

GUÍA PARA EL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO DEL

MALTRATO INFANTO-JUVENIL



Guía para el Diagnóstico Presuntivo del Maltrato Infanto-Juvenil. Guía para la Capacitación del Personal Operativo de Salud.

Primera Edición 2006-10-09

D.R. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
Secretaría de Salud
Homero 213, piso 7
Colonia Chapultepec Morales
Delegación Miguel Hidalgo C.P. 11570
México, D.F.

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

Se imprimieron 17,000 ejemplares
Se terminó de imprimir en noviembre de 2006-10-09
ISBN 970-721-375-2

Responsable del proyecto: Raquel Marchetti Lamagni

Esta publicación del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud fue posible gracias al apoyo del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo , PNUD.

Esta guía fue elaborada por Mariana Mojarro Iñiguez

Cualquier parte de este documento o su totalidad, podrá reproducirse sin permiso de la Secretaría de Salud, siempre y cuando se reconozca y cite la fuente; y la información no sea utilizada con fines de lucro. Se agradecerán los comentarios y sugerencias de los lectores. Este documento se distribuye de forma gratuita y para fines exclusivos de capacitación de facilitadores y del personal de salud del nivel operativo.

DIRECTORIO

Dr. Julio Frenk Mora

Secretario de Salud

Dr. Enrique Ruelas Barajas

Subsecretario de Innovación y Calidad

Dr. Roberto Tapia Conyer

Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

Lic. Ma. Eugenia de León-May

Subsecretaria de Administración y Finanzas

Dr. Jaime Sepúlveda Amor

Coordinador General de los Institutos Nacionales de Salud

Lic. María Eugenia Galván Antillón

Titular del Organismo Interno de Control en la Secretaría de Salud

Lic. Ignacio Ibarra Espinosa

Director General de Asuntos Jurídicos

Lic. Adriana Cuevas Argumedo

Directora General de Comunicación Social

Dra. Patricia Uribe Zúñiga

Directora General del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

Dra. Aurora del Río Zolezzi

Directora General Adjunta de Equidad de Género

Dra. Susana Prudencia Cerón Mireles

Directora General Adjunta de Salud Reproductiva

Dra. Lourdes Quintanilla Rodríguez

Directora General Adjunta de Salud Materna y Perinatal



CONSEJO EDITORIAL

Presidenta

Dra. Patricia Uribe Zúñiga

Directora General del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

Directora Ejecutiva

Dra. Aurora del Río Zolezzi

Directora General Adjunta de Equidad de Género

Coordinadora del Proyecto

Lic. Raquel Marchetti Lamagni

Directora de Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual

Coordinador Editorial

Lic. Ulises Pego Pratt

Coordinador de Publicaciones Proyecto Mujer y Salud / PNUD / Secretaría de Salud

CONTENIDO

Introducción	6
Objetivos	7
Antecedentes	8
Definición de Maltrato Infanto-Juvenil	11
Estadísticas del Maltrato Infantil en México	12
Diagnóstico Presuntivo del Maltrato Infanto-Juvenil	14
Anexos	25
Referencias	40



INTRODUCCIÓN

La Secretaría de Salud, en cumplimiento de su responsabilidad como órgano normativo en materia de atención médica a la violencia familiar, ha diseñado el Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual, cuyo objetivo es proporcionar una atención de calidad a las mujeres en situación de violencia, con el fin de limitar el daño, facilitar el empoderamiento y promover una cultura de la no violencia.

Los menores de edad forman parte de las poblaciones más vulnerables debido a su dependencia física, afectiva, económica y social hacia los adultos. Esta circunstancia los convierte en blanco fácil de una gama de abusos que atentan contra sus derechos humanos y que son perpetrados en contra de su integridad física y mental, como son la negligencia, los golpes, el abuso sexual, el maltrato emocional e inclusive la muerte¹.

El presente documento “*Guía de Diagnóstico Presuntivo del Maltrato Infanto-Juvenil*” pretende proporcionar elementos básicos al personal de salud de primer contacto que le permitan brindar una atención de calidad y realizar la notificación oportuna del maltrato infanto-juvenil.

Con el fin de cubrir la atención específica hacia esta población vulnerable se redactó esta Guía que forma parte complementaria del Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual.

OBJETIVO GENERAL

- Proporcionar al personal de salud de las unidades de atención de primer contacto, las herramientas para establecer el diagnóstico presuntivo de maltrato infanto-juvenil.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Definir los diferentes **tipos de maltrato infanto-juvenil** (físico, psicológico, sexual y abandono) y establecer los indicadores que permitan explorar la sospecha de maltrato en las unidades de primer contacto y notificar oportunamente a las autoridades competentes.
- Establecer un marco de referencia institucional para la atención, el diagnóstico y la notificación oportuna de los casos de **maltrato infanto-juvenil**.
- Describir los procedimientos de atención médica inmediata y los tratamientos que deben prescribirse a las y los menores víctimas de maltrato.



ANTECEDENTES

Durante varios siglos, el maltrato a menores de edad en muchas partes del mundo ha sido consignado en la literatura, el arte y la ciencia. Los informes sobre infanticidios, mutilaciones, desamparo y otras formas de violencia contra los niños y las niñas se remontan a las civilizaciones más antiguas. En los registros históricos también abundan los casos de menores de edad descuidados, débiles, mal nutridos, echados del hogar por su familia para valerse por sí mismos, y de menores de edad que han sufrido abuso sexual.²

Asimismo, durante mucho tiempo han existido grupos de beneficencia y de otra índole, preocupados por el bienestar de los niños y las niñas que han abogado por su protección. No obstante, el problema no recibió gran atención por parte de los profesionales de la salud ni de instituciones y organismos de la sociedad civil, sino hasta 1962, con la publicación de un trabajo de gran trascendencia: ***“El síndrome del niño golpeado”***. Kempe, et al.²

Se acuñó la denominación “Síndrome del niño golpeado” para caracterizar las manifestaciones clínicas del maltrato físico grave en los menores de edad. Ahora, cuatro decenios después, hay pruebas claras de que el maltrato a menores de edad es un problema mundial. Se produce en una variedad de formas y está profundamente arraigado en las prácticas culturales, económicas y sociales. Sin embargo, para resolver este problema mundial se requiere de un conocimiento mucho mayor de las formas en que se manifiesta, así como de sus causas y consecuencias en diferentes contextos.²

Todo enfoque integral del maltrato a menores de edad, debe tener en cuenta las diversas normas y expectativas del comportamiento de los padres en las distintas culturas del mundo. La cultura es el acervo común de creencias y comportamientos de una sociedad y sus ideas acerca de cómo deben conducirse las personas. Entre esas ideas están las que definen qué actos omitidos o cometidos podrían constituir maltrato o descuido. En otras palabras, la cultura ayuda a definir los principios que, por lo general, se aceptan en relación con la crianza y el cuidado de los niños y las niñas.²

Las diferentes culturas tienen reglas distintas acerca de cuáles prácticas de crianza son aceptables. Algunos investigadores han señalado que los criterios sobre la crianza de menores de edad, en diversas culturas, quizá diverjan a tal grado que resulte sumamente difícil alcanzar un consenso sobre qué prácticas implican maltrato o descuido. No obstante las diferencias en cuanto a cómo definen las culturas lo que constituye el maltrato, tienen que ver más con el énfasis en aspectos particulares del comportamiento de los padres.

Parece que muchas culturas concuerdan en que no se debe permitir el maltrato en menores de edad y, en este sentido, prácticamente hay unanimidad en lo concerniente a las prácticas disciplinarias duras (castigo que cause daño físico y/o emocional: jalón de orejas, insultos, golpes, quemaduras por cigarrillo, etcétera) y el abuso sexual.²

La violencia se vive y aprende en todos los ámbitos de la vida, incluyendo la familia.

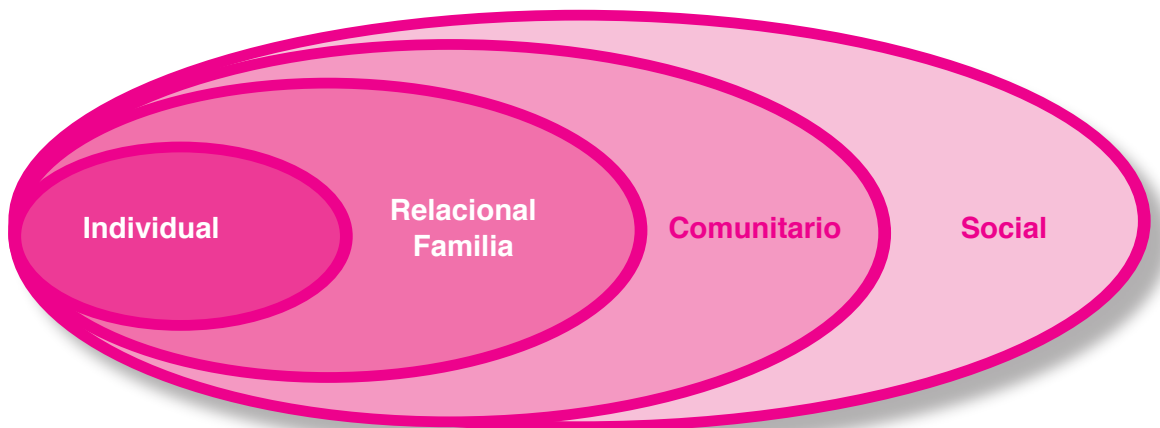
En nuestra sociedad prevalece una imagen idealizada de la familia, se le percibe como un núcleo básico e indivisible (madre, padre, hijos e hijas) que conviven en armonía y amor. Imagen que contrasta con la realidad de un espacio en el que se expresa todo tipo de relación: amor, conflicto, colaboración, violación a los derechos humanos, etcétera. La experiencia muestra que es justamente en el ámbito familiar donde se registra la mayor prevalencia de violencia contra los niños y las niñas.

