- Evite juicios de valor.
- Sea honesto.
- No muestre incredulidad.
- No haga promesas que no se puede asegurar que se cumplan.
- No cuestione al NNA ni a los adultos que lo acompañan.
- No culpabilice al NNA de la violencia sufrida.
- Explique que el rol del equipo de salud es ayudar.
- Emplee un lenguaje claro, acorde al desarrollo del NNA.
- Se sienta a la altura del NNA.
- Evite la contención física (los NNA violentados están *al acecho* y se activan al contacto corporal).
- Genere un ambiente adecuado para la entrevista, en un clima de confianza y privacidad.
- Transmita comprensión y apoyo.
- Trate de que el NNA se sienta cómodo con el género de quien lo está entrevistando.

El profesional que recibe el relato del NNA deberá evitar expresiones de rechazo; por ejemplo, «qué horrible lo que te hizo», «qué asco», «no sé cómo pudiste aguantar», en el NNA pueden resonar como «soy un asco», «soy horrible», «aguanto cualquier cosa» (García Trovero, 2017).

Al finalizar la entrevista se destacará que ha sido muy valiente al contar lo sucedido.

Cuadro 7. Preguntas útiles según la edad del NNA y la situación

- Sobre temas generales, para evaluar su lenguaje y capacidad de entender: cosas que le guste hacer, dibujitos o programas que mira, si va a la escuela y si tiene amigos.
- Sobre algún evento pasado, como un cumpleaños o Navidad, lo cual permite tener una idea de su capacidad de recordar.
- Si recuerda haber estado alguna vez internado y el motivo.
- Solicitarle que cuente sobre su familia, con quién vive, si tiene hermanos, a qué se dedican sus cuidadores.
- Si no hay relato previo sobre el maltrato y existe la sospecha, preguntarle si sabe por qué asiste en esta oportunidad y solicitarle que cuente lo ocurrido.
- Siempre se promoverá el relato espontáneo de lo ocurrido, con preguntas abiertas.
- No se formularán preguntas que induzcan respuestas, ni de respuesta *sí* o *no*.
- Se le puede preguntar si tiene miedo, si está preocupado por algún asunto, qué cosas que le hayan ocurrido lo hacen sentir bien y cuáles lo hacen sentir mal.
- Se formularán las preguntas necesarias para aclarar datos con vistas a la atención en salud y completar el diagnóstico, de lo general a lo particular, dando el tiempo necesario. Nunca se presionará ni coaccionará para obtener respuestas. Según la edad del NNA y la existencia de relato, se pueden incluir las circunstancias en que se produjo la violencia: cuándo, durante cuánto tiempo, cómo, dónde, quién, tipo de violencia, amenazas empleadas, si se trataba de una persona del entorno, proximidad al NNA, entre otras.

Se le debe explicar que es necesario hacerle un examen físico completo, para el que se solicitará su asentimiento o consentimiento, en función de su grado de madurez.¹²

¹² La autonomía progresiva está contemplada en la normativa nacional, ley 17.823, ley 18.335 y decreto reglamentario 274/010, ley 18.426 y decreto reglamentario 293/010, y ley 18.987 y decreto reglamentario 375/012.

Cuadro 8. Recomendaciones para la entrevista con el adulto que acompaña al NNA (es importante recordar que podría ser el agresor o alguien que no lo protege)

- Presentarse, explicar el motivo de la entrevista y la necesidad de determinar los hechos.
- Evitar la confrontación. No presentarse de forma acusatoria.
- Destacar el papel del equipo de salud para brindar ayuda, para que se resuelva la situación.
- Ser honesto, evitando hacer promesas que no puedan cumplirse.
- Evitar que el adulto responsabilice a terceros (NNA, otros operadores).
- Mantener el control de la entrevista y de los temas a tratar, evitando ser manipulado por el adulto.
- Permitirle explicar su versión de lo ocurrido.
- Permitirle expresar sus emociones.
- Si el adulto se presenta con hostilidad, resistencia o ansiedad, hacer notar y abordar esa reacción directamente, mostrándose comprensivo con sus sentimientos.
- Identificar y controlar la contratransferencia con sentimientos negativos.
- No exponer a otros profesionales.

Fuente: Elaboración propia basada en De Paul y Arruabarrena (2001) y en el Grupo de Trabajo de Atención al Maltrato Infantil de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (Gancedo Baranda, 2015).

Durante el registro en la historia clínica se pretende obtener información de sus antecedentes médicos y sintomatología, explorando la vinculación de estos con una posible situación de maltrato infantil.

Examen físico

Al igual que para la anamnesis, el examen físico exige una serie de condiciones en cuanto al respeto de la privacidad. Debe brindarse información y consejería previa, solicitar el consentimiento, ser cuidadoso del pudor utilizando una salea o túnica, hacerlo con la puerta cerrada, contando con los insumos adecuados (camilla, papel camilla, guantes, iluminación, etcétera) y evitando interrupciones.

El examen físico será realizado por el médico o médica que asiste al NNA; en la medida de lo posible, debería ser alguien de su mismo género. Se recomienda que el NNA esté acompañado por su ARP, aunque no es requisito. Debe ser un examen completo, que incluya desde el cuero cabelludo hasta las plantas de los pies.

Si el NNA se niega al examen físico, se le explicará la importancia de este y se evaluará el motivo. Si tiene algún miedo a intervenciones invasivas (exudados, pinchazos), se le informará en qué consiste y que puede estar acompañado por alguien de su confianza. Si la negativa persiste, se buscarán diversas estrategias para que acceda, aunque sea en una consulta posterior; si fuera necesario, se puede recurrir a apoyo del equipo de salud mental.

En determinadas situaciones en que hay necesidad de realizar examen físico por sospecha de lesiones importantes o por presencia de lesiones de tal magnitud que requieran manejo médico o incluso quirúrgico, se seguirán los protocolos correspondientes de sedación, al igual que para otros procedimientos habituales en pediatría (véase el Anexo II).

Se evaluarán y consignarán la impresión general, el estado de higiene personal, el estado de la ropa. Se evaluará el psiquismo y se consignarán el estado de conciencia y las emo-

ciones objetivables. Si el NNA no se encontrara emocionalmente estable (por ejemplo, en crisis de ansiedad-angustia, crisis de excitación psicomotriz, *congelamiento*, resistencia, con marcado temor a ser examinado), es recomendable procurar el apoyo de salud mental para estabilizarlo y poder continuar con el examen.

Se consignarán el crecimiento y el desarrollo, indicando peso, talla, Tanner (véase el Anexo III) y lenguaje. En piel, se evaluará la existencia de lesiones, que se describirán (tipo, localización, color, forma, dimensiones) y se indicará si presentan patrones lesionales como improntas digitales, defensa, ataduras, estigmas ungueales, sugilaciones, lesiones en pabellones auriculares, alopecia traumática. Se examinarán las uñas, si están quebradas y si hay material debajo de ellas. En bucofaringe se buscarán petequias en paladar o faringe y se evaluará el estado de los frenillos y de las piezas dentarias. Se buscarán signos de uso de fuerza o medidas de restricción alrededor del cuello o extremidades (véanse Lozano, 2017; Castelló, Francés y Verdú Pascual, 2009; Criado Eleta, 2008; Cornaglia y Vignolo, 2005; OMS, 2003).

Se realizará un examen completo en busca de alteración a nivel pleuropulmonar, cardiovascular, de abdomen, valoración osteoarticular (movilidad y presencia de crepitación y síndromes fracturarios) y compromiso neurológico. Asimismo se realizará otoscopia y oftalmoscopia si es necesario.

Es preciso recordar que existen situaciones en que coexisten el maltrato y la violencia sexual, que a veces no es relatada en las primeras etapas, por lo que puede ser necesario llevar a cabo el *examen génito-anal*. En este caso se seguirán los lineamientos que establece el *Protocolo para el abordaje de situaciones de violencia sexual hacia NNA desde el SNIS*.

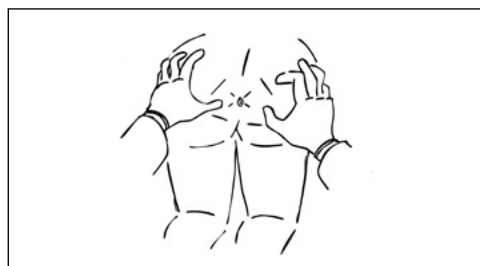
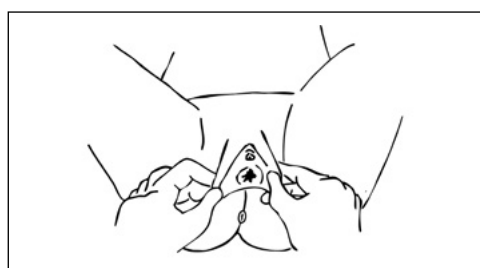


Figura 12. Posturas para examen génito-anal



Figuras 13. Maniobra de las riendas: tracción hacia abajo y afuera del labio mayor y menor por su zona media

Paraclínica

Según cada situación y cuadro clínico, puede ser necesario hacer estudios paraclínicos, como, por ejemplo:

- Hemograma y estudio de la coagulación.
- Amilasemia, enzimas hepáticas en menores de 5 años, y estudios de imagen si se sospecha trauma abdominal.
- Valoración oftalmológica con fondo de ojo.
- Estudios radiológicos en busca de fracturas. Generalmente hay poca evidencia física. En ocasiones los estudios de imagen cumplen un rol importante para aportar evidencia objetiva de lesiones óseas inferidas como consecuencia del maltrato, aun en ausencia de lesiones cutáneas.

Cuadro 9. Recomendaciones para la realización de radiografías

- Las radiografías de huesos largos y tórax están indicadas para el estudio del esqueleto en niños menores de 2 años en que se sospecha maltrato físico; entre 2 y 5 años debe individualizarse el estudio, según las particularidades del caso (American Academy of Pediatrics, 2009).
- Evitar la radiografía de cuerpo entero, denominada *bebegráfica*, por carecer de los detalles requeridos y por su menor sensibilidad (Pedrosa, 2008; Campbell en Roockwood, 2007).

- Gammagrafía ósea cuando quedan dudas respecto a la presencia de lesiones óseas en la radiografía. Tiene alta sensibilidad para la detección de fracturas costales, fracturas sutiles no desplazadas y hematomas subperiósticos, pero menor especificidad para fracturas metafisarias, de cráneo y cuerpos vertebrales. No es de utilidad para la datación de las fracturas.
- Ecografía: puede utilizarse cuando la radiografía no evidencia la fractura claramente pero deja sospechas, especialmente en arcos costales y algunos huesos largos; permite evaluar hematoma subperióstico y separación de epífisis, entre otras lesiones.
- TAC o RMN craneoencefálica (véase el apartado correspondiente a lesiones encefálicas).
- Angiorresonancia si existe sangrado intracraneano, para descartar malformaciones vasculares.

Los estudios serán individualizados según las necesidades de cada caso.

Diagnóstico de maltrato infantil

El diagnóstico es difícil y requiere ir construyendo la evidencia hasta alcanzar el nivel de reporte. En ocasiones es evidente, pero en la mayoría de los casos requiere una evaluación exhaustiva e interdisciplinaria, especialmente en lactantes y niños pequeños.

Se basa en los datos obtenidos de la entrevista, examen físico, paraclínica e interconsultas. Además, se deben tener en cuenta la historia del NNA y las intervenciones previas realizadas por el sector salud y otros equipos institucionales (sector educativo, equipos de territorio de acompañamiento familiar u otros) que pueden ampliar la información sobre la situación. Implica no solo tipificar el maltrato, sino además estipular el tiempo de evolución, el impacto y la severidad del daño, los riesgos, los recursos disponibles y la necesidad de intervención urgente (tanto medidas de protección como atención en salud).

El proceso de valoración diagnóstica de maltrato físico puede generarse cuando:

- Hay un relato espontáneo del NNA.
- El mecanismo de producción relatado no coincide con el mecanismo lesional necesario para explicar el cuadro.
- El mecanismo de producción relatado no coincide con el estadio de desarrollo del niño/a.
- La consulta es tardía.
- El relato es cambiante y contradictorio. Esta situación deberá ser evaluada con prudencia por el equipo interdisciplinario, ya que podría ser producto de malas técnicas de evaluación, con reiteración de entrevistas, mala técnica empleada o como parte del proceso.
- Hay patrones lesionales de alta especificidad.

Recomendaciones de estudio imagenológico de las lesiones encefálicas (American Academy of Pediatrics, 2009)

En todo niño del que se sospeche una lesión intracraneana se requiere la realización de tomografía computada, resonancia magnética o ambas. Estos estudios permiten evaluar el tipo de lesión, la extensión y la data. También permiten monitorizar su evolución y determinar si existe una lesión que requiera tratamiento urgente.

La *tomografía de cráneo* es un estudio de primera línea para detectar las lesiones que requieran tratamiento urgente, si bien puede no evidenciar algunos aspectos de la lesión. Debe ser realizada sin contraste como parte inicial de la evaluación ante la sospecha de trauma encefálico abusivo. Tiene alta especificidad y sensibilidad para diagnosticar hemorragia aguda intraparenquimatosa, subaracnoidea, subdural y epidural, fracturas de cráneo, faciales y de órbita, así como edema de partes blandas. Tiene mejor sensibilidad que la resonancia para evaluar las hemorragias agudas. Puede dar algunos falsos negativos, especialmente en las primeras etapas del edema cerebral. La *ecografía transfontanelar* es útil en lactantes pequeños para valorar la presencia de colecciones extraxiales. Permite evaluar la presencia de pequeñas lesiones subcorticales en la sustancia blanca de la región frontal y regiones parietales parasagitales, que puede mostrar de forma más adecuada que la tomografía. Tiene baja sensibilidad para detectar pequeños hematomas

o hemorragias agudas, por lo que debe emplearse en conjunto con la tomografía o resonancia. Como ventaja se destaca su disponibilidad en los servicios de emergencia ante la sospecha diagnóstica.

La *resonancia magnética* es la técnica más completa para la valoración de las lesiones intracraneanas. Debe realizarse en T₁ y T₂ y cortes axiales y coronales. Permite detectar colecciones extraxiales, hemorragias intraparenquimatosas, contusiones, lesiones por cizallamiento (golpe-contragolpe) y edema cerebral. Es recomendable realizarla ante hallazgos de lesiones en la tomografía e incluso en algunos casos en que la tomografía es negativa pero hay hallazgos clínicos. Tiene mayor sensibilidad que la tomografía para detectar hematomas subdurales y lesiones intraparenquimatosas, pero menor sensibilidad para evidenciar fracturas y sangrado subaracnoideo agudo. Su acceso es más limitado en los servicios de urgencia, ya sea por su disponibilidad o porque el cuadro clínico del paciente requiere estabilización previa.

El maltrato es un mecanismo de control, expresión de la frustración, enfado, desbordes de los adultos que, por falta de conocimiento de métodos no violentos, recurren a la disciplina física.

Tipos de maltrato

Maltrato físico. Es cualquier acción intencional que provoque daños físicos en los NNA, sean estos visibles o no: quemaduras, golpes, pellizcos, cachetadas, etcétera.

Maltrato químico. Es un tipo de maltrato en el que se le administran sustancias químicas al niño con la finalidad de tranquilizarlo o inducirle el sueño (suelen ser psicofármacos). En algunos casos el niño tiene indicación para que se le suministre la medicación, pero se le administra en mayor dosis o frecuencia; en otras situaciones no existe indicación para que le sea suministrada.

Negligencia. Se plantea cuando los cuidadores no satisfacen las necesidades del NNA, a pesar de contar con los medios para hacerlo. Se refiere no solo a alimentos, vestimenta, cuidados, controles y consultas en salud, sino también a aspectos como supervisión, afecto, puesta de límites, falta de dedicación de tiempo de calidad, desatención de sus necesidades físicas, evolutivas, afectivas, estando en condiciones de hacerlo.

