

MINISTERIO DE SALUD

**Lineamientos técnicos de atención integral en salud de las
personas afectadas por violencia**



San Salvador, 2019



**Ministerio de Salud
Viceministerio de Políticas de Salud
Viceministerio de Servicios de Salud
Dirección de Regulación y Legislación en Salud
Unidad de Atención Integral a Todas las Formas de Violencia**

“Lineamientos técnicos de atención integral en salud de las personas afectadas por violencia ”

San Salvador, El Salvador, 2019

Autoridades

Dra. Elvia Violeta Menjívar Escalante
Ministra de Salud

Dr. Eduardo Antonio Espinoza Fiallos
Viceministro de Políticas de Salud

Dr. Julio Óscar Robles Ticas
Viceministro de Servicios de Salud

Ficha catalográfica

2019, 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: 2591-7000.

Diseño de Proyecto gráfico:

Diagramación: Imprenta

Impreso en El Salvador por:

El Salvador. Ministerio de Salud. Viceministerio de Políticas de Salud. Viceministerio de Servicios de Salud. Dirección de Regulación y Legislación en Salud. ***Lineamientos técnicos de atención integral en salud de las personas afectadas por violencia.***

San Salvador. El Salvador, C.A.

Normas, Manuales y Lineamientos

Unidad de Atención Integral a Todas Formas de Violencia. Ministerio de Salud.

Índice

I. Introducción	7
II. Base legal	8
III. Objetivos	12
IV. Ámbito de aplicación	12
V. Desarrollo del contenido técnico	12
• Actividades y responsabilidades por los niveles de atención	12
• Promoción de estilos libres de violencia	15
• Prevención de la violencia	19
• Detección de personas afectadas por violencia y lesiones	20
• Atención a todas las formas de violencia	21
VI. Registro de datos en los sistemas de información	137
VII. Disposiciones generales	137
VIII. Anexos	138
IX. Vigencia	138
X. Abreviaturas y siglas	183
XI. Terminología	184
XII. Bibliografía	186

Equipo técnico

Nombre	Dependencia
Dra. María Emperatriz Crespín Dra. Silvia Argentina Morán de García Licda. Margarita de Serrano Licda. María Mercedes de Padilla Dr. Julio César Campos Yada	Unidad de Atención Integral a Todas Formas de Violencia
Dr. Ezequiel Delgado Dr. Jorge Ernesto Roldán R.	Dirección Nacional de Hospitales de Segundo Nivel
Lic. José David López	Dirección Primer Nivel de Atención
M.cs. Luis Francisco López Guzmán Dra. Patricia de Muñoz Lic. Ernesto Villalobos Lic. Fernando Iraheta	Dirección de Regulación y Legislación en Salud

Comité consultivo

Dra. Ana Cecilia Cardoza Funes Lic. José Francisco Alfaro	Departamento de Psiquiatría y Coordinación Nacional Salud Mental Instituto Salvadoreño del Seguro Social
Licda. Lilian Meléndez de Franco Licda. Dinora Torres	Gerencia de Programas Sociales Asociación Demográfica Salvadoreña
Dr. Wilmer Ulises Herrera Grande	Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial
Dra. Aracely Zepeda de Baires Dr. Mario Ernesto Soriano	Unidad de Atención Integral de Mujer, Niñez y Adolescencia
Dr. Edgardo Platero	Fondo Solidario para la Salud
Dra. María de los Ángeles Ventura	Programa Nacional de VIH/SIDA
Dra. Hazel Margarita Valdéz	Unidad de Salud Mental
Licda. Ruth Velasco	Unidad de Promoción de la Salud
Licda. Morena Murillo Licda. Jackelin Herrera Licda. Wendy Castillo	Foro Nacional de Salud

I. Introducción

El Ministerio de Salud (MINSAL), a través de la Unidad de Atención Integral a Todas Formas de Violencia, con el propósito de establecer procedimientos generales para el abordaje de todas las formas de violencia en las Redes Integrales e Integradas de Salud (RIIS), elabora los presentes Lineamientos Técnicos de Atención Integral en Salud a Personas Afectadas por Violencia, con la finalidad que el personal de las RIIS detecte oportunamente signos y síntomas en las personas afectadas y realice el manejo adecuado para el restablecimiento de su salud, tanto física como psicosocial.

La Norma de atención integral en salud de las personas afectadas por violencia y lesiones, establece la necesidad de emitir los lineamientos técnicos que permitan la atención a personas en el curso de vida que han enfrentado algún tipo de violencia.

El presente documento constituye una actualización de los *Lineamientos técnicos de atención integral a todas las formas de violencia*, oficializados en marzo de 2012, los cuales representaron la innovación en cuanto a la normativa institucional en el tema. Este documento retoma los objetivos y líneas de acción, plasmados en el *Plan Quinquenal de Desarrollo 2014-2019*, impulsado por el actual gobierno. Así mismo incluye el abordaje de las lesiones de causa externa y la atención que de acuerdo a la *Ley Especial Integral para una Vida Libre de Violencia para las mujeres* (LEIV) debe proporcionar en las unidades de atención integral institucional especializada a la mujer (UIAEM), detallando los pasos a seguir en los diferentes niveles de atención, para el manejo de personas afectadas por la violencia en el curso de vida, incluye la promoción de estilos de vida libres de violencia en el nivel individual, familiar, laboral y comunitario, prevención, detección y atención de todas las formas de violencia, rehabilitación psicosocial, así mismo desarrolla pautas generales para la coordinación interinstitucional e intersectorial, con participación comunitaria activa, a fin de promover una atención integral con enfoque de derechos, equidad y género; así como el abordaje del proceso de la determinación social de la salud, para focalizar las intervenciones en la población que más sufre inequidades por la violencia en todas sus formas y lesiones de causa externa, contribuyendo con ello al bienestar de la población salvadoreña.

