

MINISTERIO DE SALUD DE EL SALVADOR

**LINEAMIENTOS TÉCNICOS DE ATENCIÓN
INTEGRAL A TODAS LAS FORMAS DE
VIOLENCIA**



San Salvador, marzo de 2012



**Ministerio de Salud
Viceministerio de Políticas de Salud
Viceministerio de Servicios de Salud
Dirección de Apoyo a la Gestión y Programación Sanitaria
Dirección de Regulación y Legislación en Salud**

**“LINEAMIENTOS TÉCNICOS DE ATENCIÓN
INTEGRAL A TODAS LAS FORMAS DE
VIOLENCIA”**

SAN SALVADOR, EL SALVADOR, MARZO DE 2012

AUTORIDADES

Dra. María Isabel Rodríguez
Ministra de Salud

Dr. Eduardo Espinoza Fiallos
Viceministro de Políticas de Salud

Dra. Elvia Violeta Menjívar
Viceministra de Servicios de Salud

FICHA CATALOGRÁFICA

2012, Ministerio de Salud

Todos los derechos reservados. Está permitida la reproducción parcial o total de esta obra, siempre que se cite la fuente y que no sea para fines de lucro.

Son responsabilidad de los autores técnicos de este documento, tanto su contenido como los cuadros, diagramas e imágenes.

La documentación oficial del Ministerio de Salud puede ser consultada a través de:
<http://asp.salud.gob.sv/regulacion/default.asp>

Normas, Manuales y Lineamientos.

Tiraje: N° de ejemplares.

Edición y Distribución

Ministerio de Salud

Calle Arce No. 827, San Salvador. Teléfono: 2202-7000.

Diseño de Proyecto Gráfico:

Diagramación: Imprenta

Impreso en El Salvador por Imprenta.

El Salvador. Ministerio de Salud. Viceministerio de Políticas de de Salud.

Viceministerio de Servicios de Salud.

Dirección de Apoyo a la Gestión y Programación Sanitaria.

Dirección de Regulación y Legislación en Salud.

“Lineamientos técnicos de atención integral a todas las formas de violencia”

1a. Edición. San Salvador. El Salvador, C.A.

79, Normas, Manuales y Lineamientos

- Unidad de Atención Integral e Integrada a todas las formas de violencia.

2. Ministerio de Salud.

ÍNDICE

	Página
Introducción	9
I. Base Legal	9
II. Objetivos	9
III. Ámbito de aplicación	10
Disposiciones técnicas	10
IV. Funciones y responsabilidades	10
V. Promoción de estilos libres de violencia	12
VI. Prevención de la violencia	12
VII. Atención a todas las formas de violencia	15
VIII. Disposiciones generales	76
Derogatoria	76
Obligatoriedad	76
De lo no previsto	76
Anexos	76
IX. Abreviaturas y siglas	76
X. Terminología	77
XI. Vigencia	79

**EQUIPO TÉCNICO DEL MINISTERIO DE SALUD
UNIDAD DE ATENCIÓN INTEGRAL E INTEGRADA
A TODAS LAS FORMAS DE VIOLENCIA**

Dra. María Elena Avalos Aragón	Coordinadora Unidad de Atención Integral e Integrada a todas las formas de Violencia
Dra. Margarita Méndez de Velis	Colaboradora Técnica
Licda. Margarita de Serrano	Colaboradora Técnica
Licda. Ana Sofía Viana de Abrego	Colaboradora Técnica
Licda. María Mercedes Valencia de Padilla	Colaboradora Técnica
Dr. Julio César Campos Yada	Colaborador Técnico

COMITÉ CONSULTIVO

Dra. Ana Cecilia Cardoza Funes	Coordinadora Salud Mental Instituto Salvadoreño del Seguro Social
Lic. José Francisco Alfaro	Colaborador Técnico Salud Mental Instituto Salvadoreño del Seguro Social
Licda. Yesenia Oliva de Mejía	Colaboradora Técnico Salud Mental Instituto Salvadoreño del Seguro Social
Licda. María de la Paz Benavides	Especialista en Salud, Sexual, Reproductiva. Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer, ISDEMU
Licda. Sonia Galdámez Montufar	Especialista de Prevención de la Violencia Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer, ISDEMU
Licda. Lilian Meléndez de Franco	Gerente de Programas Sociales Asociación Demográfica Salvadoreña, ADS
Dr. Giovanni Gutiérrez Jandres	Coordinador de Salud Instituto Salvadoreño para el Desarrollo Integral de la Niñez y la Adolescencia, ISNA
Dra. Silvia Morán de García	Coordinadora Nacional de Lesiones de Causa Externa Ministerio de Salud
Dra. Nadia Rodríguez	Dirección del Primer Nivel Ministerio de Salud
Dr. Napoleón Lara	Dirección del Primer Nivel Ministerio de Salud
Licda. Emma Lilian Membreño de Cruz	Colaboradora Técnica Dirección Primer Nivel de Atención Ministerio de Salud
Dra. Esmeralda Miranda de Ramírez	Colaboradora Técnica Unidad de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva Ministerio de Salud
Dra. Claudia Pintin	Fondo Solidario para la Salud. FOSALUD
Dra. Alma Yanira Quezada	Colaboradora Técnica Programa Nacional de VIH/SIDA Ministerio de Salud
Dra. Hazel Margarita Valdez	Unidad de Salud Mental Ministerio de Salud
Lic. Félix Andrés Evangelista	Unidad de Salud Mental Ministerio de Salud
Lic. Manuel de Jesús Guzmán	Unidad de Promoción de la Salud Ministerio de Salud

Dr. Jorge Ernesto Roldán R.	Coordinador de Normalización Ministerio de Salud
Lic. Ernesto Villalobos	Colaborador Jurídico de la Dirección de Regulación y Legislación en Salud Ministerio de Salud
Licda. Yesenia Segovia	Instituto de Investigación, Capacitación y Desarrollo de la Mujer, IMU.
Licda. Gloria Cerón	Coordinadora de Programa de Desarrollo Local Organización de Mujeres por la Paz, ORMUSA
Dra. Xinia Castro	Asesora University Research Co. LLC

INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Salud, en adelante MINSAL, a través de la Unidad de Atención Integral e Integrada en Salud de las personas afectadas por violencia en el ciclo de vida, con el propósito de establecer procedimientos generales para el abordaje de todas las formas de violencia en las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS), ha elaborado los presentes Lineamientos técnicos de atención en salud integral e integrada a todas las formas de violencia, con la finalidad de que el personal detecte oportunamente signos y síntomas en personas afectadas por violencia y el manejo adecuado para el restablecimiento de su salud, tanto física como emocional.

En estos Lineamientos, se detallan los pasos a seguir en los diferentes niveles de atención, para el manejo de personas afectadas por la violencia en el ciclo de vida, que incluye la promoción de estilos de vida libres de violencia en el nivel individual, familiar, laboral y comunitario, la prevención y atención de todas las formas de violencia, así mismo se desarrollan pautas generales para la coordinación interinstitucional e intersectorial, con participación activa de la comunidad, a fin de promover una atención integral a nivel nacional.

I. BASE LEGAL.

Que de acuerdo a la Ley Especial Integral para una Vida Libre de Violencia para las Mujeres; la Ley de Protección Integral a la Niñez y Adolescencia, la Ley de la Atención Integral a la Persona Adulta Mayor; la Ley de Equiparación de Oportunidades, y la Ley de Igualdad, Equidad y Erradicación de la Discriminación en contra de las Mujeres, corresponde al Ministerio de Salud (MINSAL), establecer y ejecutar las medidas específicas para la prevención, detección temprana, atención e intervención en los casos de violencia contra las personas, en el ámbito de los servicios de salud pública.

El Código de Salud, igualmente establece que el MINSAL debe adoptar las acciones de promoción de salud de personas, que les permita un normal desarrollo físico, mental y social, así como brindar la asistencia médica, psiquiátrica, de rehabilitación integral y demás a la población que lo requiera.

Que la Política Nacional de Salud en la estrategia catorce establece para el MINSAL la obligación de “definir estrategias orientadas al mejoramiento de la atención integral a la salud mental, a la reducción del alcoholismo y toxicomanías y a los aspectos vinculados a la salud mental que se identifiquen con respecto a la violencia social y a la violencia contra la mujer”, así como adoptar las acciones de detección y atención integral a la mujer, niña o niño, que sufran maltrato físico, psicológico o sexual.

Que de igual forma, la Norma de Atención Integral e Integrada a todas las formas de violencia, establece la necesidad de emitir los Lineamientos técnicos que permitan la atención de todas las personas que han sufrido algún tipo de violencia.

II. OBJETIVOS

1. General

Proporcionar orientación básica al personal de salud de las intervenciones en las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS), para la ejecución de acciones de promoción, prevención, atención y recuperación de la salud de las personas en situación de violencia en el ciclo de vida, desde la perspectiva de derechos, género e intersectorialidad.

2. Específicos

- 1) Establecer las directrices para el abordaje integral e integrado de la violencia de familia o pareja, violencia comunitaria en el ciclo de vida.
- 2) Establecer pautas generales para la coordinación del sector salud con otros sectores y la participación ciudadana, a fin de promover la atención integral al problema de violencia.
- 3) Fortalecer la detección y vigilancia de la violencia en los establecimientos de las RIISS.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Están sujetos a la aplicación y al cumplimiento de estos Lineamientos técnicos, todos los funcionarios o empleados de los establecimientos del MINSAL.

DISPOSICIONES TÉCNICAS

IV. FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES

Nivel Superior

1. Socializar, monitorear y evaluar los resultados de la implementación de los Lineamientos técnicos de atención integral e integrada a todas las formas de la violencia
2. Elaborar y evaluar la implementación de la Política, planificación estratégica y abordajes de atención integral e integrada de la violencia en el sector salud.
3. Conducir el proceso de implementación de la atención integral e integrada a la violencia en el sector salud.
4. Divulgar y apoyar la implementación de estrategias que promuevan la participación intersectorial para el abordaje de la problemática de la violencia.
5. Participar en el fortalecimiento del Sistema Único de Información en Salud (SUIS) en el componente de vigilancia epidemiológica de la violencia.
6. Promover la participación interinstitucional e intersectorial para el abordaje integral e integrado de la violencia.
7. Participar en el desarrollo de los Recursos Humanos en salud para el abordaje integral e integrado de la violencia.
8. Divulgar y dar seguimiento a la aplicación de la legislación sobre el tema: Ley contra la violencia intrafamiliar, Ley de protección integral de la niñez y la adolescencia (LEPINA), Ley y Reglamento de atención integral de la persona Adulta Mayor, Ley Especial integral para una vida libre de violencia para las mujeres, así como otras leyes afines.

Nivel Regional

1. Asegurar, socializar, monitorear y evaluar los resultados en el ciclo de vida de la implementación de los Lineamientos de atención integral e integrada de violencia.
2. Asegurar la coordinación entre las Unidades Comunitarias de Salud Familiar, en adelante UCSF, y los hospitales, para garantizar la continuidad en el abordaje de las personas afectadas por la violencia.
3. Asesorar y conducir la conformación de las redes interinstitucionales para el abordaje de la violencia en cada SIBASI.
4. Asegurar el proceso de implementación de la atención integral e integrada a la violencia en el ciclo de vida.
5. Asegurar la implementación y el seguimiento en las RIISS de la aplicación de la legislación vigente sobre el tema.
6. Asegurar la implementación de estrategias que promuevan la participación intersectorial para el abordaje de la problemática de la violencia.
7. Fortalecer el desarrollo de los recursos humanos para el abordaje integral e integrado de las personas afectadas por la violencia.

Nivel Local

En el SIBASI:

1. Socializar, coordinar, asegurar la ejecución, supervisión y evaluación de la implementación de los Lineamientos de atención integral e integrada a todas las formas de violencia.
2. Apoyar la coordinación entre las UCSF y los hospitales, para garantizar la continuidad en el abordaje de las personas afectadas por la violencia.
3. Asesorar y conducir la conformación de las redes intersectoriales para el abordaje de la violencia en cada municipio.
4. Conducir el proceso de planificación e implementación en las RIISS de acciones integradas e integrales de atención a personas afectadas por violencia.
5. Conocer y dar seguimiento en las RIISS a la aplicación de la legislación vigente sobre el tema.
6. Dar seguimiento a la implementación de estrategias que promuevan la participación intersectorial para el abordaje de la problemática de la violencia.
7. Apoyar el desarrollo de los recursos humanos para el abordaje integral e integrado de las personas afectadas por la violencia.

En las UCSF:

1. Ejecutar, dar seguimiento y evaluar la implementación de Lineamientos de atención integral e integrada a todas las formas de violencia.
2. Coordinar con otros establecimientos de las RIISS, incluyendo hospitales municipales, departamentales y regionales, para garantizar la continuidad en el abordaje de las personas afectadas por la violencia.
3. Participar en las redes intersectoriales para el abordaje de la violencia en cada municipio.
4. Planificar e implementar acciones integradas e integrales de atención a personas afectadas por violencia.
5. Dar cumplimiento a la legislación vigente sobre el tema.
6. Ejecutar estrategias que promuevan la participación intersectorial para el abordaje de la problemática de la violencia.

7. Participar en el desarrollo de los recursos humanos para el abordaje integral e integrado de las personas afectadas por la violencia.
8. En cada establecimiento de salud debe implementar estrategias de autocuidado para el personal, que incluya la siguiente temática:
 - Traumatismo secundario y estrés.
 - Redes de apoyo profesionales o sociales.
 - Trabajo en equipo.
 - Estructuras y condiciones laborales adecuadas y de apoyo.
 - Medidas de seguridad para el personal.

V. PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA LIBRE DE VIOLENCIA

La promoción de la salud es un proceso político y social, que tiene por finalidad motivar la participación activa de las personas y la comunidad en el cuidado de su salud y la búsqueda de su bienestar. Fortalece la adopción de estilos de vida y el desarrollo de habilidades y capacidades personales y sociales, dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. Asimismo, permite establecer relaciones respetuosas de los derechos humanos de niños, niñas, adolescentes, mujeres, hombres, adultas/os y personas adultas mayores.

La promoción se debe desarrollar implementando intervenciones de información, educación y comunicación, así como procesos de capacitación en forma continua, en los diferentes niveles de atención y con la participación intersectorial, que incluya:

- La satisfacción de las necesidades afectivo-emocionales y materiales.
- La transmisión de valores morales, éticos y culturales.
- La promoción y facilitación del proceso de socialización.
- El establecimiento de patrones para las relaciones interpersonales (la educación para la convivencia social).
- La creación de condiciones propicias para el desarrollo de la identidad personal y sexual.

A nivel individual

La promoción de estilos de vida saludables libres de violencia en el nivel individual, pretende incidir en los factores biológicos y de la historia personal, que influyen en el comportamiento de una persona, tales como la impulsividad, el bajo nivel educativo, el abuso de sustancias psicotrópicas y los antecedentes de comportamiento agresivo o de haber sufrido maltrato. Este nivel centra su atención en la modificación de las conductas de la persona, para disminuir la probabilidad de ser víctima o perpetrador de actos de violencia.

Para el abordaje se debe:

1. Promover estilos de vida saludable, incorporando a las personas según ciclo de vida, a diferentes actividades recreativas, ejercicio físico, campamentos, caminatas, ferias de la salud, actividades recreativas, socio-culturales y socialmente útiles, en los diferentes clubes con ayuda del Equipo Comunitario de Salud Familiar, así como la higiene personal, seguridad alimentaria y nutricional, con énfasis en niñas, niños y personas adultas mayores.

2. Educar a las personas sobre la identificación y reducción de riesgo, así como las medidas de protección individual.
3. Realizar charlas y sesiones educativas con los grupos de personas y complementar con la entrega e interpretación de material promocional y educativo, relacionado a la prevención de la violencia, en el ciclo de vida.
4. Promover la cultura de denuncia y asesorar sobre los procedimientos y las instancias legales establecidas para la protección integral de las personas afectadas por violencia.

A nivel familiar

Incidir en el modo en que las relaciones sociales cercanas, como las que se dan entre la pareja, los miembros de la familia y los amigos cercanos, para disminuir el riesgo de situaciones de violencia.

Para ello el personal debe:

1. Impartir información y educación sobre estilos de vida no violentos, al grupo familiar durante la visita domiciliar, según riesgos, daños y determinantes sociales de la salud.
2. Proveer información sobre los riesgos potenciales de accidentes en el hogar, escuelas, centro de trabajo, lugares públicos y carreteras, a través de la entrega e interpretación de material educativo.
3. Realizar al menos una visita de seguimiento, según daños y factores de riesgos de salud relacionados con violencia intrafamiliar o comunitaria identificados, valorando visitas subsecuentes.

A nivel laboral

Establecer las coordinaciones para que en todos los ambientes laborales de su área de responsabilidad, se promuevan las condiciones que disminuyan la ocurrencia de violencia y de accidentes, en este apartado debe tomarse en cuenta a los comités de salud y seguridad ocupacional.

En este nivel se debe:

1. Realizar visitas a los centros de trabajo formal y no formales para identificar situaciones de acoso laboral y posibles violaciones a los derechos de los trabajadores, y desarrollar actividades de promoción de la salud orientadas al establecimiento de relaciones interpersonales pacíficas, divulgación de derechos laborales, toma de medidas de seguridad para la prevención de accidentes (tales como simulacros en casos de emergencia, utilización de equipo para protección personal, entre otros).
2. Identificar a la población infantil y adolescente laborando, para evaluar riesgos y posibles violaciones a sus derechos. Asimismo se dará aviso a las instancias correspondientes.
3. Coordinar con representantes de empresas, líderes comunitarios y organizaciones sindicales, para brindar información, educación sobre los derechos y deberes laborales, y promover estilos de vida saludable.

A nivel comunitario

Fortalecer la organización comunitaria fomentando la participación de líderes, lideresas, familias y otros actores sociales para el desarrollo comunitario, a través de la formación de redes de apoyo y grupos educativos según ciclo de vida y vulnerabilidad: escolares, mujeres embarazadas, madres, adolescentes, adultos masculinos, enfermos crónicos, adultas y adultos mayores para la promoción de la salud y prevención de riesgos, rehabilitación y recuperación,

así como el control de riesgos sanitarios, protección del entorno y mitigación de riesgos ante desastres de origen antrópico, ambiental y social.

Al respecto se debe:

1. Incorporar dentro del diagnóstico comunitario participativo de salud del municipio o área de responsabilidad, la identificación de personas o grupos en riesgo de violencia y la ubicación de áreas de mayor ocurrencia de hechos violentos.
2. Elaborar diagnóstico de las instituciones de la comunidad relacionadas con este problema, para conformar o fortalecer la red interinstitucional local para el abordaje de la violencia.
3. Realizar actividades de educación continua a las organizaciones comunitarias e intersectoriales, sobre los diferentes tipos de violencia y las medidas de prevención.
4. Desarrollar actividades de divulgación, promoción y educación de estilos de vida libres de violencia y convivencia pacífica, tales como talleres educativos, seminarios, campañas, desfiles, foros, debates públicos y socio-dramas, a través de los comités organizados en la comunidad, medios de comunicación y difusión existentes en la localidad.
5. Promover la organización de grupos de apoyo o estructuras de apoyo social, para el desarrollo de habilidades y capacidades que les permitan la resolución de problemas tanto en lo emocional como en lo personal.
6. Promover la conformación de comités locales de mujeres, para la promoción y abogacía de una vida libre de violencia para las mujeres.
7. Proporcionar conocimientos a la población en relación a la prevención de la violencia en el ciclo de vida: violencia de pareja; maltrato o violencia a niños, niñas y adolescentes (NNA), violencia relacionada con el trabajo infantil, NNA en situación de calle y dependencia violencia juvenil, respeto y no discriminación a las personas adultas mayores y personas con discapacidad; violencia sexual; violencia institucional, explotación sexual comercial y trata de personas.
8. Implementar estrategias educativas exitosas para la prevención de la violencia, tomando como base los diagnósticos comunitarios participativos, tales como: Familias Fuertes; Trabajando con individuos, mujeres, familias y comunidades (IMFC); fortalecimiento de las capacidades intersectoriales para la prevención de la violencia que afecta a jóvenes; desarrollo de actividades deportivas; ejecución de proyectos productivos; entre otras.
9. Desarrollar intervenciones en situación de desastres con el fin de reducir la violencia en los espacios de resguardo (albergues): organización de comités para el cuidado de niños, niñas y adolescentes; actividades lúdicas y recreativas; comisiones para la distribución equitativa de alimentos, vestuario, calzado; entre otros.
10. Incentivar la participación de padres, maestros y alumnos en actividades educativas para la prevención de abuso, acoso, explotación sexual y otras formas de violencia en la comunidad.
11. Facilitar los procesos de organización, participación y/o fortalecimiento de organizaciones existentes, convirtiéndose en un enlace entre las familias, la comunidad y las organizaciones gubernamentales o no gubernamentales involucradas en el proceso.

VI. PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA

La prevención incluye acciones con la finalidad de reducir los factores de riesgo y reforzar los factores protectores para disminuir la probabilidad de ocurrencia de situaciones de violencia.

Para ello se debe:

1. Desarrollar visitas domiciliarias de seguimiento en los hogares en donde se hayan identificados a personas viviendo con factores de riesgo asociados a violencia en cualquiera de sus formas, tales como: patrones culturales que toleran y alientan la violencia intrafamiliar; características individuales como baja autoestima, dificultad para expresar sentimientos, manejo del estrés, dependencia emocional y económica; situaciones de aislamiento social; niños, niñas, personas adultas mayores, y personas con discapacidad, en situaciones de negligencia y abandono; personas afectadas por el conflicto armado; entre otras.
2. Implementar procesos educativos con las personas con factores de riesgo asociados a violencia, en las diferentes etapas del ciclo de vida, incorporándolos en seminarios, jornadas, charlas, sesiones, talleres, a través de comités comunitarios, grupos de autoayuda, comités de salud, a fin de promover empoderamiento, desarrollo de habilidades para la vida, generación de autonomía y adopción de estilos de vida no violentos.
3. Implementar procesos educativos con niñas, niños y adolescentes con factores de riesgo asociados a violencia, a través de charlas, foros, sesiones, jornadas, actividades socio-recreativas, para la socialización de los Convenios nacionales e internacionales, Códigos, Leyes y Reglamentos laborales, que les protegen del abuso sexual, la explotación sexual comercial, las peores formas de trabajo infantil y la trata de personas, con el propósito de reducir la vulnerabilidad, potenciar factores de protección, la adopción de alternativas de supervivencia y la práctica de estilos de vida saludable.
4. Implementar procesos educativos para la prevención de violencia, descuido y negligencia, con padres, madres, familiares y cuidadores de niños, niñas, personas con discapacidad y adultas mayores, a través de charlas demostrativas y consejería para la adopción de prácticas de crianza saludable, y el desarrollo de habilidades para el cuidado de estas personas. Asimismo los procesos educativos deben incluir la socialización de los derechos de NNA, mujeres, hombres y personas adultas mayores.
5. Implementar procesos educativos para desarrollo de habilidades para la negociación de conflictos, asertividad y estilos de vida no violentos, en personas agresoras, a través de charlas y consejería, incorporándoles en grupos de autoayuda.
6. Implementar procesos educativos para desarrollo de conocimientos, habilidades y destrezas en el personal docente para la detección y referencia al establecimiento de salud de NNA y jóvenes con problemas de acoso sexual, abuso sexual, explotación sexual comercial, peores formas de trabajo infantil, la trata de personas y otras formas de violencia.
7. Participar en Comités Locales de Derechos de la Niñez y de la Adolescencia, para dar cumplimiento a la Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia (LEPINA).

VII. ATENCIÓN A TODAS LAS FORMAS DE VIOLENCIA.

ASPECTOS GENERALES

Para efectos de la atención de los servicios de salud a las personas afectadas por todas las formas de violencia, se ha subdividido en dos subprogramas: Atención a la violencia intrafamiliar que incluye: violencia en niños, niñas y adolescentes, violencia en la mujer, violencia en adultos masculinos, personas adultas mayores y personas con discapacidad; y el subprograma de atención a la violencia Comunitaria, que incluye los componentes de: Violencia en adolescentes y jóvenes, Violencia Sexual, Trata de personas, explotación sexual comercial en niños, niñas y adolescentes, trabajo infantil; niños, niñas y adolescentes en situación de calle, Violencia Institucional y víctimas de lesiones de causa externa. Para desarrollar los procesos de atención a las personas afectadas por violencia el personal de salud debe considerar los siguientes aspectos:

1. La atención incluye acciones con la finalidad de restablecer la salud de las personas afectadas por la violencia a través de la detección, diagnóstico y tratamiento oportuno, para evitar las posibles complicaciones.
2. Debe tenerse presente que las diferentes formas de expresión de la violencia, pueden presentarse en forma individual o combinada.
3. Toda persona que manifieste signos y síntomas relacionados con la violencia, debe ser diagnosticada de acuerdo con la clasificación del CIE-10 (Anexo 1), y anotada en el formulario de registro diario de consulta.
4. Identificar a la persona afectada, y elaborar el respectivo expediente clínico, si consulta por primera vez.
5. Al atender a personas en situación de violencia se debe aplicar principios éticos, para garantizar la confidencialidad y seguridad personal, evitando la re-victimización de las personas.
6. La atención debe ser provista a través de la participación de un equipo multidisciplinario (médico/a, enfermera/o psicólogo/a, entre otros, en la medida de lo posible por personal del mismo sexo) a fin de garantizar la continuidad en el tratamiento.
7. Orientar a la persona afectada por violencia intrafamiliar, sobre los procedimientos legales a seguir para lograr una cultura de denuncia, para lo cual debe proveérsele información de las diferentes leyes y sus derechos relacionados a esta problemática.
8. La entrevista a las personas afectadas por violencia intrafamiliar debe realizarse en un área adecuada, para garantizar la confidencialidad y comodidad de la persona.
9. El abordaje emocional de las personas afectadas será brindado por recurso capacitado, tomando en cuenta la ficha de recomendaciones “qué hacer y qué no hacer” (ver anexo 2) durante la primera atención psicológica; fortaleciendo además la autoestima, derechos, valores y autocuidado.
10. La intervención en crisis incluye el desarrollo de las sesiones correspondientes (ver anexo 3).

ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y COMUNITARIA

La atención integral a personas afectadas por violencia intrafamiliar y comunitaria incluye:

1. Consulta médica
 - Tomar datos para la historia clínica.
 - Llenado de ficha de casos de violencia intrafamiliar (ver anexo 4).
 - Realizar examen físico completo.
 - Evaluar el daño o riesgos.
 - Prescribir medicamentos según diagnóstico clínico.
 - Indicar exámenes de laboratorio y de gabinete (cuando sean requeridos).
2. Entrevista.
3. Soporte emocional detectando el nivel de riesgo e intervención en crisis (en caso de ser requerido).
4. Orientación sobre servicios legales y sociales.
5. Referencia, retorno e interconsulta para atención especializada a un establecimiento de salud de mayor complejidad.
6. Referir a instancias de protección legal según el caso (Fiscalía General de la República, Juzgados de Familia, de Paz, de Niñez o Juntas de Protección, Policía Nacional Civil, Instituto Salvadoreño de la Niñez y Adolescencia, Instituto Salvadoreño de Desarrollo de la Mujer-ISDEMU).

7. Toda persona afectada por violencia, en quien se detecte riesgo suicida, debe ser referida a un hospital para su ingreso, garantizando su traslado y brindándole medidas de protección.
8. toda mujer afectada por violencia, en quien se detecte riesgo en su integridad personal o riesgo social (pérdida de bienes, vivienda, entre otros), debe ser referida al ISDEMU para su respectivo acompañamiento.
9. La atención integral a las personas afectadas por violencia debe realizarse evitando todo tipo de barreras (culturales, religiosas, políticas, entre otras).
10. Promover la integración de las personas afectadas por violencia, a los grupos de apoyo y auto ayuda.

ATENCIÓN A LA VIOLENCIA DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES (NNA)

Entre los TIPOS DE MALTRATO DE NNA, POR LOS PADRES, MADRES O CUIDADORES, se encuentran:

1. Maltrato físico: incluye actos infligidos por un cuidador que causan un daño físico real o tienen el potencial de provocarlo.
2. Maltrato emocional: actos que incluyen la restricción de los movimientos del menor, denigración, ridiculización, amenazas e intimidación, discriminación, el rechazo y otras formas no físicas de tratamiento hostil.
3. Descuido: cuando padres o cuidadores no toman medidas para promover el desarrollo de la niña, niño o adolescente en una o varias de las siguientes áreas: la salud, la educación, el desarrollo emocional, la nutrición, el amparo y las condiciones de vida seguras.
4. Abuso sexual: incluye actos en que una persona usa en NNA para su gratificación sexual.

Los anteriores tipos de maltrato pueden presentarse en NNA tanto de forma individual o combinada.

Otras formas de violencia en NNA son: niñas, niños y adolescentes en situación de trabajo infantil, en situación o dependencia de calle y en explotación sexual comercial (ESCNNA).

CONDICIONES QUE AUMENTAN LA VULNERABILIDAD DE NNA AL MALTRATO INFANTIL

Las principales condiciones que aumentan la vulnerabilidad de NNA para presentar maltrato son:

- Edad menor de tres años y especialmente menor de un año.
- Prematurez.
- Presencia de anomalías congénitas.
- Presencia de discapacidad física o mental.
- Hiperactividad.
- Vivir en orfanatos o en hogares adoptivos.
- Ser hijo(a) no deseado o no planeado.
- Antecedentes de abuso anterior.
- Ser hijo(a) de madre soltera.
- Vivir en un hogar:
 - Con violencia intrafamiliar.
 - Con desintegración (en proceso de divorcio, divorcio, separación de padres, emigración).

- Hacinamiento.
- Tener padres o madres:
 - Con abuso de sustancias incluyendo el alcohol.
 - Con antecedentes de abuso anterior, incluyendo abuso sexual.
 - Adolescentes.
 - Privados de libertad o en conflicto con la ley.
- Familia con niveles elevados de estrés (por desempleo, aumento de carga financiera, enfermedad, pobreza extrema, violencia social y otras).
- Presencia en la familia de madrastra o padrastro.

Para la atención de NNA en situación de violencia, se clasificará de la siguiente manera:

- Maltrato físico.
- Maltrato emocional (violencia psicológica).
- Violencia sexual.
- Situación de negligencia y abandono.
- Situación de trabajo infantil.
- Situación o dependencia de calle.
- Situación de explotación sexual comercial (ESCNNA).

ATENCIÓN INTEGRAL A NNA AFECTADAS POR MALTRATO FÍSICO.

DIAGNÓSTICO

Debe sospecharse maltrato infantil en los casos siguientes:

- Las lesiones del NNA no pueden explicarse por la historia que proporciona el paciente o sus familiares.
- La historia es vaga o con muy pocos detalles.
- La versión de la historia dada por la persona encargada del cuidado del NNA cambia repetidamente o existe conflicto entre las historias brindadas por diferentes miembros de la familia.
- No se ofrece ninguna historia que explique el evento, por ejemplo: "No sé qué fue lo que pasó, su pierna se quebró de repente".
- La historia es inconsistente con el estadio de desarrollo del niño(a), por ejemplo: un niño(a) de cuatro meses que le dio vuelta a agua que estaba caliente y se quemó.
- Se observan lesiones localizadas en diferentes lugares del cuerpo y que a menudo se encuentran en diferentes grados de evolución.
- Presencia de marcas con patrones regulares, que con frecuencia asemejan a la forma del objeto utilizado para producir la lesión, por ejemplo: manos, dientes, hebilla de un cincho, cable eléctrico, entre otros.
- Presencia de cicatrices de quemaduras con cigarrillo, sobre todo en palma de las manos y planta de pies, espalda o glúteos, quemaduras por inmersión sin salpicaduras en guante o calcetín, en glúteos o genitales o en forma de dona, quemaduras que semejan el objeto utilizado para producirla, como plancha o parrilla, orejas en coliflor y lesiones en lugares no usuales.
- Laceraciones o abrasiones de quemaduras por cuerdas sobre todo en tobillo, muñecas, cuello o tronco; laceraciones en el paladar, carrillos, encías, labios, ojos, oídos o genitales.
- Fracturas de cráneo, costillas y en metáfisis de huesos largos, golpes en la pared abdominal, hematomas del duodeno o yeyuno, perforación intestinal, ruptura de hígado o vesícula, bazo, riñón, vejiga o páncreas.