Maltrato psicológico. Incluye una pauta sistemática, repetida y habitual de relación del adulto con el NNA, con acciones y omisiones que causen o puedan causar alteraciones en el desarrollo, por ser psicológicamente nocivas para su funcionamiento cognitivo, emocional, conductual y social. Incluye acciones como

hostilidad verbal, insultos, desprecio, degradarlo o menospreciarlo, avergonzarlo o ridiculizarlo con críticas y descalificación, rechazo, transmitirle que no es amado o es despreciable, señalar sus defectos, ignorarlo en sus necesidades emocionales o conductuales, no tomar en cuenta sus necesidades psicológicas y de relaciones interpersonales, negarle afecto ante su iniciativa, falta de estimulación adecuada, falta de expectativas, falta de protección, atemorizarlo con amenazas de abandono, aislamiento o hacerlo sentir inseguro o que no está a salvo, crearle falsas expectativas de peligro, amenazas de dolor o pérdida o daño de seres u objetos queridos, impedirle interacciones sociales, encierro, exposición intencionada a hechos traumáticos, uso del NNA para satisfacer necesidades de los adultos, disputarlo como si fuese un objeto, entre otros.

Síndrome de Münchhausen. Constituye una forma de maltrato de difícil diagnóstico. Se caracteriza por que los padres o adultos a cargo simulan o generan síntomas o signos en el NNA, con la finalidad de buscar atención médica y realización de estudios. Es una forma especial de maltrato grave por su elevada morbimortalidad. Se debe sospechar cuando hay múltiples consultas e ingresos hospitalarios no justificados o por sintomatología variada, versátil, inhabitual, recidivante, que tiene mala respuesta al tratamiento. También cuando hay una paraclínica discordante con el estado clínico y/o cuando hay un estado clínico que mejora cuando el NNA se separa del adulto.

Cuadro 10. Posibles diagnósticos diferenciales de maltrato infantil

TIPO DE HALLAZGOS	POSIBLES DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES DE MALTRATO INFANTIL
Lesiones contusas en piel, equimosis y hematomas	<ul style="list-style-type: none"> • Etiología accidental. • Causa orgánica: síndromes hemorrágicos de distintas causas (trastornos de la coagulación, vasculares o plaquetarios, hemopatías malignas, vasculitis, púrpuras trombocitopénicas), prácticas culturales, patología del colágeno como síndrome de Elher-Danlos, entre otras.
Lesiones en piel que simulan lesiones contusas	<ul style="list-style-type: none"> • Patología dermatológica, mancha mongólica, lesiones vasculares. • Prácticas folklóricas o rituales culturales.^a • Infecciones bacterianas o por hongos (tiñas).
Quemaduras	<ul style="list-style-type: none"> • Eritema del pañal, celulitis, dermatitis, reacción a fármacos y otras sustancias, impétigo, síndrome de piel escaldada, otras cicatrices.
Fracturas	<ul style="list-style-type: none"> • Etiología traumática accidental, traumatismo del parto. • Patológicas: enfermedades endócrino-metabólicas (patología paratiroidea), nutricionales-carenciales (raquitismo), enfermedades renales, infecciosas (sífilis congénita), genéticas (osteogénesis imperfecta), enfermedades neurológicas (parálisis cerebral). • Enfermedades sistémicas: enfermedad de Caffey, leucemia. • Periostitis fisiológica.
Hemorragia intracraneana	<ul style="list-style-type: none"> • Déficit de vitamina K, aciduriaglutárica, síndromes hemorrágicos, prematuridad, traumatismo en canal del parto. • Traumática accidental.
Lesiones viscerales	<ul style="list-style-type: none"> • Traumática accidental. • Patología médica o quirúrgica.
Episodios de sofocación	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos deglutorios. • Otras causas de eventos de aparente amenaza a la vida (ALTE):^b enfermedad por reflujo gastroesofágico, arritmias, entre otros.
Intoxicación, maltrato químico	<ul style="list-style-type: none"> • Exposición accidental: desvío de uso, exposición ambiental, consumo a través de lactancia.

a Ejemplo: el uso de ventosas.

b Si bien es un diagnóstico diferencial, en ocasiones puede corresponder a maltrato. Se debe sospechar que se trate de una situación de maltrato cuando hay múltiples ALTE evidenciados por uno o por los mismos testigos, historia de falta de respuesta a la reanimación, muerte súbita de un hermano, equimosis facial, hemorragia en boca o nariz u otros signos de maltrato al examen físico, historia de trauma e historia discordante (Comisión de Sueño, Sociedad Chilena de Neumología Pediátrica, 2014).

Valoración de riesgo

El riesgo es un concepto central para el abordaje de situaciones de maltrato infantil y adolescente, ya que la toma de decisiones depende del resultado de su valoración. Es importante tener en cuenta que durante esta etapa ya se está interviniendo y el pronóstico de la situación dependerá en buena medida de una acertada valoración del riesgo.

En ciertos casos no suelen presentarse dudas, como en aquellas situaciones extremas en que el riesgo es evidente, pero existe una *escala de grises* que requiere valoración exhaustiva del equipo multidisciplinario.

Hay un conjunto de indicadores que permiten evaluar la probabilidad de que los adultos cometan maltrato en el futuro, y que dicho acto genere daño o muerte. Si bien ambos están

Cuadro 11. Valoración de factores que incrementan el riesgo en situaciones de violencia hacia NNA¹

NNA	SITUACIÓN	PERSONA ADULTA AGRESORA	CONTEXTO
<ul style="list-style-type: none"> • Edad: menor edad = mayor riesgo • Discapacidades (crónicas o transitorias, físicas o mentales) • Antecedentes comportamentales (conductas de riesgo hacia sí o terceros, abuso de sustancias, IAE, etcétera) • Escasos recursos personales (intelectuales, afectivos, comunicación social, etcétera) • Estado de crisis emocional actual 	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de maltrato sufrido (psicológico, físico, químico, etcétera) • Entidad de las lesiones (físicas o emocionales) • Cronicidad de la situación • Aumento de la intensidad, frecuencia e imprevisibilidad de la violencia • Naturalización de los episodios de violencia • Intervenciones anteriores (actores que intervinieron y respuestas que se brindaron/brindan) 	<ul style="list-style-type: none"> • Incumplimiento de las medidas cautelares • Amenazas de represalia o de muerte • Acceso o posesión de armas de fuego • Abuso de alcohol u otras drogas • Trastornos psiquiátricos con pobre control de impulsos o patologías graves descompensadas • Historia de malos tratos en la infancia • Comportamientos violentos en otros ámbitos, con implicaciones legales o no 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de respuesta o respuesta inadecuada de los adultos protectores del entorno inmediato ante la situación de violencia • Inexistencia de personas adultas como protectores de referencia • Antecedentes de vd • Antecedentes de hermanos internados por violencia • Denuncias anteriores por vd

Fuente: CNCLVD, 2017. *Guía práctica de evaluación del riesgo en situaciones de violencia doméstica.*

- 1 El CNCLVD consensuó una serie de factores que determinan que una situación de violencia sea considerada de alto riesgo (riesgo de vida y riesgo para la salud física y mental). Implica evaluar la presencia de indicadores de riesgo; los antecedentes que han caracterizado la relación de los NNA con sus adultos protectores, con la persona que ejerce violencia, así como las madres víctimas de violencia por sus parejas; la percepción y el relato de las víctimas y las características de quien ejerce violencia. Con base en esos criterios el CNCLVD considera de alto riesgo las siguientes situaciones:
- Violencia sexual.
 - Violencia física que requiere asistencia de salud.
 - Ideas y/o intentos de suicidio.
 - Ideas y/o intentos de homicidio.
 - Incumplimiento de medidas de protección relativas al no acercamiento.
 - Riesgo de vida por acción u omisión en niño/as pequeños/as, o adolescentes con algún grado de vulnerabilidad o discapacidad.

relacionados, no necesariamente van juntos. Hay situaciones en que es altamente probable que continúe el maltrato, pero que el daño pueda minimizarse; por ejemplo, en los casos de omisión, que puede modificarse con apoyo interinstitucional (De Paul Ochotorena, 2001).

No siempre es posible determinar el riesgo de que el NNA vuelva a ser maltratado. Tampoco es fácil suponer la intensidad ni el impacto de una eventual agresión.

El riesgo en una situación de maltrato está dado por diversos factores vinculados a las características de los NNA, al ambiente donde desarrollan su vida cotidiana, al tipo de maltrato sufrido, a las características de quien ejerce el maltrato, así como a la continuidad o no de este.

Para completar la valoración del riesgo de la situación, deben evaluarse factores referidos a las características del adulto responsable y del incidente:

Respecto al adulto responsable se debe valorar si hubo falta de respuesta protectora y si ello se debió a alteraciones en la salud física y/o mental, existencia de psicopatología con déficit para el control de impulsos, sus expectativas respecto al NNA, su capacidad de cuidar y proteger al NNA, su capacidad de identificar necesidades del NNA y dar respuesta adecuada, cuáles son los métodos de crianza empleados, la interacción y percepción que tiene del NNA, si tiene historia de violencia en la infancia, si tiene consumo problemático de sustan-

Cuadro 12. Nivel de riesgo según tipo de maltrato infantil

	RIESGO BAJO	RIESGO MEDIO	RIESGO ALTO ^a
Omisión (se refiere a omisión de cuidados cuando los adultos están en condiciones de garantizarlos)	Hay omisiones de cuidados pero no han repercutido negativamente en el crecimiento del NNA, su desarrollo, salud o relaciones sociales.	Hay omisiones que determinan una ligera afectación en el crecimiento y el desarrollo (incluida la salud o las relaciones sociales), pero hay aspectos positivos en la atención emocional que proporcionan al niño.	Las omisiones son intensas y determinan daño significativo, con importante afectación del crecimiento, el desarrollo, la salud física o emocional del niño. Lesiones o daño reiterado, que incluyen accidentes a repetición debido a la omisión de cuidados. Persona a cargo del niño con consumo problemático de sustancias psicoactivas en ausencia de otros referentes protectores.
Maltrato psicológico	Las actitudes son infrecuentes y no han repercutido en el NNA desde el punto de vista emocional, relacional ni en su desarrollo.	Los insultos, control, amenazas, aislamiento o rechazo al NNA son habituales o lo han afectado desde el punto de vista emocional, relacional o en su desarrollo, pero se mantienen aspectos positivos afectivos y de cuidado.	Los insultos, control, amenazas, rechazo o aislamiento del NNA son habituales y producen daño notorio a nivel emocional, relacional o del desarrollo. Incluyen situaciones en que hay rechazo constante y total hacia el NNA, abandono, o en que se impide totalmente su interacción con otras personas. Amenazas de homicidio.
Maltrato físico	Uso de fuerza física que no ha causado lesiones. Es empleada esporádicamente como pauta de crianza o disciplina, por desconocimiento de otros métodos o por desbordes del adulto, reconocidos por este.	Uso frecuente de la fuerza física como causa de lesiones superficiales que no ponen en riesgo la vida y no se espera que dejen secuelas (ejemplo: equimosis) y que no han requerido asistencia en salud.	Uso de fuerza física que causa lesiones que ponen en riesgo la vida, que pueden generar secuelas y requieren atención médica urgente. Ejemplos serían traumatismo abdominal con lesiones viscerales, traumatismo de cráneo con sangrado intracraneano, fracturas, intoxicaciones, quemaduras, compresiones de cuello, sofocaciones.
Violencia sexual (abuso y explotación)			Es considerada de riesgo alto.

a En cualquiera de las formas de violencia, que haya intento de autoeliminación o incumplimiento de medidas cautelares dispuestas.

Elaboración propia basada en Grupo de Trabajo de Atención al Maltrato Infantil, de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (2015) y SIPIAV y CNCLVD, *Guía práctica de evaluación del riesgo en situaciones de violencia doméstica*.

cias, si sufre violencia de género, su situación económica y los apoyos que tiene, entre otros factores.

Respecto al incidente se valorará la cercanía temporal, así como su impacto en la salud física y/o mental del NNA.

Específicamente en las situaciones de maltrato a NNA, **para definir el riesgo se debe tener en cuenta:**

- Riesgo vital del NNA.
- Ideas de muerte, IAE en el NNA.
- Trastornos conductuales o emocionales en el NNA.
- Acceso del agresor al NNA.
- Inexistencia de adulto referente protector (ARP).
- Intervenciones previas sin resultados favorables, internaciones del nna o hermanos, denuncias previas por maltrato.
- Ausencia de redes de apoyo.

- NNA con discapacidad.
- Adultos con impulsividad.
- Violencia grave hacia otros miembros de la familia, con riesgo de lesiones graves u homicidio, amenazas de muerte.
- Adulto que cometió femicidio de la madre del NNA, abusó sexualmente de otros NNA o ejerció maltrato grave¹ contra otros NNA.
- Redes de explotación sexual comercial con acceso al NNA.

¹ No se refiere a la tipificación penal de las lesiones, sino al criterio médico de severidad.

Etapa 4: Respuesta de primera línea

El objetivo de la *respuesta de primera línea* es la intervención en crisis y la reducción de los daños físicos y psíquicos causados o que pudiera causar la situación de maltrato a corto, mediano y largo plazo. Por ello, el profesional que toma contacto con la situación deberá:

- escuchar,
- brindar contención emocional,
- definir la necesidad de incorporar otras disciplinas conformando un equipo de trabajo,
- evaluar el tipo de situación,
- evaluar las repercusiones del maltrato,

- comenzar la valoración del riesgo de la situación,
- evaluar la existencia de redes de apoyo y recursos comunitarios,
- valorar la necesidad de medidas de protección urgente,
- indagar intervenciones previas.

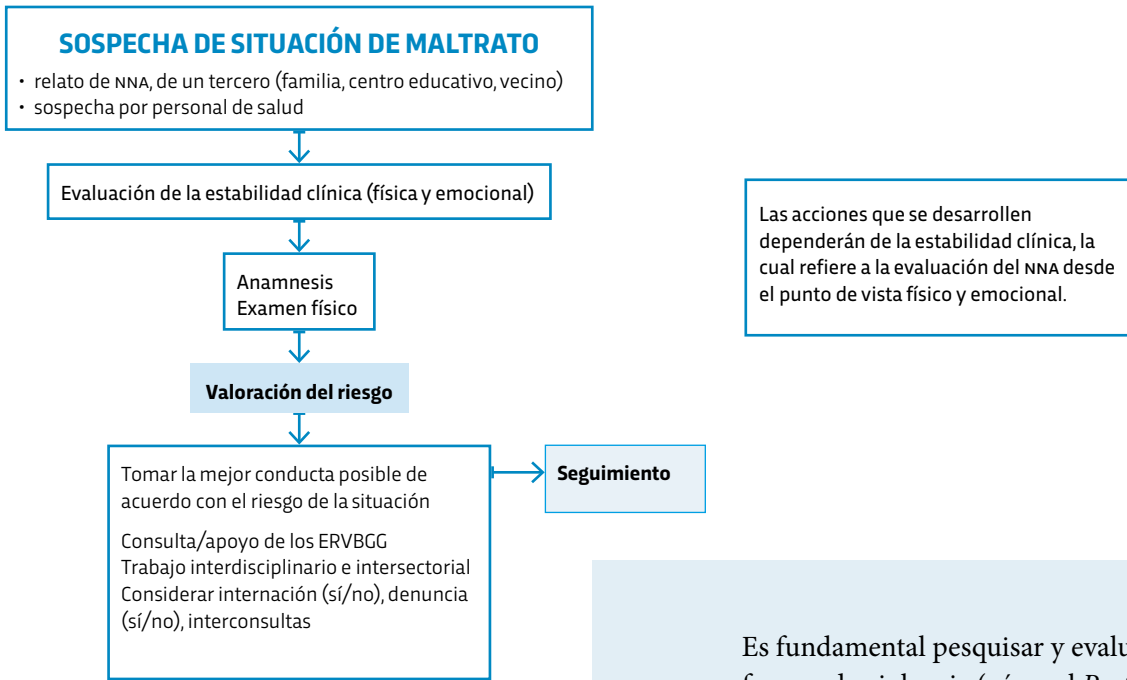
Si el NNA presenta ideas de muerte, IAE u otros cuadros psiquiátricos agudos que puedan estar vinculados a la situación, como auto o heteroagresividad, se seguirán los protocolos respectivos y se coordinará inmediatamente la interconsulta con salud mental o con un servicio de urgencia, de acuerdo con la ordenanza ministerial 384/017.¹³

Se solicitará orientación al Equipo de Referentes de Violencia Basada en Género y Generaciones (ERVGG) sobre la estrategia de abordaje. En todas las situaciones se requiere la coordinación interinstitucional entre los equipos que han intervenido, a fin de garantizar un abordaje interdisciplinario e integral.