La creencia acerca de que la familia debe ser preservada a toda costa, implica la negación de una realidad del contexto familiar que, con frecuencia, se encuentra muy alejado del ideal e impide brindar una atención adecuada a los niños y niñas, y que repercute en su salud física y mental. Más aún, suele persistir la concepción del “derecho” de los padres, tutores o adultos a cargo de la manutención de los menores de edad a “corregirlos” o a obligarlos a realizar actividades que no corresponden a su edad, incluyendo actividades de contenido sexual.

Son muchos los factores que intervienen para que se dé una situación de violencia, pues ninguno por sí solo la explica.

El Modelo Ecológico presentado en el diagrama 1 ayuda a la comprensión integral de la violencia dado que enfoca el problema desde la perspectiva de los distintos contextos en los que se desarrolla una persona, y ayuda a identificar los distintos niveles en los que se manifiesta la violencia, los factores que influyen en ella y proporciona un marco para explicar la interacción entre dichos factores.

Diagrama 1. Modelo Ecológico



Nivel individual: este primer nivel identifica los factores biológicos y de la historia personal que influyen en el comportamiento de un individuo, además de factores como la impulsividad, el bajo nivel educativo, el abuso en el consumo de sustancias psicotrópicas y los antecedentes de comportamiento agresivo o de haber vivido maltrato. Centra su atención en las características del individuo que pueden aumentar la probabilidad de ser víctima o perpetrador de actos violentos.²

Nivel relacional: se indaga el modo como algunas relaciones sociales cercanas (amigos, pareja, familia) aumentan el riesgo de convertirse en persona violentada o perpetradora de actos violentos. En el caso del maltrato infantil, la interacción casi diaria o el hecho de compartir el domicilio con un agresor aumentan las probabilidades para que se produzcan encuentros violentos.²

Nivel comunitario: examina el contexto de la comunidad en el que se inscriben las relaciones sociales tales como escuela, trabajo, recreación, y busca identificar las características que en estos ámbitos generan violencia, ya sea como víctimas o como perpetradores.²

Nivel social: en el último nivel del Modelo Ecológico, se examinan los factores sociales más generales que determinan las tasas de violencia. Se incluyen aquí los factores que crean un clima de aceptación de la violencia, los que reducen las inhibiciones contra ésta, y los que crean y mantienen las brechas entre distintos segmentos de la sociedad o generan tensiones entre diferentes grupos o países.²

Entre los factores más generales se encuentran:

- Normas culturales que validan la violencia como una manera aceptable de resolver conflictos.
- Normas que asignan prioridad a la patria potestad por encima del bienestar de los hijos.
- Normas que refuerzan el dominio masculino sobre las mujeres, los niños y las niñas.
- Normas que respaldan el uso de la fuerza policíaca excesiva contra los ciudadanos.

DEFINICIÓN DE MALTRATO INFANTO-JUVENIL

Existen, tanto en el ámbito nacional como en el internacional, diversas definiciones del maltrato infantil y sus tipos. Este manual toma como referencia la definición establecida en la Norma Oficial Mexicana, **NOM- 190 -SSA1-1999. “PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD. CRITERIOS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE LA VIOLENCIA”**, -que se encuentra en proceso de revisión y actualización-.

Violencia familiar: acto u omisión único o repetitivo, cometido por un miembro de la familia, en relación de poder –en función del sexo, la edad o la condición física–, en contra de otro u otros integrantes de la misma, sin importar el espacio físico donde ocurra el maltrato físico, psicológico, sexual o el abandono.

Maltrato físico: acto de agresión que causa daño físico.

Maltrato psicológico: acción u omisión que provoca, en quien lo recibe, alteraciones psicológicas o trastornos psiquiátricos.

Maltrato sexual: acción u omisión mediante la cual se induce o se impone la realización de prácticas sexuales no deseadas o respecto a las cuales se tiene incapacidad para consentir.

Abandono: acto de desamparo injustificado, hacia uno o varios miembros de la familia con los que se tienen obligaciones que derivan de las disposiciones legales y que ponen en peligro la salud. ^a

Es necesario destacar que existe una estrecha relación entre los diferentes tipos de maltrato y el desarrollo bio-psico-social del niño o niña. Las alteraciones de conducta asociadas a la violencia generalmente se traducen en problemas sociales, escolares y de interacción. Esas alteraciones de conducta se manifiestan a través de agresividad o retraimiento, y pueden estar vinculadas con el abuso de sustancias tóxicas, delincuencia, criminalidad y suicidio, entre otras.

Las instituciones de salud representan un espacio de oportunidad única para la prevención, detección y atención oportuna de la violencia, ya que los niños y las niñas requerirán atención en centros de salud, clínicas u hospitales, cuando menos una vez en su vida.

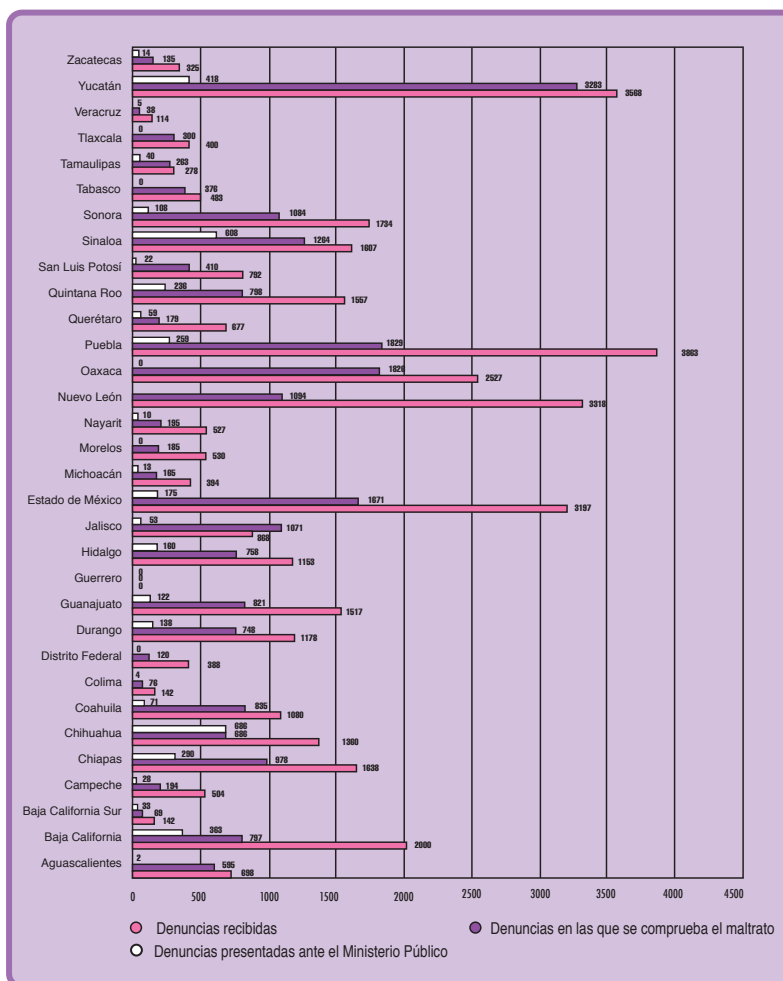
^a En los anexos 1 al 6 se presentan como referencia algunas otras definiciones que pueden ser de utilidad para el lector.



ESTADÍSTICAS DEL MALTRATO INFANTIL EN MÉXICO

De acuerdo con datos del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF)³ en nuestro país, en 2004, se registraron 38,554 denuncias por maltrato infantil; en 22,842 de ellas se comprobó el maltrato, sin embargo, sólo 3,917 se presentaron ante el Ministerio Público, es decir, que solamente 10% de las denuncias llegaron a instancias de procuración de justicia (Gráfica 1).