- Lesiones del Sistema Nervioso Central como: hematomas sub-durales que pueden reflejar a menudo traumas agudos por sacudida violenta de niños/niñas pequeños; hemorragia retiniana, hemorragia sub-aracnoidea, infarto cerebral secundario a edema cerebral.

En los casos anteriores, el NNA debe ser atendido por personal médico capacitado en estos Lineamientos, de preferencia médico pediatra, cirujano capacitado o en su defecto, por el médico cirujano pediatra de mayor jerarquía, si es atendido en el hospital.

Así mismo, en el caso de NNA con discapacidades intelectuales, auditivas y de lenguaje, el personal de salud debe auxiliarse de psicólogo(a) y realizar actividades lúdicas para complementar la historia.

HISTORIA CLÍNICA

Ante la presencia de estas lesiones, el personal de salud debe recabar una historia clínica completa, para tratar de establecer si ésta puede explicar la presencia de las lesiones y la gravedad de la misma y debe realizar lo siguiente:

- Crear un ambiente de confianza y de empatía con el NNA. Si es factible auxílese de una trabajadora social, psicólogo(a) capacitado en violencia infantil.
 - Recabar la historia clínica del NNA, si es capaz de hablar, separado de los padres, respetando el interés superior del niño y su privacidad.
 - No presionar al NNA para que responda las preguntas que no quiere responder. Debe entenderse que para él o ella, ésta es una situación difícil, y debe aclarársele que no tiene la culpa de la violencia.
 - Comenzar la entrevista con preguntas generales. Pedirle al NNA que explique qué fue lo que pasó, y si no queda claro pídale que le aclare o amplíe con detalles.
 - Utilizar preguntas abiertas no sugerentes y de acuerdo a la edad del NNA, por ejemplo: “¿Por qué te traen? ¿Qué te pasó...?” No hacer preguntas sugerentes como: “¿Verdad que te pego tu...?” (papá, mamá, tío, abuela, entre otros).
 - Indagar si alguien más ha interrogado al NNA previamente para evitar la revictimización.
 - Si es factible, obtener información pertinente de otras personas como familiares, vecinos o amigos, antes de entrevistar al paciente y a sus padres.
 - En la historia clínica se debe establecer la gravedad de las lesiones. No olvidar que lo prioritario es diagnosticar y atender oportunamente las lesiones en el NNA.
-
- En la entrevista con el NNA, el personal de salud debe preguntar respecto a:
 - Los datos relacionados con la lesión deben ser orientados al tipo, localización y severidad de la misma.
 - Intentar establecer el día de la semana, periodo del día: mañana, tarde o noche, y el lugar en que se dio el maltrato.
 - Dónde y cómo ocurrió la lesión y qué estaba haciendo.
 - Qué relación o parentesco tiene la persona que ha causado la lesión.
 - La secuencia de eventos que ocurrieron en el abuso físico.
 - Las personas presentes durante el episodio violento.
 - El tiempo transcurrido para buscar ayuda médica.
 - Si el NNA comunicó la agresión a alguien y a quién se lo dijo.

- Indagar si el NNA está tomando algún medicamento.

De igual manera el personal de salud debe obtener los datos de la historia de los padres, madres o cuidadores por separado, no olvidando:

- Explicar la razón de la necesidad de la entrevista en forma cordial.
- Realizar la entrevista en un ambiente privado y de confianza.
- Reservar juicio hasta que se conozcan todos los hechos.
- Informar sobre la obligación legal de reportar el caso a la FGR y a otras autoridades competentes.
- No intentar probar el abuso o recabar pruebas.
- No mostrar enojo, horror o desaprobación respecto a los cuidadores o a la situación.
- No culpar a nadie ni elaborar juicios.
- En caso que la historia del padre, madre o cuidador sea divergente, se requiere la visita domiciliar; esta debe quedar consignada en expediente clínico.

Además preguntar lo siguiente:

- Indagar con respecto al episodio particular del abuso al igual que lo hizo con el NNA.
- Establecer los antecedentes personales del NNA sobre todo en búsqueda de antecedentes patológicos y uso de medicamentos que pudieran explicarle algunas de las lesiones como por ejemplo: antecedente de síndrome convulsivo, autismo, púrpuras, coagulopatías, entre otras.
- Indagar si el NNA está tomando algún medicamento por alguna patología en particular.

EXAMEN FÍSICO

El personal de salud calificado debe realizar examen físico completo, cuyo objetivo principal es el identificar traumatismos o condiciones que requieren de atención médica y a la vez documentar la evidencia del maltrato.

El examen físico debe hacerse con el consentimiento del NNA previa explicación del procedimiento a realizar, de manera amable y cuidadosa, sin utilizar la fuerza y tomándose el tiempo necesario para que se sienta cómodo(a).

Idealmente realice el examen físico con el niño(a) sin ropa, protegiéndole con sábana y en presencia de enfermera, para poder evidenciar todas las posibles lesiones. En el caso de adolescentes, solicitarles que se quiten la ropa acorde con la parte del cuerpo que examinará.

Además debe documentar en el expediente del NNA los siguientes aspectos:

- Apariencia general del NNA, incluyendo el estado de sus ropas.
- El peso y talla.
- Características de las lesiones en la piel si tienen un patrón de marcas definido o no, el tamaño, coloración y localización.
- Constatar la presencia de edemas, deformaciones o cicatrices recientes o antiguas en cualquier área de su cuerpo.
- Identificar la presencia de sensibilidad o dolor en alguna estructura ósea o en alguna extremidad.
- Debe realizar un fondo de ojo para detectar la presencia de hemorragias retinianas.

- No olvidar examinar el área genital en búsqueda de traumas y descartar abuso sexual.

EXAMENES DE LABORATORIO Y DE GABINETE

El personal de salud debe indicar a todo NNA con sospecha de maltrato infantil los siguientes exámenes (según nivel de complejidad del establecimiento, hallazgos y criterio clínico):

- Radiografías especialmente cráneo, huesos largos y tórax, en sospecha de maltrato crónico (fracturas por trauma generalmente son lesiones oblicuas y las patológicas son fracturas transversales).
- Pruebas de coagulación para poder hacer el diagnóstico diferencial con otros problemas (en caso de equimosis no explicadas).
- Hemograma, heces y orina.
- Debe individualizar caso por caso los exámenes necesarios para completar su estudio, y así poder indicar alguno de los siguientes exámenes de gabinete:
 - Ultrasonografía abdominal si se sospecha trauma cerrado de abdomen.
 - Tomografía axial computarizada o Resonancia Magnética, según el caso.

TRATAMIENTO

El personal de salud para el manejo de los NNA víctimas de violencia física, debe enfocarse a los aspectos siguientes:

- Valorar las necesidades médicas y psicológicas inmediatas del NNA.
- Obtener una historia clínica-social del NNA y de los miembros de la familia.
- Determinar el grado de riesgo para el NNA si regresa a su casa.
- Evaluación y manejo psicológico (seguimiento).

El personal de salud para el tratamiento de los NNA que sufren maltrato físico, debe realizar las siguientes acciones:

- Atender en forma oportuna e inmediata las lesiones que comprometan la vida del NNA, según el cuadro clínico del mismo.
- La trabajador(a) social y el psicólogo(a) deben establecer el riesgo que el NNA corre al permanecer en el hogar.
- Cuando el NNA es atendido en el Nivel Local, y requiera hospitalización por el tipo de lesiones o riesgo social, se debe referir al nivel correspondiente, conforme al funcionamiento en RIISS.
- Se mantendrá el NNA ingresado temporalmente en el hospital hasta lograr la mejoría de las lesiones y tener la resolución de las autoridades competentes (cuando notifiquen al hospital si es seguro para el NNA que regrese a su hogar, o si se le ha dado la custodia a otro familiar o a alguna institución).

ATENCIÓN PSICOLÓGICA

Los NNA afectados por la violencia física tienen graves problemas psicológicos y en ocasiones psiquiátricos que requerirán de terapia individual o de medicamentos para poder tratarlos oportunamente. El psicólogo(a) tratante debe establecer el manejo terapéutico a seguir, así como la referencia con psiquiatría.

REFERENCIA, RETORNO E INTERCONSULTA

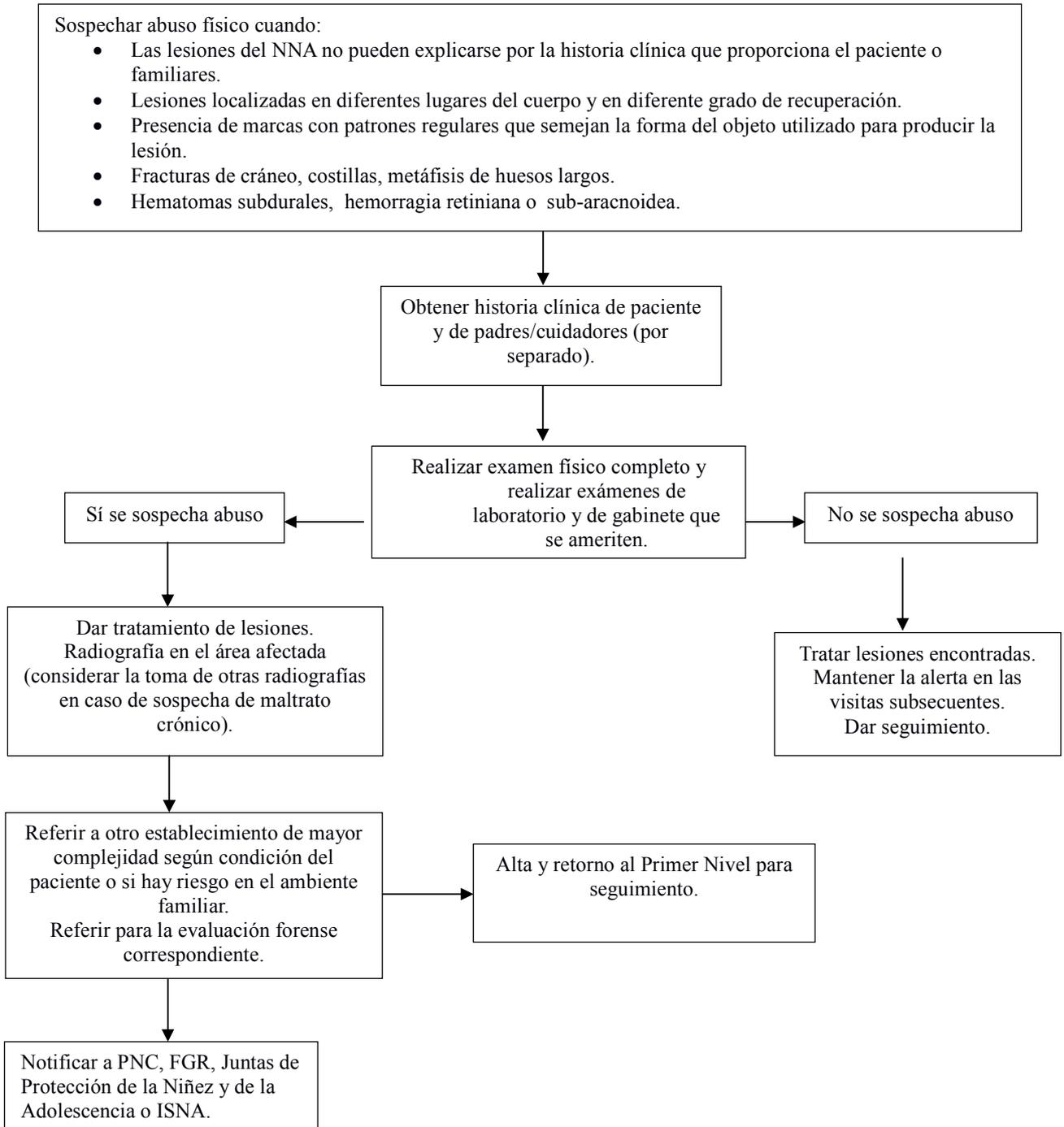
- Interconsulta en forma urgente con psicólogo(a) u otras especialidades para la evaluación del NNA, e iniciar el tratamiento adecuado de los problemas psicológicos y otros que tenga como secuelas del maltrato, quién debe evaluar la referencia con psiquiatra si lo considera necesario.
- Referir a trabajo social o al personal comunitario el caso, para que ellos realicen visita domiciliar y evaluación del ambiente familiar del NNA, y establezcan las posibles opciones de apoyo familiar con las que podría contar.
- Referir a otras especialidades para el tratamiento y rehabilitación de secuelas.
- Debe realizar el retorno del NNA al primer nivel de atención para el seguimiento respectivo.
- El manejo de los NNA maltratados es sumamente complejo y es necesaria la participación del equipo multidisciplinario (médico, trabajadora social, psicóloga o psiquiatra, enfermera y auxiliar de enfermería), capacitado en la aplicación del presente Lineamiento técnico, así como de la participación de otras instituciones que trabajan en la problemática de la violencia, por lo que se coordinará con la PGR, PNC, ISNA, ISDEMU y ONG.

Para el retorno la UCSF debe informar al Ecos Especializado, para la dispensarización y seguimiento respectivo, además de coordinar acciones con otras instituciones locales que pueden proveer atención psicológica y consejería.

AVISO

Ante la sospecha de maltrato, el médico de mayor jerarquía debe dar aviso a la PNC más cercana a la residencia del NNA o a la FGR. Anexo No.6

ALGORITMO PARA LA ATENCIÓN DE NNA AFECTADOS POR MALTRATO FÍSICO



ATENCIÓN A NNA AFECTADOS POR MALTRATO EMOCIONAL (VIOLENCIA PSICOLÓGICA).

Las categorías del abuso psicológico son:

- Privación: denegar el valor de la niñez y adolescencia legitimidad de sus necesidades o negar muestras de afecto.
- Aislamiento: negar las experiencias sociales propias de la niñez y adolescencia, y tener una pobre relación familiar, crear el sentimiento en el niño(a) de que él o ella están solos en el mundo, algunos padres, madres o cuidadores(as) pueden encerrar al NNA en su dormitorio, armario, o en otros lugares lejos de la interacción con la familia y la comunidad.
- Atemorizar: expresiones verbales o amenazas al NNA o a la persona u objetos que más ama, haciendo sentir inseguridad, creando un clima de miedo y convenciendo al NNA de que el mundo es hostil y caprichoso. Las armas de fuego, objetos cortos punzantes, obtusos y otros pueden ser utilizados para atemorizarlo.
- Ignorar la falta de disposición psicológica, desproveyendo a él o ella de la estimulación, la interacción emocional y la protección necesaria.
- Corromper: estimulación destructiva, antisocial o explotación sexual del NNA, reforzamiento de comportamientos violentos.
- Agresión verbal: llamarlos con sobrenombres, comportamiento sarcástico que refuerza una imagen negativa de sí mismo en el NNA; gritarle para criticarlo o castigar; humillar públicamente.
- Sobre-presionar: expectativas extremadamente altas del comportamiento del NNA de acuerdo a su edad; criticar el comportamiento apropiado a su desarrollo y que es normal para su edad, haciendo creer que es inapropiado al compararlo con otros(as), lo cual resulta en una imagen negativa de sí mismos y en un comportamiento inadecuado.

DIAGNÓSTICO

El personal de salud debe sospechar de maltrato emocional en un niño, niña o adolescente que presente:

- ansiedad
- Depresión.
- Retraso en su desarrollo Bajo rendimiento
- y deserción escolar Agitación.
- Temor.
- Abuso de alcohol o drogas
- Desadaptación social
- Fuga del hogar
- Trastornos del apetito como anorexia o bulimia.

En los casos en que se sospeche maltrato psicológico, el personal de salud debe:

- Observar la relación entre los padres, madres o cuidadores del NNA para tratar de identificar la presencia de cualquier forma de maltrato psicológico.
- En ocasiones se requiere más de una observación para confirmar la sospecha diagnóstica.
- De igual manera se debe tratar de confirmar dicha sospecha con los maestros y con otros familiares del NNA.
 - Realizar interconsulta con psicología, para la evaluación del estado emocional del NNA y tratar de confirmar el maltrato.

- Dejar de igual manera interconsulta con trabajo social o con el personal comunitario, para que ellos evalúen la necesidad de realizar visitas domiciliarias o entrevista con otros familiares o maestros del NNA.

TRATAMIENTO

CONSEJERÍA

El manejo de los casos en los que se confirme o sospeche que hay maltrato emocional del NNA, el personal de salud debe brindar consejería en donde se deben abordar los siguientes aspectos:

- La preocupación por el bienestar psicológico del NNA.
- Enfatizar que el maltrato emocional es dañino para todos los miembros de la familia.
- Recomendar que el maltrato psicológico debe detenerse tan pronto como sea posible.
- Destacar que su principal preocupación es el bienestar del NNA y que bajo ninguna perspectiva está criticando su proceder como padre, madre, cuidador o cuidadora.

ATENCIÓN PSICOLÓGICA

El psicólogo o psiquiatra debe determinar la atención a seguir considerando los aspectos siguientes:

- En los casos de maltrato, el manejo se debe orientar a terapia de familia y a incrementar las habilidades de los padres, madres o educadores para criar a sus hijos/hijas; se debe dar terapia de soporte al NNA, recomendar terapia psicológica familiar y terapia interpersonal, la terapia psicológica individual y familiar, recomendar monitorear el comportamiento de la familia a fin de verificar el cambio de conductas hostiles.
- El psicólogo o psiquiatra debe reportar los casos de maltrato emocional a las autoridades competentes.

REFERENCIA Y RETORNO

El personal de salud debe referir para el tratamiento respectivo al NNA, sus padres, madres o cuidadores, con el psicólogo o psiquiatra, según el caso. Debe realizar el retorno del NNA al primer nivel de atención para el seguimiento respectivo.

Los establecimientos de salud que no cuenten con profesional competente, psicólogo o psiquiatra, para la atención especializada, deberán referir al nivel correspondiente.

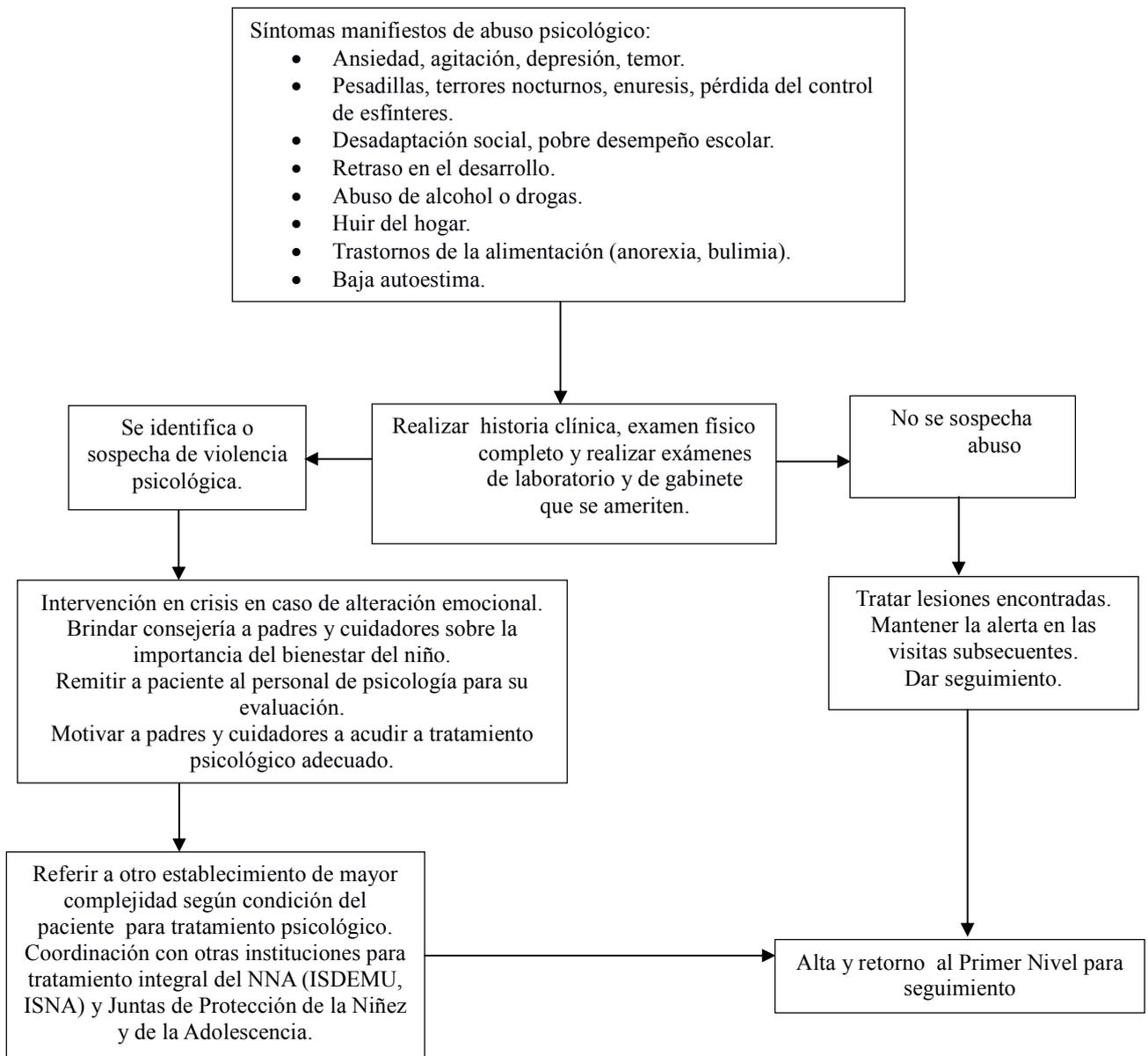
Se debe coordinar con otras instituciones que trabajen en el tema de la violencia, como el ISDEMU u otras ONGs, para el tratamiento integral del NNA y de su padre, madre o cuidador.

Para el retorno la UCSF debe informar al Ecos Especializado, para la dispensarización y seguimiento respectivo, además de coordinar acciones con otras instituciones locales que pueden proveer atención psicológica y consejería.

AVISO

Ante la sospecha o identificación de una NNA con afectación psicológica, el personal de salud debe dar aviso del caso a la Junta de Protección y FGR, para el peritaje respectivo. Ver anexo No.6.

ALGORITMO PARA LA ATENCIÓN DE NNA AFECTADOS POR VIOLENCIA PSICOLÓGICA



ATENCIÓN A NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES AFECTADAS POR VIOLENCIA SEXUAL.

El abuso sexual infantil es evidenciado por esta actividad entre un adulto y un/a NNA o por otro niño cuya edad o desarrollo lo hace ser responsable de la relación de poder o de confianza, esta actividad intenta gratificar las necesidades de otra persona. Esta incluye, aunque no está limitada a:

- Inducir o coaccionar a un/a NNA para involucrarlo en alguna actividad sexual.
- Explotación de la niñez en prostitución u otro tipo de práctica sexual ilegal.
- El tocamiento.
- Explotación de un/a NNA en pornografía infantil.
- Violación

MEDIDAS GENERALES

El/a NNA en el que se sospeche sufre de abuso sexual, debe ser atendido por personal debidamente capacitado en la aplicación de los presentes Lineamientos técnicos. De igual manera ser atendido por un equipo multidisciplinario capacitado para la atención de NNA abusados sexualmente (enfermera/o, psicólogo/a, trabajador/a social y médico/a).

En la atención a NNA violentados sexualmente, el personal de salud debe considerar los siguientes aspectos:

- Proporcionar la atención con calidad, respetando la confidencialidad y los derechos del NNA.
- Dé valor a las declaraciones del NNA, y no las ponga en duda.
- Indicar interconsulta con psicólogo(a), quién debe aplicar el tratamiento apropiado, según su evaluación o la referencia con psiquiatra si es necesario, y debe ser atendido por el equipo multidisciplinario capacitado en este lineamiento, para dispensarizar y establecer el nivel de riesgo del ambiente familiar, así como las fuentes de apoyo para el mismo.
- Informar a los familiares respecto a la condición de maltrato del NNA.
- Dependiendo de la edad del NNA violentado sexualmente, se debe dar a conocer a él o ella y a su familia, que el personal de medicina forense realizará una evaluación.
- Ingresar al NNA según la gravedad de las lesiones y del riesgo que pueda tener en el ambiente familiar.
- Atender toda lesión que ponga en peligro la vida del/la paciente, aun en ausencia del forense.

DIAGNÓSTICO

En la mayor parte de los casos, los hallazgos físicos son muy raros o sutiles, puesto que generalmente no se utiliza la fuerza física, por lo que el examen de los genitales puede ser normal o encontrar hallazgos no específicos de violencia sexual, sobre todo en las niñas pre-púberes.

HISTORIA CLÍNICA

Con relación a la recopilación de la historia clínica, el personal de salud debe considerar los siguientes criterios:

- Recopilar los datos de la historia clínica del NNA, separadamente de los padres o del responsable, auxiliándose de una psicóloga (en el caso de contar con este recurso) o enfermera
- Posteriormente interrogar a los padres o familiares.

- No demostrar alarma ante el relato, evitar gestos, preguntas o juicios de valor que pueda hacer sentir mal o culpable de lo ocurrido al NNA, víctima de violencia sexual.
- Para crear un ambiente de confianza y empatía durante la entrevista con el NNA se debe iniciar con preguntas generales, sin abordar directamente el tema del abuso, tales como: “¿Cuántos hermanos tienes?”, “¿A dónde estudias?”, “¿A qué grado vas?”, “¿Quiénes son tus mejores amigos?”, entre otras.
- Evite realizar preguntas sugerentes como “¿Verdad que alguien te tocó?”, y trate de escribir las respuestas utilizando las palabras exactas empleadas por el NNA en situación de violencia. Si usted no entiende algo, pídale que se lo aclare.

En la entrevista debe obtener la información que le permita identificar las posibles lesiones que requieran de una atención inmediata y el posible riesgo que tiene el NNA, para ello debe preguntar respecto a:

- Presencia de dolor al orinar, infecciones urinarias recurrentes o incontinencia urinaria.
- Presencia de dolor al defecar o incontinencia fecal.
- Presencia de prurito en el área genital o anal.
- Si ha tenido sangrado cuando va al baño o si hay sangre en su ropa interior.
- Establecer cuándo fue la primera vez que él o ella recuerda que ocurrió la agresión sexual.
- Establecer si ya había mencionado el hecho de violencia sexual y a quién se lo dijo.
- Determinar si alguien más le había interrogado anteriormente.
- Establecer cuándo fue la última vez que pasó.
- Establecer cuál fue la parte del cuerpo que fue lastimada (anal, oral, vaginal, o combinaciones) o hubo solo manipuleo o caricias. O si el agresor utilizó algún objeto para ejercer la violencia sexual (abuso o agresión).
- Si la violencia sexual fue reciente, se debe establecer si el NNA se ha bañado o lavado luego de la agresión sexual.
- Ingresos o consultas frecuentes por cualquiera de las causas anteriores.
- Establecer si ya presentó la menarquia y cuándo fue su última menstruación.
- Determinar si ha iniciado vida sexual activa.
- Establecer quién fue la persona que le agredió. Si es una persona conocida o desconocida y cuál es su relación con el agresor.

El personal de salud debe estar atento ante los siguientes signos sugestivos en NNA, víctimas de agresión sexual recurrente:

- Emociones y sentimientos de pesimismo, culpabilidad, ansiedad, tristeza, temor, miedo, vergüenza, confusión, rechazo, entre otros (por ejemplo: el NNA se observa cabizbajo, llora espontáneamente, no responde a las preguntas).
- Aislamiento, cambios repentinos en la conducta o negarse sistemáticamente a hacer actividades cotidianas (por ejemplo: no se baña, no se peina, no cuida su apariencia personal).
- Trastornos en la conducta alimentaría o cualquier otro cambio en los hábitos alimenticios
- Terrores nocturnos, insomnio y pesadillas.
- Bajo rendimiento escolar o fugas constantes de la escuela.
- Desconfianza en los adultos.
- Ataques de pánico (miedos excesivos que pueden darse de manera incontrolable).
- Depresión severa (determinado por un especialista).
- Aparecimiento de ideas y actos suicida y autolesiones.

- Presencia del desorden de estrés post traumático en grado moderado o grave (determinado por un especialista).
- Incapacidad de controlar los esfínteres después que los controlaba previamente.

En la entrevista con los padres o los responsables del NNA, se debe realizar en un tono no amenazante, sin realizar prejuicios ni buscar culpables y debe documentarse en el expediente cuales fueron las reacciones de los mismos durante la misma.

Se debe preguntar respecto a lo siguiente:

- ¿Cuándo se sospechó de la agresión sexual?, ¿Por qué sospechó esto?
- Si el NNA reveló el abuso a los padres, pedirles que digan ¿qué y cuándo exactamente lo hizo?, y preguntarles ¿cuál fue su reacción al saber del abuso?
- ¿Qué sintomatología ellos han visto en el NNA?, dolor, sangrado o descarga vaginal o rectal.
- Preguntar si la persona agresora es conocido o desconocido, cuál es su relación con el NNA, si conocen si consume drogas o medicamentos, cuál es su nombre, edad, domicilio, entre otros.
- En los antecedentes se debe establecer si hay alergia a medicamentos o si padece de alguna enfermedad previa; si se ha cumplido el esquema de vacunación para la hepatitis B; menarquia y fecha de última regla.
- Se debe informar a los padres la obligación de denunciar estos casos a las autoridades competentes.

EXAMEN FÍSICO

Con relación al examen físico del NNA, el personal de salud debe considerar los siguientes aspectos generales:

- Si el NNA es recibido en el Primer Nivel de Atención, se debe realizar examen diagnóstico, se darán tratamientos profilácticos y referencia al nivel correspondiente.
- Se debe informar a la madre, padre o cuidador(a), sobre el examen a realizar, los procedimientos a seguir y aclarar las dudas.
- Únicamente realizar el examen del área genital en forma inmediata, en aquellos casos en que se sospeche:
 - Sangrado profuso por lesión en área vulvar, vaginal, anal, rectal o en pene;
 - Existencia de cuerpo extraño en el área rectal o vaginal, que puedan poner en peligro la salud o la vida del NNA.
- Ser sensibles a los sentimientos del NNA, tratando de no forzarlo, asegurándole su privacidad.
- Durante el examen un familiar debe acompañar al NNA, siempre y cuando no altere la condición emocional.
- Asegurar la presencia de una enfermera capacitada en la aplicación de estos Lineamientos técnicos al momento del examen.
- Para realizar el examen físico en forma adecuada, es indispensable contar con buena iluminación.
- Si se trata de un niño o niña alterado emocionalmente, puede examinarse sobre las piernas del familiar que le acompaña o cuando este lo carga.
- El médico(a) debe realizar examen céfalo-caudal en busca de lesiones, registrará los hallazgos.
- Registrar el peso y la talla del NNA, ya que en ocasiones el abuso sexual va acompañado de negligencia.
 - Documentar cualquier moretón, quemadura, cicatrices o erupción en la piel.

- Describir cuidadosamente localización, tamaño, coloración, y patrón de la o las lesiones.
- Determinar la presencia de cualquier signo de forcejeo o de ataduras en el cuello, muñecas o tobillos.
- Registrar el estadio de Tanner y buscar la presencia de equimosis en las mamas (ver anexo 6).
- Si se trata de una niña, el área vulvar puede examinarse mejor al colocarla en "posición de piernas de rana".
- Examinar el área anal y rectal hacerlo en posición de genu-pectoral o lateral izquierda
- El (la) profesional debe tener en cuenta y documentar los siguientes hallazgos:
 - Presencia de inflamación, enrojecimiento, dolor o secreción vaginal o peneana.
 - Contusión o sangrado vaginal o rectal.
 - Contusiones y sangrados en áreas externas.
 - Dificultad al sentarse.
 - Manchas de sangre en la ropa interior.
 - Signos sugestivos de infecciones de transmisión sexual o VIH.
- Identificar signos compatibles con ideas o intento de suicidio.
- Las lesiones que pongan en riesgo la vida del o la NNA deberán identificarse y tratarse de forma inmediata, éstas pueden ser: hemorragias, desgarros, fracturas, traumas cráneo-encefálicos, shock séptico, entre otros. En estos casos la recolección de las evidencias forenses toman un papel secundario y lo prioritario es tratar en forma oportuna las lesiones.

EXAMENES DE LABORATORIO

En NNA abusados sexualmente se deben Indicar los siguientes exámenes:

- Serología para Sífilis.
- Prueba de VIH.
- Antígeno de Superficie para la Hepatitis B.
- Directo y cultivo de Secreciones vaginales o rectales tomados a ciegas con dos hisopos para: gonorrea, tricomonas y vaginosis bacteriana.
- Si la niña ha tenido ya su menarquia debe realizarse la prueba de embarazo, de preferencia Gonadotropina coriónica humana factor beta (BHCG cualitativa en sangre).