Identificar a un adulto referente protector (ARP). Se intentará que la identificación del ARP sea realizada en conjunto con el NNA, en la medida en que su desarrollo y situación clínica lo permitan. En ausencia de un ARP, los equipos deberán adoptar las medidas de protección necesarias judicializando la situación (en estos casos la medida de protección que se aplica es la internación por amparo del niño de forma provisoria).

¹³ MSP, ordenanza ministerial 384, 2017.

Flujograma 1. Respuesta de primera línea



Acciones específicas para cada tipo de maltrato

Maltrato físico. Evaluar tipo de lesión, mecanismo lesional requerido, mecanismo lesional relatado, latencia en la consulta, relación con el desarrollo del niño, asociación con otros indicadores. Se deberá realizar la valoración del riesgo de la situación y, en función de ello y de las características clínicas, definir la urgencia de la intervención y el nivel de atención adecuado.

Negligencia. Realizar la valoración de riesgo y evaluar la severidad de la situación, así como el nivel de atención en que debe abordarse. Requiere una intervención interdisciplinaria e interinstitucional que permita valorar adecuadamente el contexto y las características de los cuidadores; fijar objetivos a corto plazo y evaluar las respuestas; contactar a la familia con redes sociales y programas específicos para familias en situación de vulnerabilidad; trabajar en forma articulada entre las distintas instituciones en las que está inserto el NNA (recreativas, educativas, sociales).

Siempre se deberá evaluar si los cuidadores están en condiciones de garantizar los cuidados y derechos de los NNA a su cargo. Si no lo

están, se deberá realizar una evaluación exhaustiva y un abordaje familiar interdisciplinario e interinstitucional con el fin de lograr que los adultos puedan cumplir con sus funciones de cuidado.

Maltrato psicológico. Evaluar si se asocia a otro tipo de violencia y valorar el riesgo de la situación. Si es violencia exclusivamente psicológica, el primer nivel de atención tiene un lugar privilegiado para trabajar hacia la modificación de las pautas de crianza y la puesta de límites no violentos. Si es posible, identificar un ARP. Hacer acuerdos con los adultos cuidadores y plantear objetivos a corto plazo, y vincular al NNA y sus cuidadores con otras disciplinas e instituciones.

Acciones generales

En la evolución de la situación del NNA se definirá la forma de llevar a cabo el seguimiento y se realizará la referencia a un equipo de salud mental para el NNA y sus cuidadores. Se brindará

Cuadro 13. Criterios para no hospitalizar

- Cuando hay un ARP que tiene buena relación con el equipo.
- Cuando puede garantizarse la coordinación y el seguimiento en el primer nivel de atención (PNA).
- Cuando existen las medidas de protección necesarias para ese NNA.
- Cuando la evaluación o el tratamiento se pueden resolver en el PNA.

orientación familiar. Se deberá trabajar con la figura parental no violenta (o ARP) sobre el apoyo requerido y los pasos a seguir. En algunos casos es necesaria la separación del NNA: cuando la figura parental no maltratadora tiene una fuerte dependencia del abusador o lo apoya (o encubre), cuando no le cree al NNA o lo culpa, cuando no tiene sentimientos positivos hacia el NNA y no cumple el rol de adulto referente protector. En caso de ingreso a un nivel de atención de mayor complejidad, antes del egreso se coordinará el seguimiento con el equipo del primer nivel de atención.

Siempre se deberá estar atento a la aparición de sintomatología postraumática (véase el cuadro de indicadores), que requerirá interconsulta con el equipo de salud mental. Se valorará el riesgo de la situación en que se encuentra el NNA, especialmente en caso de maltrato crónico o perpetrado por alguna persona cercana o familiar.

Si hay otros NNA en el grupo de convivencia

Es frecuente que, tras detectar una situación de maltrato hacia un NNA, surja la duda de qué hacer con los demás NNA del grupo familiar. Los profesionales evaluarán, en función del nivel de atención donde se encuentren y de la valoración del riesgo de la situación, la mejor estrategia para garantizar la evaluación y la eventual protección de todos los NNA de ese grupo, coordinando con los equipos e instituciones del Comité de Recepción Local (CRL) que correspondan. Si se trata de una situación de riesgo alto deben tomarse medidas de protección urgentes.

Atención según el escenario de la detección o la derivación

Los NNA que sufren maltrato pueden consultar por diversas manifestaciones, en los distintos escenarios de atención de su salud:

- en el primer nivel de atención o policlínicas;
- en escenarios no sanitarios, a través de emergencias móviles, médicos de radio u otros;
- en los servicios de urgencia y emergencia;
- durante la internación hospitalaria;
- por haber sido derivados por orden judicial o de fiscalía para su valoración.

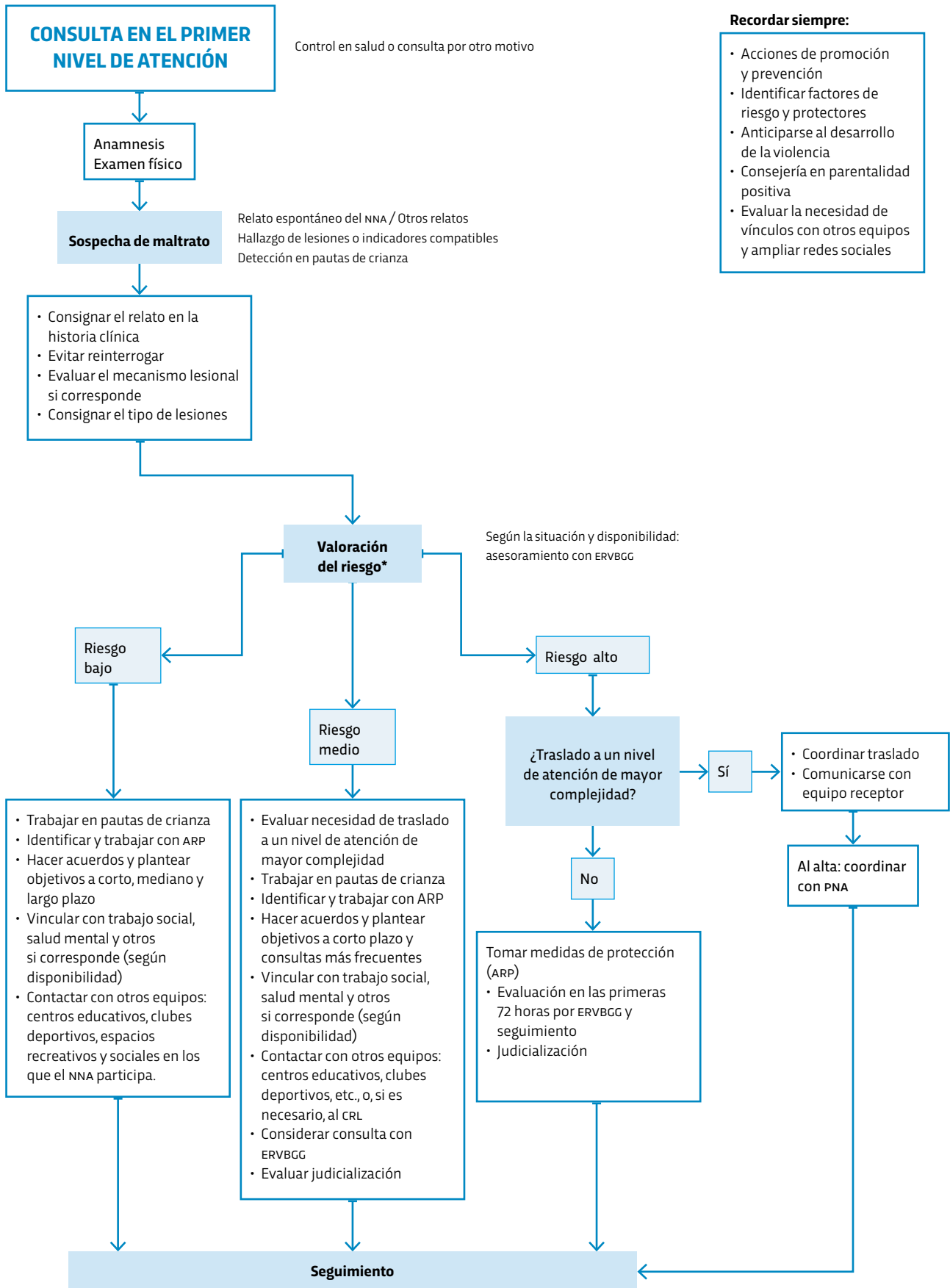
En todos los escenarios se requiere:

- realizar anamnesis y examen físico completo (véanse las páginas 40-43);
- realizar paraclínica correspondiente, si el escenario lo permite;
- disponer mecanismos iniciales de contención y escucha;
- identificar al ARP;
- evaluar si la situación requiere derivación a un nivel de mayor complejidad o internación, ya sea para confirmación diagnóstica, por las consecuencias de la violencia o como medida de protección transitoria.

Situaciones detectadas en el primer nivel de atención (PNA)

La detección puede darse en control de salud o en la consulta por otro motivo. La sospecha de una situación de violencia puede ser detectada mediante pesquisa o identificación de indicadores sugestivos, considerando su especificidad.

Flujograma 2. Respuesta en el primer nivel de atención



*Véase la etapa 3, «Valoración del riesgo».

Cuadro 14. Acciones a efectuar en el primer nivel de atención, según nivel de riesgo

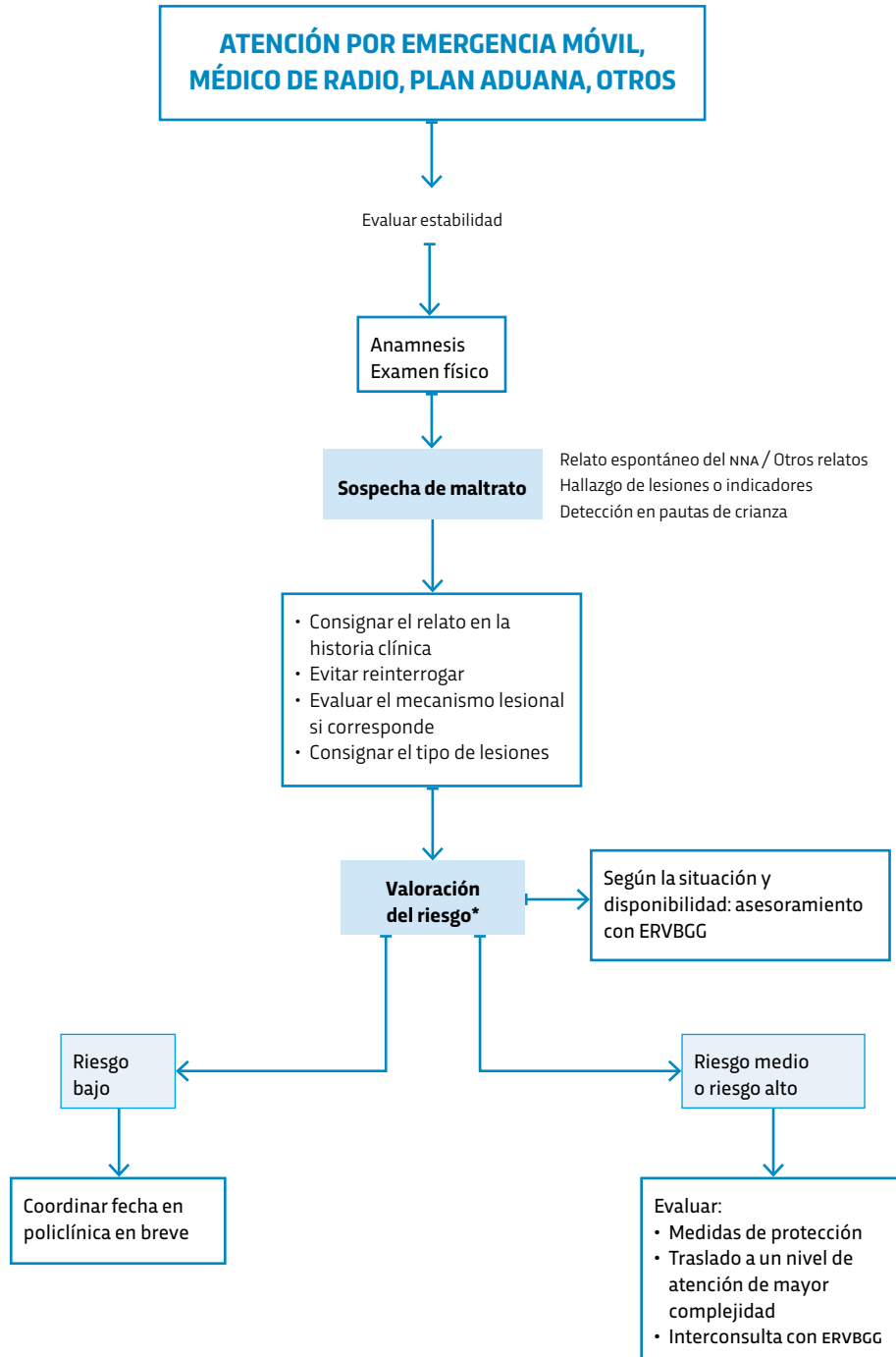
<p>Nivel de riesgo bajo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Iniciar el trabajo con el adulto para identificar las pautas de crianza inadecuadas y promover la parentalidad positiva.^a • Plantear objetivos a corto plazo y agendar consultas más frecuentes. Se trabajará en equipo con los distintos integrantes del servicio de salud. • Coordinar con las demás instituciones donde está inserto el niño en su vida cotidiana e implementar una estrategia interinstitucional para interrumpir la violencia.
<p>Nivel de riesgo medio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la necesidad de traslado a un nivel de mayor complejidad. Si no hay necesidad de trasladarlo, contactar y entrevistar al ARP, trabajar las pautas de crianza, plantear objetivos a corto plazo y consultas más frecuentes. • Trabajar en equipo dentro del servicio de salud. • Consultar al ERVGG para coordinar acciones. • Evaluar la posibilidad de judicializar la situación. • Trabajar en red con las demás instituciones donde está inserto el NNA en su vida cotidiana y si es necesario abordar la situación en el CRL. • Seguimiento por médico tratante, en conjunto con el ERVGG y el CRL, según disponibilidad.
<p>Nivel de riesgo alto</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la estabilidad clínica y la necesidad de traslado a un nivel de atención de mayor complejidad. Se debe realizar el traslado cuando la situación clínica lo amerite, se requiera valoración más exhaustiva y/o se requieran medidas de protección transitorias. • Al ingreso al nivel de mayor complejidad es necesario que el equipo del primer nivel se comunique con los profesionales que recibirán al NNA, para informarlos de la situación, el riesgo y las intervenciones previas. • Si el equipo evalúa que la situación es pasible de ser abordada en el primer nivel, realizará el seguimiento de la situación en conjunto con el ERVGG, asegurando la atención en las primeras 72 horas y coordinando con los especialistas que sean necesarios. Se asegurará la contención emocional y se definirán las estrategias para la reparación del daño. El equipo de salud tratante realizará las coordinaciones interinstitucionales con los CRL, redes focales o equipos de territorio, entre otros. Evaluar judicialización.