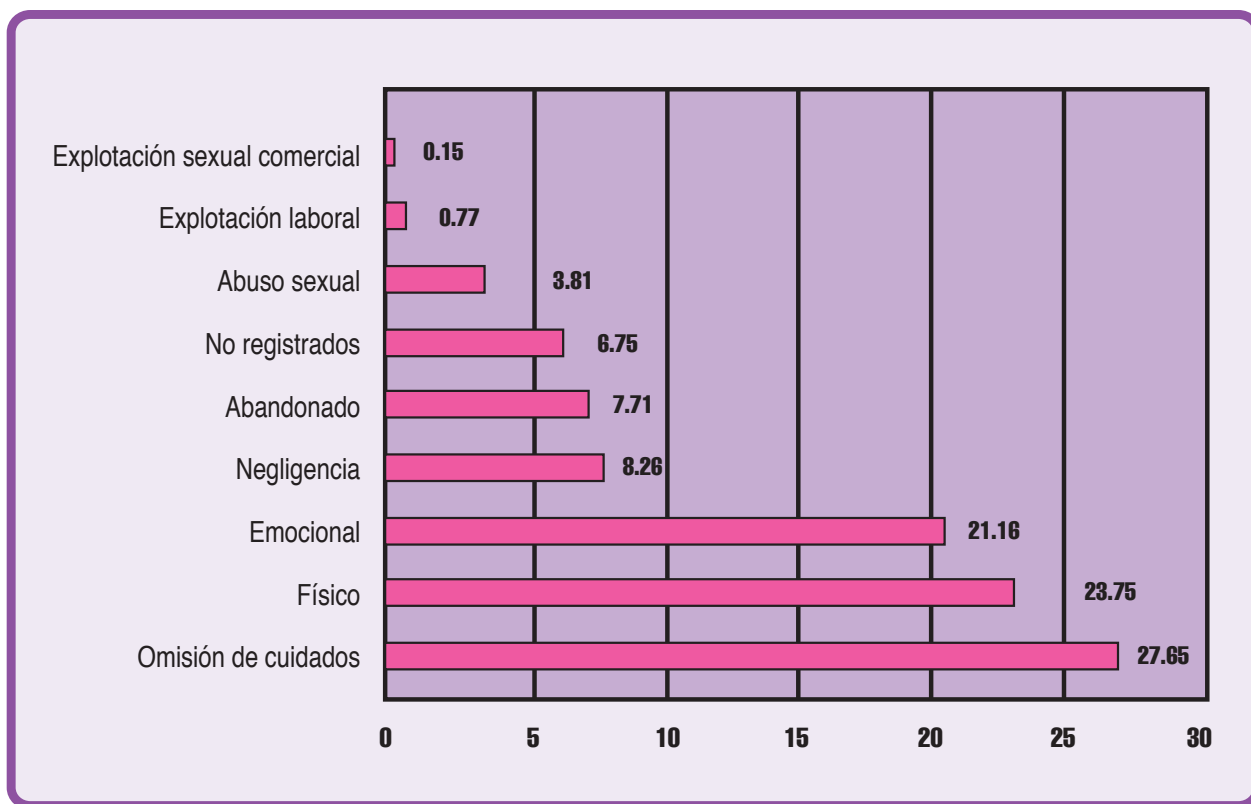
Gráfica 1. Denuncias de maltrato en menores de edad, presentadas antes los DIF estatales, por entidad federativa, según su comprobación y si se presentaron ante el Ministerio Público, México 2004



Además, se reportó también que, de 36,609 menores de edad maltratados atendidos, 46.1% eran niños y 47.3% eran niñas.^b

En orden descendente, los tipos de maltrato más frecuentes fueron: omisión de cuidados, maltrato físico y maltrato emocional (Gráfica 2).

Gráfica 2. Porcentaje de menores maltratados por tipo de violencia a nivel nacional. DIF, 200



Hay que tener en cuenta que estos reportes sólo hacen referencia a una fracción del universo que corresponde a los casos de maltrato en menores de edad referidos al DIF. Sin embargo, permiten tener algún referente de la situación y aportan algunos elementos para conocer cuál es la frecuencia con la que el maltrato a menores de edad termina en una denuncia legal, los tipos de maltrato que se denuncian y la proporción de niños y niñas que viven en situación de violencia familiar.³

^b Es importante señalar que la información recabada tiene deficiencias en la cobertura, dado que los DIF estatales no siempre cumplen con la requisición de información en tiempo y forma.



DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO DE MALTRATO INFANTO-JUVENIL

Cuando el personal de salud se encuentra frente a un niño o niña con lesiones o problemas de conducta, el hecho de determinar que las mismas sean consecuencia de maltrato o de un fenómeno accidental, constituye un verdadero dilema; para dilucidarlo es necesario realizar un procedimiento que considere:

- 1. Historia clínica completa.** La elaboración de la historia clínica es un proceso continuo que inicia con la detección. Se deberá observar en todo momento las recomendaciones de la NOM para la elaboración del expediente clínico. Toda lesión o problema de conducta deberá ser cuestionado y el mecanismo mediante el cual sucedió la lesión deberá ser explicado de manera convincente. Es indispensable que los datos del interrogatorio (directo o indirecto) concuerden con los hallazgos del examen físico y con los resultados de los exámenes de gabinete y laboratorio que se efectúen al menor de edad. Si existe presunción de que el niño o la niña experimentan maltrato, es importante que quien preste el servicio de salud explicita su diagnóstico presuntivo en el expediente clínico, con el fin de que quede constancia de lo sucedido.
- 2. Examen físico.** Deberá realizarse una búsqueda intencionada de lesiones, marcas o signos (cuadros 1-6) que permitan establecer el diagnóstico presuntivo del maltrato y se precisarán con detalle en el expediente clínico y por medio el traumagrama (anexo 7), esto es, un diagrama de la figura desnuda donde el proveedor de salud marca la ubicación de todas las lesiones visibles. Realizar una exploración de fondo de ojo, en busca de la presencia de una hemorragia retiniana, vítrea (o ambas), que se presentan cuando la cabeza del niño es sacudida con violencia, o bien cuando es golpeada directamente.



Cuadro 1. Signos de maltrato físico

- Hematomas, equimosis, eritemas y contusiones en la cara, labios, boca, tórax, abdomen, brazos y piernas
- Cicatrices en varias etapas de evolución
- Marcas de objetos como cinturón, cable, cadena, plancha, etcétera
- Quemaduras inexplicables en palmas de las manos, pies, brazos y espalda (huellas de quemaduras de cigarrillos)
- Luxaciones y fracturas inexplicables en diversas fases de consolidación (fractura. de clavícula)
- Lesiones musculares
- Señales de mordeduras humanas
- Trauma ocular
- Traumatismo craneoencefálico

Cuadro 2. Indicadores de maltrato psicológico

Nota: aún cuando el menor de edad no presente lesiones físicas se puede sospechar que vive maltrato si presenta:

- Retardo en el desarrollo físico, emocional e intelectual
- Cansancio
- Somatizaciones
- Problemas de lenguaje
- Fobias
- Autoestima baja
- Sentimientos de miedo e ira
- Tristeza

AGRESOR: Tutor o responsable que acompaña al niño o a la niña

- Desesperación por parte de los responsables hacia los menores de edad
- Humillación por parte de los responsables hacia los menores de edad



Cuadro 3. Indicadores de abuso sexual

- Ropa interior rasgada, manchada o sanguinolenta
- Dificultad para caminar o sentarse
- Irritación, picor, dolor o lesión en la zona genital o anal
- Infecciones de transmisión sexual
- Infecciones del tracto urinario u orales
- Embarazo
- Precocidad sexual

Cuadro 4. Procedimiento para el diagnóstico de ITS, recomendado por el Centro de Control de Enfermedades de Atlanta y la Academia Estadounidense de Pediatría

ITS confirmada	Abuso sexual	Acción sugerida
Gonorrea en niños o niñas mayores de dos años de edad	Diagnóstico	Reportar
Sífilis en niños o niñas mayores de dos años de edad	Diagnóstico	Reportar
Infección por el VIH, si no es infección perinatal o secundaria a transfusión	Diagnóstico	Reportar
Chlamydia trachomatis	Diagnóstico	Alta sospecha reportar
Condilomas acuminados en niños o niñas mayores de dos años de edad	Diagnóstico	Reportar
Herpes de localización genital	Diagnóstico	Reportar
Vaginosis bacteriana	Dudoso	Seguimiento médico

Fuente: Loredó-Abdalá A. Maltrato en niños y adolescentes. México, DF: Editores de textos mexicanos. 2004.

Cuadro 5. Indicadores de maltrato por abandono

- Hijo no deseado
- Se presenta con ropa inadecuada para el clima
- Falta de atención médica u odontológica
- Hambriento
- Con evidente falta de supervisión adulta
- Desnutrición discordante con el nivel socio económico del hogar
- Retraso en el desarrollo físico, emocional o intelectual
- Constante fatiga, sueño o hambre
- No cuenta con documentos oficiales, como acta de nacimiento o cartilla de vacunación

Cuadro 6. Indicadores conductuales del niño maltratado

- Temor al contacto o a los acercamientos físicos
- Temor exagerado a un adulto
- Conducta agresiva, destructiva o excesivamente sumisa
- Depresión
- Intentos de autoagredirse o autoeliminar
- Enuresis, encopresis
- Problemas alimenticios: muy glotón o pérdida de apetito
- Bajas calificaciones escolares
- Inasistencias escolares frecuentes e injustificadas
- Inhibición para jugar
- Se torna pedigüeño(a); roba comida y objetos
- Tiende a beber alcohol o consumir psicoactivos
- Timidez exagerada
- Carencia de afecto



3. **Parte de Lesiones.** Cuando a un paciente se le detecta una lesión, y se diagnostica un maltrato presuntivo, se deberá realizar un Parte Médico de Lesiones, precisando con detalle el tipo, tamaño, forma, color, localización, número, antigüedad y tiempo que tardan en sanar, -valorando el nivel de gravedad en función de si son más o menos de 15 días-, si deja cicatriz perpetua y visible, si produce incapacidad funcional o estructural o si pone en peligro su vida. El documento original se enviará junto con el aviso, al Ministerio Público y la copia se adjuntará al expediente clínico.
4. En caso de disponer de los servicios en la propia unidad médica, **realizar exámenes de gabinete y laboratorio que a continuación se enlistan:**
 - a) Biometría hemática completa.
 - b) Examen general de orina.
 - c) Cultivo o serología (ITS).
 - d) Radiografías de tórax, cuello y huesos largos (fracturas costales posteriores, de escápula, esternón, cráneo, falanges, clavícula, huesos largos, etcétera).