TRATAMIENTO

El manejo de los NNA abusados sexualmente debe orientarse a las siguientes situaciones:

- Dar tratamiento inmediato según las lesiones externas identificadas.
- Dar tratamiento profiláctico para ITS (incluyendo hepatitis B), VIH y embarazo.
- Iniciar tratamiento psicológico inmediato según condición del NNA.

TRATAMIENTO DE LESIONES EXTERNAS

- Atención de heridas.
- Colocación de férulas.
- Administración de analgésicos y anti-inflamatorios.

PREVENCIÓN DE ITS

- Dar profilaxis y tratamiento de ITS.

Se debe indicar profilaxis para ITS en NNA en los siguientes casos:

- Cuando el NNA es atendido en las primeras setenta y dos horas después de ocurrido el abuso sexual.

- Si se sabe que la persona agresora tiene alguna ITS.
- Si la víctima tiene signos y síntomas de una ITS según la impresión clínica del médico/médica consultante. Indicar lo siguiente:

PROFILAXIS PARA ITS BACTERIANA

MICROORGANISMO	MEDICAMENTO	DOSIS
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Ceftriaxona *	125 mg. Vía IM, Dosis única.
Clamidia	Doxiciclina Claritromicina	100 mg. Vía oral, 2 veces la día, por 7 días. 500 mg. Vía Oral. Cada 12 hras, por 7 a 14 días.
Tricomonas y vaginosis bacteriana	Metronidazole	15 mg/kg de peso día, dividido en 3 dosis vía oral por 7 días.
Sífilis	Penicilina G (benzatínica)	25,000 UI/kg de peso, dosis única vía IM.
Hepatitis B	Vacuna para la hepatitis B	En NNA hasta 19 años: Completar esquema, si ya fue iniciado, o iniciar aplicando 0.5 ml, IM. En el deltoides. En menores de un año en el tercio medio del muslo; los días 0, al mes y a los 6 meses de la primera dosis.

*También es efectiva para sífilis.

FUENTE: Ministerio de Salud. Norma y Lineamiento técnico para el control de Infecciones de Transmisión Sexual. El Salvador, marzo 2012.

PROFILAXIS PARA ITS BACTERIANAS EN EMBARAZADAS

MICROORGANISMO	MEDICAMENTO	DOSIS
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Ceftriaxona*	250 mg. Vía Intramuscular. Dosis única.
Clamidia	Amoxicilina	500 mg. Vía Oral, 3 veces al día, por 7 días.
Tricomonas y vaginosis bacteriana	Metronidazole	15 mg/Kg de peso, vía oral, dividido en tres dosis, por 7 días.
Sífilis	Penicilina G (benzatínica)	25,000 UI/Kg de peso, intramuscular, dosis única.

*También es efectiva para sífilis.

FUENTE: Ministerio de Salud. Norma y Lineamiento técnico para el control de Infecciones de Transmisión Sexual. El Salvador, marzo 2012.

Investigar antecedentes sobre la presencia de alergias a medicamentos y evaluar la prescripción de otros, según la condición del NNA.

El personal de salud debe aplicar los mismos medicamentos de profilaxis de ITS, cuando la evaluación clínica o en el resultado del examen directo o cultivo de las secreciones vaginales, anales u orales confirme el diagnóstico.

PREVENCIÓN DE VIH

Se debe considerar profilaxis para VIH en la niñez, sólo en los casos siguientes:

- Si él o la paciente se presenta antes de las primeras setenta y dos horas de ocurrido el abuso sexual.
- Si el perpetrador es VIH (+) o tiene alto riesgo de serlo.
- Si la naturaleza de contacto sexual se estima es de alto riesgo (múltiples perpetradores, contacto oral, anal o vaginal).

Es importante hacer notar a la familia que el tratamiento debe administrarse según prescripción médica, durante veintiocho días y deben estar informados de los efectos secundarios de los mismos.

Se debe citar en la consulta externa en una semana, para interconsulta con especialista en VIH.

Se debe repetir las pruebas para VIH a las 6,12, y 24 semanas durante el seguimiento, independientemente si se cumplió o no la profilaxis para VIH.

El tratamiento profiláctico de VIH es el siguiente:

No.	Medicamento	Dosis
1	Lamivudina (3TC) 50 mg/5 ml	4 mg/kg/ vo cada 12 horas
2	Zidovudina (AZT) 50 mg/5 ml.	180-240mg/m ² , vo cada 12 horas.
3	Lopinavir + Ritonavir(LPV/r) 80 + 20 mg/ ml	230-350 mg/m ² , vo cada 12 horas.

FUENTE: Ministerio de Salud. Programa ITS/VIH/sida.

PREVENCIÓN DE EMBARAZO

- Reducir el riesgo de embarazo (en los casos de niñas y adolescentes que han iniciado sus ciclos menstruales) administrando anticoncepción de emergencia (preferentemente aplicar el Método Yuzpe).
- El personal de salud debe aplicar el esquema siempre y cuando consulte en los primeros 5 días de la agresión, independiente de la etapa del ciclo menstrual en la que se encuentre la niña o adolescente.

Régimen de anticonceptivos de emergencia

FORMULACIÓN	NOMBRE	N° DE TABLETAS EN PRIMERA DOSIS	N° DE TABLETAS EN SEGUNDA DOSIS (12 HORAS DESPUÉS)
Levonorgestrel 0.25mg + Etinilestradiol 50 mcg	Ovral, Neogynon	2	2
Levonorgestrel 0.15mg + Etinilestradiol 30 mcg	Microgynon, Nordette	4	4
Levonorgestrel 0.75mg	Postinor 2, vermagest	1	1
Levonorgestrel 1.5mg	Postinor 1	1*	
Levonorgestrel 0.030mg	Microlut, Norgestrel	25	25

*Una sola dosis

FUENTE: Ministerio de Salud. Guía de atención en planificación familiar, .

ATENCIÓN PSICOLÓGICA

- Debe dejarse interconsulta urgente con psicólogo(a) o persona capacitada para la intervención en crisis, según la condición del paciente, para la atención oportuna y adecuada.
- Inicio oportuno de tratamiento psico-terapéutico por psicólogo/a o psiquiatra, para el abordaje del Síndrome de estrés post-traumático o el Síndrome de trauma por violación.
- Los padres, las madres, responsables y familiares de la víctima también deben recibir atención psicológica.
- Dar consejería a los padres, madres y cuidadores de NNA, que han sido abusados sexualmente, sobre las secuelas a largo plazo (que incluyen depresión, baja autoestima, trastornos del sueño, problemas para entablar relaciones interpersonales, disfunciones sexuales cuando son adultos, re-victimización y abuso de drogas), por lo que deben llevarles a sus consultas con el o la psicóloga.

REFERENCIA Y RETORNO

- Se debe coordinar con otras Instituciones que trabajan en el tema de la violencia como el ISDEMU, ISNA, Corte Suprema de Justicia y Ong's para el seguimiento de los casos.
- En el caso que el NNA consulta en un establecimiento del primer nivel por abuso sexual que no incluya penetración, posterior a la evaluación médica debe coordinarse con PNC para el traslado a medicina legal.
- En el caso que el NNA consulta en un establecimiento del Primer Nivel de atención, por abuso sexual ocurrido en menos de setenta y dos horas, que incluya penetración vaginal, anal u oral, debe referirse al Hospital que cuente con atención para personas con VIH. Así mismo, si presenta lesiones graves o peligro de muerte.
- El retorno se debe realizar cuando el equipo tratante lo considere pertinente, para el seguimiento de la atención psicológica o de problemas médicos.

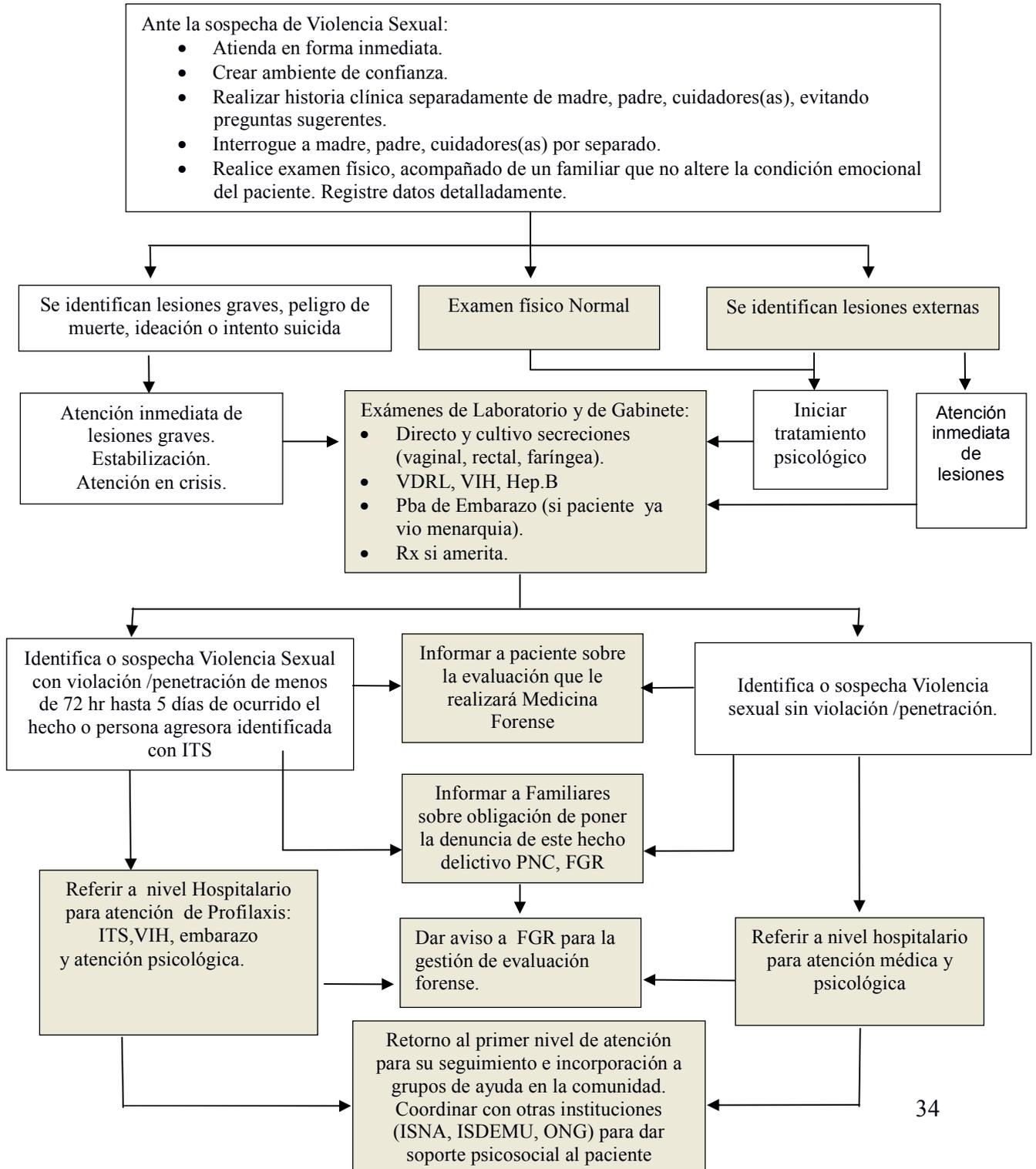
Para el retorno la UCSF debe informar al Ecos Especializado, para la dispensarización y seguimiento respectivo, además de coordinar acciones con otras instituciones locales que pueden proveer atención psicológica y consejería.

AVISO

Ante la sospecha de que un NNA esté siendo afectado por violencia sexual, el personal de salud debe dar aviso a la PNC para la diligencia respectiva y el acompañamiento a medicina legal o al hospital. Ver anexo no. 6

Si el NNA consulta en un Hospital, el personal debe dar aviso a la FGR para el peritaje respectivo.

ALGORITMO PARA LA ATENCIÓN DE NNA AFECTADOS POR VIOLENCIA SEXUAL



ATENCIÓN DE NNA EN SITUACIÓN DE NEGLIGENCIA Y ABANDONO.

DIAGNÓSTICO

Los trastornos se presentan cuando las necesidades básicas del NNA, no están siendo provistas. Los siguientes hallazgos, solos pero más frecuentemente en combinación, son sugestivos de lo que origina el Síndrome de Privación:

Hallazgos Históricos:

- El niño(a) no ha sido reconocido por el padre, la madre o ambos.
- Falta de cuidados necesarios para el desarrollo del NNA.
- Falta de atenciones en salud incluyendo controles de crecimiento y desarrollo, vacunas, entre otros.
- Falta de atención médica en caso de enfermedades agudas o crónicas.
- Ausencia de aparatos como lentes, prótesis auditivas y otros, en caso de necesitarlos.
- Falta de cuidados dentales apropiados.
- Historia de permanecer solo/a durante varias horas o durante el día.

Hallazgos al Examen Físico:

- Mal nutrición: bajo peso, delgadez, sobre peso, obesidad.
- Falta de higiene, como suciedad extrema o graves rozaduras de pañal.
- Retraso en el desarrollo biopsicosocial.
- Condiciones médicas no tratadas.
- Caries dentales generalizadas.

Hallazgos de conducta:

- Depresión.
- Ansiedad.
- Enuresis.
- Trastornos del sueño.
- Masturbaciones excesivas.
- Relaciones interpersonales alteradas (Evitar la mirada, preferencia por objetos inanimados).
- Problemas de disciplina, conducta agresiva.
- Rendimiento escolar bajo.

Ante estos hallazgos el personal de salud debe explorar la situación familiar del NNA y poder determinar si se encuentra en una situación de descuido o abandono.

TRATAMIENTO

Tras examinar a un NNA con diagnóstico de negligencia o abandono, el personal de salud debe cumplir con las medidas de protección específica, así como cumplir el tratamiento según el área afectada, ya sea física, psicológica o sexual, a partir del tipo de lesiones encontradas.

REFERENCIA Y RETORNO

Dependiendo del estado de salud y de las afectaciones físicas y psicológicas observadas, se debe referir al establecimiento de salud de mayor complejidad.

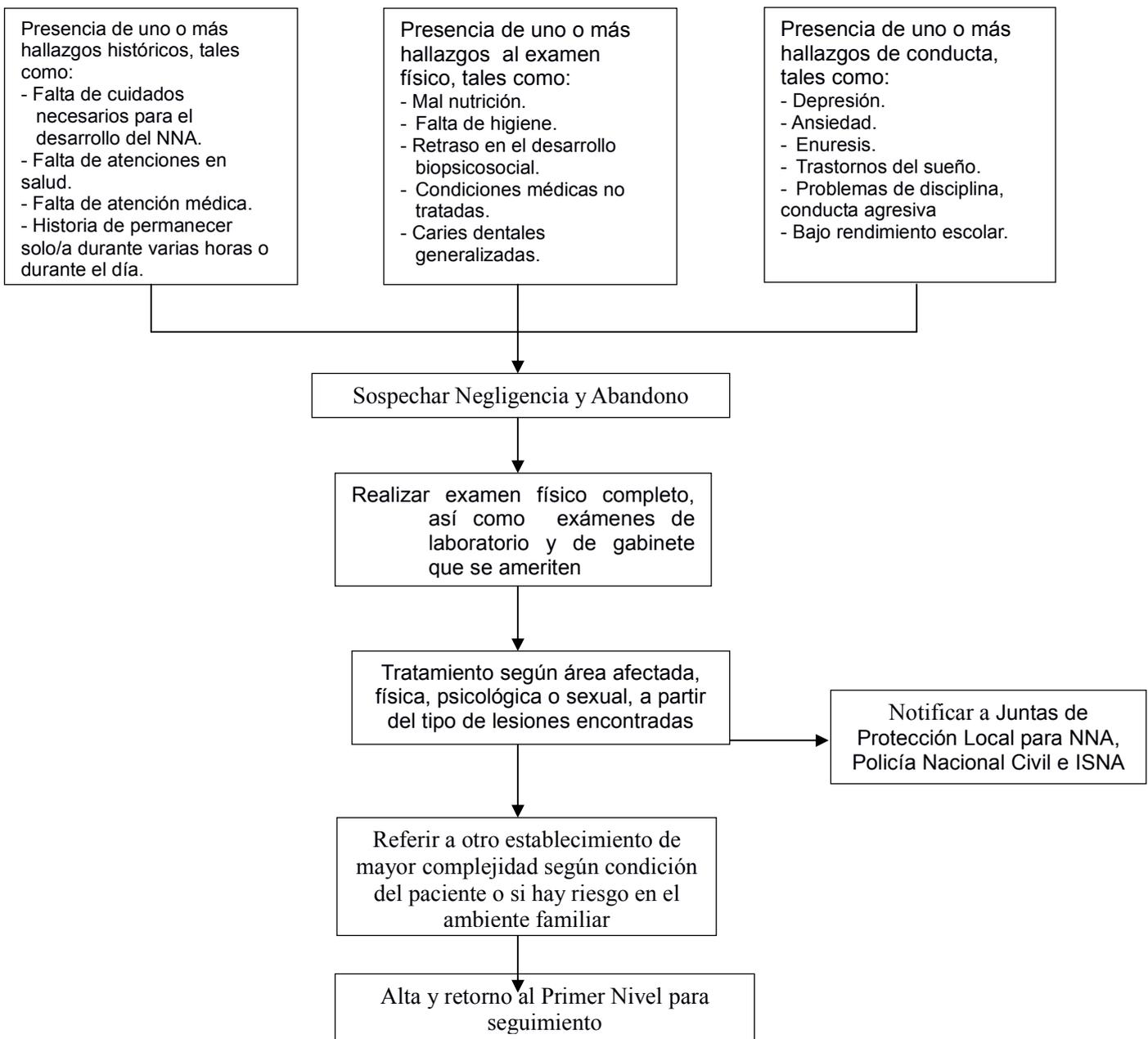
Para el retorno la UCSF debe informar al ECO Especializado, para la dispensarización y seguimiento respectivo.

Si hay riesgo en el ambiente familiar, coordinar acciones con otras instituciones locales que pueden proveer atención psicológica y consejería.

AVISO

Ante la sospecha o identificación de NNA con diagnóstico de Descuido o Abandono, el personal de salud debe cumplir con las medidas de protección específica, incluyendo el dar aviso a las instancias de protección legal, entre ellos las Juntas de Protección, PNC e ISNA. Ver Anexo No.6

ALGORITMO PARA LA ATENCIÓN DE NNA EN SITUACIÓN DE NEGLIGENCIA Y ABANDONO



ATENCIÓN DE NNA EN SITUACIÓN DE TRABAJO INFANTIL

DIAGNÓSTICO

Trabajo Infantil es el que priva a los niños, niñas y adolescentes de su infancia, su potencial y su dignidad, y que es nocivo para su desarrollo físico y mental e Interfiere en su escolarización.

Se considera trabajo infantil a las peores formas de trabajo infantil Convenio número 182 sobre las peores formas de trabajo infantil. Ver anexo 8.

Hallazgos históricos:

- Fuera de sistema de educación o extra edad.
- Repetición con frecuencia del año escolar.
- Falta de atenciones en salud incluyendo controles de crecimiento y desarrollo, vacunas, entre otros.
- Falta de atención médica en caso de enfermedades agudas o crónicas.
- Ausencia de aparatos como lentes, prótesis auditivas y otros, en caso de necesitarlos.
- Falta de cuidados dentales apropiados.

Hallazgos al examen físico:

- Mal nutrición: delgadez, sobrepeso, obesidad.
- Falta de higiene personal.
- Retraso en el desarrollo biopsicosocial.
- Condiciones médicas no tratadas: lesiones dermatológicas en manos y pies; callosidades en manos.
- Caries dental generalizada.

Hallazgos de conducta:

- Depresión.
- Ansiedad.
- Trastornos del sueño.
- Relaciones interpersonales alteradas: conductas sexualizadas y adultizadas.
- Rendimiento escolar bajo.

TRATAMIENTO

Al examinar a un NNA en situación de trabajo infantil, el personal de salud debe dar atención según lineamientos, a partir del tipo de lesiones físicas y psicológicas encontradas.

REFERENCIA Y RETORNO

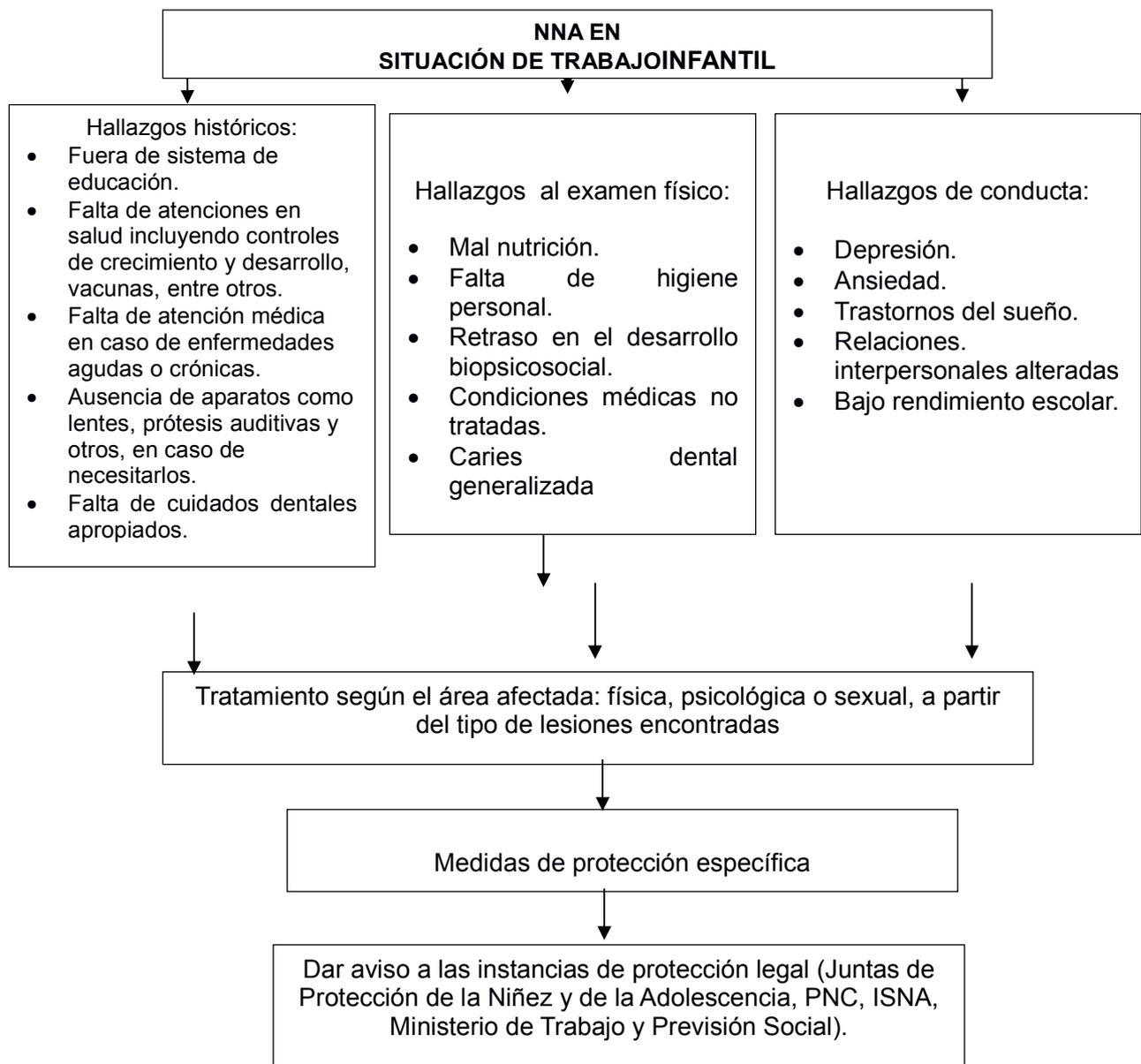
Dependiendo del estado de salud y de las afectaciones físicas, sexuales y psicológicas observadas, se debe referir al establecimiento de salud de mayor complejidad.

Para el retorno la UCSF debe informar al Ecos Especializado, para la dispensarización y seguimiento respectivo, además de coordinar acciones con otras instituciones locales que pueden proveer atención psicológica y consejería.

AVISO

Ante un caso en el que se sospeche o se identifique a un NNA en situación de trabajo infantil, el personal de salud debe cumplir con las medidas de protección específica, incluyendo el dar aviso a las instancias de protección legal, como son las Juntas de Protección de la Niñez y de la Adolescencia, PNC, ISNA y Ministerio de Trabajo y Previsión Social.

ALGORITMO PARA LA ATENCIÓN DE NNA EN SITUACIÓN DE TRABAJO INFANTIL



ATENCIÓN DE NNA EN SITUACIÓN O DEPENDENCIA DE CALLE

DIAGNÓSTICO

Las niñas, niños o adolescentes en situación o dependencia de calle son aquellos que sustituyéndola por la familia, han hecho de la calle su hogar, por diferentes razones familiares o sociales como los abusos (físicos, psicológicos o sexuales), abandono, desintegración familiar, pobreza, explotación laboral, pero sobre todo la falta de afecto,

Hallazgos históricos:

- Abandono por parte de los padres, madres o cuidadores.
- Expulsión de Centros Escolares.
- Antecedentes de institucionalizaciones anteriores.
- Antecedentes de consumo de drogas y otras sustancias psicoactivas.
- Falta de atenciones en salud incluyendo controles de crecimiento y desarrollo, vacunas, entre otros.
- Falta de atención médica en caso de enfermedades agudas o crónicas.
- Ausencia de aparatos como lentes, prótesis auditivas y otros, en caso de necesitarlos.
- Falta de cuidados dentales.

Hallazgos al examen físico:

- Mal nutrición.
- Falta de higiene personal.
- Retraso en el desarrollo biopsicosocial.
- Condiciones médicas no tratadas: infecciones de transmisión sexual, en adelante ITS, escabiosis, dermatosis, entre otras.
- Caries dental generalizada.

Hallazgos de conducta:

- Depresión.
- Ansiedad.
- Trastornos del sueño.
- Relaciones interpersonales alteradas.
- Problemas de disciplina, conducta agresiva.
- Consumo de bebidas alcohólicas y sustancias psicoactivas.

TRATAMIENTO

Al examinar a un NNA en situación o dependencia de calle, el personal de salud debe cumplir con las medidas de protección específica, así como cumplir el tratamiento requerido de acuerdo al tipo de lesiones encontradas (física, psicológica o sexual).

REFERENCIA Y RETORNO

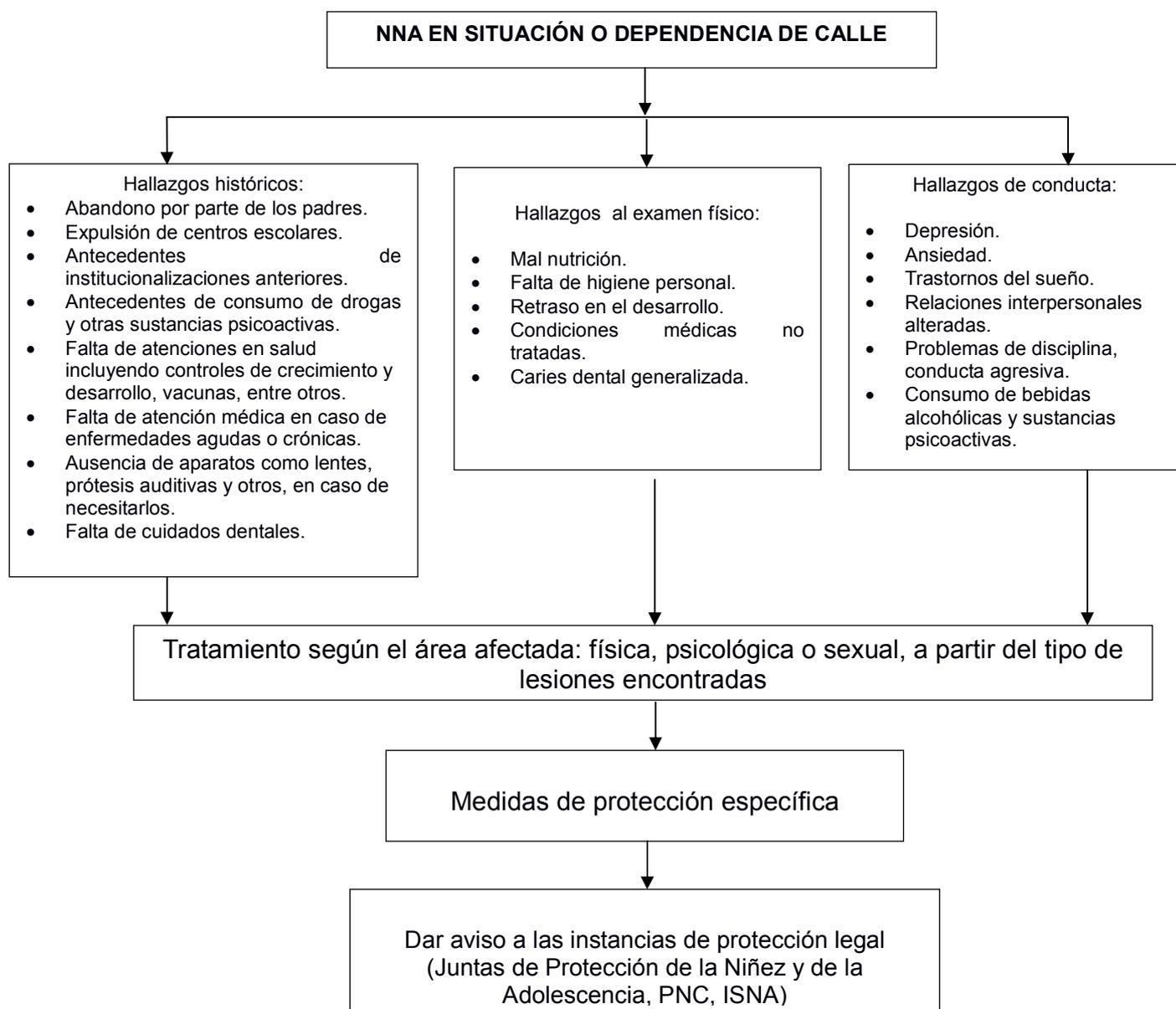
Dependiendo del estado de salud y de la gravedad de las lesiones observadas se debe referir al establecimiento de salud de mayor complejidad.

Para el retorno la UCSF debe informar al Ecos Especializado, para la dispensarización y seguimiento respectivo, además de coordinar acciones con otras instituciones locales que pueden proveer atención psicológica y consejería.

AVISO

Tras la identificación o sospecha de que un NNA se encuentra en situación o dependencia de calle, el personal de salud debe dar aviso a las instancias de protección legal, entre ellas: las Juntas de Protección de la Niñez y de la Adolescencia, la PNC e ISNA. Ver Anexo 6.

ALGORITMO PARA LA ATENCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES EN SITUACIÓN O DEPENDENCIA DE CALLE



ATENCIÓN DE NNA EN SITUACIÓN DE EXPLOTACION SEXUAL COMERCIAL (ESCNNA)

La explotación sexual comercial de NNA, en adelante ESCNNA, se contempla como parte de violencia hacia mujeres, ya que es un fenómeno que no se restringe a la prostitución, sino que también incluye otras formas tales como: la pornografía, el turismo sexual y el tráfico sexual.

CLASIFICACIÓN

La ESCNNA incluye cualquiera de las siguientes formas:

- Las relaciones y actividades sexuales remuneradas.
- La producción y distribución de material pornográfico infantil o adolescente.
- La participación en espectáculos sexuales públicos o privados.

Las modalidades de la ESCNNA se subdividen según la procedencia del explotador y de la persona menor de edad en:

- Explotación por personas locales: utilización de NNA por parte de explotadores que viven o residen en el mismo país o región.
- Turismo sexual: se produce cuando los explotadores son extranjeros o turistas.
- Trata de Personas con fines de explotación sexual: cuando un NNA es trasladado de una región a otra, ya sea dentro del mismo país o fuera de él.
- Divulgación de pornografía infantil vía Internet y otros medios, no existiendo un contacto directo entre la persona que consume la pornografía y las víctimas, pero interviene un conjunto de explotadores como intermediarios.

DIAGNÓSTICO Y DETECCIÓN

En primer lugar, el personal de salud debe comprender y actuar conforme al principio de que las personas menores de edad son víctimas, y no las causantes del problema.