Situaciones detectadas por equipos de salud en escenarios no sanitarios (emergencias móviles, médicos de radio)

La situación puede ser detectada por equipos de salud en escenarios no sanitarios: domicilio, centros educativos, clubes deportivos u otros. Puede surgir de un relato del NNA o de terceros, por identificación de indicadores del contexto familiar o por hallazgos de lesiones y otros indicadores compatibles.

a «Refiere al comportamiento de los padres fundamentado en el interés superior de niño, que cuida, desarrolla sus capacidades, no es violento y ofrece reconocimiento y orientación que incluyen el establecimiento de límites que permiten el pleno desarrollo del niño». Recomendación del Comité de Ministros del Consejo de Europa, 2006.

Flujograma 3. Respuesta en escenarios no sanitarios



*Véase la etapa 3, «Valoración del riesgo».

Cuadro 15. Acciones a seguir en escenarios no sanitarios, según nivel de riesgo

Riesgo bajo

Si no presenta elementos que requieran la derivación inmediata a un nivel de mayor complejidad, indicar control en policlínica del primer nivel a la brevedad. Brindar recomendaciones generales de buenas prácticas de crianza y puesta de límites.

Riesgo medio-alto^a

Si el cuadro clínico requiere manejo en un nivel de mayor complejidad y/o no se pueden garantizar medidas de protección, se debe trasladar al paciente e informar al equipo receptor.

En caso de que se considere que puede realizarse seguimiento estricto en domicilio, coordinar inmediatamente con el ERVBGG del prestador que corresponda. Si esto no es posible, se debe trasladar. Antes del traslado es importante informar de la situación al equipo receptor.

Para dejar al NNA en domicilio es preciso cumplir con *todos* los siguientes requisitos:

- Existe un ARP que tiene buena relación con el equipo del PNA.
- Se puede garantizar la coordinación y el seguimiento en el PNA.
- Existen las medidas de protección necesarias para ese NNA.
- La evaluación o el tratamiento se puede resolver en el PNA.

a Dadas las características de este tipo de situaciones, frecuentemente no es posible discriminar entre riesgo medio y alto y se requieren acciones rápidas, por lo que se registrarán por los criterios de alto riesgo.

Situaciones detectadas en servicios de urgencia y emergencia

Existen distintas posibilidades:

- Que se consulte por sospecha de maltrato, tanto relatada espontáneamente por el NNA como por terceros.
- Que se consulte por lesiones compatibles o indicadores de maltrato.
- Que se consulte por otro motivo y surja en el equipo la sospecha de una situación de maltrato.
- Que el NNA sea derivado por orden judicial o fiscal para su valoración.

En todos estos casos:

- Se evaluará la estabilidad clínica. Si está inestable o presenta una situación clínica que requiera resolución urgente, esta se priorizará por sobre la situación de maltrato.

Cuadro 16. Acciones a seguir en servicios de urgencia y emergencia, según nivel de riesgo

Riesgo bajo

Si corresponde coordinar el alta y el seguimiento en el PNA.

Riesgo medio-alto

Evaluar la necesidad de ingreso para completar la valoración, el diagnóstico, el abordaje y eventuales medidas de protección.

Cuadro 17. Criterios para otorgar el alta

Para otorgar el alta es preciso cumplir con todos los siguientes requisitos:

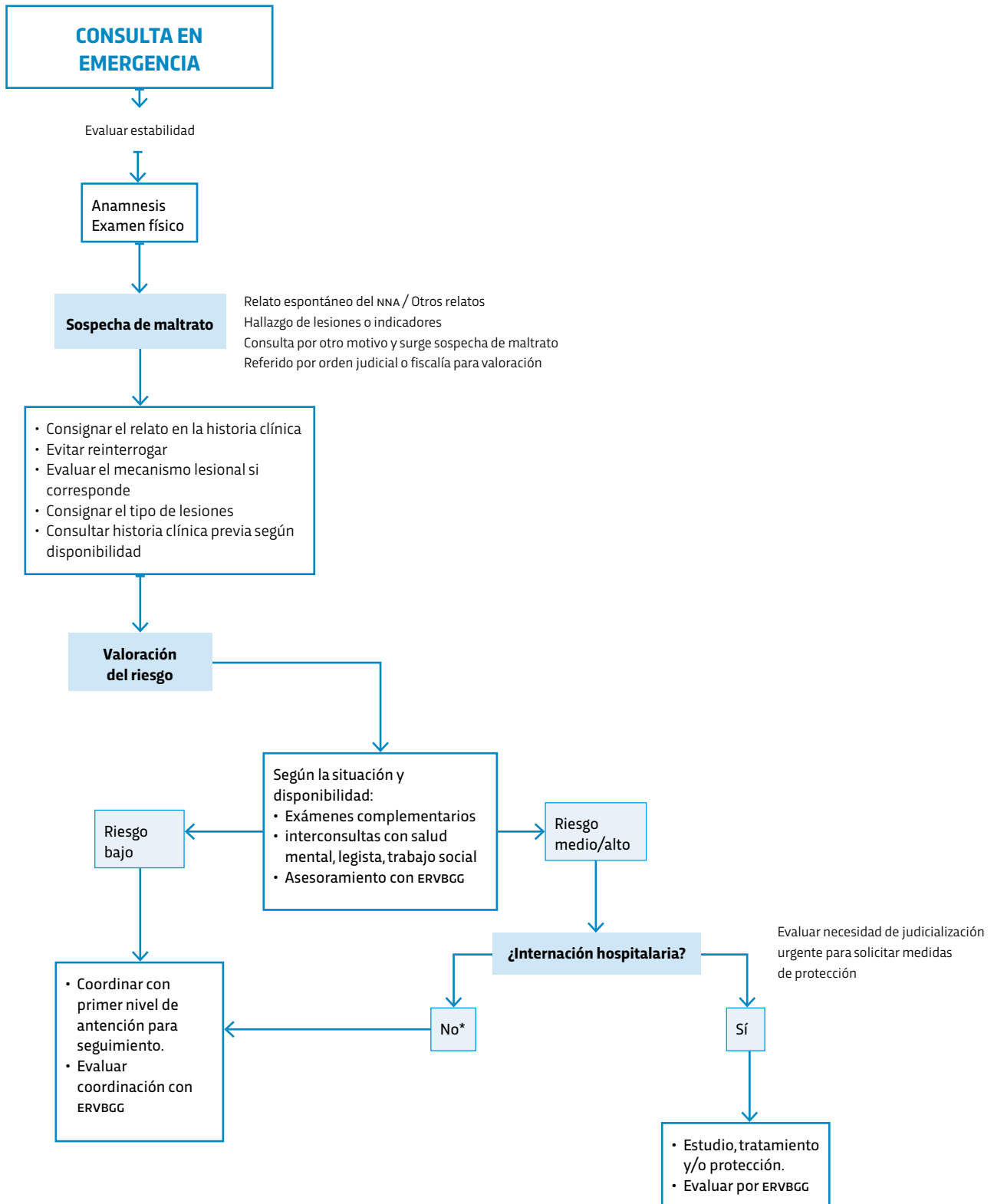
- Existe un ARP que tiene buena relación con el equipo.
- Se pueden garantizar la coordinación y el seguimiento en el PNA.
- Existen las medidas de protección necesarias para ese NNA.
- La evaluación o el tratamiento se puede resolver en el PNA.

- Anamnesis: el relato se consignará entre comillas; se tomará en cuenta el relato espontáneo hecho a otros operadores.
- Examen físico.
- Paraclínica.
- En todos los casos se chequearán las consultas previas en la historia clínica electrónica.¹⁴
- Asesoramiento telefónico con ERVBGG si corresponde.
- Se evaluará si se requieren interconsultas con otros especialistas.

Cuando los NNA son llevados por operadores de instituciones ajenas al sector salud (por ejemplo, desde un centro educativo o un club deportivo), se les solicitarán datos de contacto, así como información que sea relevante para el abordaje de la situación (por ejemplo, el relato, si lo hubo, las intervenciones previas, la información sobre indicadores, etcétera).

¹⁴ Una buena práctica es la consulta de la historia clínica electrónica y chequear los antecedentes con relación a este tipo de situaciones (controles al día, vacunas vigentes, escolarización, elementos de negligencia, antecedentes de maltrato o abuso, indicadores sugestivos, ingresos previos, intervenciones previas, etcétera).

Flujograma 4. Respuesta en servicio de urgencia/emergencia



(*) Criterios para no hospitalizar:

- Existencia de ARP que tenga buena relación con el equipo de salud
- Garantía de coordinación y seguimiento en el PNA
- Existencia de medidas de atención necesarias para el NNA
- Evaluación y tratamiento pueden resolverse en el PNA

No se cuestionará si el acompañante es menor de 18 años, ya que lo que importa es su competencia. Posteriormente se propenderá a la búsqueda de un ARP.

Cuando el NNA concurre al servicio de urgencia o emergencia junto con el agresor o agresora, desde el servicio de urgencia/emergencia se solicitarán las medidas de protección necesarias para evitar que este permanezca en la consulta con el NNA.

En caso de que el NNA que está siendo valorado por una eventual situación de maltrato sea retirado del servicio hospitalario antes de que el equipo otorgue el alta, se procederá a formular la denuncia correspondiente.

Niños, niñas o adolescentes derivados por orden judicial o fiscal

Cuando el NNA es derivado al servicio de urgencia y emergencia por una orden judicial o por fiscalía, la evaluación médica seguirá los criterios mencionados en los demás escenarios. Se consignarán los hallazgos en la historia clínica. No se entregará a la policía información clínica, sino una constancia de que llevó al NNA al servicio para su valoración.

El egreso del paciente estará supeditado a la decisión del equipo de salud tratante, salvo que exista orden judicial expresa que prevea otra cosa.

Si lo que se solicita es el ingreso hospitalario para protección transitoria o completar el diagnóstico, el NNA ingresará al sector de internación correspondiente, y será el equipo de sala el responsable de realizar interconsulta con el ERVBBG y coordinar el proceso asistencial.

Situaciones detectadas durante la internación hospitalaria

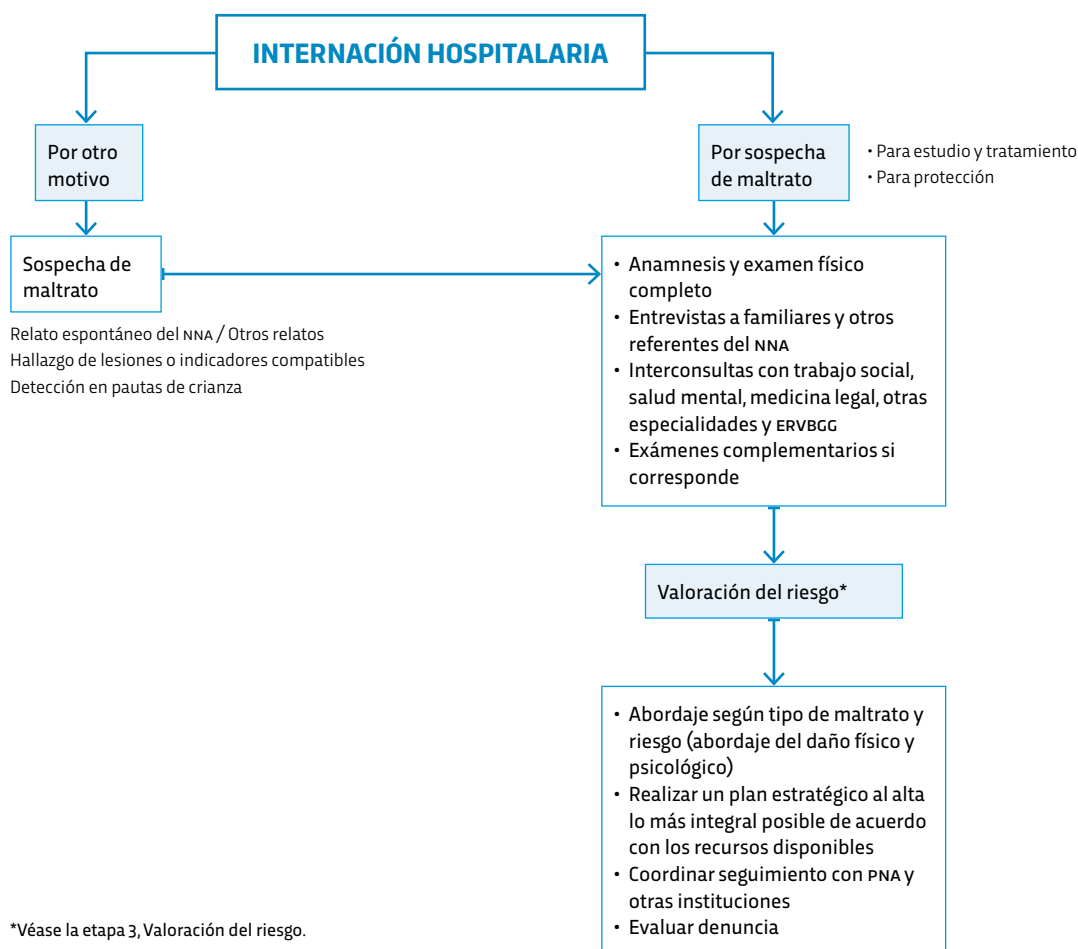
El equipo de sala es el responsable de la atención y el seguimiento de la situación. Es posible que el NNA ingrese específicamente por maltrato, o que ingrese por otro motivo y la sospecha surja durante la internación. En ambos casos, además de la anamnesis y el examen físico detallado, se realizará entrevista con familiares y otros referentes del NNA. Si es necesario, y según la disponibilidad, se harán interconsultas con otros especialistas —en trabajo social, salud mental, medicina legal u otros, según el caso—, así como los estudios paraclínicos que correspondan.

Se solicitará asesoramiento por el ERVBBG de la institución para completar el diagnóstico de situación, valorar el riesgo y elaborar la estrategia de abordaje, así como la coordinación interinstitucional con vistas al alta. Antes del alta se coordinará con el primer nivel de atención para definir conjuntamente el seguimiento.

Cuando el NNA ingresa con la persona que ejerce la violencia y no cuenta con un ARP, se evaluará la necesidad de solicitar la presencia de un cuidador¹⁵ y se solicitarán medidas de protección por vía judicial.

En caso de que el NNA posible víctima de maltrato que está siendo valorado para confirmar o descartar este diagnóstico sea retirado del servicio hospitalario antes de que el equipo otorgue el alta, se procederá a formular la denuncia correspondiente. Posteriormente se realizará la coordinación entre el servicio de internación del cual fue retirado el NNA y el equipo de salud del primer nivel, así como con el ERVBBG de la ins-

¹⁵ Algunos servicios cuentan con este recurso propio; de lo contrario, se solicita a INAU.

Flujograma 5. Respuesta en la internación hospitalaria

titución, para definir la conducta a adoptar y el posterior seguimiento.

Denuncia de una situación de maltrato hacia NNA

Es importante tener en cuenta que la judicialización puede tener un doble propósito:

1. la adopción de medidas de protección y
2. la persecución penal del delito.

En ese equilibrio siempre deben prevalecer los derechos de los NNA y su no revictimización. A los equipos de salud les competen específicamente los primeros.

El artículo 50 de la ley 19.580 establece la obligatoriedad, para las instituciones que atienden NNA, de notificar a las autoridades compe-

tentes las situaciones de maltrato, abuso sexual o explotación sexual de que tengan conocimiento.