Si no se cuenta con los servicios para realizar los exámenes de gabinete y laboratorio, el médico deberá realizar el diagnóstico presuntivo y referir hacia la unidad que cuente con estos servicios.

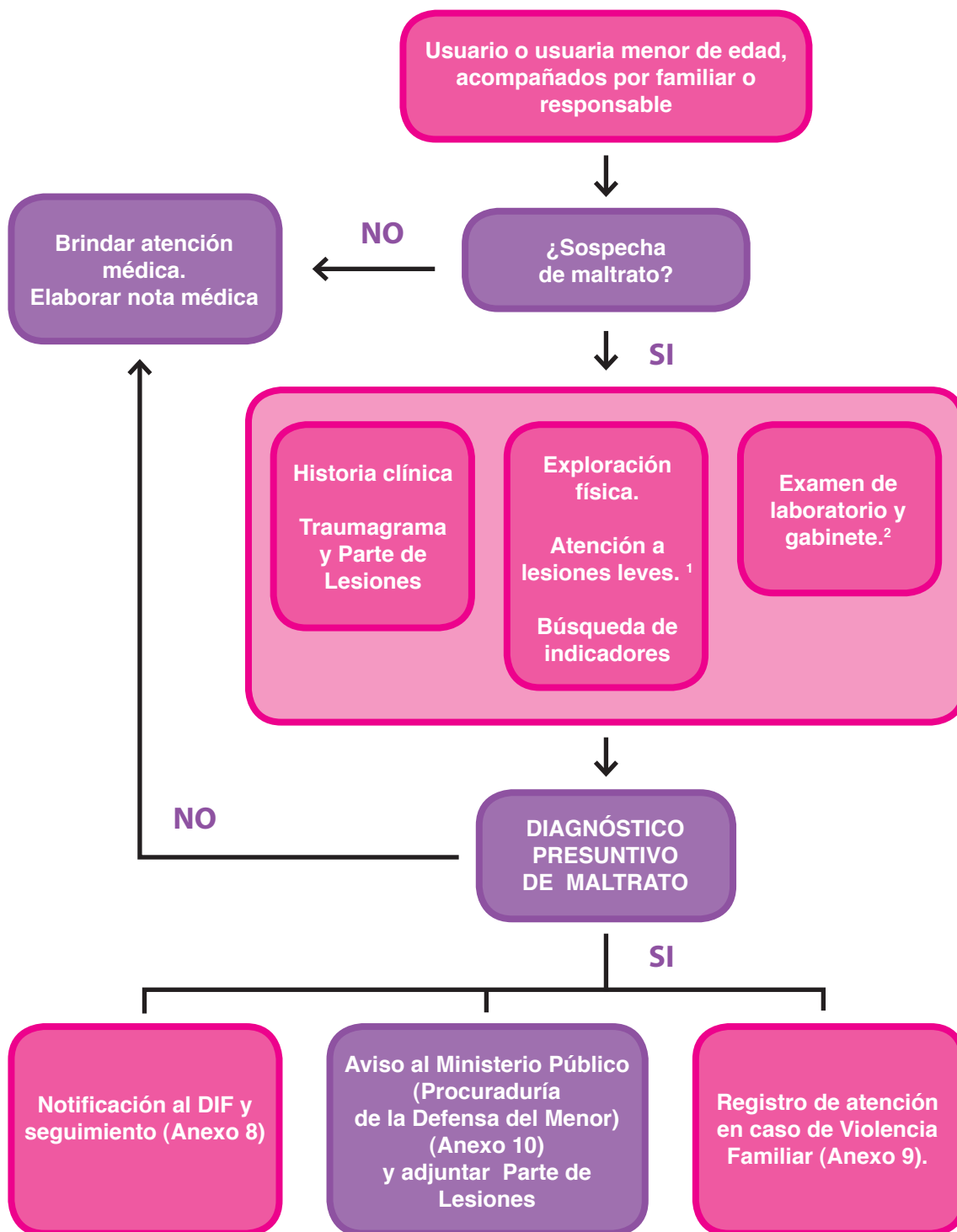
El diagnóstico presuntivo de maltrato infanto-juvenil se realizará ante la presencia de cualquiera de las siguientes situaciones

- Que se presente un indicador de abuso sexual. (cuadro 3)
- Cuando se confirme la presencia de una infección de transmisión sexual "ITS" (ver cuadro 4).
- Cualquier signo o lesión que no corresponda a la naturaleza de la información que proporciona el o la menor de edad o la o el adulto que lo acompaña.
- Ante la presencia de indicadores de abandono y conductuales. Estos indicadores no están ordenados de mayor a menor gravedad. Sólo el personal de salud, basado en su experiencia, o el infante afectado a partir de sus manifestaciones, podrán dar pautas para establecer la gravedad.

Ante el diagnóstico presuntivo de maltrato infantil, el personal de salud deberá seguir los pasos de acuerdo con el esquema institucional, creado para la notificación del diagnóstico presuntivo de los casos de maltrato.

Este aviso de maltrato deberá presentarse ante el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), mediante el formato propuesto (anexo 8); Registrar la atención a la Violencia Intrafamiliar (anexo 9), al mismo tiempo, se debe dar aviso a la Procuraduría de la Defensa del Menor (Ministerio Público) (anexo 10), y dar seguimiento al caso. (Diagramas 2, 3 y 4)

Diagrama 2. Atención esencial para el diagnóstico presuntivo de maltrato

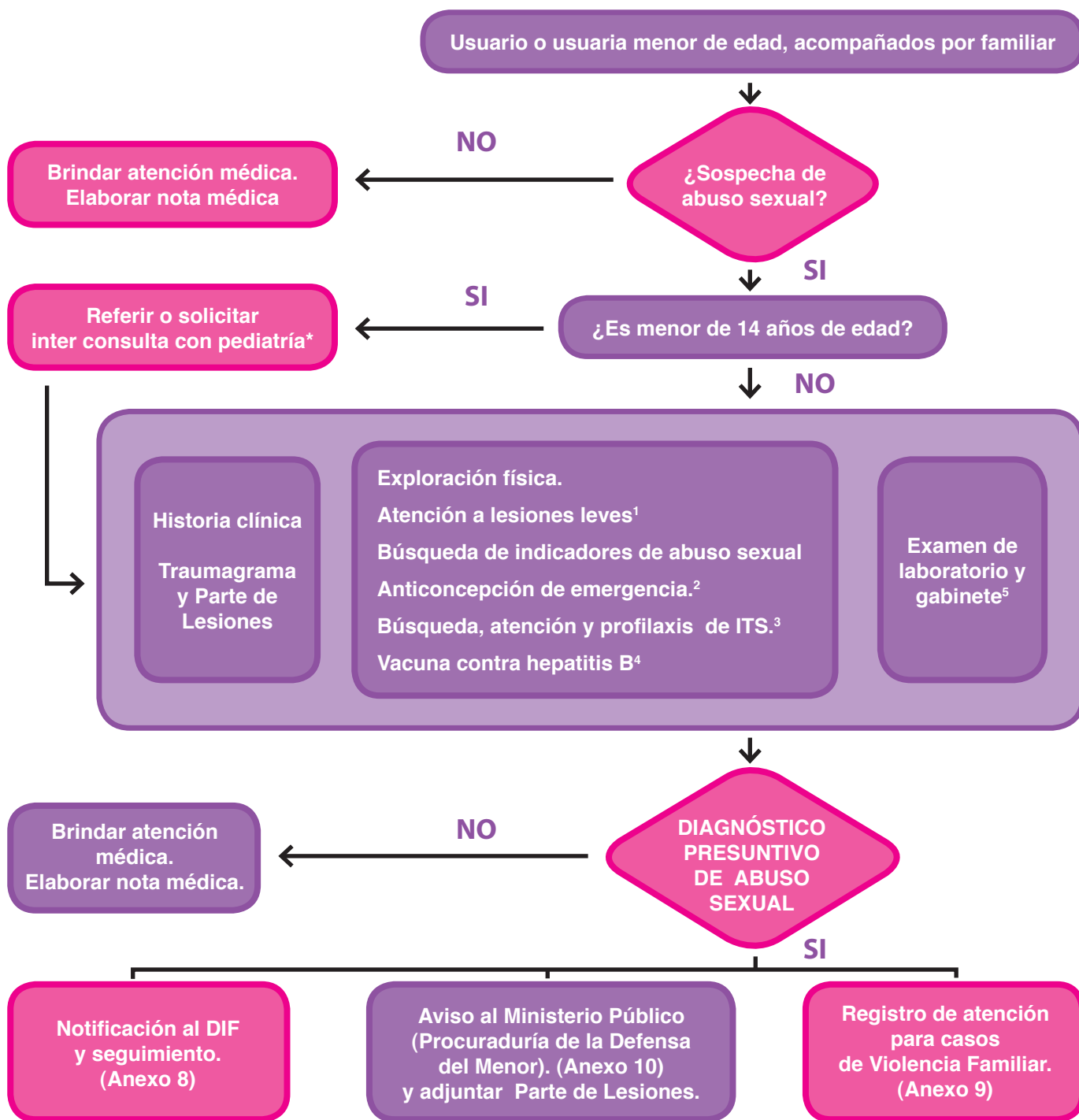


¹ Si las lesiones son graves brinde atención médica de urgencia y refiera hacia el servicio médico correspondiente y/o a los servicios médicos especializados.