Ante signos tales como equimosis en cualquier parte del cuerpo, salida de secreción vaginal o peneana, prurito anal o vaginal, presencia de verrugas o condilomas en los genitales, el personal de salud debe orientar sus acciones a que puede haber implícito abuso sexual o explotación sexual en NNA.

En casos de deserción o ausentismo escolar en los y las adolescentes, así como en casos en los que exhiban artículos de lujo, de los cuales se sabe que por su condición económica no pueden adquirir, se debe indagar y descartar explotación sexual de algún tipo.

Detectar actitudes negativas tales como: retraimiento, agresividad, rebeldía, insomnio, anorexia, depresión, actitud seductora, intento de suicidio, entre otras.

TRATAMIENTO

Al examinar a un NNA en situación de ESCNNA, el personal de salud debe prestar la atención, según las lesiones encontradas, tanto físicas, psicológicas o sexuales.

En los procesos que figuren como víctima a un NNA, debe ser atendido sin postergación alguna, implementando los recursos que se requieren para su realización.

La atención es un proceso mediante el cual se articulan y movilizan recursos institucionales, familiares y comunitarios en función de:

- La protección de la víctima frente a la explotación y cualquier otro riesgo de re-victimización.
- El ejercicio pleno de todos sus derechos.
- La recuperación integral de las secuelas producidas por la victimización.
- El aviso a la instancia competente, para facilitar la denuncia penal, orientada e intersectorial; de la(s) persona(s) explotada(s) o de la situación de explotación sexual.

Por esta razón, el plan de atención debe incluir los siguientes componentes de intervención:

- Derecho a la vida y derecho a la salud.
- Derecho a la protección contra toda forma de abuso y explotación.
- Vigilancia del ejercicio y disfrute pleno de todos los derechos humanos, lo que conlleva la reinserción al sistema educativo.
- Monitoreo de la implementación del plan de intervención con el fin de proteger a la víctima y garantizar sus derechos.

REHABILITACIÓN

Coordinar intersectorialmente las acciones para la restitución de los derechos, recuperación y reintegración de las víctimas a su vida familiar y social. Entre las acciones para la rehabilitación se incluye la incorporación a grupos de apoyo, consejería con la participación de la familia, educación integral de la sexualidad (autoestima, proyecto de vida, asertividad, solución de conflictos), visita domiciliar, referencia a psicología, coordinación con Centros Educativos para quienes han abandonado los estudios, entre otros.

REFERENCIA Y RETORNO

Dependiendo del estado de salud y de la gravedad de las lesiones observadas se debe referir al establecimiento de salud de mayor complejidad.

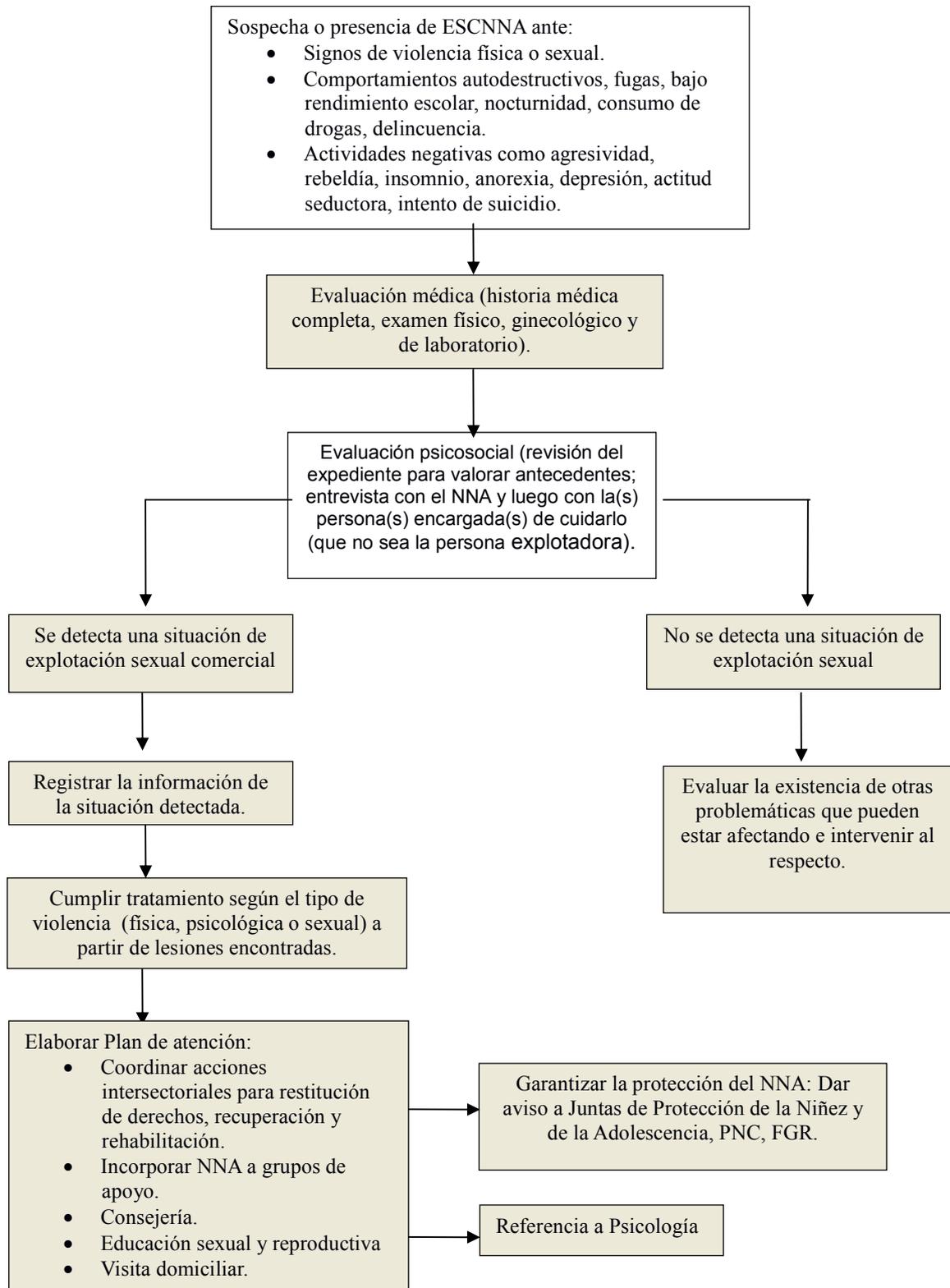
Coordinar con el Centro Escolar o instancia competente para lograr la reinserción educativa. Así mismo, con la instancia de bienestar social, el acceso de la familia a programas de ayuda y subsidios económicos.

Para el retorno la UCSF debe informar al Ecos Especializado, para la dispensarización y seguimiento respectivo, además de coordinar acciones con otras instituciones locales que pueden proveer atención psicológica y consejería.

AVISO

Cuando el personal de salud se encuentre ante un caso de ESCNNA se debe dar aviso a las autoridades competentes: Juntas de Protección de la Niñez y de la Adolescencia, PNC y FGR. Ver anexo 6.

ALGORITMO PARA LA ATENCIÓN DE NNA EN SITUACIÓN DE EXPLOTACIÓN SEXUAL COMERCIAL



ATENCIÓN A LAS MUJERES AFECTADAS POR VIOLENCIA

La violencia hacia las mujeres, se refiere a cualquier acción basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, psíquico o sexual a la mujer tanto en el ámbito público como privado.

Entre los tipos de violencia se encuentran los siguientes:

Violencia física.

Violencia psicológica.

Violencia sexual.

A continuación se desarrolla cada componente:

ATENCIÓN A LAS MUJERES AFECTADAS POR VIOLENCIA FÍSICA

Al ser identificados los casos de violencia física contra la mujer, ésta debe ser atendida de preferencia por la médica o médico capacitado en la aplicación de los presentes Lineamientos técnicos, o el médico de mayor jerarquía.

El manejo de las mujeres víctimas de la violencia física requiere de un equipo multidisciplinario de las disciplinas de psicología, trabajo social, medicina y enfermería, así como de la participación de organismos gubernamentales y no gubernamentales que trabajan en la comunidad con el tema de la violencia.

El personal que atienda a las mujeres víctimas de violencia física debe evitar:

- Creer que el maltrato NO ocurrió, porque la persona agresora se encuentra presente o es una persona muy amable y aparentemente se encuentra muy preocupado por la salud de la víctima. O por las condiciones socioculturales de la víctima.
- Mostrar preocupación por el tiempo que tomará la atención de estas mujeres.
- Culpar a la paciente y sentir frustración o enojo si la mujer no sigue sus indicaciones.
- Pensar que el personal médico debe limitarse a la atención de las lesiones físicas, y que el/ella no debe participar en el diagnóstico y la referencia de las pacientes a los servicios de apoyo.
- Minimizar la magnitud de las lesiones.
- La contra-transferencia de los sentimientos al escuchar a una mujer que describe su experiencia.
- Hacer comentarios, gesticulaciones o actitudes prejuiciosas que culpabilizan a la mujer agredida.
- Omitir el dar aviso a las instancias correspondientes por temor a involucrarse en problemas legales.

CONDICIONES DE VULNERABILIDAD

Tienen un mayor riesgo de ser afectadas por violencia física las mujeres que presentan las siguientes condiciones:

- Menores de treinta y cinco años.
- Solteras, divorciadas o separadas.
- Abuso de alcohol u otras drogas, por la mujer, la pareja o ambos.
- Embarazo.
- Bajo nivel social, educativo y económico.

- Haber sufrido abuso físico o sexual en la infancia.

DIAGNÓSTICO

El personal de salud debe sospechar algún tipo de violencia física contra la mujer en los casos siguientes:

- Si existe retraso en la búsqueda de atención a las lesiones.
- Si la explicación de cómo ocurrieron las lesiones sea inconsistente con su severidad o extensión.
- Consulta de mujeres con somatización como dolores de cabeza, dolores abdominales, lumbago, fatiga, neurosis conversiva, alergias o herpes.
- Sí se presentan cuadros de ansiedad, depresión, desórdenes alimenticios y abuso de sustancias.
- En algunas condiciones ginecológicas como: abortos, control prenatal tardío, síndrome premenstrual, ITS, donde se incluye el VIH y sida, embarazo no deseado y dolor pélvico crónico.
- Visitas frecuentes a la emergencia de los hospitales
- La localización de las lesiones típicamente son: la parte central del cuerpo, mamas, abdomen, genitales, pueden encontrarse lesiones en el cuello por intentos de estrangulación; de igual manera es frecuente encontrar lesiones de defensa en los antebrazos.

El personal que atiende a las mujeres por violencia física debe estar atento a las siguientes señales de alerta:

- La pareja acompaña siempre a la usuaria, insiste en mantenerse cerca y responde a todas las preguntas que se le hacen, demuestra demasiado afecto a la pareja.
- La usuaria se niega a hablar o estar en desacuerdo enfrente de su pareja.
- Celos irracionales expresados por la pareja o reportados por la usuaria.
- Negación o minimización de la violencia por parte de la pareja o la usuaria.
- Una sensación exagerada de sentimientos de culpa por la violencia recibida.

HISTORIA CLÍNICA

El equipo de salud que atiende a la mujer debe realizar una historia clínica completa en un ambiente de privacidad; orientada especialmente a establecer si hay lesiones que comprometen la vida de la usuaria.

Para detectar casos de violencia el personal de salud que atiende a las mujeres debe aplicar la Hoja de tamizaje de violencia (ver anexo 7).

De igual manera debe recibir información relacionada con las lesiones preguntando respecto a:

- ¿Cuándo, dónde, en qué circunstancias y desde cuándo ocurre el maltrato físico?
- ¿Con qué fue agredida?
- ¿Quién fue el agresor y cuál es su relación con ella?
- ¿Cuál es la sintomatología derivada de la lesión? así como, si hay limitaciones de la actividad física posterior a la lesión.

EXAMEN FÍSICO

La médica(o) que atienda a estas mujeres, debe dar especial énfasis a la búsqueda y al detalle minucioso de todas las lesiones, siendo las más comunes:

- Contusiones, equimosis, abrasiones, laceraciones menores, fracturas, esguinces.
- Lesiones en la cabeza, cuello, tórax, senos y abdomen.
- Lesiones en múltiples sitios y en diferente estadio de recuperación,
- Lesiones recurrentes o crónicas.
- Cicatrices.
- Marcas de mordeduras o quemaduras.
- Heridas con armas contundentes, cortantes, punzantes o de fuego.

No olvidar que es frecuente encontrar varias lesiones en diferentes estadios de curación las cuales deben consignarse en el expediente.

Pueden haber de igual manera signos y síntomas de problemas ginecológicos como:

- ITS o infecciones del tracto urinario recurrentes.
- Dolor pélvico crónico.
- Amenazas de aborto o abortos, amenazas de partos prematuros.
- Dolor inexplicable en el área genital o en senos.

El médico(a) debe indicar los exámenes de laboratorio y de gabinete adecuados, según los signos y síntomas de las lesiones que presente la usuaria, tales como rayos X, ultrasonografías, entre otros.

TRATAMIENTO

La participación del médico(a) y de los trabajadores de la salud, que atienden estos casos, deben orientarse a asegurar los siguientes aspectos:

- Manejo médico de las lesiones.
- Soporte emocional y psicológico.
- Consejería respecto a la problemática de la violencia.
- Referencia a otras instituciones que podrían ayudarla.

Para lograr estos objetivos, el personal que atiende a la mujer que ha sufrido violencia física debe realizar lo siguiente:

- Referir al Hospital o ingresar a la paciente acorde con el grado de severidad de las lesiones.
- Atender las lesiones que la mujer presente en forma oportuna y eficiente, con especial énfasis en aquellas lesiones que comprometan la vida de la misma, o que podrían dejar posibles secuelas en su salud.
- Dar referencia para atención psicológica a la mujer e hijos(as).
- Coordinar a través de Trabajo social con el Juzgado de Paz, para corroborar la seguridad del ámbito familiar para la mujer y sus hijos(as) y dictar las medidas de protección para los mismos.

Brindar consejería orientando en los siguientes aspectos:

- Destacar la importancia de las relaciones familiares libres de violencia.
- Fortalecer en las víctimas de violencia, el sentimiento de cuan valiosa es su integridad física y la importancia de ésta para sus hijos(as).
- Identificar el grado de riesgo que corren su vida y la de sus hijos e hijas.

- Ayudarle a desarrollar un plan en el que ella y sus hijos estén seguros en el caso de que decida abandonar al agresor (Plan de escape).
- En casos de no contar con una red de apoyo familiar, coordinar o referirla a las oficinas ISDEMU, ubicadas en las cabeceras departamentales.
- Orientar sobre la construcción de un plan de vida.
- Informar a la víctima sobre la importancia de hacer la denuncia ante el Juzgado de Paz, para la protección de acuerdo a las leyes existentes.
- Dar a conocer que puede ser atendida por Organismos gubernamentales y no gubernamentales que cuentan con los recursos para la asistencia psicológica o legal.

ATENCIÓN PSICOLÓGICA

Se debe realizar la referencia para atención psicológica o psiquiatra según la condición de la paciente, no olvidar la necesidad de atención psicológica de la familia.

REFERENCIA Y RETORNO

Dependiendo de las lesiones físicas y psicológicas, se debe referir a las mujeres afectadas por violencia, al establecimiento de salud de mayor complejidad.

Es de suma importancia coordinar actividades con otras organizaciones que trabajan en la temática de la violencia de género, para que en los casos en los que el ambiente familiar o comunitario sea muy peligroso estos organismos puedan brindarles albergue temporal o para la asistencia psicológica individual y/o grupal.

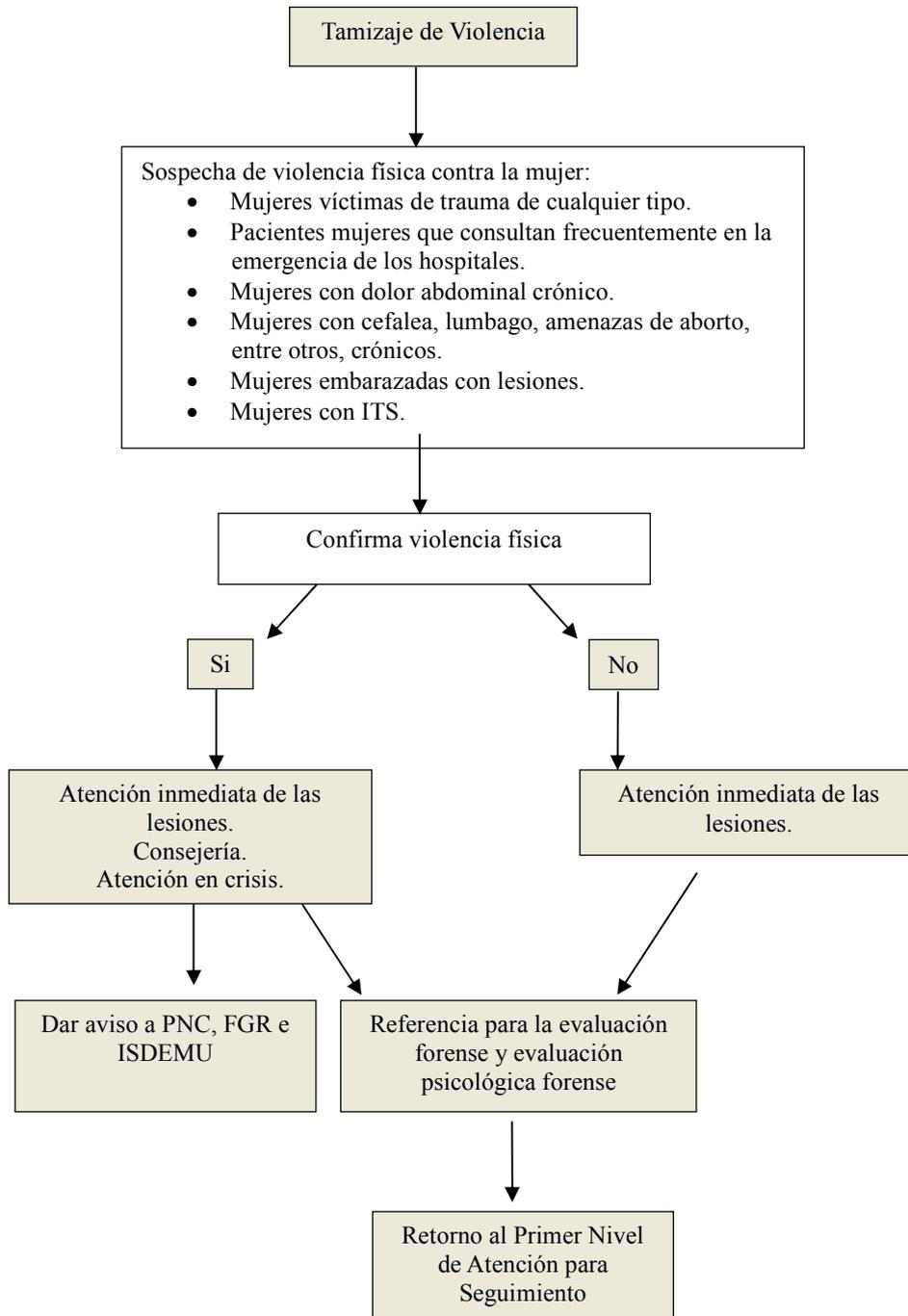
El retorno al primer nivel de atención depende de la condición de salud de la usuaria.

Para el retorno la UCSF debe informar al Ecos Especializado, para la dispensarización y seguimiento respectivo, además de coordinar acciones con otras instituciones locales que pueden proveer atención psicológica y consejería.

AVISO

Ante la identificación o sospecha de encontrar a una mujer víctima de violencia física, el personal de salud debe dar aviso a la PNC, FGR. Ver anexo 6

ALGORITMO PARA LA ATENCIÓN DE MUJERES AFECTADAS POR VIOLENCIA FÍSICA



ATENCIÓN A LAS MUJERES AFECTADAS POR VIOLENCIA PSICOLÓGICA.

La violencia psicológica se manifiesta en:

- Violencia verbal: es el uso de la palabra para hacer sentir a una persona que no hace nada bien, se le ridiculiza, insulta, humilla y amenaza en la intimidad o en público.
- Violencia no verbal es aquella que se manifiesta en actitudes corporales de agresión tales como: miradas de desprecio, muestras de rechazo, indiferencia, silencios y gestos insultantes para descalificar a la persona, la falta de demostración de afecto hacia la pareja o a sus hijos e hijas.

TAMIZAJE DE VIOLENCIA PSICOLÓGICA

Para el diagnóstico de abuso emocional en la mujer, el personal de salud debe realizar las siguientes preguntas:

- ¿Ha sido insultada o le han hecho sentir mal respecto a si misma?
- ¿Ha sido humillada en frente de otras personas o en privado?
- ¿Ha sido atemorizada o intimidada por su pareja o ex pareja para conseguir lo que él quiere?
- ¿Ha sido amenazada con que le quitará el soporte económico o la echará de la casa o le quitará los hijos?
- ¿La han amenazado con dañar a otra persona que a usted le importa para conseguir que usted haga algo que no desea?
- ¿La han limitado en sus libertades personales de sus actividades cotidianas (su forma de vestir, arreglo personal, prácticas religiosas, relaciones familiares o con amistades)?

DIAGNÓSTICO

El personal de salud debe sospechar la presencia de violencia psicológica en aquellas mujeres detectadas que se encuentran en las situaciones siguientes:

- Aislamiento físico o social de la mujer: no se le permite salir, trabajar, estudiar, tener amigas, ni contacto con la familia, no hablar con nadie.
- Pérdida consecutiva de citas o controles de salud de ella o sus hijos(as).
- Consultas a repetición de enfermedades psicosomáticas.
- Mujeres con baja autoestima, sentimientos de culpa, tristeza, agresividad, apatía, desesperanza.
- Referencia de celos infundados y posesividad excesiva del hombre sobre la mujer.
- Privación afectiva (especificar).
- Coerción mediante amenazas verbales o no verbales.
- Amenazas de daño hacia la mujer o hacia las personas u objetos que ella más ama, privar del apoyo económico.
- Degradación y humillación de la mujer.
- Llamar a la mujer con nombres peyorativos, criticarla, insultarla y devaluarla constantemente.
- Manipulación de los hijos(as).
- Acusarla falsamente, culparla de todo lo que sucede.
- Ignorar, minimizar o ridiculizar sus necesidades.
- Mentir, no cumplir las promesas, destruir su confianza.

TRATAMIENTO

En todos los casos sospechosos de violencia psicológica contra la mujer, se debe proporcionar consejería, orientada a:

- Tratamiento según la situación de salud por la cual consulta.
- Explicar que la violencia psicológica antecede y está presente en todos los otros tipos de violencia.
- Establecer que una situación abusiva no mejorará si se ignora el problema, si no que se incrementa y progresará a otras formas de violencia, por lo que en primer lugar debe reconocerse la situación violenta y buscar ayuda.
- Destacar la importancia de la salud mental y su incidencia negativa en una relación de abuso de poder.
- Establecer que la violencia psicológica tiene un impacto negativo en el bienestar integral de la mujer.
- Motivar a que continúe con el tratamiento, para superar el abuso psicológico.
- Consejería orientada a mejorar la autoestima y al empoderamiento de la mujer.
 - Destacar la importancia de la salud mental.
 - Orientar sobre el bienestar integral de la mujer.
 - Motivar a la mujer para que busque ayuda.
 - Informar sobre sus derechos.
 - Explicar la existencia de leyes que sanciona la violencia contra la mujer.
 - Informar sobre los recursos con los que cuenta la comunidad para su atención psicológica.

ATENCIÓN PSICOLÓGICA

El personal de salud capacitado debe realizar intervención en crisis y proporcionar terapia orientada a mejorar la salud emocional, la autoestima y al empoderamiento de la mujer.

Los hijos(as) y otros miembros de la familia también deben ser referidos para atención psicológica.

REFERENCIA Y RETORNO

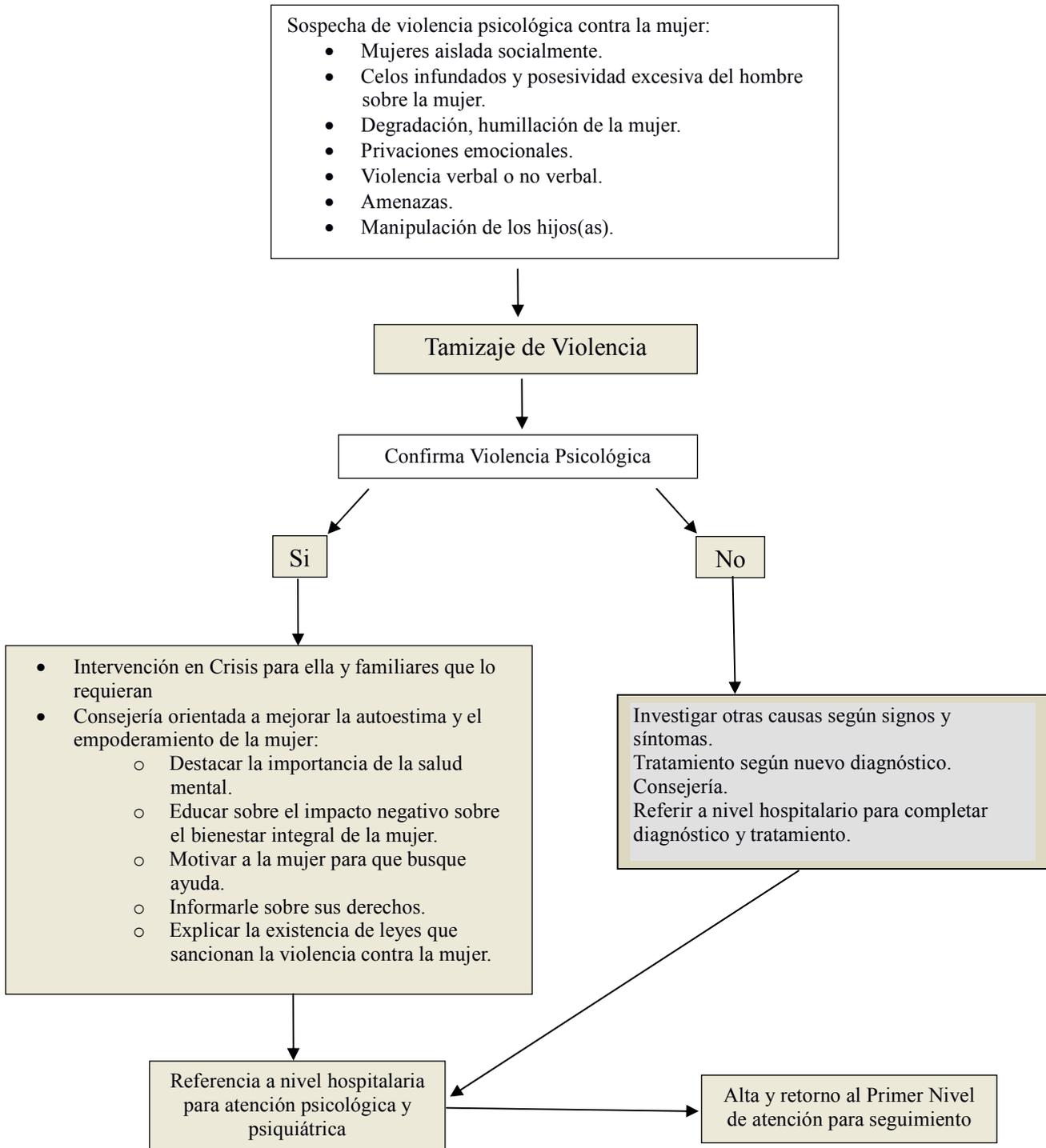
El personal de salud debe realizar la referencia oportuna de la mujer y de los miembros de la familia que lo necesiten, para atención psicológica y psiquiátrica.

Para el retorno la UCSF debe informar al Ecos Especializado, para la dispensarización y seguimiento respectivo, además de coordinar acciones con otras instituciones locales que pueden proveer atención psicológica y consejería.

AVISO

Ante la sospecha o identificación de una mujer con afectación psicológica grave, el personal de salud debe dar aviso del caso a la FGR para el peritaje respectivo. Ver anexo 6.

ALGORITMO PARA ATENCIÓN DE MUJERES AFECTADAS POR VIOLENCIA PSICOLÓGICA



ATENCIÓN A LAS MUJERES AFECTADAS POR VIOLENCIA SEXUAL.

CONDICIONES DE VULNERABILIDAD

Cualquier mujer puede ser victimizada sexualmente, existen algunos factores individuales o grupales que pueden hacerla más susceptible de sufrir violencia sexual, estos son:

- Edad entre los 15 y 25 años.
- Ser soltera o madre soltera.
- Discapacidad física o mental.
- Privación de libertad.
- Adicciones.
- Historia personal con antecedentes de violación o abuso sexual.
- Mujeres trabajadoras sexuales.
- Víctimas de la guerra o conflictos armados.
- Vivir en la calle o en extrema pobreza

MEDIDAS GENERALES

- Las mujeres afectadas por violencia sexual deben ser atendidas por el personal capacitado en la aplicación de los presentes Lineamientos técnicos o en su defecto por el personal de salud de mayor jerarquía en el hospital del segundo y tercer nivel de atención (de preferencia médica ginecóloga o médica del staff o residente de mayor jerarquía).
- Se debe atender en forma inmediata, tratando de reducir el tiempo de espera.
- El médica o médico que asista a la afectada, debe hacerlo respetando los derechos humanos de la víctima, con respeto y confidencialidad, preservando la ética profesional.
- El médica o médico que asista a la afectada debe informarle sobre los diferentes procedimientos a realizar, incluyendo profilaxis y tratamiento.
- En el caso que la mujer consulte en un establecimiento del primer nivel por abuso sexual que no incluya penetración, ni lesiones que comprometan la vida, posterior a la evaluación médica, debe coordinarse con PNC para las diligencias respectivas y acompañamiento a Medicina Legal.
- En el caso la mujer consulte en un establecimiento del primer nivel, por abuso sexual ocurrido en menos de 72 horas, que incluya penetración vaginal, anal u oral, deberá referirse al Hospital que cuente con atención para personas con infección por VIH. Así mismo, si presenta lesiones graves o peligro de muerte.
- Si la usuaria se observa con ideas o intento suicida, se ingresará en un establecimiento del segundo o tercer nivel de atención y en el servicio donde esté ingresada será vista por un médico o médica agregado y por el equipo multidisciplinario capacitado en estos Lineamientos.
- Establecerá una relación de confianza y empática con la mujer que ha sido agredida.
- Se debe realizar intervención en crisis, y posteriormente se indicará inter-consulta con psicóloga/o, quién aplicará el tratamiento apropiado según su evaluación o la referencia con psiquiatra si es necesario.
- Se debe informar a la usuaria respecto a la investigación de este hecho delictivo por parte de las autoridades competentes, como la FGR o la PNC, y de lo importante de seguir con el proceso penal.
- Se dará a conocer en forma sensible a la víctima, que personal de Medicina Forense debe realizar una evaluación para recopilar las evidencias, y que será necesario el examen de sus órganos genitales y la toma de diferentes muestras de laboratorio; es necesario destacar la importancia de esta evaluación y de las pruebas dentro del proceso legal.

- Al dar el alta, dejará control en 1 semana en la consulta externa (quién será atendida por el mismo médico que la asistió en el servicio) para verificar los resultados de los exámenes tomados a su ingreso y verificar el cumplimiento del tratamiento médico y psicológico
- Se debe orientar a la usuaria para continuar con la atención psicológica y social, en otras instituciones, ISDEMU y Organizaciones no gubernamentales que trabajan en este tema.

DIAGNÓSTICO

Para el establecimiento del diagnóstico, el personal de salud se basará en la historia clínica que proporcione la mujer y en los hallazgos del examen físico en el área genital o extra genital que confirmen la historia de la violencia sexual. (ver anexo 8).