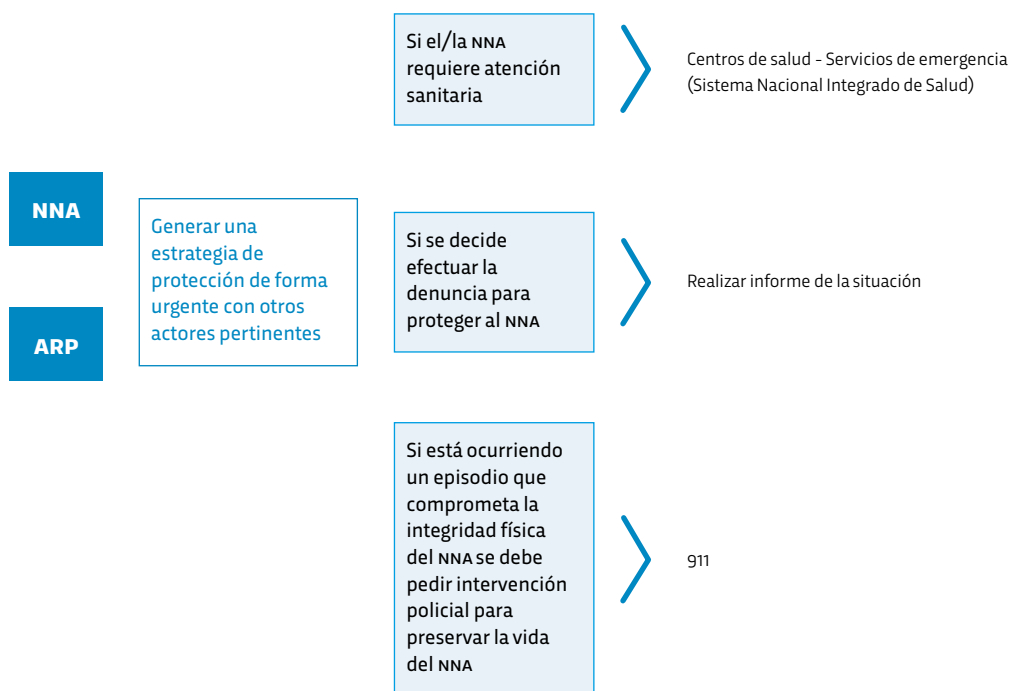
¿Cuándo se debe denunciar una situación de maltrato?

La denuncia debe ser pensada en el marco de una estrategia de intervención, nunca como un fin en sí mismo.

Algunos elementos a tener en cuenta para determinar la urgencia de la denuncia son:

- Riesgo de daño grave o muerte.
- Riesgo de que la situación de maltrato continúe.
- Si el adulto que acompaña al NNA es quien ejerce la violencia, es necesario denunciar para generar medidas inmediatas de protección.

Flujograma 6. Alto riesgo por violencia doméstica hacia niños, niñas y adolescentes



Fuente: Informe de gestión SIPIAV, 2017.

Los equipos de salud deben notificar a las direcciones técnicas de las instituciones.

La denuncia debe hacerse de forma institucional, redactada por el ERBVGG recogiendo la información de los demás profesionales intervinientes. Este equipo elaborará un informe único que describa de forma clara y concisa la situación, sin emplear lenguaje extremadamente técnico, destacando el tipo de situación, el riesgo y la necesidad de protección. Debe ser firmado por la dirección técnica o la asistencia letrada de la institución. En caso de que haya lesiones, si estas fueron documentadas fotográficamente o si se tomaron muestras, se informará que están a disposición de la sede correspondiente para evitar examinar nuevamente al NNA.

Cuando las instituciones intervinientes son varias, es recomendable elaborar un informe conjunto. En situaciones de urgencia podrá ser escrito por otros equipos intervinientes, pero siempre de forma institucional, con firma de la jefatura del servicio o la dirección técnica, y posteriormente informar de la situación al ERBVGG.

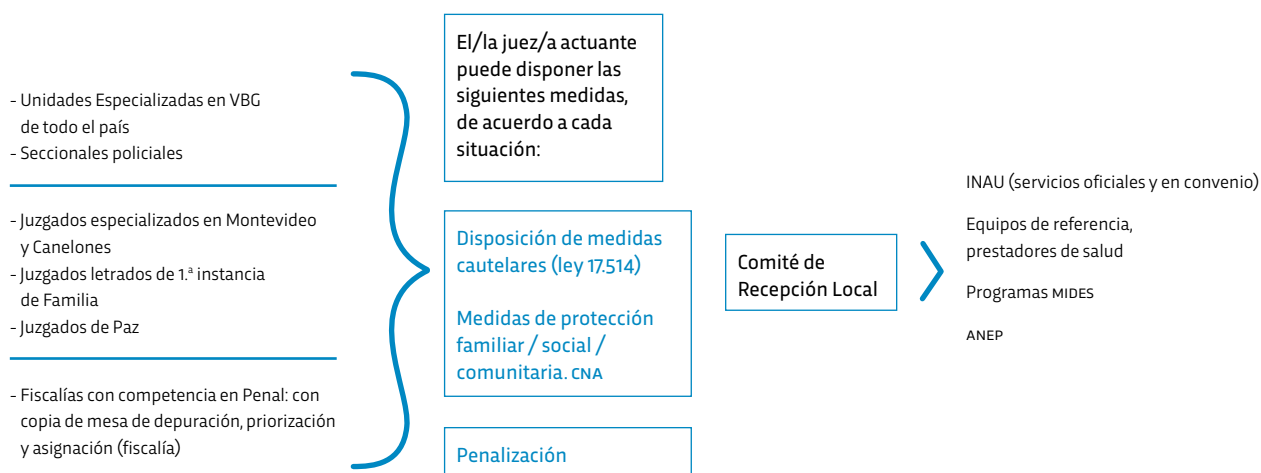
La finalidad de la denuncia es, en primera instancia, brindar las medidas de protección necesarias. Por ello podrá realizarse en:

- Juzgados letrados especializados en violencia basada en género, doméstica y sexual.
- Juzgados de paz, en localidades del interior que no cuentan con los especializados.
- Seccional policial o unidad especializada en violencia doméstica.
- Fiscalía penal, ya que con la reforma del Código de Proceso Penal la fiscalía puede disponer medidas de protección.

Etapa 5: Seguimiento

Los objetivos del seguimiento son:

- que cese la situación de violencia;
- mantener la protección del NNA ante futuros episodios, considerando su contexto familiar;



Adulto referente protector (ARP) es la persona referente capaz de acompañar al NNA en la salida de la situación de violencia. No tiene por qué ser un familiar directo, sino alguien que en lo posible conozca al NNA, crea en él/ella y pueda sostenerlo/a.

La estrategia en **situaciones de abuso sexual infantil (Asi)** tiene que priorizar la protección del NNA. Es importante que sea elaborada junto con los otros actores involucrados, que se oriente a la protección del NNA y evite la revictimización.

- limitar el daño físico y emocional, así como reparar el que se ha producido.

Es necesario construir en la intersectorialidad las acciones que promuevan la restitución de otros derechos vulnerados, recurriendo a entrevistas y coordinaciones con los demás equipos intervinientes (CRL).

Se debe planificar el seguimiento, para lo cual un recurso útil son las visitas domiciliarias, una agenda de controles más seriados, intervenciones con profesionales de salud mental, coordinación con otros equipos intervinientes, con los servicios educativos, de recreación y con otros recursos territoriales.

Asimismo, se deberán concretar acciones tendientes a reparar el daño. El concepto de *reparación* es muy amplio y puede incluir hasta la reparación económica.

Desde el sector salud, además de todo lo que tiene que ver con las secuelas físicas, a largo plazo hay que trabajar con las secuelas psicológicas y abordar específicamente el trauma. Si bien es fundamental dar una primera contención y acompañamiento inicial para disminuir los pri-

meros síntomas y lograr que el NNA se reincorpore de la mejor manera posible a su vida cotidiana, es necesario implementar acciones para abordar las consecuencias de la situación de maltrato. Si no se interviene adecuada y oportunamente pueden generarse repercusiones inmediatas, a mediano y a largo plazo.

Se pondrá especial atención en la detección de pensamientos suicidas. Se debe hablar del tema y preguntar, para permitir que el NNA pueda expresar sus pensamientos. La ideación suicida es común en alguna etapa durante la adolescencia. Las guías nacionales destacan que concebir la conducta suicida como un *continuum* facilita la anticipación de cada una de las situaciones sucesivas.¹⁶

La reparación del daño implica el trabajo con las huellas psíquicas que produjo la situación de maltrato. Para reparar el daño psíquico se plantean estrategias de intervención de corte más psicológico y social, a través de dispositivos terapéuticos.

¹⁶ Se recomienda la lectura de la *Guía para la atención integral de la salud de adolescentes* (MSP, 2017).

El sistema de salud cuenta con prestaciones de salud mental que pueden dar este tipo de respuestas, a fin de que el NNA sea beneficiario de un espacio terapéutico de la situación de violencia vivida. Existen prestaciones en modo 1, 2 y 3, con intervenciones individuales, familiares o grupales. Las situaciones de violencia hacia NNA suelen enmarcarse en la modalidad 3¹⁷ (MSP, 2011).

Los dispositivos terapéuticos para NNA individuales tienen utilidad para trabajar los daños y secuelas, mejorar la autoestima, trabajar aspectos tales como sus temores y ansiedad, mejorar la confianza hacia los adultos, aprender formas saludables de relacionarse y de buen trato.

Los objetivos del trabajo grupal con los adultos familiares de NNA que han sufrido maltrato apuntan a ayudarlos a sostener a los NNA, trabajar aspectos referidos a qué es el maltrato y qué formas y condiciones lo determinan, para así generar cambios en la situación de protección de los NNA.

Trabajo con la familia cuando la persona que ejerció la violencia ya no es parte del grupo de convivencia

Se requieren intervenciones específicas para reconstruir y acompañar el proceso que la familia tiene que atravesar en relación con el maltrato. Es necesario el apoyo de los ERVBBG, de los equipos de salud mental y otros equipos de la comunidad (CRL).

Se debe apostar a que no se profundicen en la familia los daños de la violencia, evaluando la actitud de los referentes afectivos, si pueden empatizar con el NNA y asumir el rol de protección.

Esta evaluación no puede ser realizada por el mismo profesional que trabaja con el NNA, sin perjuicio de que pertenezcan al mismo equipo, a fin de brindar al adulto referente un espacio personal que le permita expresar sus sentimientos y encontrar recursos para la salida de la situación. Se recomienda la valoración por el ERVBBG o algún integrante del equipo de salud mental con formación específica en la temática, y posteriormente se evaluará junto con la persona la oportunidad de continuar algún otro tipo de terapia individual, grupal o la que se adecue a su necesidad y demanda, según las posibilidades que se surjan de las prestaciones de salud mental.

¹⁷ Adolescentes en situación de abandono, violencia sexual y/o intrafamiliar.

Bibliografía consultada

- ÁLVAREZ, C.; GUEDES, A. C.; BRUMANA, L.; MODVAR, C., y GLASS, N. (2016). «Violence against children in Latin America and Caribbean countries: a comprehensive review of national health sector efforts in prevention and response». *BMC Public Health*, 16: 1006. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27659869>.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, COMMITTEE ON CHILD ABUSE AND NEGLECT (1999). «Guidelines for the evaluation of sexual abuse in children: subject review». *Pediatrics*, 103: 186-191, 1999.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (2001). «Shaken Baby Syndrome. Rotational cranial injuries. Technical report». *Pediatrics*, 108(1): 206-210.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (2009). «Diagnostic Imaging of Child Abuse». *Pediatrics*, 123(5).
- ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM5*. Arlington: Asociación Americana de Psiquiatría.
- BAITA, S., y MORENO, P. (2015). *Abuso sexual infantil. Cuestiones relevantes para su tratamiento en la justicia*. Montevideo: UNICEF, Fiscalía General de la Nación y CEJU.
- BARUDY, J. (2005). *Los buenos tratos en la infancia: Parentalidad, apego y resiliencia*. Barcelona: Gedisa.
- BECHTEL, K.; STOESEL, K.; LEVENTHAL, J.; OGLE, E.; TEAGUE, B.; LAVIETES, S.; BANYAS, B.; ALLEN, K.; DZIURA, J., y DUNCAN Ch. (2004). «Characteristics that Distinguish Accidental from Abusive Injury in Hospitalized Young Children with Head Trauma». *Pediatrics*, 114(1).
- BECHTEL, L., y HOLSTEGE, Ch. (2007). «Criminal Poisoning: Drug-Facilitated Sexual Assault». *Emergency Medicine Clinics of North America*, 25: 499-525.
- BENTANCOR, G.; LOZANO, F., y SOLARI, M. (2013). *Mapa de ruta para las situaciones de maltrato y abuso sexual en niños, niñas y adolescentes detectadas en el ámbito escolar*. Montevideo: UNICEF, SIPIAV, CEIP, 2.ª ed.
- BONNER, B. (2005). «Prevención y tratamiento». En J. SAN MARTÍN (ed.), *Violencia contra niños*. Barcelona: Ariel, 3.ª ed. actualizada.
- BORLAND, M., y ZIMMERMAN, C. (2013). *Asistencia a personas objeto de trata. Pautas para proveedores de atención de salud*. Buenos Aires: Organización Internacional para las Migraciones.
- BRASI MARQUILLAS, J., y PRATS I COLL, R. (2008). «Actividades de prevención y promoción de la salud en la infancia y la adolescencia». En MARTÍN ZURRO, A., y CANO, J. F. (eds.), *Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica*, vol. 1. Barcelona: Elsevier, 6.ª ed.
- BRUNI, M. (2003). «Anal findings in sexual abuse of children (a descriptive study)». *Journal of Forensic Sciences*, 48(3), 1344-1346.
- CABALLERO F., et al. (2015). *Explotación sexual comercial hacia niños, niñas y adolescentes en Uruguay. Dimensión, características y propuestas de intervención*. Montevideo: Gurises Unidos y Universidad de la República.
- CAMPBELL, R. (2007). «Maltrato Infantil». En *Fracturas en el niño de Rockwood y Wilkins*. Filadelfia: Marban, 8.ª ed.
- CASTELLÓ, A.; FRANCÈS, F., y VERDÚ PASCUAL, F. (2009). «Investigación médico forense de los delitos contra la libertad e indemnidad sexuales». *Cuadernos de Medicina Forense*, 55: 17-35.
- CEPAL, ILPES, NACIONES UNIDAS (2014). *La violencia contra las mujeres: sus manifestaciones, reconocimiento y protección*. Material del curso a distancia Medición de la Violencia contra las Mujeres.
- CHRISTIAN, C.; BLOCK, R., y COMMITTEE ON CHILD ABUSE AND NEGLECT (2009). «Abusive Head Trauma in Infants and Children». *Pediatrics*, 23: 1409-1411.
- CLADEM (2016). *Niñas madres. Embarazo y maternidad infantil forzada en América Latina y el Caribe*. Asunción: CLADEM.
- CLARAMUNT, M. (2000). *Abuso sexual en mujeres adolescentes*. San José (Costa Rica): OPS, serie Género y Salud Pública. Programa Mujer, Salud y Desarrollo.
- CNCLVD (2015). *Plan de acción 2016-2019: por una vida libre de violencia de género, con mirada generacional*. Disponible en http://www.inmujeres.gub.uy/innovaportal/file/15090/1/libro_pldeaccion_v2016_web-version-con-decreto.pdf.
- CNCLVD, 2017. «Guía práctica de evaluación del riesgo en situaciones de violencia doméstica». En *Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual. Manual clínico para el Sistema Nacional Integrado de Salud. Uruguay 2018*, Montevideo: Ministerio de Salud Pública, Iniciativas Sanitarias, 2018, pp. 54-56.
- COMISIÓN DE SUEÑO, SOCIEDAD CHILENA DE NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA (2014). «Consenso sobre manejo de eventos de aparente amenaza a la vida del lactante (ALTE)». *Revista Chilena de Pediatría*, 85(3): 378-387.
- COMMITTEE ON CHILD ABUSE AND NEGLECT (1999). «Guidelines for the Evaluation of Sexual Abuse of Children: Subject Review». *Pediatrics*, 103, 186-191.
- CONAPEES (2016). *Plan Nacional para la Erradicación de la Explotación Sexual Comercial de NNA 2016-2021*. Montevideo: CONAPEES.
- CONGRESO MUNDIAL CONTRA LA EXPLOTACIÓN SEXUAL COMERCIAL DE LOS NIÑOS (1996). *Declaración Programa de Acción*. Estocolmo, 24 de agosto de 1996. Disponible en <http://www.ecpat-spain.org/empresa.asp?sec=4&subs=15>.
- COOK, A.; SPINAZZOLA, J.; FORD, J.; LANKTREE, Ch.; BLAUSTEIN, M.; CLOITRE, M.; ... y VAN DER KOLK, B. (2005). «Complex