II. Base legal

Código de Salud

Artículo 40.- “El Ministerio de Salud es el organismo encargado de determinar, planificar y evaluar la ejecución de las actividades relacionadas con la salud”.

Reglamento Interno del Órgano Ejecutivo.

Artículo 42.- Compete al Ministerio de Salud: Numeral 2: “Dictar las Normas y técnicas en materia de salud y ordenar las medidas y disposiciones que sean necesarias para resguardar la salud de la población”.

Ley Especial Integral para una Vida Libre de Violencia para las Mujeres (LEIV).

Art. 23.- Responsabilidades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social:

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, será el responsable de:

- a) Garantizar las medidas específicas en el ámbito de los servicios de salud pública, para la prevención, detección temprana, atención e intervención en los casos de violencia contra las mujeres.
- b) Incorporar las medidas necesarias para el seguimiento y evaluación del impacto en la salud de las mujeres afectadas por la violencia, dando especial atención a la salud mental y emocional.
- c) La prevención y detección temprana de las situaciones de violencia contra las mujeres, será un objetivo en el ámbito de los servicios de salud pública.
- d) Garantizar la no discriminación de las mujeres en cuanto al acceso de los servicios de salud, así mismo, que el personal de salud no ejerza ningún tipo de violencia a las usuarias de los servicios, sin que anteponga sus creencias, ni prejuicios durante la prestación de los mismos.
- e) Registrar estadísticamente casos de violencia contra las mujeres manifestados a través de enfermedades, accidentes y padecimientos atendidos dentro del servicio de salud pública.
- f)
- g) Elaborar un informe anual relativo al número de mujeres que han sido atendidas e identificadas en situaciones de violencia, el cual se remitirá al Comité Técnico Especializado y al Sistema Nacional de Datos y Estadísticas.
- h) Garantizar el cumplimiento en todo el Sistema Nacional de Salud, de las Normativas Internas en materia de procedimientos de atención para mujeres; así como, el conocimiento y el acceso de las mismas a esos procedimientos.

Ley de Igualdad, Equidad y Erradicación de la Discriminación en contra de las Mujeres

Art. 26.- Igualdad y no discriminación en la atención a la salud integral y a la salud sexual y reproductiva.

El Estado adoptará la transversalización del principio constitucional de la igualdad y la no discriminación entre mujeres y hombres como objetivo fundamental a lograr en todas las actividades vinculadas a las responsabilidades públicas en salud.

El Estado, en atención a las obligaciones que le confiere la Constitución, postula como derechos fundamentales en materia de salud integral, salud sexual y salud reproductiva:

El derecho a recibir información calificada sobre las materias vinculadas a estos derechos; el derecho a recibir servicios de prevención de riesgos en esta materia; y, el derecho a la atención integral.

El Ministerio de Salud garantizará la protección de los derechos a la salud integral, a la salud sexual y reproductiva, y la igualdad y equidad en el acceso y atención en los servicios correspondientes.

En el diseño, ejecución y evaluación de las políticas y planes de salud, se aplicarán los siguientes lineamientos generales:

- a) Acceso de mujeres y hombres, sin discriminación alguna y en todas las etapas de su vida, a información educativa, a servicios gratuitos y de buena calidad, para la atención de la salud integral.
- b) Acceso universal de niñas, niños, adolescentes, adultas y adultos, a información y educación científica y actualizada, adecuada al ciclo vital, oportuna, veraz, suficiente y completa sobre el ejercicio responsable de la sexualidad, autocuidado y prevención de riesgos en salud sexual y salud reproductiva, así como acceso a los servicios públicos de información, atención preventiva y curativa correspondientes.
- c) Proveer información científica, educación, normas de higiene, prevención, detección y atención a riesgos en salud sexual y salud reproductiva, con especial consideración a las infecciones de transmisión sexual y el Virus de Inmunodeficiencia Humana/ Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH-SIDA).
- d) Garantizar servicios de salud de calidad durante la etapa de fertilización, implantación, embarazo, parto y puerperio a todas las mujeres, sin discriminación de ningún tipo, incluyendo la garantía de atención a pacientes que

acudan a los establecimientos de salud en busca de atención oportuna, por problemas y situaciones que pongan en riesgo la continuidad del embarazo.

- e) Desarrollar actividades sistemáticas calificadas y sostenidas para formar personas con las capacidades y habilidades que exige la oferta de estos servicios.