HISTORIA CLÍNICA

El equipo de salud debe realizar una completa historia clínica, donde se obtendrán los siguientes datos:

- Lugar, fecha y hora en que ocurrió la agresión sexual.
- Circunstancias en las que sucedió la agresión sexual, incluyendo el tipo de arma utilizada, el tipo de amenaza y el uso de la fuerza o de drogas.
- Actividad que estaba realizando la mujer afectada al momento de ser agredida sexualmente.
- Contexto en que se realizó la violencia sexual.
- Especificar el tipo de relación sexual: si hubo penetración oral, vaginal o rectal o combinaciones de estas y consignar en el expediente si hubo eyaculación o no, si se utilizó condón o no.
- Determinar el número de agresores y el número de penetraciones realizadas en la violencia sexual o la introducción de objetos por vía vaginal o anal.
- Consignar si hubo traumatismos en alguna parte del cuerpo y especialmente en la boca, mamas, vagina, recto o si hubo sangrado de ella y su agresor (los datos del acápite segundo al quinto de la historia clínica, de este apartado tendrán valor para establecer el riesgo de Hepatitis B y VIH).
- Establecer cuáles fueron las actividades que realizó la víctima luego de la agresión sexual, debe preguntar si se bañó, se lavó los dientes o utilizó enjuagues bucales, si ha usado enemas, defecado, si ha orinado o usado duchas vaginales y si ha tenido relaciones sexuales consentidas luego o cercana a la agresión sexual.
- Establecer si la mujer está embarazada y las semanas de amenorrea.
- Deberá consignarse en la historia clínica el sexo del perpetrador o perpetradores, si es una persona desconocida o conocida y su relación con ella.
- En los antecedentes personales de la mujer agredida se dará énfasis a sus antecedentes gineco-obstétricos: edad, edad de la menarquía, fecha de última regla, su fórmula obstétrica.
- Se establecerá si tiene vida sexual activa o si la violación fue su primera relación sexual.
- Documentar cuando fue su última relación sexual voluntaria
- Si utiliza algún método de planificación familiar, (incluyendo la esterilización quirúrgica) especificar cual método usa y cuando se lo aplicó.
- No olvidar interrogar respecto a antecedentes médicos y alergias a medicamentos.

EXAMEN FÍSICO

El personal médico debe tener especial cuidado de no contaminar las posibles evidencias forenses que pueden encontrarse en el cuerpo de la mujer, por lo que durante este deben tomarse ciertas precauciones:

- En caso de ser posible, debe realizar el examen físico en presencia del personal de enfermería capacitado en estos Lineamientos técnicos.
- Las lesiones que pongan en riesgo la vida de la mujer deberán identificarse y tratarse de forma inmediata, éstas pueden ser: hemorragias, desgarros, fracturas, traumas cráneo-encefálicos, entre otros. En estos casos la recolección de las evidencias forenses toman un papel secundario y lo prioritario es tratar en forma oportuna las lesiones.
- De preferencia la mujer se debe quitar su ropa interior y colocarla sobre dos piezas de campos corrientes, para poder capturar cualquier objeto o muestras que caigan de sus ropas. Guardar la ropa interior, luego de secarla al ambiente, en bolsas de papel debidamente rotuladas con nombre, fecha y número de expediente, detallando el número, el tipo y el color de prendas.
- Se debe colocar espéculo solo en los casos en los que se presente sangrado profuso o se sospeche cuerpo extraño en vagina o recto; de lo contrario debe ser el médico forense quien realice la recolección de las evidencias antes del examen ginecológico. Si se necesita poner un espéculo, no lubricarlo con gel, puede usar agua para ello; recolectar y preservar las diferentes muestras para evitar que se pierdan.

En el expediente, documentar los siguientes aspectos relevantes al examen físico:

- Describir el estado emocional de la mujer agredida.
- Cualquier trauma visible, del área genital o extra-genital.
- Las mamas, los genitales externos, la vagina, el ano, recto, vejiga urinaria, deben ser examinados cuidadosamente para constatar la presencia o no de lesiones como desgarros, fisuras o laceraciones.
- En el área genital se debe constatar la presencia de hematomas, equimosis y así como su coloración, la presencia de laceraciones, heridas o abrasiones en himen o genitales externos.
- Si se colocó espéculo por las condiciones establecidas anteriormente, describir en forma minuciosa los hallazgos encontrados en el área vaginal.
- Los hospitales donde hay personal capacitado y autorizado, debe realizar evaluación clínica y forense. (Ver Anexo 8: Evaluación clínica y forense)

EXAMENES DE LABORATORIO

Para la evaluación y tratamiento de las mujeres con diagnóstico clínico de violación sexual, son de utilidad los siguientes exámenes:

- Radiografías de las áreas en las que se sospeche fracturas, de acuerdo a las lesiones de la paciente.
- Se tomará directo y cultivo de secreción vaginal, rectal o faríngea en busca de ITS.
- De igual manera se tomará hisopado para frotis fresco (agregar SSN), en busca de tricomonas o de vaginitis bacteriana.
- Se debe realizar la toma de la citología cérvico vaginal, para evidenciar la presencia de coilocitosis.
- Indicar prueba de embarazo (de preferencia BHCG).
- Se tomará muestra sanguínea para establecer la línea de base de Antígenos de Superficie para la Hepatitis B, prueba para VIH y serología para Sífilis.

TRATAMIENTO MÉDICO

El manejo médico de las mujeres víctimas de violencia sexual debe orientarse a las siguientes situaciones:

- Asistencia y tratamiento de las lesiones físicas con especial énfasis en el área genital, procurando preservar las evidencias forenses.
- Evaluación, prevención o tratamiento de ITS (incluyendo hepatitis y VIH).
- Prevención del embarazo indicando la anticoncepción de emergencia o asistencia a éste si la mujer está embarazada.
- Atención psicológica.

Se debe proporcionar consejería al iniciar los tratamientos profilácticos, orientado a: adherencia, completar el tratamiento, efectos secundarios, controles subsecuentes.

ATENCIÓN DE LESIONES

El manejo inicial debe orientarse a los traumatismos resultantes de la agresión, si es que los hay como: fracturas, lesiones de tejidos blandos, desgarros, laceraciones o heridas penetrantes.

PROFILAXIS DE ITS

La profilaxis para ITS debe de aplicarse a todas aquellas mujeres que consultan en un período menor o igual a 72 horas, desde el momento de la agresión sexual.

La profilaxis de las ITS debe incluir medicamentos para *Neisseria gonorrhoeae*, Clamidia, Tricomonas, vaginosis bacteriana, Sífilis, Hepatitis B y VIH;

La profilaxis para ITS deberá incluir la dotación de condones, hasta que se le de alta por el manejo de estas infecciones.

PROFILAXIS PARA ITS BACTERIANAS

MICROORGANISMO	MEDICAMENTO	ALTERNATIVA
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Ceftriazona 250 mg. Intramuscular, dosis única.	Ciprofloxacina 500 mg vía oral, dosis única. Doxiciclina 100 mg vía oral, cada doce horas por 7 días,
Clamidia	Doxiciclina 100 mg vía oral, cada doce horas por 7 días.	Claritromicina 500 mg vía oral, cada doce horas por 7 a 14 días Amoxicilina 500 mg vía oral, tres veces al día por 7 días
Sífilis	Penicilina G (Benzatínica) 2.4 millones UI intramuscular, dosis única.	Ceftriazona 250 mg intramuscular, dosis única.
Tricomonas	Metronidazole 2 gr vía oral, dosis única.	Tinidazole 2 gr vía oral, dosis única.
Vaginosis bacteriana	Metronidazole 2 gr vía oral, dosis única.	Tinidazole 2 gr vía oral, dosis única.

FUENTE: Ministerio de Salud. Norma y Lineamientos técnicos para el control de infecciones de transmisión sexual, marzo 2012.

PROFILAXIS PARA ITS BACTERIANAS EN EMBARAZADAS

MICROORGANISMOS	MEDICAMENTO	ALTERNATIVA
<i>Neiseria gonorrhoeae</i>	Ceftriazona 250 mg intramuscular, dosis única.	Eritromicina 500 mg vía oral, cada seis horas por 7 días.
Tricomonas y vaginosis bacteriana	Metronidazole 2 gramos vía oral, dosis única (después del primer trimestre).	Clindamicina 300 mg vía oral, cada doce horas por 7 días.
Sífilis	Penicilina G (benzatínica) 2.4 millones UI intramuscular, dosis única.	Ceftriazona 250 mg intramuscular, dosis única.
Clamidia	Azitromicina un gr vía oral, dosis única.	Eritromicina 500 mg vía oral, cada seis horas, por 7 días.

FUENTE: Ministerio de Salud. Norma y Guía de atención de infecciones de transmisión sexual. El Salvador. Junio 2006.

PROFILAXIS PARA HEPATITIS B

- Toda mujer que ha sido agredida sexualmente, debe ser vacunada contra hepatitis B, si no está protegida.
- Dosis: la primera dosis antes de transcurrir setenta y dos horas y máximo siete días posterior a la agresión sexual, la segunda al mes y la tercera a los seis meses.
- Se debe aplicar 0.5 ml. de vacuna de la hepatitis B vía IM en el deltoides o el glúteo.
- Se debe tomar antígenos de superficie de la hepatitis B de seguimiento a las 6,12 y 24 semanas.
- Si el antígeno de superficie para hepatitis B es positivo, se debe discontinuar el esquema de vacunación.

PROFILAXIS PARA VIH

La profilaxis para VIH en los casos de mujeres agredidas sexualmente, debe utilizarse solo en los siguientes casos:

- Debe iniciarse antes de las setenta y dos horas de la agresión sexual, idealmente entre las dos y las cuatro horas luego de la exposición.
- En los casos que haya algún tipo de penetración.

La profilaxis debe utilizarse por un período de 28 días, y consta de la combinación de los siguientes tres medicamentos antirretrovirales:

No.	Medicamento	Dosis
1	Lamivudina (3TC) 150 mg.	150 mg cada 12 horas. 1 tableta cada 12 horas
2	Zidovudina (AZT) 300 mg.	300 mg cada 12 horas 1 tableta cada 12 horas
3	Lopinavir + Ritonavir (LPV/r) (200+ 50) mg.	400 + 100 cada 12 horas. 2 cápsulas cada 12 horas

FUENTE: Ministerio de Salud. Programa ITS/VIH/sida.

Debe tomarse pruebas de funcionamiento hepático y un hemograma completo de base, se le realizarán controles serológicos tomando pruebas para VIH a las 6 y 12 semanas, y luego a los 6 y 12 meses posteriores al episodio de la agresión sexual.

Es importante informar de los beneficios del tratamiento, así como alertar respecto a los efectos secundarios de estos medicamentos tales como, náuseas, vómito, cefaleas, el apareamiento de ictericia, para que la mujer consulte oportunamente.

La mujer agredida debe ser vista en la consulta externa en un período máximo de una semana, para verificar los resultados de los exámenes tomados, si el VIH es positivo suspender el medicamento antirretroviral.

Así mismo, será vista en la consulta externa por el médico especializado en VIH para verificar adherencia, efectos secundarios de los medicamentos antirretrovirales y apoyo psicológico.

En este momento se indicarán pruebas de funcionamiento hepático(transaminasas, bilirrubinas) y hemograma, por la posibilidad de efectos tóxicos de los antiretrovirales.

PROFILAXIS PARA LA PREVENCIÓN EMBARAZO

Debe prevenirse el embarazo, administrando anticoncepción de emergencia, desde el momento de la agresión hasta cinco días posterior, para mayor efectividad se debe administrar a la brevedad posible (ver profilaxis de embarazo).

Se debe administrar a todas aquellas mujeres agredidas sexualmente independientemente de la etapa del ciclo menstrual en la que se encuentre, siempre y cuando no esté utilizando ningún método de planificación familiar (incluida la esterilización quirúrgica). Si la mujer está embarazada no se debe indicar profilaxis.

En general no existe ninguna contraindicación para la aplicación de estos medicamentos, sin embargo la mayoría de mujeres pueden presentar náuseas y vómitos, que se incrementarán con los tratamientos instaurados para la profilaxis de ITS, por lo que es importante explicarle.

Régimen de anticonceptivos de emergencia

FORMULACIÓN	NOMBRE	Nº DE TABLETAS EN PRIMERA DOSIS	Nº DE TABLETAS EN SEGUNDA DOSIS (12 HORAS DESPUÉS)
Levonorgestrel 0.25mg + Etinilestradiol 50 mcg	Ovral, Neogynon	2	2
Levonorgestrel 0.15mg + Etinilestradiol 30 mcg	Microgynon, Nordette	4	4
Levonorgestrel 0.75mg	Postinor 2, vermagest	1	1
Levonorgestrel 1.5mg	Postinor 1	1*	
Levonorgestrel 0.030mg	Microlut, Norgestrel	25	25

*Una sola dosis

Fuente: Ministerio de Salud. DAGYPS. Unidad de SSR, febrero 2012.

Al ingreso de la paciente se le debe indicar interconsulta urgente con psicólogo (a) capacitado (a) en violencia sexual, para la atención en crisis de las víctimas de violencia sexual (descritos anteriormente en este documento).

En forma general en la atención psicológica se abordarán los siguientes aspectos:

- La psicóloga debe implementar el plan terapéutico.
- Superación de trauma recibido con enfoque en el fortalecimiento de su autoestima y trabajar los sentimientos de culpa con respecto a la agresión recibida, brindando apoyo emocional para enfrenar el proceso legal.
- Es importante continuar un proceso de empoderamiento para recuperarse emocional, familiar y socialmente de la agresión sexual.
- Debe orientarla y brindarle todas las explicaciones de la sintomatología que está presentando, para que no piense que se trata de un desequilibrio mental y que más bien el hecho de hablar es un paso en su proceso terapéutico.
- A la mujer agredida y a su grupo familiar, se le deben presentar todas las alternativas posibles de tratamiento, como la continuación del proceso terapéutico a nivel individual o el ingreso a un grupo de autoayuda.
- Se debe tratar como persona capaz de tomar sus propias decisiones y respetarlas.
- Tener en cuenta que podría requerir de otros servicios de atención social, concientizándola de la importancia de continuar su proceso legal. Las alternativas de referencia intersectorial, pueden ser: ISDEMU, PGR, Ong.
- La atención psicológica debe asumirse como un proceso imprescindible para la reconstrucción del daño emocional recibido, se debe tener claro que el nivel del trauma a veces puede requerir de varios intentos o de llevar un tratamiento sistemático de largo plazo.

REFERENCIA Y RETORNO

Dependiendo del estado de salud y de la gravedad de las lesiones, se debe referir al establecimiento de mayor complejidad para su atención física y psicológica.

Luego de la atención de estos casos las mujeres necesitarán soporte emocional y seguimiento para tratar de reducir las secuelas a largo plazo de la violencia sexual, por lo que deben realizarse coordinaciones con los centros de ayuda como el ISDEMU, PGR y Ong.

Las mujeres víctimas de violencia sexual y que son tratadas por problemas psicológicos, físicos, podrán retornar al primer nivel de atención, considerando las indicaciones del médico (a) o psicólogo (a) tratante del segundo o tercer nivel de atención.

Para el retorno la UCSF debe informar al Ecos Especializado, para la dispensarización y seguimiento respectivo, además de coordinar acciones con otras instituciones locales que pueden proveer atención psicológica y consejería.

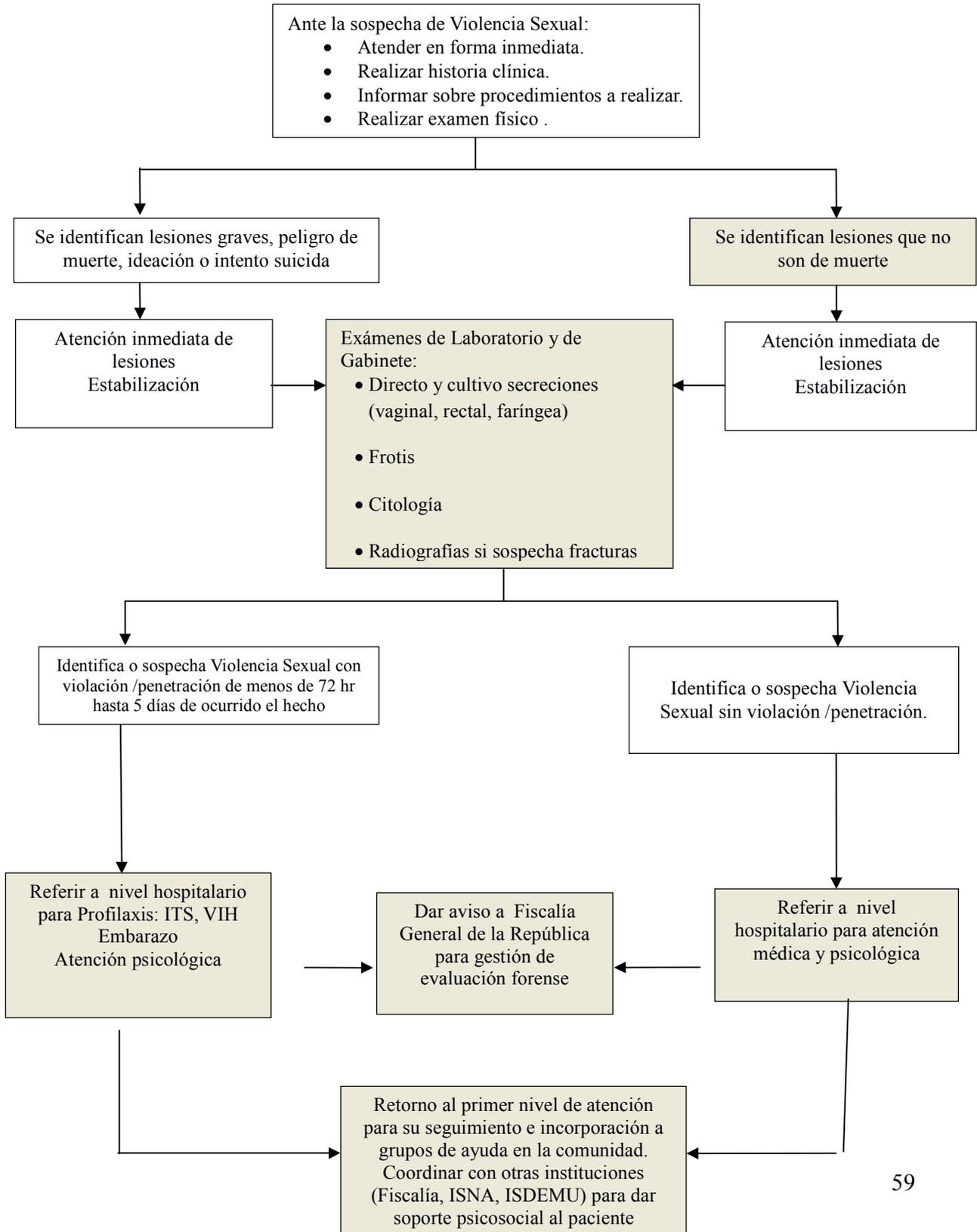
AVISO

Ante la sospecha o la identificación de una mujer afectada por violencia sexual, el personal de salud debe dar aviso a la PNC o FGR. Ver Anexo 6

Ante la sospecha de que una mujer esté siendo afectada por violencia sexual, el personal de salud del Primer Nivel dará aviso a la PNC para el acompañamiento al hospital.

Si la mujer consulta en un hospital, el personal debe dar aviso a FGR para el peritaje respectivo.
Ver anexo 6.

ALGORITMO PARA LA ATENCIÓN DE MUJERES AFECTADAS POR VIOLENCIA SEXUAL



ATENCIÓN DE PERSONAS ADULTAS MAYORES VÍCTIMAS DE MALTRATO.

Las manifestaciones de abuso y maltrato en las personas adultas mayores pueden ser:

- **FÍSICAS:** causar daño físico o lesión, ejercer coerción física, como impedir el movimiento libre de una persona mediante la fuerza o el uso de drogas, sin justificación apropiada.
- **SEXUALES:** mantener contacto sexual no consentido y otros tipos de agresión sexual de cualquier tipo con una persona mayor, empleando la fuerza, amenaza y/o engaño aprovechándose de su deterioro físico o psíquico.
- **PSICOLÓGICAS:** acciones que producen angustia, pena, estrés, sentimientos de inseguridad, baja autoestima, y/o atentan contra la identidad, dignidad y respeto de la autonomía de una persona adulta mayor. Se incluye en la tipología de maltrato psicológico cualquier otra acción que supone el confinamiento u otra interferencia en la libertad personal de la persona adulta mayor, por ejemplo: negación en la toma de decisiones, encierro, aislamiento social de amigos y familiares.
- **ECONÓMICAS:** la explotación de los bienes de la persona, el fraude o estafa a una persona adulta mayor y el robo de su dinero.
- **PATRIMONIALES:** se refiere a las acciones, omisiones o conductas que afectan la libre disposición del patrimonio de la persona, incluyéndose los daños a los bienes comunes o propios mediante la transformación, sustracción, destrucción, distracción, daño, pérdida, limitación, retención de objetos, documentos personales, bienes, valores y derechos patrimoniales.
- **NEGLIGENCIA Y ABANDONO:** implica descuido u omisión en la realización de determinadas atenciones o desamparo de una persona que depende de uno o por la cual uno tiene obligación legal o moral. La negligencia o abandono puede ser intencionada o no intencionada. Negligencia intencionada o activa es cuando el cuidador por prejuicio o irresponsabilidad deja de proveer a la persona adulta mayor los cuidados apropiados que requiere su situación. Sin embargo cuando el cuidador no provee los cuidados necesarios, por ignorancia o porque es incapaz de realizarlos, se considera que es negligencia no intencionada o pasiva.

DIAGNÓSTICO

Los síntomas de abuso y maltrato en personas adultas mayores frágiles o dependientes, pueden tomar múltiples apariencias y por lo tanto se recomienda que al sospechar abuso o maltrato, el médico haga una evaluación sistemática del paciente por medio del examen clínico y entrevista privada con él.

INDICADORES DE ALARMA

Existen algunos signos que hacen sospechar de maltrato o abuso de acuerdo a los tipos de maltratos:

FÍSICO Y SEXUAL

Al entrevistar hay descripción de hechos cambiantes, improbables o conflictivos con relación a la lesión. Al examen físico se puede encontrar:

- Magulladuras inexplicables.
- Caídas repetidas.
- Historia incongruente.
- Hematomas.
- Fracturas múltiples que no tienen causa determinada.
- Señales de estar amarrado, atado o golpeado.
- Deshidratación o desnutrición.
- Comentarios de otras personas.
- Infecciones de transmisión sexual.
- Heridas o dolor en zona genital.
- Alopecia parcheada.

PSICOLÓGICO

Hay historia de conflictos entre la persona adulta mayor, familiares o cuidadores. Entre los hallazgos de conducta en la persona adulta mayor se pueden encontrar:

- Confusión y desorientación.
- Desconfianza.
- Depresión.
- Miedo a los extraños.
- Miedo a su ambiente natural.
- Baja autoestima.
- Búsqueda de atención y afecto.
- Ansiedad.
- Uso de drogas y alcohol sin antecedentes previos.
- Cambio de carácter, cuando está presente el posible agresor.
- Se observa comunicación por parte del cuidador que desvaloriza e infantiliza al adulto mayor.

NEGLIGENCIA Y ABANDONO

Hay historia de episodios recurrentes en enfermedades similares a pesar de una adecuada educación y apoyo, así como problemas médicos no atendidos. Al hacer la entrevista y evaluación clínica se pueden encontrar:

- Apatía.
- Depresión.
- Mala higiene.
- Desnutrición.
- Deshidratación.
- Úlceras de presión.
- Deterioro progresivo de la salud, sin causa evidente.
- Aislamiento.
- Estrés familiar.
- Vestimenta inadecuada.

- Incumplimiento terapéutico (exceso o insuficiente en relación al problema de salud, signos de intoxicación).

ECONÓMICO Y PATRIMONIAL

Al hacer la entrevista y evaluación clínica se puede encontrar historia de:

- Pérdida inexplicable de dinero o pensión.
- Evidencia de que se han tomado bienes materiales del adulto mayor.
- Preocupación del adulto mayor por su estado económico.
- Falta de utensilios de uso personal, vestuario que la persona adulta mayor debería ser capaz de comprarse.
- Patrón irregular de gastos.

TRATAMIENTO

Al detectar y brindar atención integral en salud, a una persona adulta mayor víctima de abuso o maltrato, el personal de salud debe realizar las siguientes intervenciones:

- Entrevista y exploración física sistemática por parte del médico.
- Indicar tratamiento médico según tipo de lesiones.
- Brindar consejería a la persona adulta mayor, a sus familiares y cuidadores sobre siguientes aspectos:
 - La prevención de la violencia.
 - Los derechos de la persona adulta mayor.
 - La incidencia de la violencia o abuso.
 - La tendencia que tiene la violencia o abuso a aumentar en frecuencia y en severidad con el tiempo.
 - La prevención sobre el abuso de medicamentos.
- Realizar un plan de seguimiento según condición y estado de salud de la persona adulta mayor que puede incluir controles médicos subsecuentes, incorporación a grupos de auto-ayuda, entre otros.

ATENCIÓN PSICOLÓGICA.

- Realizar intervención en crisis, según la condición de la persona afectada.
- Primeros auxilios psicológicos.
- Terapia de apoyo.

REFERENCIA Y RETORNO

Referir a otro profesional (psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista) o a otro establecimiento de salud de mayor complejidad, si fuere necesario, dependiendo de su condición y estado de salud.

El retorno debe garantizar el trabajo multidisciplinario, para el seguimiento de la salud del adulto mayor.

Para el retorno la UCSF debe informar al Ecos Especializado, para la dispensarización y seguimiento respectivo, además de coordinar acciones con otras instituciones locales que pueden proveer atención psicológica y consejería.

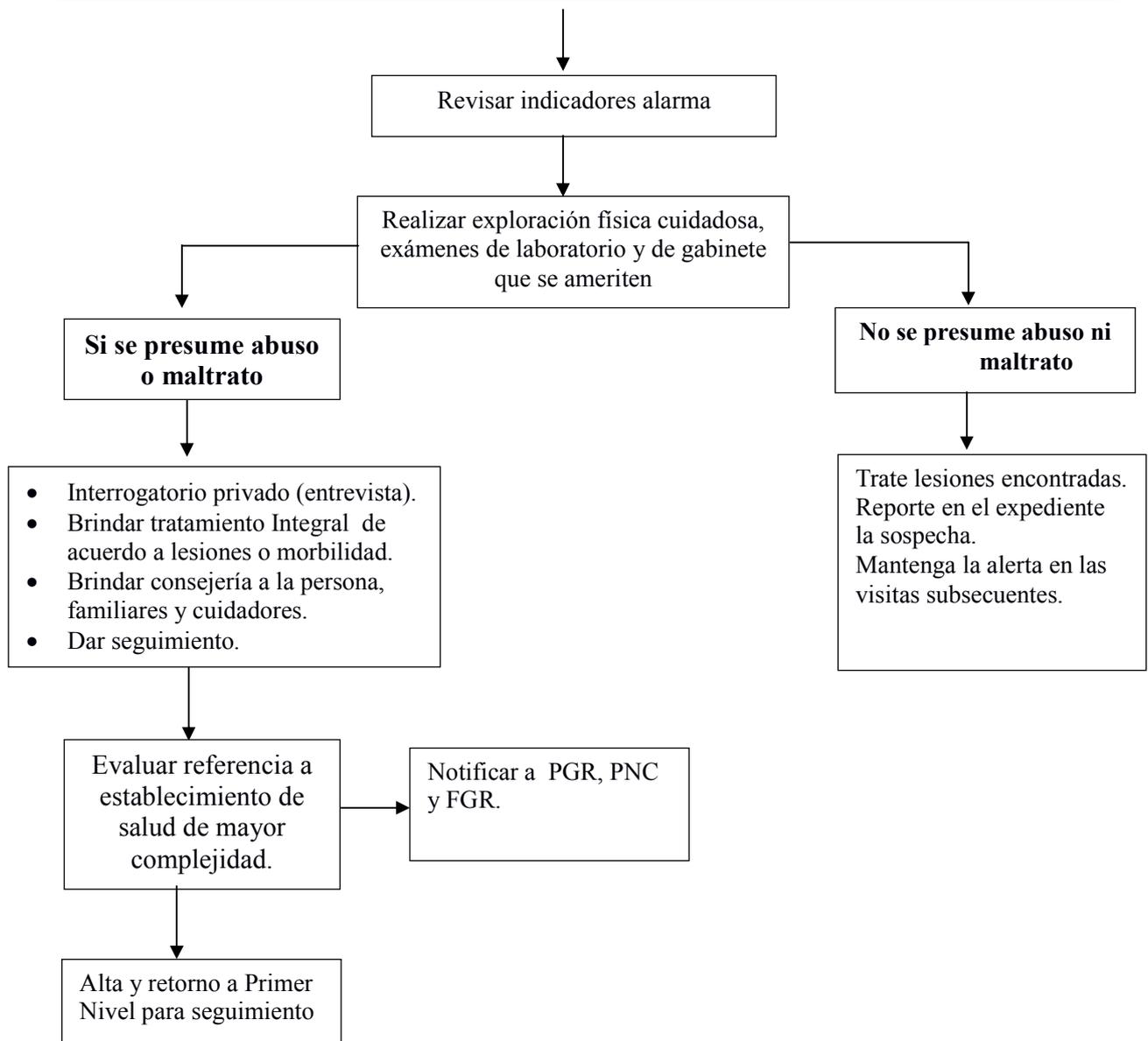
AVISO

En caso de identificar o sospechar abandono, abuso o maltrato, se debe avisar a la PNC, la PGR y FGR. Ver anexo 6

ALGORITMO PARA ATENCIÓN DE PERSONAS ADULTAS MAYORES VÍCTIMAS DE MALTRATO

Sospechar cuando se observan varios de los siguientes hallazgos:

- Señales de agresión física o sexual (magulladuras, hematomas o lesiones inexplicables, Infecciones de Transmisión Sexual, señales de ataduras, alopecia parcheada).
- Reporte de conflicto entre el cuidador y el adulto mayor.
- Signos psicológicos (miedo o angustia del adulto mayor para contestar preguntas ante la presencia del cuidador, ansiedad, uso de drogas y alcohol sin antecedentes previos, depresión).
- Deshidratación o desnutrición severa.
- Deterioro progresivo de la salud, mala higiene personal.



ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE TRATA DE PERSONAS.

Algunas de las formas de explotación o trata de personas son:

- **EXPLOTACIÓN LABORAL:** en los sectores de maquilas, servicio doméstico, minas, trabajo agrícola, plantaciones, pesca submarina y de altamar.
- **EXPLOTACIÓN PARA SERVIDUMBRE:** sometimiento de niñas, niños y adolescentes en mendicidad o sometimiento por medio de prácticas religiosas y culturales.
- **EXPLOTACIÓN POR MEDIO DE PRÁCTICAS ESCLAVISTAS:** por medio de trabajos domésticos, vientres de alquiler, embarazos forzados, entre otros.
- **EXPLOTACIÓN SEXUAL:** manifestada principalmente como prostitución forzada, explotación sexual en niños, niñas y adolescentes. (pedofilia, pornografía, turismo sexual, matrimonios serviles, entre otros). Este tipo de explotación también se ve en las mujeres y hombres.
- **VENTA DE ÓRGANOS:** manifestada a través del intercambio comercial de órganos humanos.
- **TRAFICO DE ARMAS Y DROGAS:** sometimiento de las personas para que participen bajo su propio riesgo, en el transporte o traslado de armas o drogas.
- **MENDICIDAD:** sometimiento de niños, niñas, adolescentes, personas adultas mayores y personas con discapacidad para solicitar dinero en las calles con mayor afluencia.

CONDICIONES DE VULNERABILIDAD

Cualquier persona puede ser víctima de trata, tanto niños, niñas, adolescentes, jóvenes, hombres y mujeres adultas, no importando el sexo, la edad, credo, lugar de vivienda ni condición social, sin embargo existen algunas condiciones individuales o grupales que pueden hacer más susceptible a las personas a ser víctimas de trata. Entre estos se puede mencionar:

- Pobreza.
- Desempleo.
- Inseguridad.
- Bajo o ningún nivel educativo.
- Antecedentes de abuso físico o sexual.
- Abandono.
- NNA en situación o dependencia de calle.
- NNA sin supervisión y control familiar
- Clima intrafamiliar conflictivo con exposición a la violencia o con múltiples problemas (económicos, organizacionales, escasos o nulos vínculos afectivos, comunicación inefectiva entre todos sus miembros)
- Migración.
- Trabajo sexual comercial.

DIAGNÓSTICO

El personal de salud que atiende a las personas afectadas por violencia debe realizar detección de casos de trata, a través de tamizaje para verificar si la persona está o ha estado en esa situación (ver anexo 9). Además debe realizar una exhaustiva historia clínica y examen físico completo por sistemas, a fin de establecer si la persona afectada está o ha estado en situación de trata además de la morbilidad o lesiones que presenta. Estas personas deben ser atendidas prontamente y en un ambiente de privacidad y confidencialidad, evitando la re-victimización y estigmatización de la persona afectada.