- trauma in children and adolescent. National Child traumatic Stress Network». *Psychiatric Annals*, 35(5): 390-398.
- CORNAGLIA, C., y VIGNOLO, M. (2005). *Crónicas médico-forenses. El abuso sexual de menores y la complicidad del silencio*. Buenos Aires: Dosityuna.
- CRiado, M., y Eleta, G. (2008). *Evaluación física médico-forense del abuso sexual infanto-juvenil*. Buenos Aires: Dosityuna.
- CUERVO MARTÍNEZ, A. (enero-junio 2010). «Pautas de crianza y desarrollo socioafectivo en la infancia». *Perspectivas en Psicología*, 6: 111-121.
- CYBULSKA, B. (2013). «Immediate medical care after sexual assault». *Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 27(4): 141-149.
- CYRULNIK, B. (2001). *Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida*. Barcelona: Gedisa.
- DE LOS CAMPOS, H.; SOLARI, M., y GONZÁLEZ, M. (2008). *Prácticas de crianza y resolución de conflictos familiares. Prevalencia del maltrato intrafamiliar contra niñas, niños y adolescentes*. Montevideo: Infamilia.
- DE PAUL, J., y ARRUBARRENA, M. (2001). *Manual de protección infantil*. Barcelona: Masson, 2.ª ed.
- ECHEBURRÚA, E., y GUERRICAECHEVARRÍA, C. (2005). «Abuso sexual. Concepto, factores de riesgo y efectos psicopatológicos». En J. SANMARTÍN (ed.), *Violencia contra niños*. Barcelona: Ariel, 3.ª ed.
- ECHEBURRÚA, E., y GUERRICAECHEVARRÍA, C. (2009). *Abuso sexual en la infancia; víctimas y agresores. Un enfoque clínico*. Barcelona: Ariel.
- FALCA S. (2012). *Guía: Los derechos de niños, niñas y adolescentes en el área de la salud. Iniciativa de Derechos de Infancia y Salud*. Montevideo: Ministerio de Salud Pública, Sociedad Uruguaya de Pediatría, Universidad de la República y UNICEF. Disponible en https://bibliotecaunicef.uy/doc_num.php?explnum_id=79.
- FALLER, K. (1993). *Child sexual abuse: intervention and treatment issues*. Washington D.C.: US Government Printing Office, US Department of Health and Human Services, National Center on Child Abuse and Neglect.
- FALLER, K. (2003). *Interviewing children about sexual abuse: controversies and best practice*. Oxford: Oxford University Press.
- FERNÁNDEZ DOVAT, E. (agosto de 2000). «Medios de prueba del abuso sexual del niño». *Coloquio sobre Abuso sexual del niño y la administración de justicia*, organizado por el Grupo de Victimología y Psicología Jurídica. Montevideo.
- FINKELHOR, D. (1995). «The victimization of children in a developmental perspective». *American Journal of Orthopsychiatry*, 65(2): 177-193.
- FINKELHOR, D. (2005a). «Victimología infantil. Efectos». En J. SAN MARTÍN (ed.), *Violencia contra niños*. Barcelona: Ariel, 3.ª ed. actualizada.
- FINKELHOR, D. (2005b). «Victimología infantil. Factores de riesgo». En J. SAN MARTÍN (ed.), *Violencia contra niños*. Barcelona: Ariel, 3.ª ed. actualizada.
- FINKELHOR, D. (2005c). «Victimología infantil. Prevención y tratamiento». En J. SAN MARTÍN (ed.), *Violencia contra niños*. Barcelona: Ariel, 3.ª ed. actualizada.
- FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (UNFPA), Convenio Secretaría Distrital de Salud (2008). *Protocolo para el abordaje integral de la violencia sexual desde el sector salud*. Bogotá: UNFPA.
- GANCEDO BARANDA, A. (COORD.) (2015). *Aproximación al manejo del maltrato infantil en la urgencia*. Madrid: Ergon y Grupo de Trabajo de Atención al Maltrato Infantil, Sociedad Española de Urgencia de Pediatría.
- GARCÍA TROVERO, M. (2016). «Abuso sexual infantil. Las familias en situación de vulnerabilidad en los casos de violencia hacia niño/as y adolescentes» (conferencia). Montevideo: ASSE y SMU.
- GARCÍA TROVERO, M. (2017). «Cuando los niños hablan... Cómo escuchar, registrar y validar el testimonio de los niños que han sufrido violencia». *Guía temática 4. Material de Apoyo al Protocolo Institucional de Violencia Basada en Género y Generaciones de ASSE*. Montevideo: MSP, ASSE.
- GIRARDET, R.; BOLTON, K.; LAHOTI, D.; MOWBRAY, H.; GIARDINO, A.; ISAAC, R., ... y PAES, N. (2011). «Collection of forensic evidence from pediatric victims of sexual assault». *Pediatrics*, 128(2): 233-238.
- GONZÁLEZ, D., y TUANA, A. (2006). *El género, la edad y los escenarios de la violencia sexual*. Montevideo: Avina.
- GONZÁLEZ, D., y TUANA, A. (2012). *Diagnóstico regional. La trata de mujeres, niños, niñas y adolescentes con fines de explotación sexual en el Mercosur*. Montevideo: Reunión de Ministras y Altas Autoridades de la Mujer del Mercosur (RMAAM).
- INAU, CONAPEES (2015). *II Plan Nacional para la Erradicación de la Explotación Sexual Comercial de NNA, 2016-2021*. Montevideo: INAU.
- INCHÁUSTEGUI ROMERO, T., y OLIVARES FERRETO, E. (2011). *Modelo ecológico para una vida libre de violencia de género*. México: Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres. Disponible en <http://cedoc.inmujeres.gob.mx/lgamv/MoDecoFinalPDF.pdf>.
- INMUJERES (2010). *Protocolo de atención para los servicios especializados a mujeres en situación de violencia doméstica del Instituto Nacional de las Mujeres*. Montevideo: MIDES, Inmujeres.
- INMUJERES (2014). *Primera encuesta nacional de prevalencia sobre violencia basada en género y generaciones*. Montevideo: MIDES, Inmujeres.

- INSTITUTO INTERAMERICANO DEL NIÑO (2011). Material de Apoyo del Curso Explotación Sexual Comercial de Niño/as y Adolescentes. Disponible en <http://iin.oea.org/>.
- INTEBI, I. (2008). *Abuso sexual infantil. En las mejores familias*. Buenos Aires: Gránica.
- INTEBI, I. (2011). *Proteger, reparar, penalizar. Evaluación de sospechas del abuso sexual infantil*. Buenos Aires: Gránica.
- JÄNISCH, S.; MEYER, H.; GERMEROTT, T.; ALBRECHT, U.; SCHULZ, Y., y SOLVEIG DEBERTIN, A. (2010). «Analysis of clinical forensic examination reports on sexual assault». *International Journal of Legal Medicine*, 124(3): 227-235.
- JENNY, C., y CRAWFORD-JAKUBIAK, J. (2013). «Committee on Child Abuse and Neglect. The Evaluation of Children in the Primary Care Setting When Sexual Abuse Is Suspected». *Pediatrics*, 132(2), 558-567.
- LAHOTI, S.; MC CLAIN, N.; GIRARDET, R., y MCNEESE CHEUNG, K. (2001). «Evaluating the Child for Sexual Abuse». *American Family Physician*, 63(5): 883-892.
- LARROBLA, C.; CANETTI, A.; REIGÍA, M., y BRENES V. (2013). *Manual práctico en visita domiciliaria integral en salud*. Montevideo: Imprinta Rojo.
- LEVIN, A., y CHRISTINA, C. (2010). «Committee on Child Abuse and Neglect. Clinical report. The eye examination in the evaluation of child abuse». *Pediatrics*, 126(2): 376-380.
- LIM, L.; RADUA, J., y RUBIA, K. (2014). «Gray Matter Abnormalities in Childhood Maltreatment; a voxel-wise meta-analysis». *American Journal of Psychiatry*, 171(8): 854-863.
- LÓPEZ-SOLER, C. (2008). «Las reacciones postraumáticas en la infancia y adolescencia maltratada: el trauma complejo». *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13(3): 159-174.
- LOZANO, F. (2014). «Valoración médico-legal de situaciones de abuso sexual infantil». En A. CAPANO, *Poética discontinua*, Montevideo: SOMOS.
- LOZANO, F. (2017). «Violencia sexual. Recomendaciones para su abordaje desde los servicios de salud». *Guía temática 3. Material de Apoyo al Protocolo Institucional de Violencia Basada en Género y Generaciones de ASSE*. Montevideo: MSP, ASSE.
- LOZANO, F., y OYOLA, W. (2017). «Contención emocional en el abuso sexual». *Guía temática 3. Material de Apoyo al Protocolo Institucional de Violencia Basada en Género y Generaciones de ASSE*. Montevideo: MSP, ASSE.
- LOZANO, F.; BAZÁN, N., y ANTÚNEZ, D. (2017). «Derechos de niños, niñas y adolescentes en servicios de salud». En H. RODRÍGUEZ ALMADA (coord.), *Medicina legal. Derecho médico*. Montevideo: Oficina del Libro FEFMUR.
- LOZANO, F.; SANDE, S., y OYOLA, W. (2017). *Protocolo institucional de atención a personas en situación de violencia basada en género y generaciones de ASSE*. Montevideo: MSP, ASSE.
- MALACREA, M. (2000). *Trauma y reparación*. Barcelona: Paidós.
- MARTÍN ZURRO, A.; GENE BADIA, J., y SUBIAS LOREN, P. (2008). «Actividades preventivas y de promoción de salud». MARTÍN ZURRO, A., y CANO, J. F. (eds.), *Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica*, vol. 1. Barcelona: Elsevier, 6.ª ed.
- MCCANN, J.; MIYAMOTO, S.; BOYLE, C., y ROGER, K. (2007). «Healing of hymenal injuries in prepubertal and adolescent girls: A descriptive study». *Pediatrics*, 119: e1094-e1106.
- MCGOWAN, P. O.; SASAKI, A.; D'ALESSIO, A. C.; DYMOV, S.; LABONTE, B.; SZYF, M.; ... y MEANEY, M. J. (2009). «Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse». *Nature Neuroscience* 12: 342-348.
- MSP (2011). *Plan de Implementación de Prestaciones de Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud*.
- MSP (2016). *Recomendaciones de diagnóstico, tratamiento y vigilancia de las infecciones de transmisión sexual*. Montevideo: MSP.
- MSP (2017a). *Guía para la atención integral de la salud de adolescentes*. Montevideo: MSP, DIGESA, OPS y OMS.
- MSP (2017b). «Tendencias recientes de la fecundidad, natalidad, mortalidad infantil y mortalidad materna en Uruguay» (presentación).
- MSP et al. (2012). *Encuesta de prevalencia de violencia doméstica entre las mujeres mayores de 15 años que consultan en los servicios de salud públicos y privados*. Montevideo: Ministerio de Salud Pública, Inmujeres, MIDES, Ministerio del Interior, Poder Judicial, AUCI y AECID.
- MSP, DIGESA, DEPARTAMENTO DE PROGRAMACIÓN ESTRATÉGICA EN SALUD, ÁREA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (2012). *Guía clínica de diagnóstico, monitorización y tratamiento de sífilis en la mujer embarazada y sífilis congénita*. Montevideo: MSP.
- MSP, DIGESA, PROGRAMA PRIORITARIO ITS-SIDA (2005). *Infecciones de transmisión sexual. Pautas para el diagnóstico, tratamiento y control epidemiológico*. Montevideo: MSP.
- MSP, INAU, SUP, UDELAR y UNICEF (2012). *Iniciativa de Derechos de Infancia Adolescencia y Salud en Uruguay. Guía: los derechos de los niños, niñas y adolescentes en el área de la salud*. Montevideo: MSP.
- OIM (2014). *Modelo de atención de INAU para situaciones de explotación sexual comercial infantil y trata de niñas, niños y adolescentes con fines de explotación sexual comercial*. Montevideo: OIM.
- OMS (2009). *Prevención del maltrato infantil: qué hacer y cómo obtener evidencias*. Ginebra: OMS, ISPCAN. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44228/9789243594361_spa.pdf.
- OMS (2016). *INSPIRE. Siete estrategias para poner fin a la violencia contra los niños*. Disponible en <http://www.who.int/violen>

- ce_injury_prevention/violence/inspire/INSPIRE_ExecutiveSummary_ES.pdf.
- OMS (2017). *Cómo responder a niños, niñas y adolescentes que han sufrido abusos sexuales. Directrices clínicas de la OMS* (documento borrador).
- OPS (1999). *Redes o coaliciones de acción en violencia intrafamiliar*. Washington D.C.: OPS, Serie Género y Salud Pública, Programa Mujer, Salud y Desarrollo.
- OPS (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington, D.C.: OPS.
- OPS, OMS y UNICEF (2017). *Revisión sistemática de protocolos nacionales para la atención a sobrevivientes de violencia en la niñez en los países de América Latina y el Caribe: Sumario de políticas de OPS/UNICEF 2017*. Disponible en <https://www.unicef.org/lac/informes/protocolos-para-la-atención-sobrevivientes-de-violencia-contra-la-niñez>.
- PALOMINO, G.; RAMA, M.; LOZANO, F.; RADÍO, D.; SISCAR, E., y VIERA, E. (2009). *Mapa de ruta para la prevención y la atención de situaciones de maltrato y abuso sexual infantil en el sector salud*. Montevideo: UNDP, SIPIAV, UNICEF y ASSE, MSP.
- PEDROSA (2008). *Diagnóstico por imagen*. Vol. 4: *Musculoesquelético*. Madrid: Marban.
- PERONI, G., y PRATO, J. (2012). *Aportes para la intervención en maltrato y abuso sexual infantil y adolescente*. Montevideo: SIPIAV, Andenes y UNICEF.
- PERRONE, R. y NANNINI, M. (1998). *Violencia y abusos sexuales en la familia*. México, D.F.: Paidós.
- PITEAU, S.; WARD, M.; BARROWMAN, N., y PLINT A. (2012). «Clinical and radiographic characteristics associated with abusive and nonabusive head trauma: A systematic review». *Pediatrics*, 130(2).
- POSADAS, G. (2013) «Traumatismo vertebromedular en niños». *Neurocirugía*, 22(1).
- PRATO, J., y PALUMMO, J. (2014). *Violencia basada en género y generaciones. Proyecto Uruguay Unido para poner Fin a la Violencia contra Mujeres, Niñas y Adolescentes*. Montevideo: SIPIAV, CNCLCVD y ONU.
- PREGO, C., y TUANA, A. (2011). *Trata de mujeres, niños, niñas y adolescentes con fines de explotación sexual comercial*. Montevideo: Red Uruguaya contra la Violencia Doméstica y Sexual (RUCVDS).
- RODRIGO LÓPEZ, M.; MÁRQUEZ CHÁVEZ, M., y MARTÍN QUINTANA, J. (2010). *Parentalidad positiva y políticas locales de apoyo a las familias. Orientaciones para favorecer el ejercicio de las responsabilidades parentales desde las corporaciones locales*. Madrid: Gobierno de España, Ministerio de Sanidad y Política Social, FEMP.
- RODRÍGUEZ ALMADA, H. (2010a). «Evaluación médico-legal del abuso sexual infantil. Revisión y actualización». *Cuadernos de Medicina Forense*, 16(1-2): 99-108.
- RODRÍGUEZ ALMADA, H. (2010b). «Maltrato infantil». En H. RODRÍGUEZ ALMADA. *Medicina legal de la mujer y del niño*. Montevideo: Bibliomédica.
- ROMANO, S. (2010). «Violencia de género en la pareja. Aportes para su evaluación en la consulta psiquiátrica de mujeres». *Revista de Psiquiatría*, 74(1): 45-66.
- ROMANO, S.; GARRIDO, G., y MIZRAHI, M. (2012). *Modelo de atención integral. Violencia hacia niños, niñas y adolescentes*. Montevideo: SIPIAV, UNICEF, ASSE, MI, ANEP, MIDES, MSP e INAU.
- ROMANO, S.; SAMUNISKI, F.; LINDER, M., y GRELA, C. (2009). *Abordaje de situaciones de violencia doméstica hacia la mujer. Guía de procedimientos en el primer nivel de atención*. Montevideo: Ministerio de Salud Pública, Dirección General de la Salud, Programa Mujer y Género.
- ROSANSZKI, C. (2003). *Abuso sexual infantil. ¿Denunciar o silenciar?* Buenos Aires: Ediciones B.
- SABUCEDO, J., y SANMARTÍN, J. (2007). *Los escenarios de la violencia*. Barcelona: Ariel.
- SANDE, S. (2017). «Violencia basada en género y generaciones». *Guía temática 1. Material de Apoyo al Protocolo Institucional de Violencia Basada en Género y Generaciones de ASSE*. Montevideo: MSP, ASSE.
- SANMARTÍN, J. (2006). *La violencia y sus claves*. Barcelona: Ariel, 5.^a ed.
- SANMARTÍN, J.; GUTIÉRREZ, R., y VIERA, J. (coords.) (2010). *Reflexiones sobre la violencia*. México, D.F.: Siglo XXI.
- SHONKOFF, J. (2012). «The lifelong effects of early childhood Adversity and Toxic Stress». *Pediatrics*, 129(1): e232-e246.
- SHONKOFF, J.; GARNER, A., y THE COMMITTEE ON PSYCHOSOCIAL ASPECTS OF CHILD AND FAMILY HEALTH, COMMITTEE ON EARLY CHILDHOOD, ADOPTION, AND DEPENDENT CARE, AND SECTION ON DEVELOPMENTAL AND BEHAVIORAL PEDIATRICS (2012). «The Lifelong Effects of Early Childhood Adversity and Toxic Stress», *Pediatrics*, 129(1): e232-e246.
- SIMÓN-LORDA, P. (2008). «La capacidad de los pacientes para tomar decisiones: una tarea todavía pendiente». *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XXVI-II(102): 325-348.
- SIPIAV. (2017). *Informe de gestión 2017*. Montevideo: SIPIAV.
- SOTO, I. (2012). «Hacia una estrategia nacional para la erradicación de la violencia basada en género». Informe de Consultoría. Montevideo: SIPIAV.
- SPATARO, J.; MULLER, P.; BURGESS, P.; WELLS, D., y MOSS, S. (2004). «Impact of child sexual abuse on mental health: Prospective study in males and females». *British Journal of Psychiatry*, 184: 416-421.
- SUMMIT, R. (1983). «The Child Sexual Abuse Accommodation Syndrome», *Child Abuse & Neglect*, vol. 7, pp. 177-193.
- SZWEDOWSKI, D., y WALECKI, J. (2014). «Spinal Cord Injury without Radiographic Abnormality (SCIWORA). Clinical