Ley de Protección Integral de la Niñez y la Adolescencia

Artículo 25.- Obligaciones del Sistema Nacional de Salud

Corresponde al Estado, a través del Sistema Nacional de Salud:

- a) Elaborar y ejecutar la política integral de salud para la atención de la niñez y adolescencia, entre otros ámbitos, en la atención primaria, el combate de la mortalidad materno-infantil, la desnutrición, el embarazo precoz, la atención y tratamiento de personas que sean portadoras del virus de inmunodeficiencia humana o padezcan del síndrome de inmunodeficiencia adquirida, así como de aquéllos que padezcan enfermedades crónicas;
- b) Asegurar el fácil acceso de la niña, niño o adolescente a los servicios necesarios para su tratamiento;
- c) Desarrollar programas de atención integral de la salud sexual y reproductiva de la niña, niño y adolescente;
- d) Promocionar y fomentar la lactancia materna exclusiva, al menos en los primeros seis meses de vida, en los centros públicos y privados de salud;
- e) Desarrollar programas permanentes para evitar el consumo de alcohol, tabaco, drogas o cualquier tipo de sustancias psicotrópicas;
- f) Desarrollar programas de desintoxicación y rehabilitación para niñas, niños y adolescentes con adicciones;
- g) Desarrollar programas permanentes de orientación y salud alimentaria, para ser difundidos a los niños, niñas y adolescentes, en los Centros Públicos y Privados de Educación;
- h) Desarrollar programas permanentes para la prevención, atención y tratamiento de la salud mental de la niñez y adolescencia;
- i) Permitir que la madre, el padre, representante o responsable de la niña, el niño o adolescente atendidos en centros públicos de salud puedan acompañarlos en caso de hospitalización;

- j) Establecer directrices y protocolos de actuación del personal de salud para la prevención, identificación, atención y tratamiento de la niña, niño o adolescente maltratado o abusado sexualmente, así como para dar aviso o denuncia a la autoridad competente;
- k) Informar sobre el estado de la salud de la niña, niño o adolescente a su familia y al paciente mismo, tomando en cuenta su desarrollo o grado de madurez;
- l) Supervisar que el crecimiento y desarrollo de toda niña, niño o adolescente sea adecuado a su edad cronológica; orientar y apoyar a la madre, el padre, representante o responsable para que tomen las medidas necesarias para ello;
- m) Informar al Registro del Estado Familiar correspondiente, en el plazo que establezca la Ley, sobre los nacimientos y, en su caso, las defunciones; y,
- n) Establecer protocolos para la atención de la niña, niño, adolescente y mujer embarazada.

Ley contra la Violencia Intrafamiliar

Art. 14.- Tendrán obligación de dar aviso de los hechos constitutivos de violencia intrafamiliar:

- a) Los funcionarios que los conozcan en el ejercicio de sus funciones; y,
- b) las o los médicos, farmacéuticos, enfermeros, maestros y demás personas que ejerzan profesiones relacionadas con la salud, la educación y la asistencia social, que conozcan tales hechos al prestar sus servicios dentro de su profesión.

Decreto Ejecutivo Número 56

Art. 1.- Prohíbese en la actividad de la Administración Pública toda forma de discriminación por razón de identidad de género y/o de orientación sexual.

Art. 4.- Los titulares de las distintas dependencias y organismos que integran la Administración Pública deberán garantizar la generación de una cultura de respeto y tolerancia dentro de las actividades que desarrollan tales dependencias y organismos, cualquiera que fuese la identidad de género y/o la orientación sexual de una persona.

III. Objetivos

General

Establecer las disposiciones para la atención integral en salud de las personas afectadas por los diferentes tipos de violencia y lesiones, enmarcada en el enfoque de género, de igualdad, derechos humanos y determinación social de la salud.

Específicos

1. Definir las directrices para la ejecución de acciones de promoción, prevención, detección, atención y recuperación de la salud de las personas afectadas por violencia y lesiones en el curso de vida.
2. Fortalecer los sistemas de información y vigilancia, relacionados con la atención de personas afectadas por violencia y lesiones en los establecimientos de la RIIS, para mejorar el análisis y la toma de decisiones.
3. Establecer pautas generales para la coordinación, articulación intersectorial y la participación social y comunitaria, a fin de promover el abordaje integral de la violencia y lesiones.

IV. Ámbito de aplicación

Están sujetos a la aplicación y al cumplimiento de los presentes lineamientos técnicos, el personal del Sistema Nacional de Salud (SNS) incluyendo al Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS).

V. Desarrollo de contenido técnico

Actividades y responsabilidades por los niveles de atención

Nivel superior

1. Socializar, asesorar, supervisar y evaluar los resultados de la implementación de los presentes lineamientos técnicos.
2. Elaborar y evaluar la implementación de la *Política Nacional de Salud*, planificación estratégica, la *Norma de atención integral a todas las formas de violencia* y los presentes lineamientos técnicos.
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 del personal humano en salud para el abordaje integral e integrado de la violencia, y lesiones.
8. Dar seguimiento al cumplimiento de la legislación, en cuanto a las responsabilidades establecidas al MINSAL, en el abordaje de la violencia: 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. Capacitar, monitorear, supervisar y evaluar los resultados en el curso de vida de la implementación de los lineamientos de atención en salud a personas afectadas por violencia y lesiones en la RIIS.
2. Asegurar la coordinación entre las Unidades Comunitarias de Salud Familiar (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 en salud de la violencia en cada SIBASI.
4. Asegurar el proceso de implementación de la atención integral e integrada a la violencia en el curso de vida.
5. Asegurar la implementación y el seguimiento en las RIIS 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, capacitar, coordinar, asegurar la ejecución, supervisión y evaluación de la implementación de los Lineamientos de atención integral a personas afectadas por violencia y lesiones.
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 RIIS de acciones integradas e integrales de atención a personas afectadas por violencia.