HISTORIA CLÍNICA

Se deben registrar los datos pertinentes respecto a la situación de salud de la víctima, sospechar situación de trata de personas en aquellos casos en el que presenten más de un hallazgo, en cada uno de los siguientes apartados:

Físicos, incluyendo sexuales:

- Heridas, contusiones, cortaduras, hematomas, magulladuras, quemaduras, fracturas y miembros amputados.
- Laceraciones sugestivas de ataduras.
- Señales de venopunción.
- Mordeduras.
- Infecciones o lesiones sin cuidado apropiado, condiciones debilitantes (deshidratación, desnutrición, esquema de vacunación incompleto).
- Embarazo o maternidad a temprana edad.
- Abortos inducidos o espontáneos.
- Violación vaginal o anal, fisuras (pequeñas heridas) o destrucción del esfínter anal, fistulas vaginales.
- Infecciones de transmisión sexual (sífilis, gonorrea, VIH o sida, entre otras).
- Irritación, dolor o infecciones frecuentes en los órganos genitales.
- Deterioro odontológico.

Físicos por explotación laboral:

- Agotamiento crónico.
- Desnutrición.
- Deshidratación.
- Síndromes causados por movimientos repetitivos (tendinitis, tunnel del carpo, entre otros).
- Tensiones musculares.
- Insolación o hipotermia.
- Lesiones accidentales y enfermedades ocupacionales.

Psicológicos:

- Ansiedad, estrés, depresión, desesperanza, angustia.
- Ideas de persecución, vigilancia y temor a represalias.
- Pensamientos e intentos suicidas.
- Recuerdos repentinos de su experiencia y volver a experimentar síntomas dolorosos.
- Agresividad.
- Baja autoestima.
- Muestra gran interés por temas sexuales y habla mucho de sexo.
- Anorexia y bulimia.
- Conductas autodestructivas, como provocarse heridas.
- Trastornos del sueño.
- Alteraciones en las relaciones interpersonales.

De la conducta o del comportamiento:

- Desconfianza, renuencia a dar información al personal de salud.
- Uso de ropa muy llamativa y mucho maquillaje para salir.
- Mala higiene personal, descuido.
- Ha escapado de su hogar una o varias veces.
- Siendo persona menor de edad, sale por las noches con personas adultas (ajenas a la familia), y regresa tarde a su casa.
- Ha sido frecuentada por mujeres u hombres adultos ajenos a la comunidad y su entorno.
- Ingiere bebidas alcohólicas u otras sustancias nocivas.

- Puede exhibir objetos (por ejemplo, un teléfono celular), ropa o dinero que van más allá de las posibilidades económicas de su familia.
- Si está estudiando, se ausenta con frecuencia del centro educativo y no muestra interés por sus estudios y/o abandona el estudio.
- Sobredosis alcoholismo y drogadicción.

TRATAMIENTO

- **Tratamiento según tipo de morbilidad o lesión.**
 - Si la persona ha sido objeto de explotación sexual, se debe aplicar los Lineamientos técnicos para el control de las infecciones de transmisión sexual.
 - En caso de sospecha de intento de suicidio, proceder de conformidad para la atención por especialista, a la brevedad.
- **Atención psicológica.**
 - Realizar intervención en crisis según la condición de la persona afectada.
 - Primeros auxilios psicológicos.
 - Terapia de apoyo.
 - En el caso de personas que están o han estado en situación de trata, que tienen graves conflictos psicológicos y en ocasiones psiquiátricos, se requerirá de terapia medicamentosa.

EXAMENES DE LABORATORIO

Dependiendo de los hallazgos se deben indicar exámenes de laboratorio y de gabinete según tipo de morbilidad, lesiones y otras condiciones encontradas en la persona.

REFERENCIA Y RETORNO

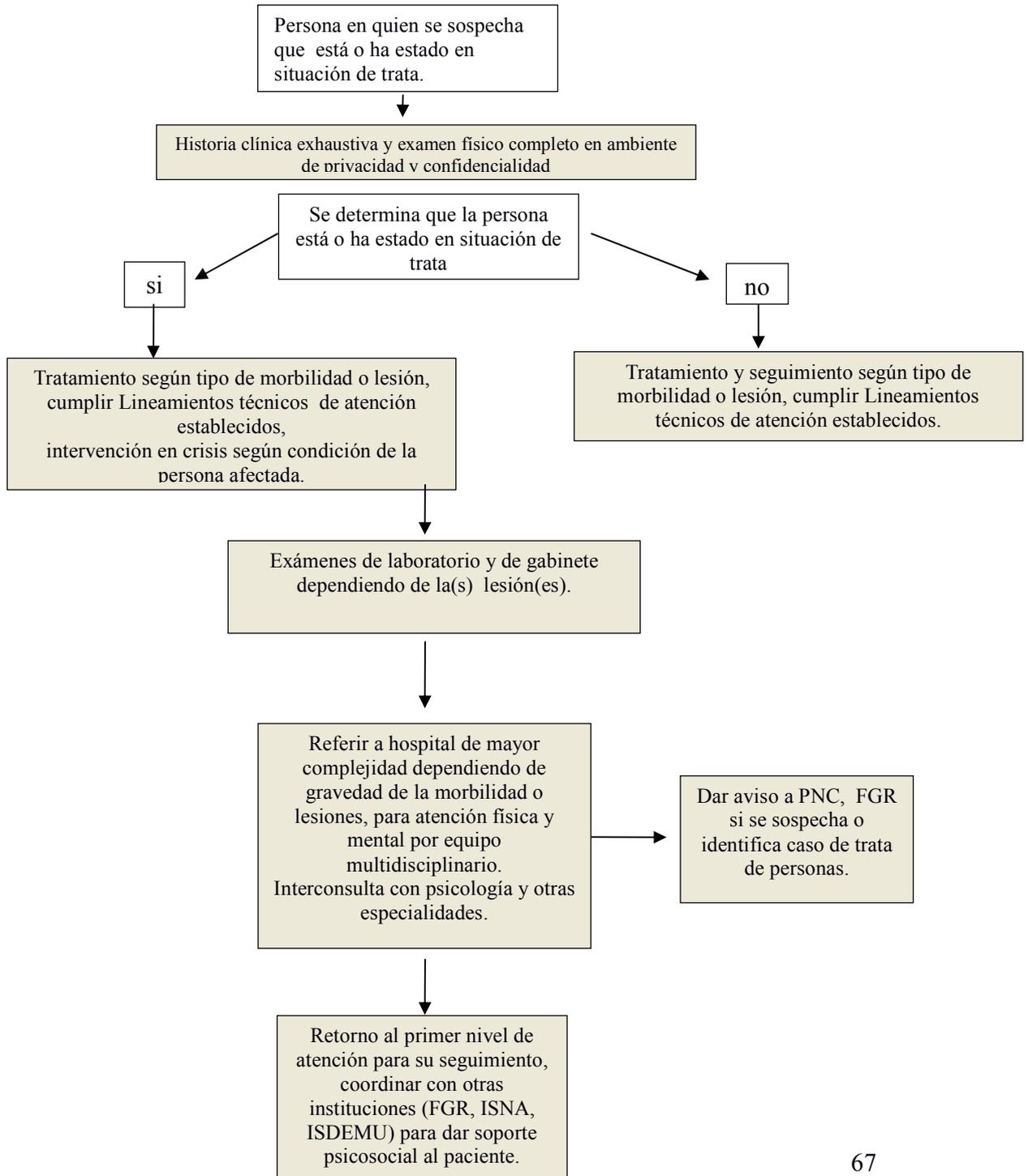
- Referir a otras especialidades para el tratamiento pertinente y rehabilitación de secuelas.
- La persona víctima de trata se debe referir al establecimiento de segundo o tercer nivel de atención, especialmente ante el riesgo de suicidio, y en el servicio donde esté ingresada, ser atendida por personal médico y por el equipo multidisciplinario capacitado en atención a víctimas de trata de personas.
- Interconsulta en forma urgente con psicólogo(a) u otras especialidades para la evaluación de la persona afectada, para iniciar el tratamiento adecuado de los problemas psicológicos y otros que tenga como secuelas del maltrato, quién debe evaluar la referencia con psiquiatra si lo considera necesario.
- El segundo y tercer nivel de atención deben retornar a la persona afectada al primer nivel de atención, para que estos realicen visita domiciliar y evaluación del ambiente familiar y establezcan las posibles opciones de apoyo familiar con las que podría contar.
- Se deben realizar las coordinaciones con otras instituciones en búsqueda de atención para complementar la atención psicológica, social y de rehabilitación. Entre éstas, el ISDEMU, ISNA, FGR y otros organismos gubernamentales y no gubernamentales que trabajan en la prevención y el combate de la trata de personas.
- Las personas que están o han estado en situación de trata, que requieren terapia medicamentosa, deben ser referidas al establecimiento de salud de mayor complejidad.

Para el retorno la UCSF debe informar al Ecos Especializado, para la dispensarización y seguimiento respectivo, además de coordinar acciones con otras instituciones locales que pueden proveer atención psicológica y consejería

AVISO

- Se debe informar a la persona afectada, respecto a la obligación que tiene el establecimiento de salud de dar aviso a la autoridad competente del hecho delictivo a la FGR y PNC para dar continuidad al proceso legal.
- Dar aviso a PNC ante la sospecha de caso de trata de personas.

ALGORITMO PARA LA ATENCIÓN DE VÍCTIMAS DE TRATA DE PERSONAS



ATENCIÓN DE PERSONAS VÍCTIMAS DE LESIONES DE CAUSA EXTERNA

Las lesiones de causa externa, de acuerdo con la intencionalidad, se clasifican en:

- No intencionales (accidentes).
- Intencionales (violencia, agresiones).
- Autoinfligidas.
- No determinadas.
- Intervención legal/guerra o conflicto civil.

Se tomarán en cuenta las lesiones intencionales relacionadas con hechos de violencia:

- Lesiones intencionales autoinfligidas (códigos de CIE- 10: X60-X84, Y87.0).
- Lesiones intencionales inflingidas por otros (agresiones y violencia) (códigos CIE 10: X85- Y09, Y87.1).

A continuación se describe cada una de ellas:

ATENCIÓN DE PERSONAS VÍCTIMAS DE LESIONES INFLINGIDAS POR OTROS

DIAGNÓSTICO

El personal de salud que atiende a los(as) lesionados(as), debe realizar el reconocimiento de las lesiones mediante la observación, la historia clínica y el examen físico. La historia clínica puede ser complementada con la entrevista a los acompañantes de la persona lesionada.

Los usuarios(as) lesionados(as) suelen tener problemas que afectan múltiples sistemas orgánicos. El diagnóstico debe ser expedito, aunque metódico, y comienza con la valoración para identificar los problemas y la selección, para establecer las prioridades en los cuidados.

Para el diagnóstico de la lesión se debe ubicar la naturaleza de la misma y el sitio anatómico afectado, el cual se debe registrar en base a la clasificación CIE-10 (ver anexo 1), en su Capítulo XIX: traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T-98). Asimismo debe registrarse el lugar donde sucedió el hecho, la actividad que la persona afectada estaba desarrollando, la intencionalidad de la lesión y el mecanismo de cómo se produjo la lesión. Las lesiones de causa externa deben ser registradas en la columna No. 21 de la hoja de registro de morbi-mortalidad y atenciones preventivas de acuerdo con el capítulo XX de la CIE-10, en los códigos V00-Y98.

EXAMEN FÍSICO

En el examen físico se debe clasificar la severidad del trauma.

Al identificar lesiones que ponen en peligro la vida y que pueden producir discapacidad (temporal o permanente) se debe estabilizar y trasladar de inmediato al paciente al establecimiento de mayor complejidad.

De acuerdo con la severidad de la lesión, y según el tiempo de tratamiento, se clasifican en:

1. Leve o superficial: menos de una hora de tratamiento. Heridas menores, erosiones.
2. Moderada: una a seis horas de tratamiento. Requiere algún tratamiento como lavado gástrico, observación, reducción de fractura cerrada, suturas, entre otros.

3. Severa: más de seis horas de tratamiento. Requiere manejo médico avanzado como: cirugía mayor por hemorragia severa o perforación de órganos; ingreso a cuidados intensivos, dependiendo de la condición fisiológica. En ocasiones estas lesiones pueden causar la muerte.

En caso de trauma cráneo-encefálico, la severidad se debe clasificar, de acuerdo a los siguientes parámetros y puntuaciones de la Escala de Glasgow:

Apertura de ojos	Puntos	Respuesta verbal	Puntos	Respuesta motora	Puntos
Espontánea	4	Orientado	5	A ordenes	6
A la voz	3	Confuso	4	Localiza el dolor	5
Al dolor	2	Inapropiado	3	Retirada ante el dolor	4
Ninguna	1	Incomprensible	2	Flexión inapropiada	3
		Ninguna	1	Extensión	2
				Ninguna	1

FUENTE: Escala de Glasgow-exploración neurológica-traumatismo cráneo encefálico (TCE). Adaptada de Tu buena salud, 2006.

Categorías del grado de estado del paciente según la escala de Glasgow:

ESCALA REVISADA DE LA SEVERIDAD DEL TRAUMA

1. Leve: 14 a 15 puntos.
2. Moderada: 9 a 13 puntos.
3. Severa: menor de 8 puntos.

LESIONES LEVES: (14 a 15 puntos)

No presentan alteración sistémica ni lesiones focales, podrían esperar incluso horas al tratamiento definitivo, ejemplo quemaduras inferiores al 15%, excepto en manos, pies, periné y cara; lesiones de tejidos blandos que requieran desbridamiento, sutura o limpieza. Estas lesiones pueden resolverse en el primer nivel de atención.

LESIONES MODERADAS: (9 a 13 puntos)

Son lesiones sistémicas sin hipoxia ni choque, como fracturas cerradas que permitan deambular, sin compromiso vascular o nervioso; trauma abdominal hemodinámicamente estable; trauma cráneo encefálico con escala de Glasgow superior o igual a 10 puntos; fractura de pelvis o extremidades inferiores sin sangrado, fracturas expuestas; laceraciones músculo esqueléticas sin sangrado; quemaduras del 15% al 45% sin problema respiratorio; lesión medular con paraplejía.

Estas lesiones corresponden a un segundo nivel de referencia y eventualmente por condiciones particulares podrían ser referidas a un tercer nivel.

LESIONES SEVERAS: (menos de 8 puntos)

Pacientes que pueden ser estabilizados con altas posibilidades de supervivencia con un tratamiento y transporte inmediatos ejemplos: obstrucción de la vía aérea sin paro cardiorrespiratorio, neumotórax a tensión o abierto, hemotórax; choque hemorrágico, trauma abdominal, traumatismo cráneo encefálico localizado (escala de Glasgow menor de 10 puntos); amputación o aplastamiento.

Las lesiones de este tipo, deben ser referidas al tercer nivel de atención, después de la resucitación básica que pudiera efectuarse en el primero o segundo nivel. Puede hacerse referencias directas al centro de mayor complejidad sin pasar previamente por un nivel intermedio.

TRATAMIENTO

Al identificar lesiones que ponen en peligro la vida y que pueden producir discapacidad (temporal o permanente) se debe estabilizar y trasladar de inmediato al paciente a un establecimiento de mayor complejidad.

Proporcionar cuidados prioritarios de la forma siguiente:

- Corregir la obstrucción de las vías aéreas.
- Valorar y sostener la función cardiopulmonar.
- Controlar la hemorragia externa.
- Tratar el shock.
- Monitorizar los signos vitales.
- Inmovilizar las fracturas y las luxaciones.
- Evaluar el efecto del tratamiento pre-hospitalario.

LABORATORIO Y GABINETE

Dependiendo de la(s) lesión(es) presente(s), se debe considerar la necesidad de tomar los siguientes exámenes, entre otros:

- Hemograma, tpeo Rh y prueba cruzada.
- Toma de gases arteriales.
- Lavado peritoneal diagnóstico.
- Exámenes de imaginología (radiografía, ultrasonografía, tomografía axial computarizada, resonancia electromagnética, entre otras), según disponibilidad en el establecimiento.

REFERENCIA Y RETORNO

Dependiendo del estado de salud y de la gravedad de las lesiones se debe referir al establecimiento de mayor complejidad, según los criterios de referencia establecidos.

Dar seguimiento de los factores de riesgo precipitantes de la producción de las lesiones para disminuir la posibilidad de reincidencia.

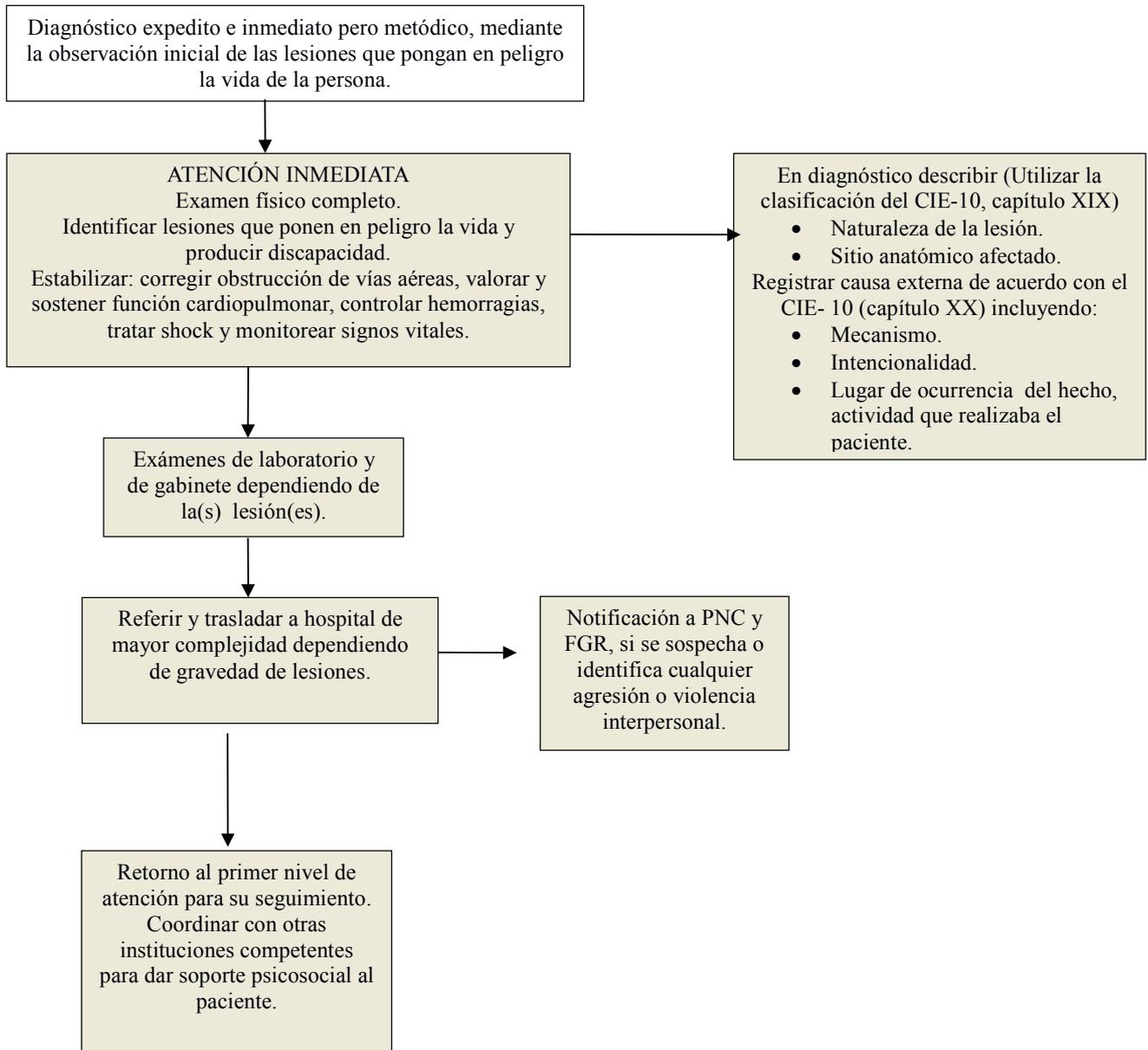
Coordinar con otras instituciones, como ISNA e ISDEMU para proporcionar soporte psico-social a la persona lesionada, según ciclo de vida.

Para el retorno la UCSF debe informar al Ecos Especializado, para la dispensarización y seguimiento respectivo, además de coordinar acciones con otras instituciones locales que pueden proveer atención psicológica y consejería.

AVISO

Toda agresión debe ser notificada a las autoridades correspondientes, tales como: PNC, FGR, ISNA, ISDEMU, entre otras.

ALGORITMO PARA LA ATENCIÓN DE PERSONAS VÍCTIMAS DE LESIONES INFLIGIDAS POR OTROS



ATENCIÓN DE PERSONAS VÍCTIMAS DE LESIONES AUTO INFLINGIDAS

El suicidio es un problema trágico y potencialmente prevenible. Las personas y especialmente los adolescentes que tienen intentos suicidas requieren de atención médica inmediata con intervenciones psiquiátricas, psicológicas y sociales dependiendo de: si hay una intención clara de atentar contra su vida, de los factores de riesgo y del soporte emocional con el que cuentan las personas.

CONDICIONES DE VULNERABILIDAD

- Factores hereditarios, psicológicos, sociales, culturales, ambientales.
- Padecer de un trastorno psiquiátrico.
- Intentos suicidas previos.
- Consumo de alcohol y drogas.
- Presencia de síntomas depresivos.
- Antecedentes de abuso físico o sexual.
- Exposición a la violencia especialmente en el ámbito familiar.
- El número de eventos vitales negativos o estresantes.
- La soledad, en especial cuando ha habido una ruptura sentimental reciente.
- La presencia de desórdenes del apetito (anorexia o bulimia).
- El conocer a alguien cercano que se haya quitado recientemente la vida.
- Clima intrafamiliar conflictivo y estresante (familias caóticas y con problemas múltiples; disfuncionales).
- Antecedentes familiares de intentos suicidas.
- Ausencia del padre o la madre.
- Cambios recientes en el nivel financiero de la familiar.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Las personas con intentos suicidas pueden manifestar algunos de los síntomas siguientes:

- Cambios en los hábitos alimenticios y de sueño.
- Aislamiento de amigos, familiares o de sus actividades regulares.
- Acciones violentas, conducta rebelde o fuga del hogar.
- Descuido inusual en la apariencia personal.
- Cambios marcados de la personalidad.
- Aburrimiento persistente.
- Quejas frecuentes de síntomas físicos.
- Pérdida de interés en actividades agradables.
- Intolerancia a los halagos o recompensas.
- Quejarse de que es mala persona o de que se siente mal.
- Mostrar señales de psicosis, y cuadros depresivos.

Es conveniente explorar con preguntas simples y concretas el grado de riesgo del comportamiento suicida con las siguientes preguntas:

- ¿Alguna vez has pensado en morir? ¿Cuán frecuente?
- ¿Qué piensas que pasará cuando tú mueras?
- ¿Alguna vez has deseado estar muerto?
- ¿Alguna vez has pensado que el mundo estaría mejor si estuvieras muerto?

- ¿Piensas que la vida de tu familia o tus amigos sería más fácil si estuvieras muerto?
- ¿Has pensado como pondrías fin a tu vida?
- ¿Has pensado dañarte o quitarte la vida ?

Perfil de las personas con alto riesgo suicida:

- Utilizaron métodos de alta letalidad o tomaron diferentes pasos para evitar ser descubiertos.
- Antecedentes de desórdenes psiquiátricos.
- Intoxicación con sustancias adictivas acompañante al intento suicida o con historia de abuso de drogas o sustancias psicoactivas.
- Incapacidad para desarrollar una verdadera relación con el médico tratante.
- Aquellos con una red social deficiente.

EXAMEN FÍSICO

Debe evaluarse especialmente los siguientes aspectos:

- Establecer los signos vitales sobre todo si hay alguna anomalía que requiera una atención inmediata.
- El estado de conciencia y orientación.
- Documentar cualquier manifestación que sugiera intoxicación.
- Establecer si hay alguna evidencia de intentos suicidas previos como cicatrices en las muñecas o cuello, moretones en cuello entre otros.
- Buscar evidencias de abuso físico o sexual.
- Evidencias de abuso de sustancias como marcas de agujas, sangrado nasal.
- Marcas peri-orales.
- Efectuar examen neurológico.

TRATAMIENTO

El personal del primer nivel debe realizar el manejo inicial de un paciente con un intento suicida, estabilizar la condición del paciente de acuerdo al mecanismo utilizado para autolesionarse, lo cual debe ser prioritario; manejar el trauma correcta y oportunamente. De igual manera debe manejarse los aspectos psicológicos que implican el intento suicida.

Además debe realizar el monitoreo del cumplimiento de algunas actividades indicadas por el segundo nivel, así como la consejería a familiares.

“El intento suicida constituye una verdadera emergencia psiquiátrica y debe realizarse una intervención inmediata; los casos en los que hay un alto riesgo de un intento suicida deben SER INGRESADOS para la evaluación inicial y el inicio de la terapia”.

El personal hospitalario debe realizar las siguientes acciones:

- Atención de lesiones físicas causadas por el intento suicida.
- Desintoxicación o aplicación del antídoto adecuado.
- Seguimiento del caso, atención psicológica.
- Proporcionar apoyo psicológico a la persona y familiares, previa evaluación cuidadosa del caso se debe manejar en forma ambulatoria con controles periódicos, psicoterapia individual, psicoterapia familiar.

CONSEJERÍA

Orientar a la familia y a la persona respecto a:

- La gravedad del problema.
- La importancia de continuar el tratamiento farmacológico (si es necesario) y de psicoterapia.
- Los principales signos de alarma ante los cuales los padres y familiares deben estar atentos.
- Recomendar no dejar sola a la persona, respetando el espacio necesario para su desarrollo social.
- Evitar que en el hogar hayan armas de fuego, medicamentos o tóxicos que podrían ser letales.
- Controlar que la persona no tenga forma de acceder a cualquier objeto o sustancia que podría utilizar para suicidarse.
- Destacar a la familia y a la persona que deben estar conscientes de los graves efectos que el alcohol y las drogas tienen en los intentos suicidas.
- Identificar situaciones o relaciones con pareja, familiares que precipitan la violencia auto infligida.
- Si hay un apoyo familiar adecuado mejorar la comunicación.

REFERENCIA Y RETORNO

Referencia a un establecimiento de mayor complejidad dependiendo del estado de salud y en casos de no contar con recurso humano capacitado, equipo o medicamentos necesarios, para la atención y el seguimiento.

Para el retorno la UCSF debe informar al Ecos Especializado, para la dispensarización y seguimiento respectivo, además de coordinar acciones con otras instituciones locales que pueden proveer atención psicológica y consejería.

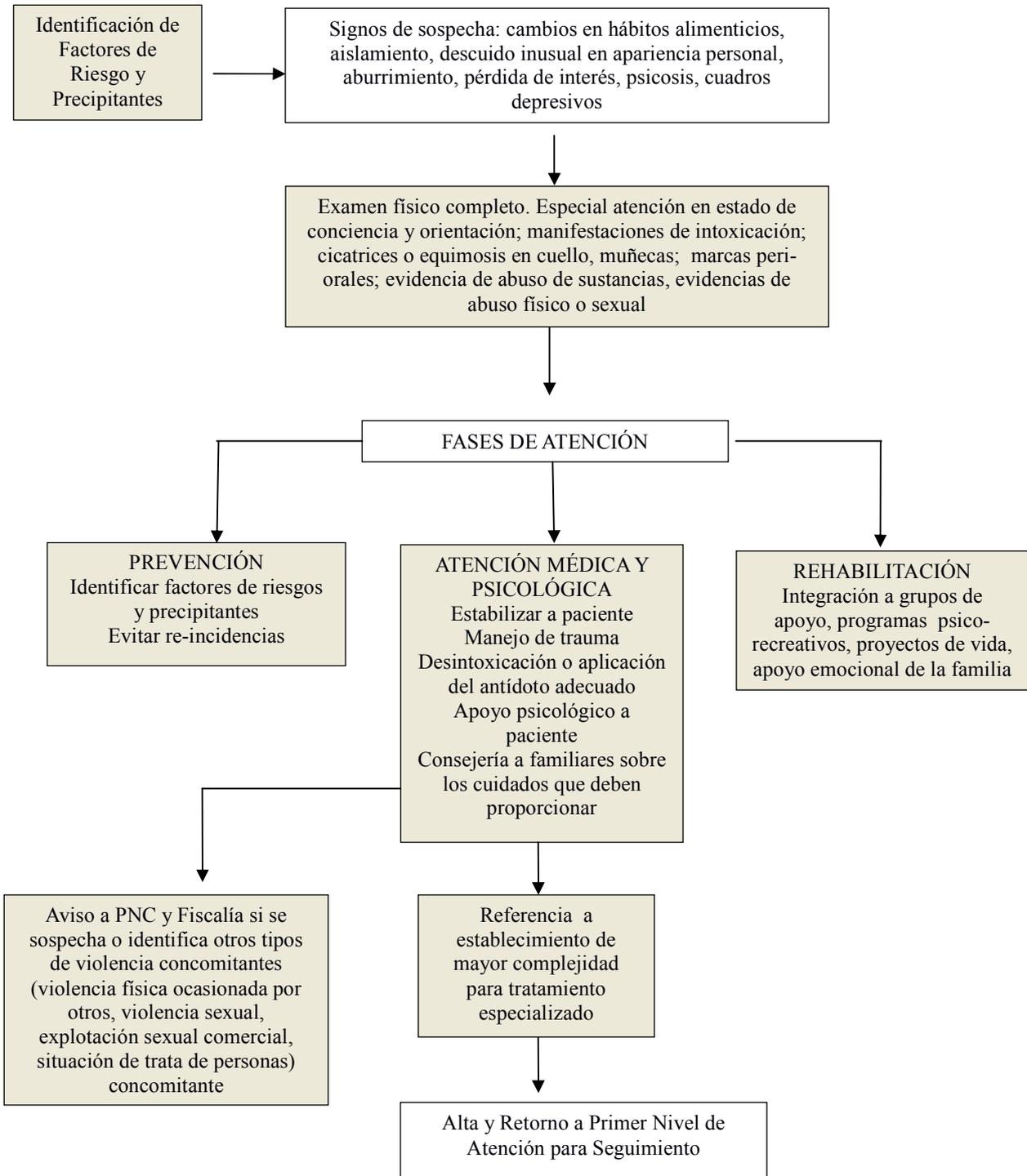
AVISO

En caso de que la persona afectada por este tipo de violencia, también muestre signos de estar afectada por violencia física o sexual por otras personas, se debe dar aviso a la PNC y FGR.

REHABILITACIÓN

El personal de salud debe brindar controles subsecuentes; mediante los cuales orientará a la familia para que dé apoyo emocional; coordinará la integración de la persona afectada a grupos de apoyo, clubes y otros programas socio-recreativos; dará seguimiento al desarrollo y cumplimiento de proyectos de vida y habilidades de la persona afectada.

ALGORITMO PARA LA ATENCIÓN DE PERSONAS AFECTADAS POR VIOLENCIA AUTOINFLINGIDA



VIII. DISPOSICIONES GENERALES.

Derogatoria.

Déjese sin efecto, las Guías de atención clínica a mujeres y personas menores de edad víctimas de violencia intrafamiliar y sexual para Hospitales de Segundo y Tercer Nivel, del mes de octubre de 2007.

Obligatoriedad.

Es responsabilidad del personal involucrado dar cumplimiento al presente Lineamiento técnico, caso contrario se aplicarán las sanciones establecidas en la legislación administrativa respectiva.

De lo no previsto.

Lo que no esté previsto en los presentes Lineamientos técnicos, se debe resolver a petición de parte, por medio de escrito dirigido al Titular de esta Cartera de Estado, fundamentando la razón de lo no previsto técnica y jurídicamente.

Anexos

Forman parte del presente Lineamiento los anexos siguientes:

Anexo N° 1: Extracto Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª. Revisión.

Anexo N° 2: Qué hacer y qué no hacer durante la primera atención.

Anexo N° 3: Intervención en crisis.

Anexo N° 4: Hoja de Registro único para casos de violencia intrafamiliar, agresión sexual y maltrato a la niñez.

Anexo N° 5: Hoja de Tamizaje de violencia

Anexo N° 6: Aspectos legales referentes al aviso

Anexo N° 7: Estadios de Tanner, Desarrollo de los caracteres sexuales secundarios.

Anexo N° 8: Sobre las peores formas de trabajo infantil.