² En caso de disponer de los servicios en la propia unidad médica.



Diagrama 3. Atención esencial para el diagnóstico presuntivo de abuso sexual



* En caso de que no haya pediatra en el Centro de Salud u Hospital, el personal de salud de primer contacto, estará obligado a brindar la atención correspondiente a jóvenes mayores de 14 años, como se indica en el Diagrama, excepción hecha de la revisión de los genitales internos.

¹ Si las lesiones son graves brinde atención médica de urgencia y refiera hacia el servicio médico correspondiente y/o a los servicios médicos especializados.

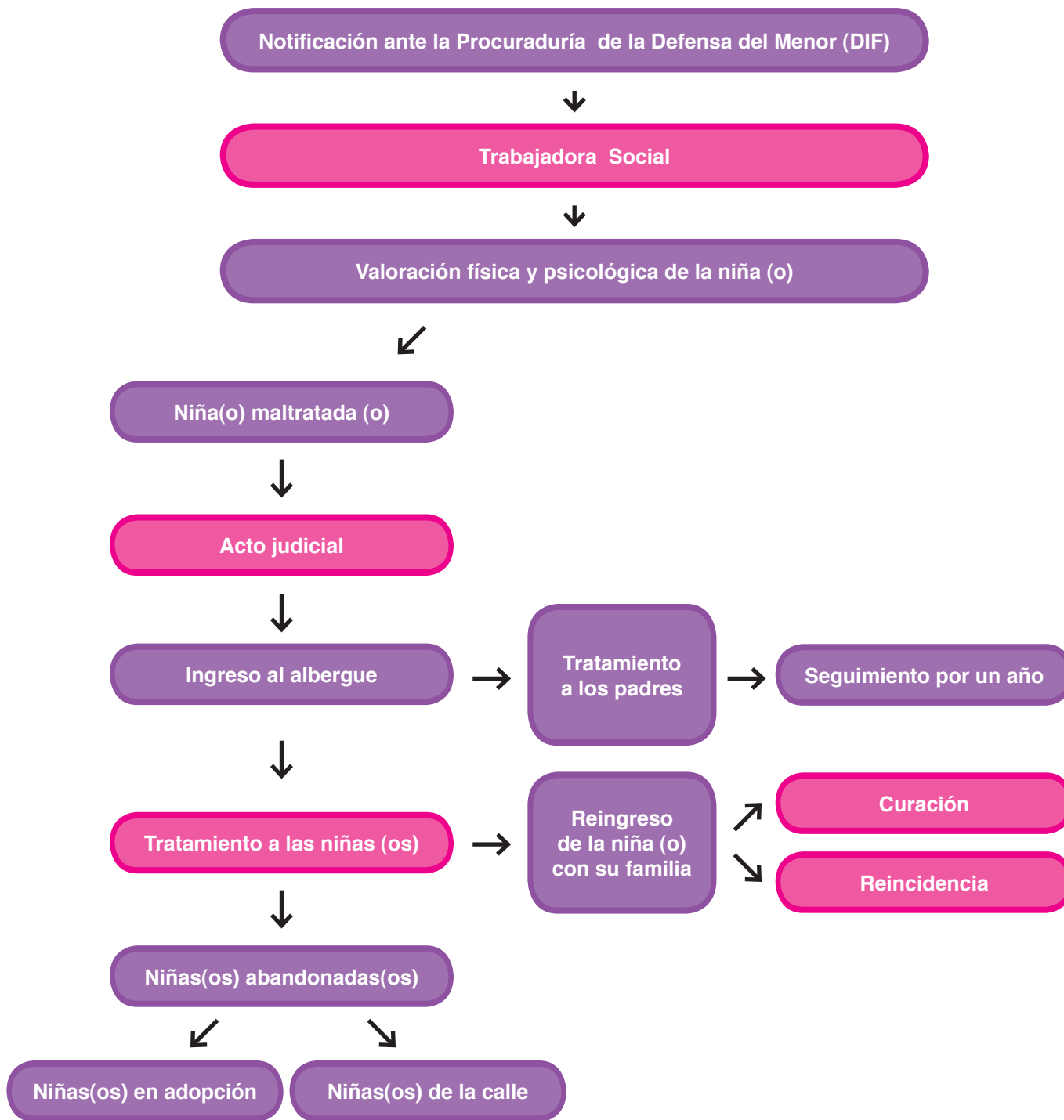
² Cuadro 8, independientemente de la edad, siempre y cuando ya haya presentado la menarca.

³ Cuadro 7.

⁴ Cuadro 9.

⁵ En caso de disponer de los servicios en la propia unidad médica, realizar estudios de gabinete y laboratorio y ver cuadro 7.

Diagrama 4. Ruta crítica para la detección y el tratamiento del niño(a) maltratado(a). Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. México, 1999



Fuente: Herrera-Basto E. Indicadores para la detección de maltrato en niños. Salud Pública Mex 1999; 41(5):420-425.



Cuadro 7.

Si se brinda atención antes de las 72 horas de ocurrida la agresión, se recomienda el siguiente manejo como profilaxis.

Cuadro 7. Tratamiento de gonorrea y de infección por <i>Chlamydia trachomatis</i> en niños y niñas		
Agente patógeno	45kg	45kg
Neisseria gonorrhoeae	Amoxicilina 50mg/kg VO + probenecid 25mg/kg VO, Dosis única o	Amoxicilina 3.0gr VO + Probenecid 1gr. VO. Dosis única o
	Ceftriaxona 125mg IM. Dosis única o	Ceftriaxona 250mg IM. Dosis única o
	Espectinomicina 40mg/kg IM. Dosis única	Espectinomicina 2gr. IM. Dosis única
(Optar por uno de los tres tratamientos)		
<i>Chlamydia trachomatis</i>	Eritromicina 40mg/kg/día VO, por siete días	Eritromicina 500mg VO, por siete días o
		Tetraciclina 500mg VO, por siete días

Fuente: Berkowitz CD. Abuso sexual del niño. En: Berkowitz CD, ed: Pediatría en atención primaria. México, DF: McGraw-Hill Interamericana; 1996:504-509

Si se presenta después de 72 horas se esperará a los exámenes diagnósticos para la confirmación de la ITS (cuadro 4), y dar tratamiento específico.

Cuadro 8.

En toda niña violada, independientemente de su edad, si ya presentó la menarca, el médico que tenga el contacto inicial deberá indicar anticoncepción de emergencia dentro de las primeras 72 horas después de ocurrida la violación.

Pasadas las 72 horas, su efectividad anticonceptiva disminuye, pero no desaparece y puede emplearse hasta 120 horas, (cinco días después de ocurrido el episodio).

Cuadro 8. Esquemas para la anticoncepción de emergencia

Nombre genérico	Nombre comercial	Primera dosis, durante las primeras 72 horas y hasta 120 horas después de ocurrida la violación	Segunda dosis, 12 hrs. después de la primera dosis
Estrógeno + progestina	Ovral Eugynon Nordiol, Neogynon	Dos pastillas	Dos pastillas
Estrógeno + progestina	Lo-femenal Nordet Microgynon	Cuatro pastillas	Cuatro pastillas
(Levonorgestrel)	Vika	Un comprimido	Un comprimido
	Postinor II Glanique	Dosificación alternativa: dos comprimidos en dosis única	

Cuadro 9.

La vacuna para prevenir la Hepatitis B puede emplearse hasta 72 horas después de ocurrida la agresión. Se aplica por vía intramuscular en la región deltoidea, según la dosificación que se indica a continuación.