5. Conocer y dar seguimiento en las RIIS 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.
8. Evaluar y dar seguimiento al plan institucional en las instancias locales /municipales de prevención y atención de la violencia.

En las UCSF:

1. Ejecutar, dar seguimiento y evaluar la implementación de los Lineamientos técnicos de atención integral en salud de las personas afectadas por violencia y lesiones.
2. Coordinar con otros establecimientos de las RIIS, incluyendo las unidades de atención especializadas para las mujeres víctimas de violencia (UIAEM) en 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 en salud de la violencia en cada municipio.
4. Planificar e implementar acciones integrales de atención en salud a personas afectadas por violencia.
5. Coordinar con la entidad legalmente definida para la notificación de casos de personas afectadas por violencia y lesiones.
6. Ejecutar estrategias que promuevan la prevención y 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 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:
 - a) Traumatismo secundario y estrés.
 - b) Redes de apoyo profesionales o sociales.
 - c) Trabajo en equipo.
 - d) Estructuras y condiciones laborales adecuadas y de apoyo.
 - e) Medidas de seguridad para el personal, entre otros.

En hospitales:

1. Ejecutar, dar seguimiento y evaluar la implementación de los presentes lineamientos técnicos.
2. Coordinar con entidades legalmente definidas para la notificación de casos de personas afectadas por violencia y lesiones

3. Implementar las unidades institucionales de atención especializadas para mujeres afectadas por violencia (UIAEM), según lineamientos establecidos.
4. Participar en el desarrollo y capacitación del personal en salud para el abordaje integral de las personas afectadas por la violencia.
5. Participar en las redes intersectoriales para el abordaje en salud de la violencia en cada municipio.
6. Cumplir los *Lineamientos técnicos de referencia, retorno e interconsulta* en el proceso de atención a personas afectadas por violencia.
7. Registrar los casos atendidos por las diferentes formas de violencia de acuerdo a las disposiciones establecidas por la Unidad de Estadísticas e Información en Salud.
8. Completar hoja de lesiones de causa externa a personas afectadas por violencia y lesiones utilizada en el área de emergencia.

Promoción estilos de vida libres de violencia.

La promoción de la salud es un proceso político y social, que tiene por finalidad motivar la corresponsabilidad social, mediante 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 libres de violencia, el desarrollo de habilidades y capacidades personales y sociales, dirigidas a modificar la determinación social de la salud abordando las condiciones ambientales, sociales, económicas y no sólo las manifestaciones clínicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud colectiva e individual.

El buen vivir en el contexto nacional, es una manera de ver la vida y de vivirla en comunidad. Propone que es posible una vida en sociedad presidida por la igualdad, la fraternidad y la libertad, y que si es posible una relación de los seres humanos con la naturaleza en armonía. Esta nueva forma de ver y vivir la vida, hace suya la promoción de la salud que demanda entre otros abordajes, la participación social activa, la intra e inter sectorialidad.

La promoción de la salud, 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.
- La deconstrucción de estereotipos sexuales de mujeres y hombres.

- Desarrollo de una adecuada masculinidad.

Promoción de la salud por escenarios:

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 perpetradora de actos de violencia.

Para el abordaje se debe:

1. Promover estilos de vida saludable, incorporando a las personas según curso de vida, en 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 (Ecos F), así como la higiene personal, seguridad alimentaria y nutricional, con énfasis en niñas, niños, adolescentes y personas adultas mayores.
2. Educar a las personas sobre la identificación de situaciones de violencia y reducción de riesgos, así como las medidas de protección individual.
3. Realizar charlas, sesiones educativas y consejerías con los grupos de personas y complementar con la entrega e interpretación de material promocional y educativo, relacionado a la prevención de la violencia y fomento de estilos de vida libres de violencia, en el curso 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 y fomento de la cultura de género.

Para ello el personal de salud debe:

1. Impartir información y educación sobre estilos de vida libres de violencia, al grupo familiar durante la visita domiciliar, según riesgos, daños y determinantes sociales de la salud.

2. Implementar estrategias de prevención de la violencia en adolescentes para fortalecer la comunicación familiar.
3. 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.
4. 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, según proceso de dispensarización.

A nivel laboral

Establecer la coordinación para que en los ambientes laborales de su área de responsabilidad, se promuevan condiciones que disminuyan la violencia, lesiones y accidentes; debe tomarse en cuenta a los comités de seguridad y salud ocupacional según la *Ley general de prevención de riesgos en los lugares de trabajo y su reglamento*.

En este nivel se debe:

1. 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.
2. Coordinar con representantes de empresas, líderes comunitarios y organizaciones sindicales, para brindar información, educación sobre los derechos y deberes laborales, sobre la *Ley de prevención de riesgos en los lugares de trabajo* y de esta manera promover estilos de vida saludable y formulación de programas preventivos y de sensibilización sobre la violencia hacia las mujeres acoso sexual y demás riesgos. Los artículos relacionados son: Art 36.- La aplicación práctica del programa de prevención de riesgos implicará la planeación, organización, ejecución, supervisión y evaluación de las medidas de salud y seguridad ocupacional; Art. 37.- El empleador será el responsable final de la promoción, ejecución, supervisión y evaluación del programa, a través de los delegados de prevención como encargados de la gestión.