Anexo N° 9: Procedimientos médico-forenses que se llevan a cabo tras un asalto sexual.

Anexo N° 10: Tamizaje de personas que están o han estado en situación de Trata.

IX. ABREVIATURAS Y SIGLAS:

ESCNA: niñas, niños y adolescentes en situación de trabajo infantil, en situación o dependencia de calle y en explotación sexual comercial.

Ecos Especializado: equipo comunitario de salud familiar especializado.

Ecos familiar: equipo comunitario de salud familiar.

FGR: Fiscalía General de la República.

IMFC: individuos, mujeres, familias y comunidades.

ISDEMU: Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer.

ISNA: Instituto Salvadoreño de Desarrollo Integral de la Niñez y Adolescencia.

MINSAL: Ministerio de Salud.

NNA: niños, niñas y adolescentes.

PNC: Policía Nacional Civil.

UCSF: Unidad Comunitaria de Salud Familiar.

VIF: Violencia Intrafamiliar.

X. TERMINOLOGÍA

Abuso emocional en la niñez: falla de las madres, padres o de(los/las) cuidador(es/as), en proveer un apropiado soporte ambiental para el niño(a) e incluye actos que tienen un efecto adverso en la salud emocional y en el desarrollo del niño(a). Tales actos incluyen: restricciones en la libertad del niño(a), degradación, ridiculización, amenazas e intimidación, rechazos y otras formas no físicas de tratamiento hostil.

Abuso físico de la niñez: actos realizados por el cuidador del niño o niña (menor de 18 años), que causan daño físico actual o que tienen un potencial de daño. Todo aquel daño o potencial daño que es provocado por uno de los padres o por una persona en una posición de responsabilidad, poder o confianza. Este puede ser un solo incidente o incidentes repetidos.

Abuso sexual en la niñez: involucramiento, de un niño en una actividad sexual que él o ella no comprende completamente, siendo incapaz de dar la información para consentirlo, o para lo cual el desarrollo mental del NNA no está preparado(a) y no puede dar su consentimiento o que viola las leyes o las normas de la sociedad.

Estilo de Vida Saludable: conductas que permiten a las personas construir un entorno físico, psicológico y social libre de violencia, que favorecen el desarrollo humano y permiten alcanzar el potencial óptimo, respetando los derechos y la dignidad de las personas de acuerdo a sus expectativas y necesidades, cumpliendo exitosamente con los objetivos de calidad de vida.

Explotación sexual comercial de NNA (ESCNNA): parte de la violencia sexual, y modalidad de la trata de personas, que constituye un delito, que ocurre cuando una o varias personas involucran a un niño, niña o adolescente (menor de 18 años), en actividades sexuales eróticas, a cambio de una remuneración económica o de cualquier otro tipo de retribución en especie (ropa, alimentos, drogas, celulares, entre otros).

Lesión de causa externa: es aquella que sucede cuando el cuerpo está expuesto a un nivel inaceptable (demasiado alto o bajo) de energía o sustancias (mecánicas, físicas, eléctricas, térmicas o químicas), ocasionando morbilidad, mortalidad y gastos de recursos. Incluye lesiones fatales y no fatales, intencionales y no intencionales, minas antipersonales y lesiones laborales. Excluye visitas subsecuentes, dolor sin lesión, daños psicológicos, intoxicaciones alimentarias y enfermedades crónicas.

Maltrato infantil: es el daño intencional o la amenaza de daño a un niño, niña o adolescente por una persona que actúa como responsable de su cuidado.

Maltrato o abuso a personas adultas mayores: cualquier acción, serie de acciones, o la falta de acción apropiada, que produce daño físico o psicológico este último incluye las agresiones emocionales o verbales, y que ocurre dentro de una relación de confianza o dependencia. El abuso a las personas adultas mayores puede realizarse de manera intencionada o por desconocimiento de manera no intencional. También puede ser parte del ciclo de violencia familiar, cuidadores domiciliarios o el resultado de maltrato infligido por falta de preparación y deshumanización de los sistemas de prestaciones sociales y sanitarios.

Maltrato o vejación de niños y niñas: son todas las formas de malos tratos físicos y emocionales, abuso sexual, descuido o negligencia o explotación comercial o de otro tipo, que originen un daño real o potencial para la salud del niño o niña, su supervivencia, desarrollo o dignidad en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder.

Negligencia y abandono de niños y niñas: es cuando el padre, madre, responsable o cuidador del NNA, falla en proveer necesidades como demostraciones de afecto y cariño, alimentos adecuados, educación, ropa, refugio, tratamiento médico, o supervisión debido a la conducta, omisión o decisión del cuidador para no proveer lo que el niño necesita. Abarca tanto incidentes aislados como el reiterado abandono por parte del padre, madre, cuidador, otro miembro de la familia u otra persona, cuando está en condiciones de ofrecerse, con respecto al desarrollo y bienestar.

NNA en situación de trabajo infantil: se refiere al trabajo que es física, mental o moralmente perjudicial o dañino para el NNA, e interfiere en su escolarización, privándolo de la oportunidad de ir a la escuela; obligándolo a abandonar prematuramente las aulas, o exigiendo que intente combinar la asistencia a la escuela con largas jornadas de trabajo pesado, así como de su infancia, potencial y dignidad, siendo nocivo para su desarrollo físico y mental. Se debe prestar especial atención con las peores formas de trabajo infantil (ver Anexo No.6).

NNA en situación o dependencia de calle: son aquellos que sustituyéndola por la familia, han hecho de la calle su hogar, por diferentes razones familiares o sociales, como los abusos (físicos, psicológicos o sexuales), abandono, desintegración familiar, pobreza, explotación laboral, pero sobre todo la falta de afecto; sin embargo, existen causas mucho más complejas como la marginación social, el conflicto armado, la violencia y el fenómeno de las pandillas, la falta de educación integral, sobrepoblación, drogadicción, desempleo, entre otros.

Trata de Personas: captación, transporte, traslado, acogida o recepción de personas, recurriendo a la amenaza o al uso de la fuerza u otras formas de coacción, al raptó, al fraude, al engaño, al abuso de poder o de una situación de vulnerabilidad o a la concesión o recepción de pagos o beneficios para obtener el consentimiento de una persona que tenga autoridad sobre otra, con fines de explotación. Esa explotación incluye la explotación de la prostitución ajena u otras formas de explotación sexual, los trabajos o servicios forzados, la esclavitud o las prácticas análogas a la esclavitud, la servidumbre o la extracción de órganos. Debe tenerse claro que las personas que son víctimas de trata, han sido captadas con el propósito de obtener beneficios económicos por parte de sus captores y que además han sido desarraigadas de su lugar de origen y pierden su libertad.

Violencia autoinfligida: son las condiciones de comportamiento suicida y las autolesiones. El primero incluye pensamientos suicidas, intentos de suicidio —también llamados “parasuicidio” o “intento deliberado de matarse” en algunos países— y suicidio consumado. La ideación suicida es un conjunto de pensamientos o ideas alrededor del suicidio o la muerte, que pueden llegar hasta alcanzar la fatal realización del suicidio. Entre estos comportamientos están las amenazas suicidas y los intentos suicidas, que son acciones que potencialmente llevan a lesiones autoinfligidas con un resultado no fatal que dejan evidencias que el individuo intentó matarse a sí mismo.

Violencia comunitaria: es la que se produce entre personas que no guardan parentesco y que pueden conocerse o no, y sucede por lo general fuera del hogar. Abarca la violencia juvenil como agresiones físicas entre los jóvenes, los actos fortuitos de violencia, la violación o ataque sexual por parte de extraños o en el lugar de trabajo y la violencia en establecimientos como escuelas, centro de atención a niños y niñas, lugares de trabajo, prisiones y descuido de las personas mayores en establecimientos de salud e instituciones asistenciales de largo plazo como los hogares de ancianos. Asimismo incluye el trabajo infantil, los NNA en situación o dependencia de calle y otras formas de violencia como la explotación sexual comercial, las lesiones de causa externa, la violencia auto-infligida y la Trata de Personas

Violencia física contra la mujer: es el uso intencional de fuerza física con la posibilidad de causar lesiones, daños o la muerte, que comprende el uso de la fuerza física, armas u otros objetos, en ataques que lesionan o hieren a la mujer, e incluye bofetadas, empujones, jalones de

pelo, puñetazos, patadas, golpes, quemaduras, estrangulamiento, morder, tirar ácido, quemar, matar, entre otros.

Violencia Intrafamiliar (VIF): consiste en cualquier acción u omisión directa o indirecta que cause daño, sufrimiento físico, sexual, psicológico o muerte a las personas integrantes de la familia.

Violencia psicológica: es todo acto que realiza una persona contra otra, para humillarla y controlarla -generalmente el hombre contra la mujer- se expresa en métodos de sometimiento y control, que lastiman la dignidad del otro. Esto puede producirse mediante intimidación, amenazas, manipulación, humillaciones, acusaciones falsas, vigilancia, persecución o aislamiento, así como maltrato verbal en forma repetida, acoso, reclusión y privación de los recursos físicos, financieros y personales, consiste en enviar mensajes, gestos o manifestar actitudes de rechazo. El abuso emocional que es directo y repetido afecta severamente el sentido de sí misma o de la realidad de la víctima, puede ser el origen de diversos trastornos psicossomáticos (Cefaleas, lumbagos, gastritis, colitis, entre otros), psicopatológicos (Síndrome de Estocolmo, Síndrome de estrés post-trauma, trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, entre otros.)

Violencia sexual contra la mujer: toda conducta que amenace o vulnere el derecho de la mujer, a decidir voluntariamente su vida sexual, comprendida en esta no solo el acto sexual, sino todo forma de contacto o acceso sexual, genital o no genital con independencia de que la persona agresora guarde o no relación conyugal, de pareja, social, laboral, afectiva o de parentesco con la mujer víctima. Los términos de "violación", "asalto sexual", "abuso sexual" y "violencia sexual", son considerados frecuentemente como sinónimos y utilizados intercambiamente; sin embargo, estos términos pueden tener diferentes significados e implicaciones desde el punto de vista legal, médico y social. Para los efectos de estos Lineamientos se utilizará el término de Violencia Sexual.

XI. VIGENCIA.

Los presentes Lineamiento técnicos entrarán en vigencia a partir de la fecha de oficialización por parte de la Titular.

San Salvador, 16 de marzo de 2012.

I




**MARÍA ISABEL RODRÍGUEZ
MINISTRA DE SALUD**

EA

ANEXO 1

Clasificación Internacional de Enfermedades 10° CIE 10° REVISION

Estructura básica de la C.I.E. 10ª Revisión

La C.I.E. es un sistema de clasificación de ejes variables cuyo esquema debe servir a todos los propósitos prácticos y epidemiológicos. Este patrón puede ser identificado en los capítulos de la C.I.E. y hasta el momento es considerado como la estructura más útil que cualquiera de las alternativas que se han probado.

La C.I.E. utiliza un código alfanumérico, con una letra en la 1° posición y números en la 2°, 3°, y 4° posición; el cuarto carácter sigue a un punto decimal, los códigos posibles van por lo tanto de A00.0 a Z99.9.

Se deben usar para la clasificación los egresos en el ANEXO II de la Resolución Ministerial 487/02 las tres primeras posiciones (ejemplo de A00 a Z99)

Afección o código principal:

Se define como la afección diagnóstica al final del proceso de atención de la salud como la causante primaria de la necesidad de tratamiento o investigación que tuvo el paciente. Si hay más de una afección así caracterizada, debe seleccionarse la que se considera causante del mayor uso de recursos.

Otras afecciones u otros códigos:

Se definen como aquellas que coexistieron o se desarrollaron durante el episodio de atención y afectaron el tratamiento del paciente. Las afecciones que hayan afectado anteriormente al paciente pero que no inciden en el episodio actual no se deben registrar.

Los siguientes códigos se relacionan con la problemática de la Violencia en todas sus formas y deben utilizarse al realizar diagnósticos en las personas afectadas.

MECANISMOS DE LESIONES DE CAUSA EXTERNA

Los mecanismos más frecuentes en estos casos son (codificados según CIE-10):

- Agresión sexual (Y05).
- Caída (Suicidio: X80; Agresión: Y01).
- Golpeado por, contra (Suicidio: X79; Agresión: Y00 y Y04).
- Corte/ Punzada (Suicidio: X78; Agresión: X99).
- Disparo con arma de fuego (Suicidio: X72-X74; Agresión: X93-X95).

- Envenenamientos (por fármacos, plaguicidas, hidrocarburos, otros) (Suicidio: X60-X69; Agresión: X85-X90)
- Mordeduras (por personas)
- Ahogamiento/sumersión (Suicidio: X71; Agresión X92).
- Sofocación (Estrangulación/ahorcamiento) (Suicidio: X70; Agresión: X91)
- Fuego/ Quemaduras (Suicidio: X76-X77; Agresión X97-X98).
- Accidentes de Transporte (Suicidio:X82; Agresión Y03).
- Otras (Suicidio: X75, X81, X83, Y87.0; Agresión: X96, Y02, Y05-07, Y08, Y97.1).
- No especificadas (suicidio: X84; Agresión: Y09).

CAPITULO XIX TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS Y ALGUNAS OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSA EXTERNA

Traumatismo de la cabeza

S00 Traumatismo superficial de la cabeza

S01 Herida de la cabeza

S02 Fractura de huesos del cráneo y de la cara

S03 Luxación, esguince y torcedura de articulaciones y de ligamentos de la cabeza

S04 Traumatismo de nervios craneales

S05 Traumatismo del ojo y de la órbita

S06 Traumatismo intracraneal

S07 Traumatismo por aplastamiento de la cabeza

S08 Amputación traumática de parte de la cabeza

S09 Otros traumatismos y los no especificados de la cabeza

Traumatismos del cuello

S10 Traumatismo superficial del cuello

S11 Herida del cuello

S12 Fractura del cuello

S13 Luxación, esguince y torcedura de articulaciones y ligamentos del cuello

S14 Traumatismo de la medula espinal y de nervios a nivel del cuello

S15 Traumatismo de vasos sanguíneos a nivel del cuello

S16 Traumatismo de tendón y músculos a nivel del cuello

S17 Traumatismo por aplastamiento del cuello

S18 Amputación traumática a nivel del cuello

S19 Otros traumatismos y los no especificados del cuello

Traumatismos del tórax

S20 Traumatismo superficial del tórax

S21 Herida del tórax

S22 Fractura de las costillas, del esternón y de la columna torácica [dorsal]

S23 Luxación, esguince y torcedura de articulaciones y ligamentos del tórax

- S24 Traumatismo de nervios y de la medula espinal a nivel del tórax
- S25 Traumatismo de vasos sanguíneos del tórax
- S26 Traumatismo del corazón
- S27 Traumatismo de otros órganos intra-torácicos y de los no especificados
- S28 Traumatismo por aplastamiento del tórax y amputación traumática de parte del tórax
- S29 Otros traumatismos y los no especificados del tórax

Traumatismos del abdomen, de la región lumbosacra de la columna lumbar y de la pelvis

- S30 Traumatismo superficial del abdomen, de la región lumbosacra y de la pelvis
- S31 Herida del abdomen, de la región lumbosacra y de la pelvis
- S32 Fractura de la columna lumbar y de la pelvis
- S33 Luxación, esguince y torcedura de articulaciones y ligamentos de la columna lumbar y de la pelvis
- S34 Traumatismo de los nervios y de la medula espinal lumbar, a nivel del abdomen, de la región lumbosacra y de la pelvis
- S35 Traumatismo de vasos sanguíneos lumbosacra y de la pelvis
- S36 Traumatismo de órganos intra-abdominales
- S37 Traumatismo de órganos pélvicos
- S38 Traumatismo por aplastamiento y amputación traumática de parte del abdomen, de la región lumbosacra y de la pelvis
- S39 Otros traumatismos y los no especificados del abdomen, de la región lumbosacra y de la pelvis

Traumatismos del hombro y del brazo

- S40 Traumatismo superficial del hombro y del brazo
- S41 Herida del hombro y del brazo
- S42 Fractura del hombro y del brazo
- S43 Luxación, esguince y torcedura de articulaciones y ligamentos de la cintura escapular
- S44 Traumatismo de nervios a nivel del hombro y del brazo
- S45 Traumatismo de vasos sanguíneos a nivel del hombro y del brazo
- S46 Traumatismo de tendón y músculo a nivel del hombro y del brazo
- S47 Traumatismo por aplastamiento del hombro y del brazo
- S48 Amputación traumática del hombro y del brazo
- S49 Otros traumatismos y los no especificados del hombro y del brazo

Traumatismos del antebrazo y del codo

- S50 Traumatismo superficial del antebrazo y del codo
- S51 Herida del antebrazo y del codo
- S52 Fractura del antebrazo
- S53 Luxación, esguince y torcedura de articulaciones y ligamentos del codo
- S54 Traumatismo de nervios a nivel del antebrazo
- S55 Traumatismo de los vasos sanguíneos a nivel del antebrazo

- S56 Traumatismo de tendón y músculo a nivel del antebrazo
- S57 Traumatismo por aplastamiento del antebrazo
- S58 Amputación traumática del antebrazo
- S59 Otros traumatismos y los no especificados del antebrazo

Traumatismos de la muñeca y de la mano

- S60 Traumatismo superficial de la muñeca y de la mano
- S61 Herida de la muñeca y de la mano
- S62 Fractura en el ámbito de la muñeca y de la mano
- S63 Luxación, esguince y torcedura de articulaciones y ligamentos en el ámbito de la muñeca y de la mano
- S64 Traumatismo de nervios en el ámbito de la muñeca y de la mano
- S65 Traumatismo de vasos sanguíneos en el ámbito de la muñeca y de la mano
- S66 Traumatismo de tendón y músculo en el ámbito de la muñeca y de la mano
- S67 Traumatismo por aplastamiento de la muñeca y de la mano
- S68 Amputación traumática de la muñeca y de la mano
- S69 Otros traumatismos y los no especificados de la muñeca y de la mano

Traumatismos de la cadera y del muslo

- S70 Traumatismo superficial de la cadera y del muslo
- S71 Herida de la cadera y del muslo
- S72 Fractura del fémur
- S73 Luxación, esguince y torcedura de la articulación y de los ligamentos de la cadera
- S74 Traumatismo de nervios en el ámbito de la cadera y del muslo
- S75 Traumatismo de vasos sanguíneos en el ámbito de la cadera y del muslo
- S76 Traumatismo de tendón y músculo en el ámbito de la cadera y del muslo
- S77 Traumatismo por aplastamiento de la cadera y del muslo
- S78 Amputación traumática de la cadera y del muslo
- S79 Otros traumatismos y los no especificados de la cadera y del muslo³⁹

Traumatismos de la rodilla y de la pierna

- S80 Traumatismo superficial de la pierna
- S81 Herida de la pierna
- S82 Fractura de la pierna, inclusive el tobillo
- S83 Luxación, esguince y torcedura de articulaciones y ligamentos de la rodilla
- S84 Traumatismo de nervios en el ámbito de la pierna
- S85 Traumatismo de vasos sanguíneos en el ámbito de la pierna
- S86 Traumatismo de tendón y músculo en el ámbito de la pierna
- S87 Traumatismo por aplastamiento de la pierna
- S88 Amputación traumática de la pierna
- S89 Otros traumatismos y los no especificados de la pierna

Traumatismos del tobillo y del pie

- S90 Traumatismo superficial del tobillo y del pie
- S91 Herida del tobillo y del pie

- S92 Fractura del pie, excepto del tobillo
- S93 Luxación, esguince y torcedura de articulaciones y ligamentos del tobillo y del pie
- S94 Traumatismo de nervios a nivel del pie y del tobillo
- S95 Traumatismo de vasos sanguíneos a nivel del pie y del tobillo
- S96 Traumatismo de tendón y músculo a nivel del pie y del tobillo
- S97 Traumatismo por aplastamiento del pie y del tobillo
- S98 Amputación traumática del pie y del tobillo
- S99 Otros traumatismos y los no especificados del pie y del tobillo

Traumatismos que afectan múltiples regiones del cuerpo

- T00 Traumatismos superficiales que afectan múltiples regiones del cuerpo
- T01 Heridas que afectan múltiples regiones del cuerpo
- T02 Fracturas que afectan múltiples regiones del cuerpo
- T03 Luxaciones, torceduras y esguinces que afectan múltiples regiones del cuerpo
- T04 Traumatismos por aplastamiento que afectan múltiples regiones del cuerpo
- T05 Amputaciones traumáticas que afectan múltiples regiones del cuerpo
- T06 Otros traumatismos que afectan múltiples regiones del cuerpo, no clasificados en otra parte
- T07 Traumatismos múltiples, no especificados

Traumatismos de parte no especificada del tronco, miembro o región del cuerpo

- T08 Fractura de la columna vertebral, nivel no especificado
- T09 Otros traumatismos de la columna vertebral y del tronco, nivel no especificado
- T10 Fractura de miembro superior, nivel no especificado
- T11 Otros traumatismos de miembro superior, nivel no especificado
- T12 Fractura de miembro inferior, nivel no especificado
- T13 Otros traumatismos de miembro inferior, nivel no especificado
- T14 Traumatismo de regiones no especificadas del cuerpo

Quemaduras y corrosiones de la superficie externa del cuerpo, especificadas por sitio

- T20 Quemadura y corrosión de la cabeza y del cuello
- T21 Quemadura y corrosión del tronco
- T22 Quemadura y corrosión del hombro y miembro superior, excepto de la muñeca y de la mano⁴⁰
- T23 Quemadura y corrosión de la muñeca y de la mano
- T24 Quemadura y corrosión de la cadera y miembro inferior, excepto tobillo y pie
- T25 Quemadura y corrosión del tobillo y del pie

Quemaduras y corrosiones limitadas al ojo y órganos internos

- T26 Quemadura y corrosión limitada al ojo y sus anexos
- T27 Quemadura y corrosión de las vías respiratorias

T28 Quemadura y corrosión de otros órganos internos

Quemaduras y corrosiones de múltiples regiones del cuerpo y las no especificadas

T29 Quemaduras y corrosiones de múltiples regiones del cuerpo

T30 Quemadura y corrosión, región del cuerpo no especificada

T31 Quemaduras clasificadas según la extensión de la superficie del cuerpo afectada

T32 Corrosiones clasificadas según la extensión de la superficie del cuerpo afectada

Envenenamiento por drogas, medicamentos y sustancias biológicas

T36 Envenenamiento por antibióticos sistémicos

T37 Envenenamiento por otros anti infecciosos y antiparasitarios sistémicos

T38 Envenenamiento por hormonas y sus sustitutos y antagonistas sintéticos, no clasificados en otra parte

T39 Envenenamiento por analgésicos no narcóticos, antipiréticos y antirreumáticos

T40 Envenenamiento por narcóticos y psico-dislépticos [alucinógenos]

T41 Envenenamiento por anestésicos y gases terapéuticos

T42 Envenenamiento por antiepilépticos, hipnóticos-sedantes y drogas anti-parkinsonianas

T43 Envenenamiento por psicotrópicos, no clasificados en otra parte

T44 Envenenamiento por drogas que afectan principalmente el sistema nervioso autónomo

T45 Envenenamiento por agentes principalmente sistémicos y hematológicos, no clasificados en otra parte

T46 Envenenamiento por agentes que afectan principalmente el sistema cardiovascular

T47 Envenenamiento por agentes que afectan principalmente el sistema gastrointestinal

T48 Envenenamiento por agentes con acción principal sobre los músculos lisos y esqueléticos y sobre el sistema respiratorio

T49 Envenenamiento por agentes tópicos que afectan principalmente la piel y las membranas mucosas y por drogas oftalmológicas, otorrinolaringológicas

T50 Envenenamiento por diuréticos y otras drogas, medicamentos y sustancias biológicas no especificadas

Otros efectos y los no especificados de causas externas

T66 Efectos no especificados de la radiación

T67 Efectos del calor y de la luz

T68 Hipotermia

T69 Otros efectos de la reducción de la temperatura

T70 Efectos de la presión del aire y de la presión del agua

T71 Asfixia

T73 Efectos de otras privaciones
T74 Síndromes del maltrato
 (T74.0) Negligencia o abandono
 (T74.1) Abuso físico
 (T74.2) Abuso sexual
 (T74.3) Abuso psicológico
 (T74.8) Otros síndromes del maltrato
 (T74.9) Síndrome del maltrato, no especificado

T75 Efectos de otras causas externas
T78 Efectos adversos, no clasificados en otra parte
Algunas complicaciones precoces de traumatismos
T79 Algunas complicaciones precoces de traumatismos, no clasificadas en otra parte

CAPITULO XX

CAUSAS EXTREMAS DE MORBILIDAD Y DE MORTALIDAD

Otras causas externas de traumatismos accidentales

Caídas

W03 Otras caídas en el mismo nivel por colisión con o por empujón de otra persona

Exposición a fuerzas mecánicas inanimadas

W20 Golpe por objeto arrojado, proyectado o que cae
W21 Golpe contra o golpeado por equipo para deportes
W22 Golpe contra o golpeado por otros objetos

W32 Disparo de arma corta

W33 Disparo de rifle, escopeta y arma larga

W34 Disparo de otras armas de fuego, y las no especificadas

Exposición a fuerzas mecánicas animadas

W50 Aporreos, golpes, mordeduras, patadas, rasguños o torceduras infligidos por otra persona

W51 Choque o empujón contra otra persona

Exceso de esfuerzo, viajes y privación

X53 Privación de alimentos

X54 Privación de agua

X57 Privación no especificada

Lesiones autoinfligidas intencionalmente

X60 Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a analgésicos no narcóticos, antipiréticos y antirreumáticos

- X61 Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticas, antiparkinsonianas y psicotrópicas no clasificadas en otra parte
- X62 Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a narcóticos y psicodislépticos [alucinógenos], no clasificados en otra parte
- X63 Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a otras drogas que actúan sobre el sistema nervioso autónomo
- X64 Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a otras drogas, medicamentos y sustancias biológicas, y los no especificado
- X65 Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición al alcohol
- X66 Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a disolventes orgánicos e hidrocarburos halogenados y sus vapores
- X67 Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a otros gases y vapores
- X68 Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a plaguicidas
- X69 Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a otros productos químicos y sustancias nocivas, y los no especificados
- X70 Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación
- X71 Lesión autoinfligida intencionalmente por ahogamiento y sumersión
- X72 Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de arma corta
- X73 Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de rifle, escopeta y arma larga
- X74 Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de otras armas de fuego, y las no especificadas
- X75 Lesión autoinfligida intencionalmente por material explosivo
- X76 Lesión autoinfligida intencionalmente por humo, fuego y llamas
- X77 Lesión autoinfligida intencionalmente por vapor de agua, vapores y objetos calientes
- X78 Lesión autoinfligida intencionalmente por objeto cortante
- X79 Lesión autoinfligida intencionalmente por objeto romo o sin filo
- X80 Lesión autoinfligida intencionalmente al saltar desde un lugar elevado
- X81 Lesión autoinfligida intencionalmente por arrojar o colocarse delante de objeto en movimiento
- X82 Lesión autoinfligida intencionalmente por colisión de vehículo de motor
- X83 Lesión autoinfligida intencionalmente por otros medios especificados
- X84 Lesión autoinfligida intencionalmente por medios no especificados

Agresiones

- X85 Agresión con drogas, medicamentos y sustancias biológicas
- X86 Agresión con sustancia corrosiva
- X87 Agresión con plaguicidas
- X88 Agresión con gases y vapores
- X89 Agresión con otros productos químicos y sustancias nocivas especificadas
- X90 Agresión con productos químicos y sustancias nocivas no especificadas

- X91 Agresión por ahorcamiento, estrangulamiento y sofocación
- X92 Agresión por ahogamiento y sumersión
- X93 Agresión con disparo de arma corta
- X94 Agresión con disparo de rifle, escopeta y arma larga
- X95 Agresión con disparo de otras armas de fuego, y las no especificadas
- X96 Agresión con material explosivo
- X97 Agresión con humo, fuego y llamas
- X98 Agresión con vapor de agua, vapores y objetos calientes
- X99 Agresión con objeto cortante
- Y00 Agresión con objeto romo o sin filo
- Y01 Agresión por empujón desde un lugar elevado
- Y02 Agresión por empujar o colocar a la víctima delante de objeto en movimiento
- Y03 Agresión por colisión de vehículo de motor
- Y04 Agresión con fuerza corporal
 - (Y04.0) Agresión con fuerza corporal, en vivienda
 - (Y04.1) Agresión con fuerza corporal, en institución residencial
 - (Y04.2) Agresión con fuerza corporal, en escuelas, otras instituciones y áreas administrativas públicas
 - (Y04.3) Agresión con fuerza corporal, en áreas de deporte y atletismo
 - (Y04.4) Agresión con fuerza corporal, en calles y carreteras
 - (Y04.5) Agresión con fuerza corporal, en comercio y área de servicios
 - (Y04.6) Agresión con fuerza corporal, en área industrial y de la construcción
 - (Y04.7) Agresión con fuerza corporal, en granja
 - (Y04.8) Agresión con fuerza corporal, en otro lugar especificado
 - (Y04.9) Agresión con fuerza corporal, en lugar no especificado
- Y05 Agresión sexual con fuerza corporal
 - (Y05.0) Agresión sexual con fuerza corporal, en vivienda
 - (Y05.1) Agresión sexual con fuerza corporal, en institución residencial
 - (Y05.2) Agresión sexual con fuerza corporal, en escuelas, otras instituciones y áreas administrativas públicas
 - (Y05.3) Agresión sexual con fuerza corporal, en áreas de deporte y atletismo
 - (Y05.4) Agresión sexual con fuerza corporal, en calles y carreteras
 - (Y05.5) Agresión sexual con fuerza corporal, en comercio y área de servicios
 - (Y05.6) Agresión sexual con fuerza corporal, en área industrial y de la construcción
 - (Y05.7) Agresión sexual con fuerza corporal, en granja
 - (Y05.8) Agresión sexual con fuerza corporal, en otro lugar especificado
 - (Y05.9) Agresión sexual con fuerza corporal, en lugar no especificado
- Y06 Negligencia y abandono
 - (Y06.0) Por esposo o pareja
 - (Y06.1) Por padre o madre

- (Y06.2) Por conocido o amigo
- (Y06.8) Por otra persona especificada
- (Y06.9) Por persona no especificada

Y07 Otros síndromes de maltrato

- (Y07.0) Por esposo o pareja
- (Y07.1) Por padre o madre
- (Y07.2) Por conocido o amigo
- (Y07.3) Por autoridades oficiales
- (Y07.8) Por otra persona especificada
- (Y07.9) Por persona no especificada

Y08 Agresión por otros medios especificados

- (Y08.0) Agresión por otros medios especificados, en vivienda
- (Y08.1) Agresión por otros medios especificados, en institución residencial
- (Y08.2) Agresión por otros medios especificados, en escuelas, otras instituciones y áreas administrativas públicas
- (Y08.3) Agresión por otros medios especificados, en áreas de deporte y atletismo
- (Y08.4) Agresión por otros medios especificados, en calles y carreteras
- (Y08.5) Agresión por otros medios especificados, en comercio y área de servicios
- (Y08.6) Agresión por otros medios especificados, en área industrial y de la construcción
- (Y08.7) Agresión por otros medios especificados, en granja
- (Y08.8) Agresión por otros medios especificados, en otro lugar especificado
- (Y08.9) Agresión por otros medios especificados, en lugar no especificado

Y09 Agresión por medios no especificados

- (Y09.0) Agresión por medios no especificados, en vivienda
- (Y09.1) Agresión por medios no especificados, en institución residencial
- (Y09.2) Agresión por medios no especificados, en escuelas, otras instituciones y reas administrativas públicas
- (Y09.3) Agresión por medios no especificados, en reas de deporte y atletismo
- (Y09.4) Agresión por medios no especificados, en calles y carreteras
- (Y09.5) Agresión por medios no especificados, en comercio y rea de servicios
- (Y09.6) Agresión por medios no especificados, en área industrial y de la construcción
- (Y09.7) Agresión por medios no especificados, en granja
- (Y09.8) Agresión por medios no especificados, en otro lugar especificado
- (Y09.9) Agresión por medios no especificados, en lugar no especificado

Eventos de intención no determinada

Y10 Envenenamiento por, y exposición a analgésicos no narcóticos, antipiréticos y antirreumáticos, de intención no determinada

Y11 Envenenamiento por, y exposición a drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticas, anti-parkinsonianas y psicotrópicas, no clasificadas en otra

Y12 Envenenamiento por, y exposición a narcóticos y psico-dislépticos [alucinógenos], no clasificados en otra parte, de intención no determinada

Y13 Envenenamiento por, y exposición a otras drogas que actúan sobre el sistema nervioso autónomo, de intención no determinada

Y14 Envenenamiento por, y exposición a otras drogas, medicamentos y sustancias biológicas, y las no especificadas, de intención no determinada

Y15 Envenenamiento por, y exposición al alcohol, de intención no determinada,

Y16 Envenenamiento por, y exposición a disolventes orgánicos e hidrocarburos halogenados y sus vapores, de intención no determinada

Y17 Envenenamiento por, y exposición a otros gases y vapores, de intención no determinada

Y18 Envenenamiento por, y exposición a plaguicidas, de intención no determinada

Y19 Envenenamiento por, y exposición a otros productos químicos y sustancias nocivas, y los no especificados, de intención no determinada

Y20 Ahorcamiento, estrangulamiento y sofocación, de intención no determinada

Y21 Ahogamiento y sumersión, de intención no determinada

Y22 Disparo de arma corta, de intención no determinada

Y23 Disparo de rifle, escopeta y arma larga, de intención no determinada

Y24 Disparo de otras armas de fuego, y las no especificadas, de intención no determinada

Y25 Contacto traumático con material explosivo, de intención no determinada

Y26 Exposición al humo, fuego y llamas, de intención no determinada

Y27 Contacto con vapor de agua, vapores y objetos calientes, de intención no determinada

Y28 Contacto traumático con objeto cortante, de intención no determinada

Y29 Contacto traumático con objeto romo o sin filo, de intención no determinada

Y30 Caída, salto o empujón desde lugar elevado, de intención no determinada

Y31 Caída, permanencia o carrera delante o hacia objeto en movimiento, de intención no determinada

Y32 Colisión de vehículo de motor, de intención no determinada⁴⁹

Y33 Otros eventos especificados, de intención no determinada

Y34 Evento no especificado, de intención no determinada

ANEXO 2

QUÉ HACER Y QUÉ NO HACER DURANTE LA PRIMERA ATENCIÓN

PASO	HACER	NO HACER
1. Hacer contacto psicológico.	Escuchar activamente. Reflejar sentimientos y hechos. Comunicar aceptación.	Contar su propia historia. Ignorar hechos o sentimientos. Juzgar ni tomar partido.
2. Examinar dimensiones del problema.	Formular preguntas abiertas. Pedirle a la persona que sea concreta (o). Evaluar riesgo de muerte.	Abstenerse de hacer preguntas cerradas (si-no). Permitir abstracción continua. Ignorar signos de riesgo.
3. Explorar posibles soluciones.	Estimular inspiración. Abordar directamente los obstáculos. Establecer prioridades.	Permitir una visión estrecha. Dejar obstáculos inexplorados. Tolerar una mezcla confusa de necesidades.
4. Tomar acción concreta.	Tomar una medida a un tiempo. Establecer objetivos específicos a corto plazo. Confrontar cuando sea necesario. Solo ser directo si es necesario.	Intentar resolver todo en la primera sesión. Hacer decisiones obligatorias a largo plazo. Ser tímida(o). Retraerse de tomar responsabilidades cuando es necesario.
5. Dar seguimiento.	Adquirir compromiso para nueva cita. Evaluar etapas de acción.	Dejar detalles sueltos y no suponer que la persona dará seguimiento a la acción.