Cuadro 9. Prevención de hepatitis B, con inmunoglobulina de hepatitis B (vacuna HBlg)

Niñas(os) hasta 10 años de edad	0.25 ml (2.5 mcg)
Adolescentes 11 a 19 años de edad	0.5 ml (5 mcg)

Fuente: Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT. Child sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: II. Psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35:1365-1374



ANEXOS



ANEXO 1. Definiciones de maltrato infantil

- Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es toda forma de perjuicio, abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, abuso sexual al niño (a) por parte de sus padres, representantes legales, o de cualquier otra persona que lo (a) tenga a su cargo.
- Para el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) es aquel segmento de la población conformado por niños, niñas y jóvenes hasta los 18 años de edad que “sufren ocasional o habitualmente actos de violencia física, sexual o emocional, sea en el grupo familiar o en las instituciones sociales”. El maltrato puede ser ejecutado por omisión, supresión o trasgresión de los derechos individuales y colectivos e incluye el abandono completo o parcial.
- El DIF lo define como aquellas agresiones que los adultos descargan sobre los menores, produciéndoles daños físicos y emocionales, afectando su desarrollo intelectual, educación y su adecuada integración a la sociedad.
- Para la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado, del Instituto Nacional, de Pediatría y de la Universidad Nacional Autónoma de México, (CAINM-INP-UNAM) es toda agresión u omisión intencional o no, dentro o fuera del hogar contra un menor(es), antes o después de nacer y que afecte su integridad biopsicosocial, realizada habitualmente u ocasionalmente por una persona, institución o sociedad, en función de su superioridad física y/o intelectual.

ANEXO 2. Definiciones del maltrato físico

Según:

- La Organización Panamericana de la Salud (OPS). Toda forma de agresión que causa daño no accidental provocando lesiones internas, externas o ambas.
- El DIF. Es la agresión física que produce lesiones corporales en el o la menor, como son: hematomas, quemaduras, fracturas, daños abdominales, en el cráneo o envenenamiento; causados con manos, pies y diversos objetos (cinturones, cables de luz; palos, cigarrillos, tubos, agua caliente, así como diversas sustancias dañinas al organismo).
- La Comisión Nacional de Derechos Humanos. El maltrato o abuso físico se refiere a los daños físicos infligidos a un niño por alguna persona responsable de su cuidado. No es necesario que los daños sean infligidos de manera intencional.
- El CAINM-INP-UNAM. Es la acción no accidental que provoca una lesión externa o interna como consecuencia de una acción de violencia.



ANEXO 3. Definiciones de maltrato psicológico

Según:

- La OPS. Es el daño (intencional o no) que se causa contra las habilidades de un niño (a), dañando su autoestima, capacidad de relacionarse y habilidad para expresarse y sentir. Esto ocasiona un deterioro en su personalidad, socialización y en general, en el desarrollo armónico de sus emociones y habilidades,, limitando e inhabilitando su desarrollo potencial.
- El DIF. Son actitudes dirigidas para producir daño a la integridad emocional de los (las) menores, a través de gestos o expresiones verbales que humillan o lo degradan, generándoles sentimientos de desvaloración, baja autoestima e inseguridad personal.
- La Comisión Nacional de Derechos Humanos. Se define como acto u omisiones cometidos por padres o cuidadores que han provocado o pueden provocar trastornos de comportamiento, cognitivos, emocionales o mentales serios. El maltrato psicológico comprende tanto actos de abuso, como de negligencia. La negligencia emocional incluye la falta de contención adecuada, retener el afecto, permitir al niño (a) adoptar comportamientos inadecuados y rehusar proveerle una aceptación o reconocimiento básicos.
- El CAINM-INP-UNAM. Toda acción u omisión intencional que un individuo de edad mayor a la del niño (a) ejerce contra éste (a), afectando su desarrollo cognoscitivo (psicomotor, inteligencia, lenguaje, memoria, atención, etc.), emocional (autoestima, auto concepto, integridad corporal, independencia, capacidad de expresarse, etc.), y sus habilidades de socialización, y por lo tanto, la integración de su personalidad

ANEXO 4. Definiciones de abuso sexual

Según:

- La OPS. Todo acto en el que una persona, en una relación de poder, involucra a un (a) menor en una actividad de contenido sexual que propicia su victimización y de la que el ofensor obtiene gratificación. (Se entiende la relación de poder como aquella que nace de una diferencia de fuerza, edad, conocimiento o autoridad, entre víctima y ofensor)
- El DIF. Es cualquier tipo de contacto sexual con un (a) menor por parte de un familiar o cualquier adulto, que lo hacen con el objetivo de obtener su excitación y/o gratificación sexual, y que puede variar desde la exhibición de los genitales, los tocamientos corporales hasta la violación.
- La Comisión Nacional de Derechos Humanos. Ocurre entre un niño o una niña y un adulto que puede ser alguno de sus padres, padrastros o responsables del niño o niña o cualquier otro adulto integrante de su familia. Comprende tanto los actos que puede realizar el adulto para obtener estimulación o gratificación sexuales, como la explotación sexual del niño o niña.
- El CAINM-INP-UNAM. Interacción sexual que puede o no ser física, entre un niño (a) y un individuo de un edad mayor, quien lo utiliza en forma violenta, con engaño o seducción, para su estimulación sexual, la del o la menor o la de otros (violación, incesto, estupro, hostigamiento sexual, inducción y fomento de la prostitución)



ANEXO 5. Abandono

Según:

- La OPS. Involucra la privación de las necesidades básicas que garantizan al niño un desarrollo biopsicoafectivo normal. Existe la posibilidad de brindar alimentación, educación, salud o cuidado a los niños, pero no se brinda o se consume el abandono total.
- La Comisión Nacional de Derechos Humanos. Es el fracaso repetido al proporcionar al niño(a) los estándares mínimos de alimentación, vestido, atención médica, educación, seguridad y satisfacción a sus necesidades tanto físicas como emocionales.

ANEXO 6. Otros tipos de maltrato

1. Síndrome del Niño Sacudido.

Es reconocido como el maltrato cerebral y ocular producido a través de un mecanismo de aceleración y desaceleración craneal, por las sacudidas energéticas a un(a) menor, todo eso sin dejar huella externa de trauma craneal y ocular.

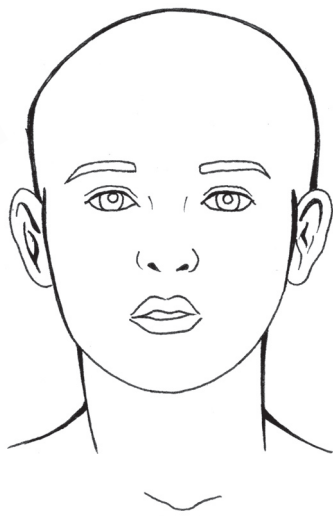
2. Síndrome de Münchhausen por Poder.

El (la) menor es víctima de un adulto que sufre trastornos de la personalidad. Por este hecho, le fabrica estados de enfermedad inexistentes.

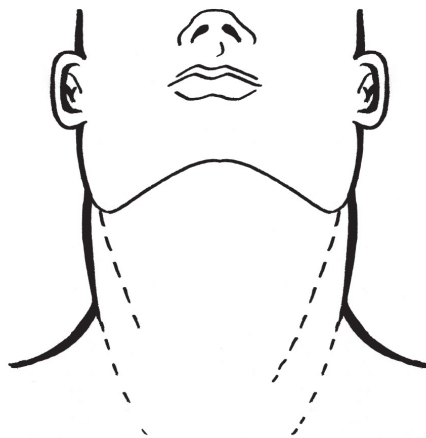
ANEXO 7. Traumagrama



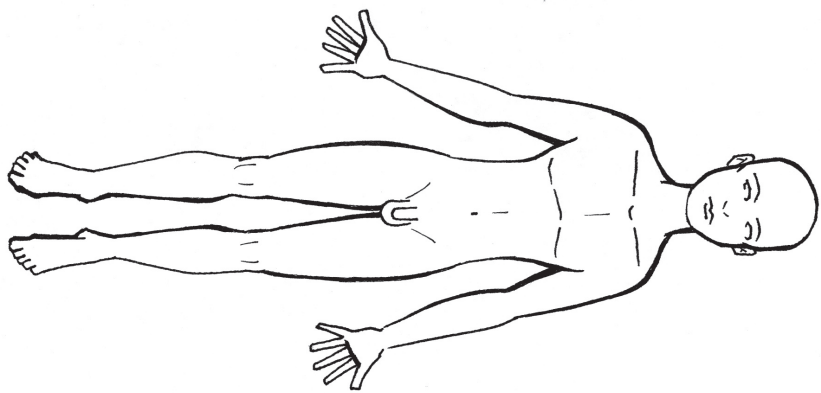
DERECHA



IZQUIERDA

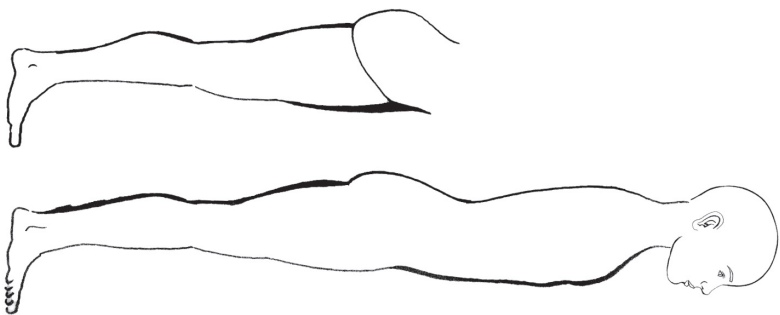
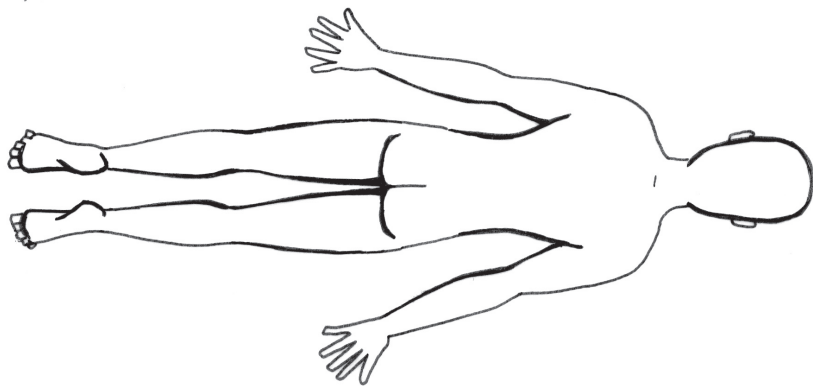