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 curso de vida y vulnerabilidad tales como escolares, mujeres embarazadas, madres, adolescentes, adultos masculinos, enfermos crónicos, adultas y adultos mayores, así como personas con discapacidad y diversidad sexual; 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 inventario 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 curso de vida: violencia física, psicológica, sexual; 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, personas con discapacidad y diversidad sexual, violencia sexual, violencia institucional, explotación sexual comercial y trata de personas así como negligencia.
8. Implementar estrategias educativas para la prevención de la violencia, basadas en evidencia, buenas prácticas y en diagnósticos comunitarios participativos, tales como: *Familias fuertes, Trabajando con individuos, mujeres, familias y comunidades (IMFC), Grupos de autoayuda de mujeres afectadas por violencia, Fortalecimiento de las capacidades intersectoriales para la prevención de la violencia que afecta a jóvenes, desarrollo de actividades deportivas, ejecución de proyectos productivos en coordinación con otros sectores, entre otras.*
9. Desarrollar intervenciones en situación de emergencias y 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, madres, cuidadores, 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 fortalecimiento de organizaciones existentes, convirtiéndose en un enlace entre las familias, la comunidad y las organizaciones gubernamentales o no gubernamentales involucradas en el proceso.

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. Implementar estrategias e intervenciones integrales de promoción, prevención y educación en salud, para el fortalecimiento de los factores protectores y disminución de los factores de riesgo en NNA y mujeres.
2. Priorizar el tema de prevención de violencia en sus diferentes formas en los planes integrales de promoción de la salud, planes de prevención y atención de la violencia y en los planes de educación continua dirigido al personal, con el objeto de fortalecer las capacidades para una mejor respuesta en la atención, cambiar patrones culturales y fomento del empoderamiento de la población vulnerable.
3. Implementar procesos educativos con las personas con factores de riesgo asociados a violencia, en las diferentes etapas del curso 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 libres de violencia.
4. Implementar procesos educativos con NNA expuestos a factores de riesgo asociados a violencia, a través de charlas, foros, sesiones, jornadas, actividades lúdicas, socio-recreativas, para la socialización de los convenios nacionales e internacionales, códigos, leyes y reglamentos laborales, decretos ministeriales y acuerdos ejecutivos, que les protegen del acoso sexual, 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.

5. Implementar procesos educativos para la prevención de violencia, descuido y negligencia, con padres, madres, familiares y cuidadores de niñas, niños, personas con discapacidad y adultas mayores, a través de charlas demostrativas y consejería para el desarrollo de habilidades parentales que faciliten el cuidado de estas personas. Asimismo los procesos educativos deben incluir la socialización de los derechos de NNA, mujeres, hombres, personas adultas mayores y personas con discapacidad.
6. Implementar procesos educativos para desarrollo de habilidades para la mediación y, negociación de conflictos, asertividad y estilos de vida libres de violencia en personas agresoras, a través de charlas y consejería, incorporándoles en grupos psicoterapéuticos.
7. Implementar procesos educativos para desarrollo de conocimientos, habilidades y destrezas en el personal docente para la detección y derivación 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.
8. Participar en comités locales de derechos de la niñez y de la adolescencia, en cumplimiento a la LEPINA.

Detección de personas afectadas por violencia

Los proveedores de servicios de salud deben ser conscientes de que los problemas de salud que se observan en NNA, mujeres y personas adultas mayores, pueden tener origen o estar agravados por una situación de violencia.

El personal de salud que sospeche que una persona enfrenta una situación de violencia debe actuar consecuentemente. La salud, los bienes, la dignidad o la vida de ella, puede depender de las acciones que se tomen.

La detección y valoración de una situación de violencia, se basa en la entrevista con el paciente, para ello es indispensable hablar con la persona a solas, para lograr confianza y potenciar su autonomía. También es importante que la persona que está a cargo de la entrevista muestre empatía y permita la escucha activa.

La Política Nacional para el acceso de las mujeres a una vida libre de violencia, establece que la detección implica todas las intervenciones que tengan como fin la identificación y localización de los factores que originan los hechos de violencia contra las mujeres, adolescentes, niñas y niños, personas adultas mayores tanto en el ámbito público como privado, estableciendo modelos de detección de acuerdo a los tipos y modalidades de violencia.

El personal de salud debe realizar tamizajes de manera rutinaria para detectar casos en pacientes ambulatorios u hospitalarios, y en los casos probables, se llevarán a cabo procedimientos necesarios para su confirmación.

La detección puede realizarse en las áreas de atención de los establecimientos del primer nivel y en hospitales, tanto en la consulta externa como en hospitalización, para este fin, se debe realizar una entrevista utilizando la hoja de tamizaje para la detección de violencia (anexo 1), la cual debe realizarse en todas las embarazadas (adolescentes y mujeres) y en aquellas personas con sospecha de enfrentar violencia, además se complementará con la exploración clínica del personal médico.

Ante la sospecha de una persona afectada por violencia en la comunidad, se recomienda realizar la detección sólo a través de signos y síntomas de alarma, reportar a la jefatura inmediata y referir al establecimiento de salud para la consulta, entrevista y la aplicación de la hoja de tamizaje, debido a la seguridad, privacidad y confidencialidad que se requiere para el abordaje de la violencia.