- and Radiological Aspects». *Polish Journal of Radiology*, 79: 461-464.
- THOMAS, A.; FORSTER, G.; ROBINSON, A., y ROGSTAD, K. (2003). «National guideline for the management of suspected sexually transmitted infections in children and young people». *Archives of Disease in Childhood*, 88: 303-311.
- TIYYAGURA, G.; BEUCHER, M., y BECHTEL, K. (2017). «Nonaccidental injury in pediatric patients: Detection, evaluation, and treatment». *Pediatric Emergency Medicine Practice*, 14(7): 1-29.
- U.S. DEPARTMENT OF JUSTICE. OFFICE ON VIOLENCE AGAINST WOMEN (2013). *A National Protocol for Sexual Assault Medical Forensic Examinations Adults/Adolescents*. Washington D.C.: U.S. Department of Justice.
- UNFPA (2018). *Hoja de ruta para la atención de situaciones de embarazo en niñas y adolescentes menores de 15 años*. (En proceso de elaboración.)
- UNICEF (2017). *Revisión sistemática de protocolos nacionales para la atención a sobrevivientes de violencia en la niñez en los países de América Latina y el Caribe: Sumario de políticas de OPS/UNICEF*. Disponible en <http://www.refworld.org/es/docid/5b75be0e4.html>.
- UNICEF (s/d): *Ocultos a plena luz. Un análisis estadístico de la violencia hacia los niños*. Disponible en <https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/informeocultosbajolaluz.pdf>.
- UNICEF (2017). *Panorama de la violencia hacia la infancia en Uruguay 2017*. Montevideo: UNICEF.
- VAN DER KOLK, B. (2005). «Developmental trauma disorder: toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories». *Psychiatric Annals*, 35(5): 401-408.
- VAN DER KOLK, B.; PYNOOS, R. S.; CICHETTI, D.; CLOITRE, M.; D'ANDREA, W.; FORD, J.D., ... y TEICHER, M. (2009). *Proposal to include Developmental Trauma Disorder Diagnosis for children and adolescent in DSM 5*. Disponible en http://www.traumacenter.org/announcements/DTD_NCTSN_official_submission_to_DSM_V_Final_Version.pdf.
- VIDAL, S. (1999). «Competencia para la toma de decisiones en la práctica clínica. Jurisprudencia». *Jurisprudencia Argentina*, 6166: 58-68.
- WHO (2003). *Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence*. Ginebra: OMS.
- WHO (2009). *Prevención del maltrato infantil: qué hacer y cómo obtener evidencias* (autores: A. Butchart y A. Phinney Harvey). Ginebra: OMS.
- WHO (2017). *Responding to children and adolescents who have been sexually abused. WHO clinical guidelines*. Ginebra: OMS.

Índice de cuadros y flujogramas

24	Cuadro 1. Enfoque ecológico de factores relacionados con la violencia
31	Cuadro 2. Indicadores de daño psíquico según la edad
32	Cuadro 3. Consecuencias según el sector del sistema nervioso afectado
33	Cuadro 4. Sentimientos y conductas habituales en nna víctimas de maltrato
34	Cuadro 5. Criterios de validación del relato
43	Cuadro 6. Algunas recomendaciones y buenas prácticas para la entrevista de NNA
43	Cuadro 7. Preguntas útiles según la edad del NNA y la situación
44	Cuadro 8. Recomendaciones para la entrevista con el adulto que acompaña al NNA
46	Cuadro 9. Recomendaciones para la realización de radiografías
49	Cuadro 10. Posibles diagnósticos diferenciales de maltrato infantil
50	Cuadro 11. Valoración de factores que incrementan el riesgo en situaciones de violencia hacia NNA
51	Cuadro 12. Nivel de riesgo según tipo de maltrato infantil
53	Flujograma 1. Respuesta de primera línea
54	Cuadro 13. Criterios para no hospitalizar
55	Flujograma 2. Respuesta en el primer nivel de atención
56	Cuadro 14. Acciones a efectuar en el primer nivel de atención, según nivel de riesgo
57	Flujograma 3. Respuesta en escenarios no sanitarios
58	Cuadro 15. Acciones a seguir en escenarios no sanitarios, según nivel de riesgo
58	Cuadro 16. Acciones a seguir en servicios de urgencia y emergencia, según nivel de riesgo

- 58 **Cuadro 17.** Criterios para otorgar el alta
- 59 **Flujograma 4.** Respuesta en servicio de urgencia/emergencia
- 61 **Flujograma 5.** Respuesta en la internación hospitalaria
- 62 **Flujograma 6.** Alto riesgo por violencia doméstica hacia NNA

Anexos

ANEXO I

Política pública en violencia basada en género y generaciones. Avances normativos, reglamentarios y jurídicos

Estas formas de violencia en los últimos años han logrado verse como un problema de orden público, de salud y seguridad (CNCLVD, 2015; MSP, 2006). Los avances están formalizados en instrumentos normativos y acuerdos, convenios, estrategias y en la elaboración de documentos, entre otros.

Uruguay ha ratificado diversas convenciones internacionales que ha incorporado al marco normativo nacional. Estos avances legislativos se han dado en un contexto favorable, iniciado por los movimientos de la sociedad civil en la década del ochenta, cuando se comenzó a reclamar por los derechos de las mujeres.

Concomitantemente, en el contexto internacional se logró considerar a la violencia basada en género como una violación de derechos humanos y una cuestión de orden público, con lo que fue dejando de ser vista como un problema social o que ocurre en el interior de las familias. En este sentido se destaca la Convención para la Eliminación de la Discriminación hacia la Mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés), que en 1979 definió qué se entiende por discriminación hacia la mujer.

Posteriormente, en 1989, las Naciones Unidas aprobaron la Convención sobre los Derechos del Niño, tratado internacional ratificado por Uruguay que explicita para la infancia y la adolescencia los mismos derechos que poseen los adultos y añade derechos específicos, vinculados a su condición de sujetos en desarrollo. Introduce cambios conceptuales y de paradigma en cuanto a la visión de la infancia, considerando a NNA como sujetos de derechos, e introduciendo como ejes el interés superior del niño, el principio de autonomía progresiva, la doctrina de la protección integral y la corresponsabilidad.

En 1994 se aprobó la Convención de Belém do Pará, que fue ratificada por Uruguay mediante la ley 16.735. Define la violencia contra las mujeres (sin importar la edad) y compromete a los Estados a tomar medidas para su erradicación.

En 1995 se sancionó la Ley de Seguridad Ciudadana, 16.707, que incorporó al Código Penal uruguayo el delito de violencia doméstica y el aumento de la pena para la tentativa de violación. El Código Penal uruguayo contiene delitos contra la integridad física y contra la libertad sexual que pueden tipificarse en algunas situaciones de maltrato y abuso sexual.

En 1998 el Estatuto de Roma reconoció la violencia sexual y de género como crímenes y estableció un conjunto de normas de procedimiento y prueba en relación con víctimas y testigos, su protección y participación, la incorporación de una definición de *género* y el principio de la no discriminación por cuestiones de género, entre otras (Fries, 2003).

Las Naciones Unidas, en 2000, promulgaron el Protocolo para Prevenir, Reprimir y Sancionar la Trata de Personas, especialmente Mujeres y Niños, complementario de la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional, conocido como Protocolo de Palermo.

En Uruguay se promulgó en 2002 la Ley de Violencia Doméstica, 17.514, que incluye su definición, sus formas, el proceso judicial y las medidas de protección que se deben tomar. A partir de esta ley se creó el Consejo Nacional Consultivo de Lucha contra la Violencia Doméstica (CNCLVD), encargado de elaborar el primer Plan de Lucha contra la Violencia Doméstica, que en ese momento carecía de mirada generacional.

Ese año también se promulgó la Ley de Trabajo Sexual, 17.515, que establece que la prostitución en menores de 18 años es explotación sexual comercial. Dos años después se sancionó la Ley de Violencia Sexual contra Niños, Adolescentes o Incapaces, 17.815, que establece las distintas formas de explotación sexual comercial.

Posteriormente, con la ley 17.861 se aprobó la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional y sus Protocolos Complementarios para Prevenir, Reprimir y Sancionar la Trata de Personas, especialmente Mujeres, Niños y Tráfico Ilícito de Migrantes por Tierra, Mar y Aire.

En 2004 se sancionó la ley 17.823, Código de la Niñez y la Adolescencia, que incorporó al marco normativo nacional los lineamientos generales de la Convención sobre los Derechos del Niño.

En 2006 se sancionó la ley 18.039, Código del Proceso Penal, que estableció el procedimiento de oficio para determinados delitos, como rapto, violación, atentado violento al pudor, corrupción y estupro, cuando la persona agraviada carezca de capacidad para actuar por sí en juicio o no tenga representante legal o judicial, así como cuando el delito sea cometido por los padres, tutores, curadores o guardadores o con el abuso de las relaciones domésticas de tutela, guarda o curatela; cuando la persona agraviada sea menor de 18 años o esté internada en un establecimiento público, entre otras.

Ese mismo año, el Ministerio de Salud Pública sancionó el decreto 494/006 (actualizado por el decreto 299/009), que dispuso la creación de equipos de referentes de violencia doméstica (ERVD), inicialmente enfocados en el abordaje de situaciones de mujeres mayores de 15 años. Posteriormente se incorporó una mirada ge-

neracional, que los convirtió en referentes de violencia basada en género y generaciones (ERVGG). Entre sus cometidos se incluyeron la atención de las situaciones de alto riesgo y de violencia sexual en conjunto con el equipo de salud tratante, evitar la derivación rutinaria, asesoramiento al personal en la evaluación de las situaciones, diagnóstico, escenario de protección y participación en el trabajo en red con otras instituciones.

En 2007 se creó el Sistema Integral de Protección a la Infancia y Adolescencia contra la Violencia (SIPIAV), un sistema nacional de atención, mediante un abordaje interinstitucional, que pretende unificar esfuerzos y crear espacios de atención a escala local denominados Comités de Recepción Local (CRL). Dicho sistema procura fortalecer la atención integral (promoción, prevención, atención, garantía de derechos) mediante acuerdos que involucren a organismos del Estado y de la sociedad civil, así como articular servicios dentro de cada sector e intersectorialmente, a fin de generar un circuito de atención.

Ese mismo año se modificó el Código de la Niñez y la Adolescencia, tras la promulgación de la Ley sobre Integridad Personal de NNA, 18.214, que prohíbe el castigo físico y cualquier tipo de trato humillante.

En 2008 se sancionó la ley 18.270, que ratifica la Convención Iberoamericana de los Derechos de los Jóvenes.

En 2011 se aprobó la ley 18.850, que establece una pensión mensual y asignación especial para hijos de víctimas fallecidas por violencia doméstica.

Ese mismo año se creó el Consejo Nacional de Género —otro espacio interinstitucional que da seguimiento a políticas sectoriales referentes al tema—, incorporando una mirada generacio-

nal, que entre sus ejes de trabajo incluye el derecho a una vida libre de violencia de género. En el 2013 SIPIAV, en conjunto con el CNCLVD, llevó a cabo un programa de lucha integral contra la violencia de género y el proyecto *Uruguay unido para poner fin a la violencia contra mujeres, niños y niñas*, con apoyo internacional de Naciones Unidas y AUCI. Esto permitió fortalecer el análisis, el debate y el abordaje en la temática. Asimismo, desde el CNCLVD se viene llevando a cabo el Plan de Acción 2016-2019: *Por una vida libre de violencia de género con una mirada generacional*, que pretende consolidar una política pública nacional que incluya desde la prevención hasta la reparación en este tipo de situaciones.

Desde SIPIAV, el CNCLVD y el Consejo Nacional de Género se avanzó en la definición del sistema de respuesta y las competencias de cada sector, con etapas que comprenden la prevención y promoción de derechos, servicios de asistencia, acceso a la justicia, seguimiento y reparación del daño, así como el trabajo con agresores.

En 2017 se aprobó la Ley de Violencia hacia las Mujeres basada en Género, 19.580, que incluye aspectos integrales para el abordaje —prevención, atención, investigación y reparación del daño— e incorpora nuevos delitos, como el de abuso sexual, abuso sexual agravado y abuso sexual sin contacto, entre otros.

Dicha ley establece nuevas situaciones de violencia como causal de pérdida de la patria potestad y explicita medidas de protección especiales y las competencias de los nuevos juzgados letrados especializados en violencia basada en género, doméstica y sexual.

Existen proyectos de reforma del Código de la Niñez y la Adolescencia y del Código Penal uruguayo que intentan modificar delitos en esta materia.

Recientemente se incorporó al Código Penal el agravante del femicidio.¹⁸

Las leyes 19.293 y 19.334, Código del Proceso Penal, consagran un sistema penal acusatorio, adversarial, oral y público. Establecen cambios en el tipo de justicia, que pasa de un modelo retributivo a uno restaurativo. Se destacan la protección y las garantías a las víctimas, así como su papel, que pasa de objeto de prueba a participante en el proceso.