MASCULINO



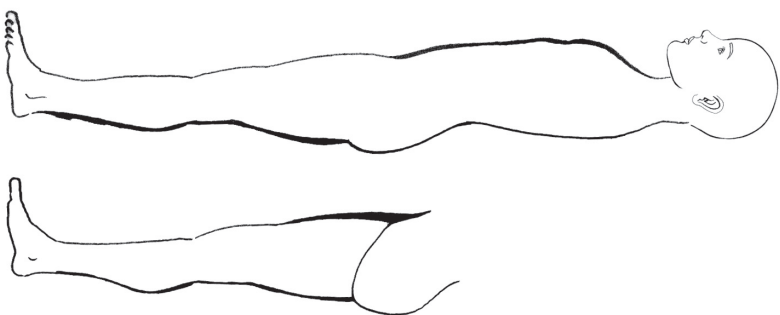
DERECHA

IZQUIERDA



DENTRO

FUERA



DENTRO

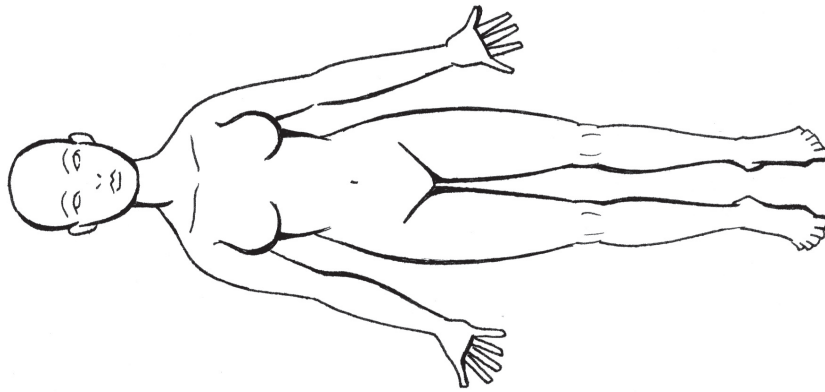
FUERA

FRENTE

VUELTA

PARTE INTERNA

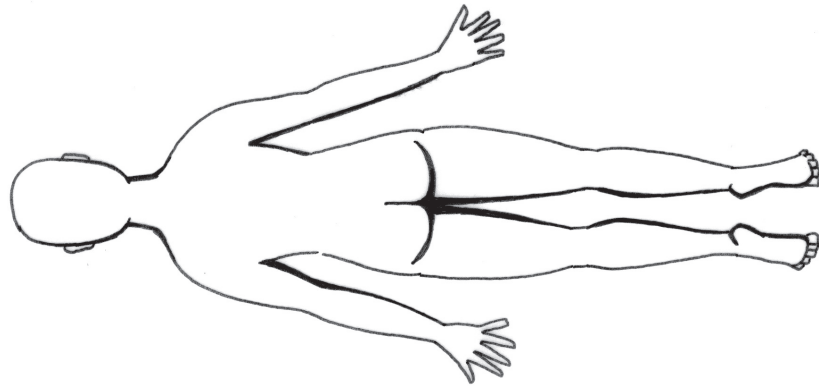
FEMENINO



DERECHA

IZQUIERDA

FRENTE

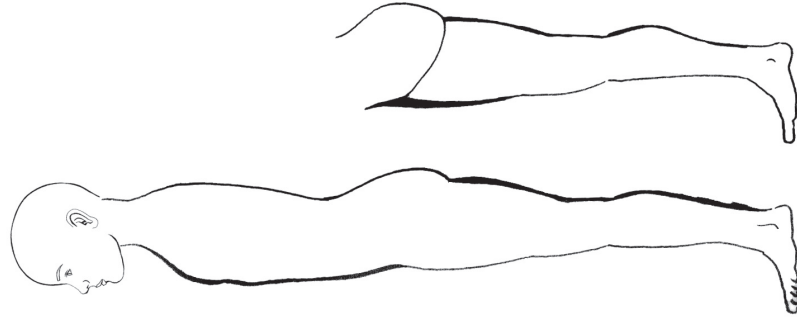


VUELTA



DERECHA

DENTRO FUERA



IZQUIERDA

DENTRO FUERA

PARTE INTERNA



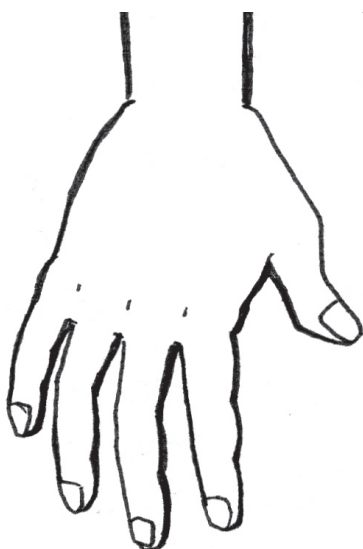
BRAZOS Y MANOS



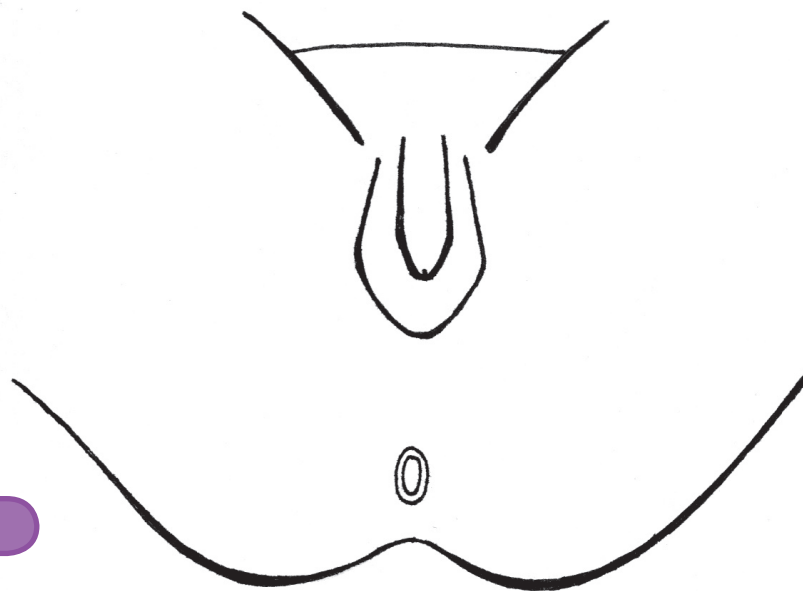
DERECHA



IZQUIERDA



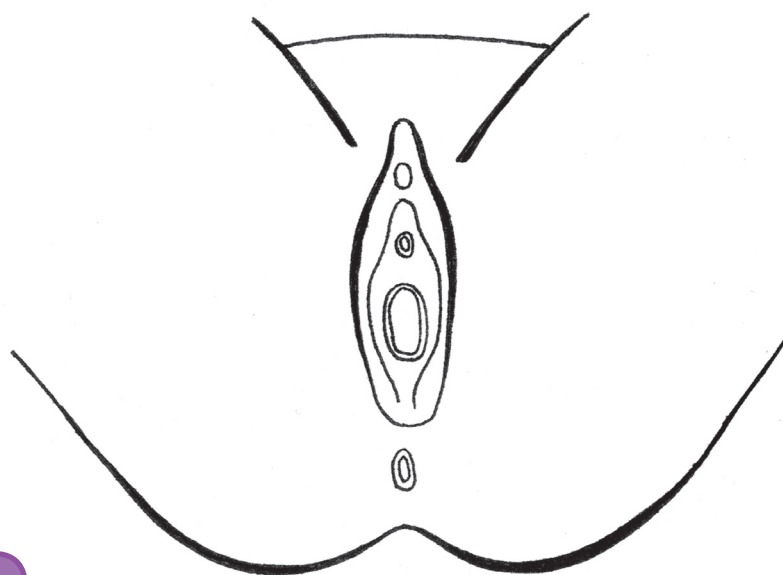
GENITALES MASCULINO



DERECHA

IZQUIERDA

GENITALES FEMENINO



DERECHA

IZQUIERDA

Nota: cuando la exploración la haga un médico general, ésta debe realizarse únicamente en genitales externos; en caso de tratarse de un pediatra o médico legista, pueden revisar genitales internos).