Los profesionales autorizados para realizar la detección a través de la hoja de tamizaje son el personal médico, de enfermería, psicología y trabajo social, capacitados, quienes a su vez, deben registrar los casos detectados y los avisos a las instancias legales, en el tabulador diario de detección de casos de violencia, del Sistema estadístico de producción de servicios de salud (SEPS).

Cuando el personal de odontología, promotor de salud y otros profesionales que identifiquen factores de riesgo y sospechen que una persona ha sido afectada o se encuentra en situación de violencia, deberán referirla al médico, psicología, trabajo social o enfermería para la entrevista y el llenado de la hoja de tamizaje establecida.

Atención a todas las formas de violencia.

Aspectos generales

Para efectos de la atención de las personas afectadas por violencia y lesiones en los establecimientos de salud, debe utilizarse:

- El enfoque de curso de vida: proceso reproductivo, embarazo, periodo fetal, neonatal, niñez, adolescencia, adultez y personas adultas mayores, ya que cada una de estas etapas representa una fase especial en la aparición del riesgo y una oportunidad única de actuar sobre los factores de riesgo específicos.
- Dicho enfoque contribuye a detectar los factores de riesgo tempranos y a definir los momentos más oportunos de una intervención de prevención de la violencia.
- Provee una visión integral de la salud y su determinación social, que exhorte a abordar el enfoque de derechos, la equidad y una cultura de género que elimine la violencia inmediata y que aborde las causas subyacentes.
- El desarrollo de RIIS, centrados en las necesidades de las personas en cada etapa de su vida y responda a los determinantes sociales.

Componentes

Para reconocer la violencia como un problema de salud pública y las implicaciones en el desarrollo de las personas en el curso de vida, el personal de salud debe tomar en cuenta que se han definido cinco componentes y dos escenarios principales de acuerdo al ámbito de ocurrencia los cuales se describen a continuación:

Primer componente: atención a la violencia de niñas y niños.

El personal de salud debe realizar las siguientes acciones:

- **Antes del nacimiento:** detección oportuna de la mujer embarazada para la prevención de situaciones como: violencia intrafamiliar, y o de pareja en la madre, privaciones, descuido o negligencia tanto de parte de la madre, padre como del grupo familiar en la etapa de embarazo, cumplimiento de lo establecido en los *Lineamientos de atención preconcepcional, embarazo, parto, puerperio y recién nacido*, en cuanto a inscripción precoz y controles prenatales, consejería, atención del parto y del recién nacido, enfermedades infecciosas durante el embarazo entre otras
- **Posterior al nacimiento:** cumplir con lo establecido en los *Lineamientos técnicos para la atención integral de niños y niñas menores de 10 años*.
- **Identificar los tipos de maltrato en la niñez, por los padres, madres o cuidadores:** maltrato físico, maltrato emocional, abuso sexual, descuido, negligencia y abandono. Los anteriores tipos de maltrato pueden presentarse en la niña, niño tanto de forma individual o combinada.
- **Tener en cuenta otras formas de violencia** en niñas y niños en situación de trabajo infantil, en situación o dependencia de calle y en explotación sexual comercial (ESCNNA), trata de personas.

Segundo componente: atención de la violencia en adolescentes

El personal de salud que atiende adolescentes debe tener en cuenta lo siguiente:

- Las pautas de comportamiento, incluida la violencia, cambian en el curso de la vida de las personas. La adolescencia y la población joven, constituyen un período en que la violencia, así como otro tipo de comportamientos a menudo se expresa con más intensidad.
- La violencia se puede presentar en distintos espacios y en todos los ámbitos de su vida. Entre ellos: hogar, centro escolar, calles, instituciones de servicios y medios de comunicación principalmente las redes sociales, centros de trabajo, en el campo y lugares de esparcimiento, en los cuales pueden estar expuestos a los mismos tipos y modalidades de violencia que sufre las niñas y los niños.

Tercer componente : 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.

Los principales tipos de violencia que afectan a la mujer, son los siguientes: violencia física, psicológica y sexual, económica, patrimonial, simbólica y feminicida.

Los ámbitos en donde se ejerce la violencia contra la mujer son: intrafamiliar, comunitario, institucional y laboral.

Cuarto componente: atención a hombres afectados por violencia

El personal de salud para la detección en la población de adultos masculinos debe tomar en cuenta lo siguiente:

- La violencia entre hombres y hacia los hombres, se presenta mayormente en sus actividades cotidianas o en ciertos ámbitos como los espacios en guerra, las cárceles, en la calle, por delincuencia común, pandillas, espacios deportivos, centros de estudio, las instituciones militares, o los lugares de trabajo.
- Los patrones e ideologías culturales que establecen formas de conducta con alienación, inclusive desde niños ya que estos patrones les indican que “los hombres son los que mandan”, “no deben llorar”, “no deben expresar o mostrar sus sentimientos porque eso es signo de debilidad”, entre otros. Estas formas de crianza les limitan como adultos al establecimiento de relaciones sociales y afectivas saludables y los vuelve víctima de diferentes manifestaciones de violencia psicológica,
- Otras formas de violencia que afectan a esta población son: psicológica, física y sexual.

Quinto componente: atención de personas adultas mayores afectadas por maltrato.

El personal de salud para la detección del abuso y maltrato en las personas adultas mayores debe tomar en cuenta las siguientes manifestaciones de violencia contra este grupo etario:

- **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 o engaño aprovechándose de su deterioro físico o psíquico social.
- **Psicológicas:** acciones que producen angustia, pena, estrés, sentimientos de inseguridad, baja autoestima y 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 los adultos mayores, 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.