A esto deben sumarse las normas generales sobre los derechos de los NNA como usuarios de servicios de salud, entre las que se destacan:

- Ley 18.331 y decreto reglamentario 414/009, Protección de Datos Personales. Considera que los vinculados a la salud son datos sensibles que requieren un plus de protección en cuanto al deber de confidencialidad.
- Ley 18.335 y decreto reglamentario 274/010, Derechos y Deberes de Usuarios de los Servicios de Salud. Enumeran una serie de derechos de los usuarios en lo referente a su atención y acceso a la salud. Específicamente con relación a infancia y adolescencia, recogen los principios rectores de la Convención sobre los Derechos del Niño y se aplican a los derechos vinculados a la salud, como el derecho a que se lleve registro en la historia clínica, a la confidencialidad y a brindar su consentimiento conforme a su grado de madurez y autonomía progresiva, entre otros.
- Ley 18.418. Ratificación de la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad.

¹⁸ El femicidio es el homicidio de la mujer por su condición de tal. Se incorporó en el Código Penal uruguayo dentro de las agravantes muy especiales de los delitos contra la personalidad física y moral (artículo 312, inciso 8).

- Ley 18.426 y decreto reglamentario 293/010, Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos. Además de reconocer una serie de derechos vinculados a la libertad sexual y reproductiva de las personas, introducen modificaciones en el Código de la Niñez y la Adolescencia reforzando lo ya expresado sobre derechos de NNA, lo que incluye otorgar su consentimiento y que se respete la confidencialidad de la consulta en función de su grado de madurez y autonomía progresiva. Asimismo, jerarquizan la importancia del abordaje de las situaciones de violencia por los equipos.
- Ley 18.987 y decreto 375/012, Interrupción Voluntaria del Embarazo. Establecen los requisitos para la práctica legal y segura del aborto, explicitando el derecho de las adolescentes consideradas competentes a acceder al procedimiento conforme al principio de autonomía progresiva. Serán ellas quienes otorguen el consentimiento.
- Ley 19.286, Código de Ética Médica. Establece normas de conducta de los profesionales médicos, con una serie de principios generales y otros referentes a la responsabilidad profesional de la relación médico-paciente, entre los que se destacan el trato digno, el deber de respetar la confidencialidad, la solicitud del consentimiento informado y el registro en la historia clínica. Jerarquiza el deber de respeto de los derechos de los NNA y destaca que el profesional no puede ser indiferente ante la violencia. Establece que la función de médico tratante es incompatible con la de médico perito.

Cuadro A.1. Normativa nacional que los equipos de salud deben conocer en el abordaje de situaciones de violencia hacia NNA

NORMATIVA RELACIONADA CON VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO Y GENERACIONES Y SU ABORDAJE	NORMATIVA GENERAL RELACIONADA CON LOS DERECHOS DE NNA Y SUS DERECHOS ESPECÍFICOS COMO USUARIOS DE SERVICIOS DE SALUD
<ul style="list-style-type: none"> • Código Penal Uruguayo. Contiene delitos de lesiones, delitos sexuales y otros vinculados a omisiones en el ejercicio de la patria potestad que pueden tipificarse como situaciones de maltrato. • Ley 17.514, de Violencia Doméstica. Define violencia doméstica, tipos, procedimiento para cuando esta no configura delito y medidas de protección. • Ley 17.515. Establece que la prostitución de menores de 18 años es explotación. • Ley 17.815, de Violencia Sexual Comercial y No Comercial. • Ley 18.039, Código del Proceso Penal. • Establece la persecución de oficio de determinados delitos sexuales, así como cuando la víctima no es capaz de actuar por sí en juicio o no tiene representante legal; o si el delito es cometido por los padres, tutores o curadores, con abuso de relaciones domésticas de tutela, guarda o curatela; o las víctimas son menores de 18 años o están institucionalizadas. • Decreto 494/006 y 299/009. Creación de equipos de referentes de violencia doméstica en las instituciones que forman parte del Sistema Nacional Integrado de Salud. • Ley 18.214. Prohíbe el castigo físico y tratos degradantes a NNA. • Ley 18.850. Pensión para NNA cuyas madres murieron por femicidio. • Leyes 19.239 y 19.334, Reforma del Código del Proceso Penal. Consagra cambios en el sistema penal y una serie de garantías para los NNA víctimas y testigos durante el proceso. • Ley 19.580, Integral de Violencia Basada en Género. Crea figuras penales nuevas, entre ellas el delito de abuso sexual y otros relacionados con el manejo de la imagen en las redes electrónicas; supuestos de pérdida de patria potestad. También dispone un nuevo tipo de sanciones para perpetradores de violencia sexual. Establece obligaciones de distintos organismos del Estado en el abordaje de la violencia basada en género, así como el maltrato y abuso de NNA, y lineamientos para los procedimientos de investigación de estas situaciones. • Ley 19.643, de Prevención y Combate a la Trata de Personas. Mediante modificaciones al Código Penal, tiene por objeto prevenir, perseguir y sancionar la trata y la explotación de personas, así como atender, proteger y reparar a las víctimas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ley 17.823, Código de la Niñez y la Adolescencia (CNA). Recoge los principios rectores de la Convención sobre los Derechos del Niño, adaptándolos a nuestro medio. Explicita procedimientos para situaciones particulares, como adopciones y adolescentes en conflicto con la ley, entre otras. • Ley 18.331 y decreto 414/009, Protección de Datos Personales y Datos Sensibles, entre ellos los vinculados a la salud e identidad sexual. Confidencialidad. • Ley 18.335 y decreto 274/010, Derechos de NNA como Usuarios de Servicios de Salud. Regulan el consentimiento, la historia clínica y la confidencialidad. • Ley 18.418, Protección de Derechos de NNA con Discapacidad. • Ley 18.426 y decreto 293/010, Derechos Sexuales y Reproductivos. Acceso de NNA a los servicios; modificación del CNA en el sentido de que la toma de decisiones y el respeto por la confidencialidad se basan en el criterio de autonomía progresiva. • Ley 18.987, decreto 375/012, ordenanzas 243 y 247 de 2016. Acceso de las adolescentes a IVE, respeto por la toma de decisiones y confidencialidad en adolescentes competentes. • Ley 19.286, Código de Ética Médica. Establece obligaciones de los médicos en referencia a diversos aspectos de la relación clínica, como deber de confidencialidad, secreto, obligación de redactar la historia clínica, trato respetuoso y sin discriminación, entre otros, todos aplicables a NNA.

ANEXO II

Uso de sedación en situaciones de maltrato y violencia sexual

Definición

La sedación es el uso de ansiolíticos, sedantes, analgésicos o fármacos disociativos para atenuar el dolor, la ansiedad o el movimiento, a fin de facilitar la realización de un procedimiento diagnóstico y/o terapéutico que pueda resultar invasivo o molesto para el NNA proporcionando un grado de amnesia o disminución de conciencia que garantice la seguridad.

Objetivo

La sedación procura reducir al mínimo el temor y la ansiedad que producen el ambiente, el desconocimiento de la causa del dolor, del procedimiento a practicarse o del dolor en sí mismo, así como la revictimización al reexperimentar un evento traumático.

Metodología

Los procedimientos de sedación deben ser realizados en un lugar adecuado, contando con los recursos materiales necesarios y la correcta monitorización del NNA, por personal médico entrenado en el manejo de fármacos, técnicas de sostén de vía aérea y ventilación. Antes de su administración se requiere la realización de una correcta historia clínica para evaluar antecedentes del NNA y examen clínico completo. Se determinará si es necesario un procedimiento de sedación y se seleccionará el que corresponda a la situación clínica y las maniobras requeridas. Generalmente las situaciones comprendidas en estas situaciones de violencia se enmarcan dentro de las indicaciones de sedación mínima o moderada.

Posibles indicaciones de sedación en situaciones de maltrato y/o abuso sexual hacia NNA

1. Examen físico o toma de muestras no postergables para NNA excitados por el evento traumático o que se nieguen a ellas.
2. Examen físico y toma de muestras que generen molestias.
3. Procedimientos invasivos realizados en emergencia (sutura de heridas, reducción de fracturas y luxaciones, entre otros).

Cuadro A.2. Niveles de sedación

1. Sedación mínima - ansiólisis	El NNA despierto, alerta y orientado responde normalmente a órdenes verbales, aunque el estado cognitivo y la coordinación motora pueden estar alterados. Funciones respiratoria y cardíaca inalteradas.
2. Sedación moderada	Letárgico, despierto y orientado, al hablarle responde adecuadamente a órdenes verbales solas o acompañada de leve estimulación táctil. Funciones respiratoria y cardiovascular inalteradas.
3. Sedación profunda	Depresión de conciencia; puede perder reflejos protectores de vía aérea, no puede ser despertado fácilmente, responde a estímulos verbales o dolorosos repetidos, puede necesitar ayuda para mantener la vía aérea permeable. La función cardiovascular es normal.
4. Anestesia	Pérdida de conciencia inducida por drogas en la que el NNA no responde a estímulos dolorosos, necesita soporte ventilatorio por depresión respiratoria y de la función neuromuscular; la función cardiovascular puede ser deficiente.

Se brindará información clara y comprensible sobre el procedimiento, su finalidad y objetivos buscados, técnica, tiempo que dura el efecto, riesgos y alternativas a su realización, y se solicitará el consentimiento informado a padres y asentimiento del NNA. En el caso de un adolescente, si el equipo de salud lo evalúa como competente para la toma de decisiones, será este quien otorgue el consentimiento acorde al principio de autonomía progresiva y normativa vigente. El consentimiento otorgado debe quedar consignado por escrito en la historia clínica.

Se realizará en ambiente agradable, la inmovilización no debe ser traumática y se facilitarán los cambios posturales en la medida de lo posible. En cuanto al tipo de drogas, se pueden emplear fármacos sedantes (benzodiazepinas) y analgésicos no opioides.

Cuadro A.3. Fármacos recomendados

Midazolam	Benzodiacepina de vida media corta y acción corta, por lo que es utilizada en los procedimientos de sedación en emergencia que son de corta duración (gran experiencia en su uso). Es de elección para los procedimientos diagnósticos no dolorosos.	Vía oral: 0,5 mg/kg, preferentemente en ayunas para su mejor absorción. Vía intranasal: 0,3 a 0,4 mg/kg; administrar i/n con jeringa de 1 ml. Tiene rápida acción. Estas dosis pueden repetirse cada 10-15 minutos. Vía intravenosa: 0,02-0,2 mg/kg; se puede repetir la mitad de la dosis a hasta obtener el efecto deseado, no más de 0,6 mg/kg.	De elección se realizará vía oral; si no se logra por rechazo o intolerancia a la vía, se pasará a intranasal o intravenosa.
Ketamina	Agente anestésico derivado de la fenciclidina. En dosis bajas produce anestesia disociativa; en dosis intermedias, analgesia-sedación asociada a amnesia anterógrada; en dosis altas, anestesia general.	Vía administración intravenosa: dosis inicial de 1 a 2 mg/kg. Su acción se inicia al minuto y dura 10 a 15 minutos, con una recuperación total en 60-90 minutos.	Es obligatoria la monitorización del paciente con oxímetro de pulso y monitor cardiorrespiratorio hasta su recuperación (se requiere personal con experiencia).

Errores posibles

- Escoger un sedante cuando se necesita un analgésico y un analgésico cuando se necesita un sedante.
- Combinar analgésicos y sedantes.
- Utilizar un agente de reversión para acelerar la recuperación.
- No titular los agentes que se usarán.
- No considerar ni explicar los riesgos y beneficios.
- No informar a la familia y/o al NNA de los posibles efectos adversos.
- No obtener o no documentar el consentimiento informado.
- No escribir claramente la dosis y vía de administración.
- No contar con la monitorización y el instrumental adecuado de reanimación.
- Utilizar un agente sedante de acción prolongada en un procedimiento breve.

Riesgos del procedimiento

El riesgo depende del nivel de sedación buscado. Es mínimo en caso de sedación mínima y moderada. Entre los principales riesgos se destacan:

- depresión de conciencia y aspiración,
- arritmias,
- síntomas neurovegetativos,
- ataxia,
- reacción anafiláctica,
- síntomas paradójales.

Cuidados posteriores al procedimiento

Son esenciales el control de respiración, saturación de O₂, circulación, conciencia, dolor y actividad.

ANEXO III

Tanner: grados de desarrollo puberal en varones y mujeres

Grados de desarrollo puberal en la mujer

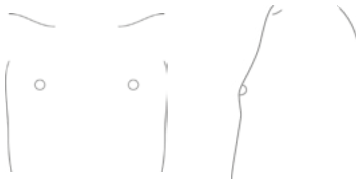
Grados de Tanner del desarrollo mamario

La clasificación del desarrollo mamario no considera el tamaño ni forma de ella, puesto que estas características están determinadas por factores genéticos y nutricionales.

Grado I, o prepuberal: no hay tejido mamario palpable, solo el pezón protruye, la areola no está pigmentada.



Grado II: se palpa tejido mamario bajo la areola sin sobrepasar esta. Areola y pezón protruyen juntos, y se observa además un aumento del diámetro areolar. Es la etapa del botón mamario.



Grado III: se caracteriza por crecimiento de la mama y areola con pigmentación de esta; el pezón ha aumentado de tamaño; la areola y la mama tienen un solo contorno.



Grado IV: existe mayor aumento de la mama, con la areola más pigmentada y sollevantada, por lo que se observan tres contornos (pezón, areola y mama).



Grado V: la mama es de tipo adulta, en la cual sólo el pezón protruye y la areola tiene el mismo contorno de la mama.



Grados de Tanner del desarrollo del vello púbico

Grado I, o prepuberal: no existe vello de tipo terminal.



Grado II: existe crecimiento de un vello suave, largo, pigmentado, liso o levemente rizado a lo largo de labios mayores.



Grado III: se caracteriza por pelo más oscuro, más áspero y rizado, que se extiende sobre el pubis en forma poco densa.



Grado IV: el vello tiene las características del adulto, pero sin extenderse hacia el ombligo o muslos.



Grado V: el vello pubiano es de carácter adulto, con extensión hacia la cara interna de muslos.



Grados de desarrollo puberal en el varón

Grados de Tanner del desarrollo del vello púbico

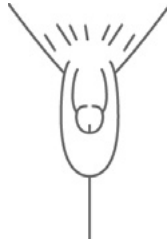
Grados de Tanner del desarrollo genital en el varón

Grado I, o prepuberal: no existe vello de tipo terminal.



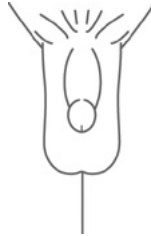
Grado I: los testículos, escroto y pene tienen características infantiles.

Grado II: existe crecimiento de un vello suave, largo, pigmentado, liso o levemente rizado en la base del pene.



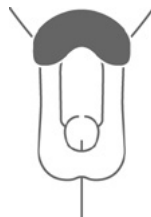
Grado II: el pene no se modifica, mientras que el escroto y los testículos aumentan ligeramente de tamaño; la piel del escroto se enrojece y se modifica su estructura, haciéndose más laxa; el testículo alcanza un tamaño superior a 2,5 cm en su eje mayor.

Grado III: se caracteriza por pelo más oscuro, más áspero y rizado, que se extiende sobre el pubis en forma poco densa.



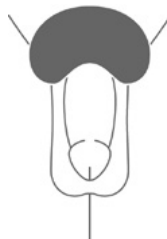
Grado III: se caracteriza por testículos y escroto más desarrollados (testículos de 3,3 a 4 cm); el pene aumenta en grosor.

Grado IV: el vello tiene las características del adulto, pero sin extenderse hacia el ombligo o muslos.



Grado IV: hay mayor crecimiento peneano, con aumento de su diámetro y desarrollo del glande, los testículos aumentan de tamaño (4,1 a 4,5 cm) y el escroto está más desarrollado y pigmentado.

Grado V: el vello pubiano es de carácter adulto con extensión hacia la cara interna de muslos. Posteriormente, el vello se extiende hacia el ombligo; algunos autores esto lo consideran como un grado VI.



Grado V: los genitales tienen forma y tamaño semejantes a los del adulto, largo testicular mayor de 4,5 cm.