NOTIFICACIÓN ANEXO 8.

ANEXO 7.

NOTIFICACIÓN DE PRESUNCIÓN DE MALTRATO INFANTO-JUVENIL

PARA UNA EXPLICACIÓN DETALLADA DE LOS INDICADORES VÉASE EL DORSO

Nombre: _____			Fecha: _____		
Apellido paterno		materno		nombre(s)	
Fecha de nacimiento: / /			Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		
aa/mm/dd					
Acompañante: <input type="checkbox"/> Padre		<input type="checkbox"/> Madre		<input type="checkbox"/> Tutor	
<input type="checkbox"/> Otro familiar		<input type="checkbox"/> Vecina		<input type="checkbox"/> Policía	

Dirección: _____			
Calle		Num. Externo	Num. Interno
Colonia		CP	
Nombre y dirección de escuela: _____			
Año escolar: _____			

Maltrato físico	Abuso Sexual	Negligencia
<input type="radio"/> Equimosis <input type="radio"/> Quemaduras <input type="radio"/> Fracturas óseas <input type="radio"/> Heridas <input type="radio"/> Mordeduras por personas <input type="radio"/> Síndrome del niño sacudido (anexo 5)	<input type="radio"/> Sin contacto físico <input type="radio"/> Con contacto físico y sin penetración <input type="radio"/> Dificultad para andar y sentarse <input type="radio"/> Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada <input type="radio"/> Dolor o prurito en la zona genital <input type="radio"/> Contusiones o sangrado en genitales externos o a nivel anal <input type="radio"/> Explotación sexual <input type="radio"/> Infección de transmisión sexual <input type="radio"/> Semen en la boca, genitales o ropa <input type="radio"/> Apertura anal patológica	<input type="radio"/> Escasa higiene <input type="radio"/> Falta de supervisión <input type="radio"/> Cansancio o apatía o necesidades <input type="radio"/> Problemas físicos o necesidades médicas <input type="radio"/> Explotación infantil, se le hace trabajar en exceso o no va al escuela <input type="radio"/> Ha sido abandonado
		Maltrato Emocional
		<input type="radio"/> Maltrato Emocional <input type="radio"/> Retraso físico, emocional y/o intelectual <input type="radio"/> Intento suicida <input type="radio"/> Cuidados excesivos / sobreprotección

Otros síntomas o comentarios:

Personal de salud (o) que notifica:
 Unidad que notifica:

 Nombre y firma del Director del Centro de Salud

Adaptada de: El Programa de atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario, Madrid 1999. El registro de notificación de riesgo social y maltrato infantil

Presunción: no existen datos objetivos, sólo la sospecha, que se deduce en la integración de la historia clínica del paciente en la que se pueden detectar dos factores:

1. Cuando los datos proporcionados por el paciente y/o el (la) acompañante no concuerdan con lo que se encuentra en la exploración física.
2. Cuando existe demora por parte del paciente para acudir a los servicios de salud.

Es importante señalar que, además de estos dos, existen otros factores a considerar para establecer el diagnóstico presuntivo, por ejemplo: los indicadores de maltrato físico, abandono, abuso sexual, psicológico:

- a. Magulladuras o moretones en diferentes fases de cicatrización en rostro, labios o boca, en zonas extensas del torso, espalda, nalgas o muslos, con formas no normales, agrupados o como señal o marco del objeto con el que han sido infligidos, en varias áreas diferentes, indicando que el niño o la niña ha sido golpeado o golpeada desde distintas direcciones.
- b. Quemaduras de puros o cigarrillos. Quemaduras que cubren toda la superficie de las manos (en guante) o de los pies (como un calcetín) o quemaduras en forma de buñuelo en nalgas, genitales, indicativas de inmersión en líquido caliente. Quemaduras en brazos, piernas, cuello o torso provocadas por haber estado atado fuertemente con cuerdas. Quemaduras con objetos que dejan señal claramente definida (parrilla, plancha, etcétera).
- c. Fracturas en el cráneo, nariz o mandíbula. Fracturas en espiral de los huesos largos (brazos o piernas), en diversas fases de cicatrización. Fracturas múltiples. Cualquier fractura en un niño o niña menor de dos años de edad.
- d. Heridas o raspaduras en la boca, labios, encías u ojos. En los genitales externos, en la parte posterior de los brazos, piernas o torso.
- e. Señales de mordeduras humanas, especialmente cuando parecen ser de un adulto (más de 3 cms. de separación entre las huellas de los caninos) o si son recurrentes.
- f. Hemorragias retinianas e intracraneales, sin fracturas.
- g. Constantemente sucio. Escasa higiene. Hambriento o sediento. Inapropiadamente vestido para el clima o la estación. Lesiones por exposición excesiva al sol o al frío (quemadura solar, congelación de las partes sacras).
- h. Constante falta de supervisión, especialmente cuando el niño o la niña está realizando acciones peligrosas o durante largos periodos de tiempo.
- i. Problemas físicos o necesidades médicas no atendidas (por ejemplo, heridas sin curar o infectadas) o ausencia de los cuidados médicos rutinarios: no seguimiento del esquema de vacunación, ni otras indicaciones terapéuticas, caries dental extensa, alopecia localizada por postura prolongada en la misma posición, cráneo aplanado - plagiocefalia.
- j. Incluye a niños o niñas que acompañan a adultos que "piden", vendedores(as) en semáforos y a todos aquellos sin escolarizar debiendo estarlo.
- k. Situaciones en las que el adulto responsable de la tutoría actúa, priva o provoca de manera crónica, sentimientos negativos para la autoestima del niño o de la niña. Incluye menosprecio continuo, desvalorización, insultos verbales, intimidación y discriminación. También están incluidas amenazas, corrupción, interrupción o prohibición de las relaciones sociales de manera continua.
- l. Retraso del crecimiento sin causa orgánica justificable. Incluye retraso psíquico, social, del lenguaje, de la motilidad global o de la motilidad fina.
- m. Sobreprotección que priva al niño o a la niña del aprendizaje para establecer relaciones normales con su entorno (adultos, niños, niñas, juego, actividades escolares).
- n. Infecciones de transmisión sexual por abuso sexual. Incluye gonorrea y sífilis no neonatal. Son sospechosos de abusos sexual: Chlamidia, condilomas acuminados, tricomonas vaginales, herpes tipo I y II.
- o. Incluye fisuras anales (no siempre son abusos), cicatrices, hematomas y condilomas acuminados que son altamente sugestivos de abuso sexual. Desgarros de la mucosa anal, cambios de la coloración o dilatación excesiva (>15 mm, explorado el ano en decúbito lateral, especialmente con ausencia de heces en la ampolla rectal). La presencia de condilomas acuminados es altamente sugestiva de abuso sexual.



AVISO AL MINISTERIO PÚBLICO

(VIOLENCIA FAMILIAR, APÉNDICE INFORMATIVO 1)

Folio: _____

Nombre, razón o denominación social del establecimiento _____

Institución _____ Localidad _____ Municipio _____

C.P. _____ Entidad federativa _____

Servicio _____ Cama _____ Fecha de elaboración

día	mes

	año

USUARIO(A) AFECTADO(A) DE VIF	Nombre _____			Edad _____	Sexo <input type="checkbox"/>
	Apellido paterno _____		Apellido materno _____	Nombre (s) _____	Años _____
	Dirección _____				
Calle _____		Número exterior _____	Número interior _____	Barrio o colonia _____	Código postal _____
Localidad _____		Municipio _____		Entidad Federativa _____	

Fecha de atención médica

día	mes

	año

 Hora de recepción del usuario(a) afectado (a)

horas	minutos

Motivo de atención médica _____

Diagnóstico (s) _____

Evolución, acto notificado, reporte de lesiones, en su caso, reporte de probable causa de muerte: _____

Plan:

a) Farmacoterapia _____

b) Exámenes de laboratorio y gabinete _____

c) Canalización _____ Referencia _____

Seguimiento del caso:

Área de trabajo social _____

Área de psicología _____

Área de medicina preventiva _____

Área de asistencia social _____

Pronóstico _____

Notificación	Fecha <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td>día</td><td>mes</td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td>año</td></tr></table>			día	mes				año	<input type="checkbox"/> Agencia del Ministerio Público <input type="checkbox"/> Presidente Municipal <input type="checkbox"/> Jurisdicción Sanitaria Especificar _____	Nombre y cargo del receptor _____
	día	mes									
	año										
	<input type="checkbox"/> Otra instancia Especificar _____	No. y Nombre Agencia del Ministerio Público _____	_____								
		_____	_____								
		_____	_____								

Médico notificante: nombre _____ Firma _____



REFERENCIAS

1. Valdez-Santiago R. Hajar-Medina M. Del silencio privado a las salas de urgencias: la violencia familiar como un problema de salud pública. *Gac Méd Méx* 2002; 138(2):159-163.
2. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. Washington, D.C: OMS; 2003.
3. Secretaría de Desarrollo Social-Hábitat. Avances de la Evaluación de los Registros Administrativos en Materia de Violencia. México, DF: SEDESOL; 2004.
4. Secretaria de Salud. Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual. Manual Operativo. México, DF: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva; 2004.