Ámbitos

Los principales ámbitos en que ocurre la violencia en todas sus formas, son los siguientes: intrafamiliar, comunitario, educativo y laboral, donde pueden ocurrir las diferentes formas de violencia que incluye: trabajo infantil, NNA en situación de calle, trata de personas y explotación sexual comercial.

El personal de salud para la atención de la violencia debe conocer los siguientes ámbitos:

1. **Intrafamiliar:** aborda los diferentes tipos de violencia que afecta a los miembros de la familia, independientemente el lugar donde ocurra, generalmente puede ser el cónyuge, padres y padrastros, hermanos, tíos o cualquier pariente o conviviente. Incluye niñez, adolescentes, mujeres, hombres, personas adultas mayores, personas con discapacidad y población LGTBI. siendo las principales formas de violencia la física, psicológica y sexual.
2. **Comunitario:** violencia interpersonal de cualquier tipo provocada por amigos, vecinos, conocidos o desconocidos en la comunidad.
3. **Educativo:** espacio comprendido dentro de ciertos límites reales o imaginarios dentro del centro escolar, donde se ejercen acciones de violencia por o entre escolares o por o el personal docente y administrativo. Los tipos de violencia predominantes son física, psicológica y sexual, mayoritariamente en el aula y patio de los centros escolares.
4. **Laboral:** acciones u omisiones contra las personas ejercidas en forma repetida y que se mantiene en el tiempo en los centros de trabajo públicos o privados, que constituyan agresiones físicas, psicológicas o sexuales, atentatorias a su integridad, dignidad personal y profesional ejercidas por jefes o compañeros de

trabajo.

Abordaje integral de las personas afectadas por violencia

Para desarrollar los procesos de atención a las personas afectadas por violencia y lesiones, el personal de salud debe considerar los siguientes aspectos:

1. La atención integral de las personas afectadas por la violencia y lesiones incluye acciones para la detección, diagnóstico, tratamiento oportuno y reparación para evitar las posibles complicaciones y promover el restablecimiento de la salud.
2. Debe tenerse presente que los diferentes tipos y modalidades de expresión de la violencia, pueden presentarse en forma única o combinada.
3. Toda persona que manifieste signos y síntomas relacionados con la violencia y lesiones, debe ser diagnosticada de acuerdo con la clasificación de CIE-10 (anexo 2), y anotada en el formulario de registro diario de consulta ambulatoria y atenciones preventivas, registrando el ámbito de ocurrencia y la condición; además deben utilizarse la hoja de tamizaje de violencia, hoja de atención de niñas y niños menores de cinco años, hoja de historia clínica de adolescentes, hoja filtro para la atención de embarazo, hoja de lesiones de causa externa en los hospitales, historia clínica para personas adultas mayores, en los casos que lo ameriten.
4. Identificar a la persona afectada, y elaborar el 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 revictimización.
6. La atención debe ser provista a través de la participación de un equipo multidisciplinario: personal médico, enfermería, psicología, trabajador social, entre otros.
7. La atención debe ser provista, en la medida de lo posible, por personal del mismo sexo de la persona afectada por violencia, a fin de garantizar la equidad de género y la continuidad en el tratamiento.
8. Orientar a la persona afectada por violencia y lesiones sobre los procedimientos legales a seguir, para lo cual debe proveerse información de las diferentes leyes, sus derechos y las entidades legales establecidas a las cuales debe acudir para realizar la denuncia respectiva u otros servicios de protección.
9. La entrevista a las personas afectadas por violencia debe realizarse en un área adecuada para garantizar la confidencialidad, privacidad y comodidad de la persona.
10. El abordaje emocional de las personas afectadas, sus familiares y cuidadores que lo ameriten, será brindado por recurso capacitado, tomando en cuenta la ficha de recomendaciones “qué hacer y qué no hacer” (anexo 3) durante la

primera atención psicológica; fortaleciendo además la autoestima, derechos, valores y el autocuidado.

11. La intervención en crisis incluye el desarrollo de las sesiones correspondientes por personal especializado (anexo 4).

Atención clínica

La atención clínica integral a personas afectadas por violencia y lesiones incluye:

1. Consulta médica

- Tomar datos para la historia clínica mediante entrevista con el paciente utilizando hojas de: tamizaje de violencia, atención de niñas y niños menores de cinco años, historia clínica de adolescentes, hoja filtro para la atención de embarazo, hoja de lesiones de causa externa en los hospitales, historia clínica para personas adultas mayores.
- Realizar examen físico completo por sistemas, completando los instrumentos de historia clínica por curso de vida.
- En caso de violencia sexual, realizar únicamente la observación de los genitales externos, a menos que se encuentre una lesión que ponga en riesgo la vida de la persona se debe proceder a estabilizar la condición del paciente.
- Indicar exámenes de laboratorio y de gabinete (cuando sean requeridos).
- Realizar procedimientos según diagnóstico.
- Prescribir medicamentos según diagnóstico clínico.

2. Entrevista con madres, padres o cuidadores en los casos que sea necesario.

3. Soporte emocional detectando el nivel de riesgo e intervención en crisis (en caso de ser requerido).

4. Orientación sobre entidades legales establecidas y organismos no gubernamentales, donde acudir para solicitar apoyo y protección.