ANEXO No. 3 INTERVENCIÓN EN CRISIS

OBJETIVO: Aumentar la seguridad personal de las personas afectadas por violencia, y contribuir a mejorar su estabilidad psicológica.

SESIÓN	CONTENIDO
PRIMERA SESIÓN	<p>Determinar las reacciones subjetivas frente al hecho, es decir indagar sobre: ¿Cómo se sintió cuando ocurrió el hecho?</p> <p>Evaluar el contexto de la situación de crisis: como se empezó lo ocurrido?</p> <p>Evaluar el estado actual de la persona sobreviviente: que esta sintiendo ahora?</p> <p>Definir en conjunto con la persona afectada el problema principal: puede ser el riesgo de muerte, violencia hacia la pareja, los hijos e hijas, padres.</p> <p>En esta sesión se aplica la encuesta de maltrato y la evaluación del estado psicológico.</p>
DE LA SEGUNDA A LA CUARTA SESIÓN	<ul style="list-style-type: none">● Análisis de antecedentes incluyendo estrategias de sobrevivencia utilizadas en el periodo posterior a la crisis, debilidades, fortalezas y recursos disponibles de apoyo.● Fijación de metas inmediatas y de corto plazo respecto de sus prioridades.● Identificar y llevar a cabo las tareas que pueden ayudar a la persona afectada por violencia a lograr sus metas.
DE LA QUINTA A LA SEXTA SESIÓN	<ul style="list-style-type: none">● Proveer apoyo emocional utilizando algunas técnicas de catarsis.● Revisar logros y limitaciones en función de metas definidas.● Apoyar la expresión y manejo de la ira.● Apoyar a reducir los síntomas de ansiedad.

ANEXO 4 FICHA DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR



Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer
Hoja de Registro Único para casos de Violencia Intrafamiliar,
Agresión Sexual y Maltrato a la Niñez

Registro N°: _____

SECCIÓN I - DATOS DE LA VÍCTIMA		SI ES MENOR DE 18 AÑOS	
Nombre: _____ Conocido/a por: _____ Edad: _____ años Sexo: masculino <input type="radio"/> femenino <input type="radio"/> Embarazo: si <input type="radio"/> no sabe <input type="radio"/> no <input type="radio"/> N/A <input type="radio"/> deseado <input type="radio"/> no deseado <input type="radio"/> Número de hijos: _____ Identificación N°: _____ DUI <input type="radio"/> Parida Nac. <input type="radio"/> otro <input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Dirección: _____ Departamento: _____ Municipio: _____ Zona: urbana <input type="radio"/> rural <input type="radio"/> marginal <input type="radio"/> Teléfono: _____ Ocupación: _____ Dirección: _____		Nivel educativo finalizado: primaria <input type="radio"/> técnico <input type="radio"/> secundaria <input type="radio"/> universitario <input type="radio"/> bachillerato <input type="radio"/> ninguno <input type="radio"/> Estado Familiar: soltera <input type="radio"/> separada/a <input type="radio"/> casada/a <input type="radio"/> divorciada/a <input type="radio"/> unión N/A <input type="radio"/> viuda/a <input type="radio"/> Sostentamiento Familiar: <input type="radio"/> mujer jefa de hogar <input type="radio"/> hombre jefe de hogar <input type="radio"/> jefatura compartida <input type="radio"/> proveedor(a) desde el extranjero <input type="radio"/> Otro(a) miembro(a) de la familia Especifique: _____ Lugar de trabajo: _____ Teléfono: _____	
Discapacidad física: si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> Especifique: _____ Discapacidad mental: si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> Especifique: _____ Condiciones emocionales: agresividad <input type="checkbox"/> indiferencia <input type="checkbox"/> intento suicida <input type="checkbox"/> angustia <input type="checkbox"/> miedo <input type="checkbox"/> ideación suicida <input type="checkbox"/> tristeza <input type="checkbox"/> enojo <input type="checkbox"/> intento homicida <input type="checkbox"/> impotencia <input type="checkbox"/> confusión <input type="checkbox"/> ideación homicida <input type="checkbox"/> culpa <input type="checkbox"/> inseguridad <input type="checkbox"/>		Alteraciones psicofisiológicas: alteración del sueño <input type="checkbox"/> sudoración excesiva <input type="checkbox"/> alteración del apetito <input type="checkbox"/> temblor del cuerpo <input type="checkbox"/> alteración gastrointestinal <input type="checkbox"/> TC nervioso <input type="checkbox"/> dolor de cabeza <input type="checkbox"/> alteraciones de la piel <input type="checkbox"/> palpitación <input type="checkbox"/> manchas <input type="checkbox"/> Ha sido testigo de violencia: si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> Antecedente de agresión sexual: si <input type="radio"/> no <input type="radio"/>	
SECCIÓN II - DETALLE DE LOS HECHOS			
Código del incidente: violencia intrafamiliar <input type="radio"/> maltrato a la niñez <input type="radio"/> agresión sexual <input type="radio"/> Residencia: si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> Denunció: si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> Lugar de los hechos: Departamento: _____ Municipio: _____ Zona: urbana <input type="radio"/> rural <input type="radio"/> marginal <input type="radio"/> Ambito: publico <input type="radio"/> privado <input type="radio"/> Fecha de agresión: ____/____/____ (d/m/a) Hora de agresión: ____ (h/m)		Formas de violencia: física <input type="checkbox"/> psicológica <input type="checkbox"/> sexual <input type="checkbox"/> patrimonial <input type="checkbox"/> Tipo de lesión física: golpes <input type="checkbox"/> arma de fuego <input type="checkbox"/> arma blanca <input type="checkbox"/> arma contundente <input type="checkbox"/> mordidas <input type="checkbox"/> quemaduras <input type="checkbox"/> helesiones de pelo <input type="checkbox"/> empujones <input type="checkbox"/> amenazas <input type="checkbox"/> Tipo de Agresión Patrimonial: Especifique: _____ Tipo de agresión Psicológica: gritos <input type="checkbox"/> no dar afecto <input type="checkbox"/> culpabilizar <input type="checkbox"/> insultos <input type="checkbox"/> ofensas <input type="checkbox"/> marginar <input type="checkbox"/> palabras sucias <input type="checkbox"/> humillación <input type="checkbox"/> poner sobrenombres <input type="checkbox"/> amenazas <input type="checkbox"/> ignorar <input type="checkbox"/> Frecuencia de la agresión: diaria <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> anual <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> trimestral <input type="checkbox"/> eventual <input type="checkbox"/> cuicenal <input type="checkbox"/> semestral <input type="checkbox"/> una sola vez <input type="checkbox"/>	
Breve descripción del hecho según víctima: _____ _____ _____ _____ _____			
SECCIÓN III - DATOS DEL AGRESOR/A			
Nombre: _____ Edad: _____ años Sexo: masc. <input type="radio"/> fem. <input type="radio"/> Dirección: _____ Departamento: _____ Municipio: _____ Zona: urbana <input type="radio"/> rural <input type="radio"/> marginal <input type="radio"/> Teléfono: _____ Nivel educativo finalizado: primaria <input type="radio"/> técnico <input type="radio"/> secundaria <input type="radio"/> universitario <input type="radio"/> bachillerato <input type="radio"/> ninguno <input type="radio"/> Ocupación: _____ Teléfono: _____ Lugar de trabajo: _____ Dirección: _____		Relación con la víctima: padre <input type="radio"/> esposo <input type="radio"/> amigo <input type="radio"/> madre <input type="radio"/> esposa <input type="radio"/> amiga <input type="radio"/> padrastro <input type="radio"/> exesposo <input type="radio"/> tío <input type="radio"/> madrastra <input type="radio"/> exesposa <input type="radio"/> tía <input type="radio"/> abuelo <input type="radio"/> conviviente <input type="radio"/> trabajador(a) doméstico(a) <input type="radio"/> abuela <input type="radio"/> exconviviente <input type="radio"/> desconocido(a) <input type="radio"/> hermano <input type="radio"/> otro <input type="radio"/> hermana <input type="radio"/> especifique: _____ Condiciones del agresor(a): alcoholizado/a <input type="checkbox"/> trastorno psiquiátrico <input type="checkbox"/> estable sobrio/a <input type="checkbox"/> drogado/a <input type="checkbox"/> Tipo de arma utilizada: Antecedente criminal: si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> Secuela de guerra: si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> Ha sido testigo de violencia: si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> Antecedente de agresión sexual: si <input type="radio"/> no <input type="radio"/>	
SECCIÓN IV - DATOS DEL ENTE CAPTADOR			
Institución que captó: _____ Entrenedor(a): _____ Cargo/profesión: _____ Fecha de atención: ____/____/____ (d/m/a) Hora de atención: ____ (h/m)		Tipo de atención brindada: psicológica <input type="checkbox"/> médica <input type="checkbox"/> policial <input type="checkbox"/> social <input type="checkbox"/> legal <input type="checkbox"/> albergue <input type="checkbox"/> Refirió a: _____ Motivo de la referencia: _____	

La reproducción y/o utilización de esta hoja sin autorización para fines distintos a los del ISDEMU será sancionada conforme a la Ley Ley Contra la Violencia Intrafamiliar, Art 6-A.

ANEXO NO. 5

HOJA DE TAMIZAJE DE VIOLENCIA

Para el Tamizaje de Violencia se sugiere utilizar las siguientes preguntas:

- ¿En el último año alguna vez han abusado de usted física o emocionalmente algún miembro de su familia, alguien cercano a usted, de la comunidad, en su trabajo o lugar de estudio?
- ¿En el último año alguien le ha forzado a tener actividades sexuales?
- ¿Le teme usted a algún extraño o a alguno de los/as miembros de su familia, cuidador/a, o miembros de su comunidad?
- *(A embarazadas) ¿Ha sido usted golpeada, maltratada o abusada por su pareja o alguien más durante el período de embarazo?*
- ¿En el último año ha sufrido ataques a su integridad física y moral mediante amenazas, intimidación, agresiones verbales, robo, chantaje, castigos corporales o le impiden tomar sus propias decisiones, por parte de algún miembro de la familia o cuidador?
- ¿Alguna vez ha tenido que suspender actividades recreativas o de estudio por estar obligado a trabajar?
- ¿Alguna vez ha sido obligada a trabajos forzados o a tener relaciones sexuales forzadas mediante engaños para obtener un trabajo?

Una respuesta positiva a cualquiera de estas siete preguntas, es sugestiva de que la persona esta siendo afectada por alguna forma de violencia.

A continuación se presentan otras preguntas que complementan al tamizaje de violencia:

- ¿Se encuentra usted actualmente en una relación en la que haya sido lesionado(a) de manera física o amenazado(a) por su pareja?
- ¿Ha estado alguna vez en una relación de este tipo?
- ¿Está usted (o ha estado alguna vez) en una relación en la cual sentía que era maltratada(o)? ¿En qué forma?
- ¿Alguna vez ha destruido su pareja o algún miembro de la familia cosas que eran importantes para usted?
- ¿Alguna vez le ha amenazado su pareja o maltratado a sus hijos?
- ¿Alguna vez le ha forzado su pareja u otra persona a tener relaciones sexuales cuando usted no lo deseaba?
- ¿Alguna vez su pareja u otra persona la obliga a tener relaciones sexuales que le hacen sentir incomoda?
- ¿Qué pasa cuando usted y su pareja u otro miembro de la familia pelean o no están de acuerdo en algo?
- ¿Se siente usted a salvo en su relación de pareja, familia, amigos o miembros de la comunidad?

- ¿Siente usted miedo de su pareja, algún miembro de la familia, amigo, vecino o de algún miembro de la comunidad?
- ¿Alguna vez le ha prohibido su pareja que salga de la casa, que vea a sus amigas, que trabaje o que continúe con sus estudios?
- ¿Su pareja o algún miembro de la familia ingiere alcohol y/o drogas?
- ¿Cómo actúa cuando está bebiendo o cuando está bajo la influencia de las drogas? ¿Le ha maltratado alguna vez en forma física o verbal?
- ¿Hay armas en su casa? ¿Alguna vez le ha amenazado su pareja, amigo, o algún miembro de su comunidad con usarlas cuando está enojado(a)?
- ¿Esta su familia o sus amigos conscientes de que usted sufre violencia podrían ellos proporcionarle apoyo?
- ¿Tiene usted un lugar seguro donde ir y los recursos necesarios para hacerlo en un caso de emergencia?
- ¿En la familia le han privado de vivienda, alimentos, medicina, acceso a los estudios, ropa limpia y otros elementos básicos para cubrir sus necesidades?

Para el diagnóstico de abuso emocional en la mujer o cualquier otro miembro de la familia, el personal de salud debe realizar las siguientes preguntas:

- ¿En el último año, ha sido insultada(o) o le han hecho sentir mal respecto a sí misma(o)?
- ¿En el último año, ha sido humillada(o) en frente de otras personas o en privado?
- ¿En el último año, ha sido atemorizada(o), intimidada(o) por su pareja, ex pareja o cualquier otro miembro de la familia, para conseguir lo que quiere?
- ¿En el último año, ha sido amenazada con que le quitará el soporte económico o la echará de la casa o le quitará los hijos?
- ¿En el último año, le han amenazado con dañar a otra persona que a usted le importa para conseguir que usted haga algo que no desea?
- ¿En el último año, le han limitado en sus libertades personales de sus actividades cotidianas (su forma de vestir, arreglo personal, prácticas religiosas, relaciones familiares o con amistades)?

ANEXO 6. ASPECTOS LEGALES REFERENTES AL AVISO

Art. 265 del Código Procesal Penal.- Tendrán obligación de denunciar o avisar la comisión de los delitos de acción pública:

1. Los funcionarios, empleados públicos, agentes de autoridad o autoridades públicas que los conozcan en el ejercicio de sus funciones o con ocasión de ella. También deberán denunciar los delitos oficiales cometidos por funcionarios que les estén subordinados y si no lo hicieren oportunamente incurrirán en responsabilidad penal.
2. Los médicos, farmacéuticos ,enfermeros(as) y demás personas que ejerzan profesiones relacionados con la salud, que conozcan esos hechos al prestar los auxilios de su profesión, salvo que el conocimiento adquirido por ellos este bajo el amparo del secreto profesional.

Omisión de Aviso

Artículo 312 del Código Penal.- El funcionario o empleado público, agente de autoridad o autoridad pública que en el ejercicio de sus funciones o con ocasión de ellas, tuviere conocimiento de haberse perpetrado un hecho punible y omitiere dar aviso dentro del plazo de veinticuatro horas al funcionario competente será sancionado con multa de cincuenta a cien días multa.

Igual sanción se impondrá al jefe o persona encargada de un centro hospitalario, clínica u otro establecimiento semejante, público o privado, que no informare al funcionario competente el ingreso de personas lesionadas, dentro de las ocho horas siguientes al mismo, en casos en que racionalmente debieran considerarse como provenientes de un delito.

ANEXO 7

ESTADIOS DE TANNER

ESTADIOS DE TANNER. DESARROLLO DE LOS CARACTERES SEXUALES SECUNDARIOS

DESARROLLO MAMARIO

Niñas

DESARROLLO DEL VELLO PUBIANO

Estadio 1 (S1)

Mamas infantiles. Solo el pezón está ligeramente sobreelevado.



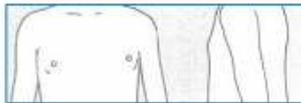
Estadio 1 (P1)

Ligera vellosidad infantil.



Estadio 2 (S2)

Brote mamario. Las areolas y pezones sobresalen como un cono. Esto indica la existencia de tejido glandular subyacente. Aumento del diámetro de la areola.



Estadio 2 (P2)

Vello escaso, lacio y ligeramente pigmentado, usualmente a lo largo de los labios (dificultad para apreciar en la figura.)



Estadio 3 (S3)

Continuación del crecimiento con elevación de mama y areola en un mismo plano.



Estadio 3 (P3)

Vello rizado, aún escasamente desarrollado, pero oscuro, claramente pigmentado, sobre los labios.



Estadio 4 (S4)

La areola y el pezón pueden distinguirse como una segunda elevación, por encima del contorno de la mama.



Estadio 4 (P4)

Vello pubiano de tipo adulto, pero no con respecto a la distribución (crecimiento del vello hacia los pliegues inguinales, pero no en la cara interna de los muslos).



Estadio 5 (S5)

Desarrollo mamario total. La areola se encuentra a nivel de la piel, y sólo sobresale el pezón.

(Nota: en algunos casos, la mujer adulta puede mantenerse en estadio 4).



Estadio 5 (P5)

Desarrollo de la vellosidad adulta con respecto a tipo y cantidad; el vello se extiende en forma de un patrón horizontal, el llamado femenino, (también en la cara interna de los muslos). En el 10%, se extiende por fuera del triángulo pubiano (estadio 6)



■ **Estadio 1 (G1)**

Pene, escroto y testículos infantiles; es decir, de aproximadamente el mismo tamaño y forma que en la infancia.

■ **Estadio 2 (G2)**

Agrandamiento de escroto y testículos. La piel escrotal se vuelve más roja, delgada y arrugada. El pene no tiene ningún agrandamiento o muy insignificante.



■ **Estadio 3 (G3)**

Agrandamiento del pene, principalmente en longitud. Continuación del desarrollo testicular y escrotal.



■ **Estadio 4 (G4)**

Aumento de tamaño de pene con crecimiento de diámetro y desarrollo del glande. Continuación de agrandamiento de testículos y escroto. Aumento de la pigmentación de la piel escrotal.



■ **Estadio 5 (G5)**

Genitales de tipo y tamaño adulto.



■ **Estadio 1 (P1)**

Ligera vellosidad infantil.

■ **Estadio 2 (P2)**

Vello escaso, lacio y ligeramente pigmentado, usualmente arraigado al pene (dificultad para apreciar en la fig.)



■ **Estadio 3 (P3)**

Vello rizado, aún escasamente desarrollado, pero oscuro, claramente pigmentado, arraigado al pene.



■ **Estadio 4 (P4)**

Vello pubiano de tipo adulto, pero con respecto a la distribución (crecimiento del vello hacia los pliegues inguinales, pero no en la cara interna de los muslos.)



■ **Estadio 5 (P5)**

Desarrollo de la vellosidad adulta con respecto a tipo y cantidad; el vello se extiende en forma de un patrón horizontal, el llamado femenino (el vello crece también en la cara int. de los muslos). En el 80% de los casos, el crecimiento del vello continúa hacia arriba, a lo largo de la línea alba. (estadio 6).



ANEXO 8

SOBRE LAS PEORES FORMAS DE TRABAJO INFANTIL

En El Salvador, según la Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia en el **Artículo 59.-** Edad mínima para que una persona pueda realizar actividades laborales es de catorce años de edad, siempre y cuando se garantice el respeto de sus derechos y no perjudique el acceso y derecho a la educación. Bajo ningún concepto se autorizará el trabajo para las niñas, niños y adolescentes menores de catorce años.

Art. 60.- Jornada de Trabajo

La jornada de trabajo de los adolescentes menores de 16 años, en cualquier clase de trabajo, no podrá ser mayor de seis horas diarias ni de treinta y cuatro horas semanales. Se prohíbe también el trabajo nocturno.

Art. 1.- El listado de trabajos que por su naturaleza o por la condición en que se llevan a cabo, es probable que dañe la salud física, mental y psicológica, así como la seguridad y moralidad de los niños, niñas y adolescentes menores de 18 años:

1. El engrasado, limpieza, revisión o reparación de máquinas o mecanismos en movimiento.
2. La utilización y manipulación de sierras automáticas, circulares o de cinta.
3. En donde se requiera de la manipulación, portación, venta o uso de todo tipo de armas, especialmente de fuego en cualquiera de sus categorías, munición y demás accesorios, así como de cualquier otro artefacto que utilice la deflagración de la pólvora.
4. En los que se requiera la utilización de cuchillos, machetes, cumas o cualquiera herramienta cortopunzante; excepto los utensilios y herramientas de cocina.
5. Los realizados en el subsuelo.
6. En los que se requiera estar debajo del agua.
7. Los trabajos desarrollados en los manglares.
8. Las labores o desplazamientos que se desarrollen en alturas superiores a los 1.80 metros sobre un nivel inferior, tales como andamios, árboles, exteriores de casa y edificios, colocación de rótulos o vallas publicitarias.
9. En donde se manipulen, almacenen, usen o elaboren materias explosivas, fulminantes, inflamables, corrosivas o radioactivas.

10. Los que impliquen el contacto con:

- a) Microorganismos infecciosos transmitidos en trabajos agrícolas, pecuarios, mineros, manufactureros, sanitarios; como la atención y cuidado de enfermos, manipulación y exhumación de cadáveres, entre otros.
- b) Microorganismos de origen animal o vegetal que puedan provocar reacciones alérgicas o tóxicas en crianza, sacrificio y venta de animales.

11. Los que se desarrollen en la construcción, demolición, reparación y/o conservación de obras de infraestructura de gran magnitud; tales como carreteras, presas, edificios, puentes, muelles, proyectos habitacionales y otros.

12. Los que se desarrollen en minas o canteras;

13. Los trabajos que se realicen en altamar, así como las labores de estiba, carga y descarga en puertos marítimos y muelles.

14. Los que requieran de la manipulación o transporte manual de cargas pesadas; o supongan la operación, conducción y manipulación de equipos pesados, tales como palas mecánicas, montacargas, grúas, elevadores y los demás tipos de maquinaria y vehículos no autorizados para personas menores de dieciocho años;

15. Los que se desarrollen en jornadas consideradas como nocturnas de acuerdo a la legislación nacional;

16. Los trabajos cuya extensión de la jornada laboral sea mayor que la determinada por la legislación nacional aplicable a los trabajadores menores de dieciocho años de edad;

17. Trabajos que conlleven riesgo ergonómico, tales como esfuerzos repetitivos, con apremio de tiempo, en posturas inadecuadas, entre otras;

18. Los que se desarrollen abiertamente en la vía pública sin supervisión de adultos o en la banda de rodamiento vehicular, así como los que impliquen subir y bajar de vehículos en movimientos.

19. Los de recolección y/o separación de desechos sólidos de cualquier tipo;

20. Que su realización requiera la permanencia; aunque fuese transitoria, en lugares que se permita el consumo de tabaco, bebidas embriagantes, tales como bares, cantinas o expendios de aguardiente. Se incluye la atención de clientes en dichos establecimientos.

21. Los que se realizan en establecimientos en los que se exhiba material altamente violento, erótico o sexual, espectáculos pornográficos, entre otros;

22. Los que ofrezcan algún riesgo de envenenamiento por el uso, manipulación o traslado de sustancias tóxicas de cualquier clase o las materias que las originan. Igualmente, se considerará peligroso cualquier trabajo que se realice en el mismo local en donde se almacenen sustancias tóxicas de uso industrial o agro industrial;

23. En donde los niveles de ruido, vibración, radiación, ventilación, temperatura o iluminación no cumplan con los mínimos establecidos por la normativa nacional o, en su defecto, por la internacional;

24. Los que se desarrollen en terrenos en cuya topografía existan zanjas, hoyos o huecos, canales, terraplenes y precipicios o tengan derrumbamientos o deslizamientos de tierra;

25. Los que impliquen contacto con la energía eléctrica;

26. Los destinados al servicio doméstico salvo las excepciones legales;

27. Los que impliquen el traslado de dinero u otros bienes de valor, así como los trabajos donde la seguridad de otras personas y/o bienes sean responsabilidad del menor. Se incluye el cuidado de enfermos; actividades de vigilancia, guardias, entre otros.

Art. 2.- Quedan excluidas de este Decreto las actividades efectuadas en las escuelas de enseñanza general, profesional o técnica o en otras instituciones de formación.

ANEXO 9

PROCEDIMIENTOS MEDICO-FORENSES QUE SE LLEVAN A CABO TRAS UN ASALTO SEXUAL.

Generalmente las evidencias forenses se deben recolectar en un período máximo de 72 horas después de la violencia sexual y son los siguientes:

1. Examen físico para evidenciar las lesiones extra-genitales y el área paragenital.
2. Muestras del peinado del vello púbico de la víctima, en búsqueda de vellos del agresor (solo si no se le ha colocado espejito previamente). Si se obtienen vellos, deberá tomarse muestras del vello púbico de la víctima como control, al menos 20 a 25 cabellos con su folículo piloso.
1. Acorde con la historia recopilada podrá realizar un hisopado de las uñas de la víctima.
2. El examen del área genital y paragenital (cara interna de muslos y glúteos) con una lámpara de Woods para determinar la presencia de semen o sangre en las mismas.
3. Examen del área genital, perianal y para genital cuidadoso estableciendo: la presencia o no de lesiones en los labios mayores, menores y región perianal, el tipo de himen y la presencia o no de desgarros en el mismo, su localización según las agujas del reloj (ver anexo de imágenes de tipo de himen) y establecer si son recientes o antiguos.
4. Si no hay abrasiones o desgarros evidentes puede realizarse una tinción del área genital con Azul de Toluidina para evidenciarlas más fácilmente.
5. Idealmente deben de tomarse fotografías de las diferentes lesiones encontradas en el área genital o extragenital.
6. Se puede utilizar un colposcopio para magnificar las lesiones.
7. Hisopado de la mucosa oral, vaginal o rectal dependiendo del tipo de penetración, los cuales se secan y se guardan en bolsas de papel debidamente identificadas. Se deben utilizar hisopos estériles los cuales se dejan secar y se embalan en bolsas de papel debidamente rotuladas. Para tomar muestras de manchas secas por ejemplo en piel se humedecerá el hisopo con SSN.

8. Se tomarán 2 hisopados vaginales uno del líquido del fondo de saco vaginal y otro del canal endocervical o 2 hisopados del ano si hubo penetración anal en búsqueda espermatozoides para lo cual se debe preparar un frotis (laminilla) fresco de los mismos.
9. Se tomará muestra de sangre para HIV, VRDL, BHCG.
10. Todas las evidencias forenses incluyendo la ropa interior de la víctima, deben ser secadas y guardadas en bolsas de papel, con su debida identificación, nombre de la persona, # de registro, detallando las muestras obtenidas y el color de las prendas de vestir. Dichas muestras serán almacenadas y manejadas con una cadena de custodia.
11. El médico forense puede realizar una historia clínica, tratando de establecer los datos del agresor o agresores, su relación con la víctima, si conoce la dirección de la misma y otras preguntas más que contribuyan al proceso penal.

EVIDENCIA FORENSE EN ABUSO SEXUAL EN MENORES

En las niñas NO SE COLOCA ESPECULO EN LA GRAN MAYORÍA de los casos; sino que la toma de muestras vaginales se hace "a ciegas": puede introducirse 2 hisopos en el fórnix posterior de la vagina para tomar muestras de secreciones o se puede irrigar con 2 ml. de SSN el área vaginal y luego aspirar el líquido para buscar espermatozoides o fosfatasa ácida.

En la evaluación forense de los NNA abusados sexualmente se determina la presencia de los hallazgos confirmatorios del abuso como:

1. Muecas profundas mayores del 50% del espesor del borde del himen especialmente en su parte posterior
2. Un borde posterior de himen cuyo espesor aparenta ser menor de 1 mm, en la posición genu-pectoral
3. La presencia de cualquier lesión de ITS
4. Marcada dilatación anal con un diámetro de 2 cm o más
5. La presencia de desgarros recientes o antiguos de labios menores, del rafe medio, o en la región perianal, prolapso rectal o reflejo de parálisis refleja + (en posición genu-pectoral se presiona el área isquiática de los glúteos durante 2 minutos y se observará una dilatación del ano del niño, niña o adolescente)
6. Equimosis en el himen

En la etapa de recopilación de evidencias forenses es muy importante la

entrevista del forense con el niño, niña o adolescente, donde generalmente se tratará de delimitar los siguientes aspectos:

- ¿Quién lo agredió?
- ¿Con que?
- ¿Cuántas veces?
- ¿Cuándo fue la último vez? ¿Dónde fue?
- ¿Saber si el niño, niña o adolescente sangró?
- ¿Si tuvo dolor después del episodio?
- ¿Determinar si el niño/a le dijo algo a la persona que lo agredió o a sus familiares?

ANEXO 10

TAMIZAJE DE PERSONAS QUE ESTAN O HAN ESTADO EN SITUACIÓN DE TRATA

Para el diagnóstico de personas que están o han estado en situación de trata, el personal de salud debe realizar las siguientes preguntas:

- ¿Ha sido amenazada o intimidada por otra/s personas para que trabaje para ellas?
- ¿Tiene alguno de los síntomas siguientes: miedo, preocupación, tristeza, culpa, vergüenza, furia, aflicción, pérdida de memoria, desesperanza, se siente nervioso/a, se asusta fácilmente, sentimientos de desapego total a otras personas?
- ¿Ha sido obligada a hacer cosas en contra de su voluntad, para beneficio de otras personas?
- ¿Ha cambiado las horas establecidas para dormir, alimentarse o realizar otro tipo de rutinas?
- ¿Alguna vez ha recibido amenazas con dañar a otra persona con la que usted tiene vínculos afectivos para conseguir que usted haga algo que no desea?
- ¿Ha sido limitada/o en su libertad personal, prohibiéndole la comunicación u otro tipo de vínculos con otras personas?
- ¿Ha sido objeto de maltrato físico por parte de otra u otras personas?
- ¿Usa actualmente o alguna vez ha usado alcohol u otro tipo de sustancias?