5. Referencia, interconsulta y retorno para atención especializada a un establecimiento de salud de mayor complejidad.

6. Derivar a instancias de protección legal según el caso (Fiscalía General de la República, Juzgados de Familia, Juzgados de Paz, Juzgados de Niñez o Juntas de Protección de la Niñez y de la Adolescencia, Policía Nacional Civil, Ciudad Mujer).

7. Toda persona afectada por violencia, en quien se detecte conducta suicida, debe ser referida a un hospital para su ingreso, garantizando su traslado y brindándole medidas de protección.

8. La atención integral en salud a las personas afectadas por violencia y lesiones debe realizarse evitando todo tipo de barreras (culturales, religiosas, políticas, entre otras).

9. Promover la integración de las mujeres afectadas por violencia a los grupos de auto ayuda existentes en los establecimientos de salud u otros espacios municipales.

Atención en salud de niñas, niños y adolescentes (NNA) afectados por violencia y lesiones

Violencia en la niñez

Abarca todas las formas de malos tratos físicos, emocional, abuso sexual, descuido, negligencia y abandono, explotación sexual comercial o trata de personas, que originen un daño real o potencial para la salud de la niña o niño, su desarrollo y dignidad en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder.

Entre los tipos de violencia que afectan a NNA, ejercida por los padres, madres, cuidadores, entre pares y otras personas, se encuentran:

1. Maltrato físico: incluye actos infligidos que causan un daño físico evidente 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 o negligencia: 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. Violencia sexual: incluye actos en que una persona utiliza a un NNA para su gratificación sexual.

Los anteriores tipos de maltrato pueden presentarse en NNA tanto de forma individual o combinada. Otras condiciones que predisponen a la 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), trata de personas y violencia escolar (bullying).

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, casa hogares o en hogares sustitutos.
- Ser hijo(a) no deseado o no planeado.
- Antecedentes de maltrato.
- Ser hijo(a) de madre / padre soltera / soltero.

- Vivir en un hogar:
 - Con violencia intrafamiliar.
 - Con desintegración (en proceso de divorcio, divorcio, separación de padres, emigración).
 - Hacinamiento.
 - Familias integradas o compuesta.
 - Vivir con otros familiares o cuidadores.
- Tener padres o madres:
 - Con abuso de sustancias incluyendo el alcohol o sustancias psicoactivas.
 - Con antecedentes de maltrato 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.

A continuación se desarrollan el abordaje de la violencia en niñas, niñas y adolescentes

- Maltrato o abuso 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)
- Trata de personas

Atención integral a NNA afectados por maltrato o abuso físico.

Definición de caso: niña, niño o adolescente que presenta afectación emocional, lesiones físicas, historia de abuso sexual, lesiones por abuso sexual, privaciones como producto de acciones infligidas por la madre, padre u otras personas a cargo, que causan un daño físico o tienen el potencial de provocarlo.

Debe sospecharse maltrato o abuso físico 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.
- Puede existir la 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, sospecha de lesiones en órganos internos, hematomas del duodeno o yeyuno, perforación intestinal, ruptura de hígado o vesícula, bazo, riñón, vejiga o páncreas.
- Lesiones del sistema nervioso central como: hematomas subdurales 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.
- Lesiones provocadas por etnopráctica.

En los casos anteriores, cuando el NNA sea detectado por el personal de promotores de salud, o por algún profesional del Ecos F, debe ser referido de forma inmediata a la UCSF correspondiente; en horarios nocturnos, fines de semana o vacación y si el establecimiento no cuenta con atención las 24 horas referir al hospital.

En establecimiento del Primer Nivel de Atención el NNA debe ser atendido por personal médico capacitado en los presentes lineamientos técnicos y referido al hospital según amerite el caso para completar tratamiento.

En el nivel hospitalario el NNA debe ser atendido de preferencia por pediatra, cirujano capacitado o en su defecto, por el cirujano pediatra, según tipo y complejidad de la lesión. Así mismo, en el caso de NNA con discapacidades intelectuales, auditivas y de lenguaje, el personal de salud debe auxiliarse del personal de psicología 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 debe auxiliarse de personal de trabajo social, psicología o personal de salud capacitado.
- 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 lo traen? ¿Qué le pasó...?” No hacer preguntas sugerentes como: “¿Verdad que le pego su...?” (papá, mamá, tío, abuela, entre otros).
- Determinar si alguien más ha interrogado al NNA previamente.
- 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 NNA.

En la entrevista con NNA, el personal de salud debe preguntar respecto a:

- 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.
- Relación o parentesco que tiene con la persona que ha causado la lesión.
- Secuencia de eventos que ocurrieron en el maltrato o abuso físico.
- Personas presentes durante el episodio violento.
- Tiempo transcurrido para buscar ayuda médica.
- Comunicación de la agresión por parte del NNA a alguna persona.
- Medicamentos que el NNA toma por alguna patología en particular.

De igual manera el personal de salud debe obtener los datos de la historia de los padres, madres o cuidadores por separado tomando en cuenta los siguientes aspectos:

- Explicar en forma cordial, la razón de la necesidad de la entrevista.
- 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 la Junta de Protección de Niñez y Adolescencia.
- 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.
- Indagar con respecto al episodio particular del abuso, al igual que lo hizo con el NNA.
- Establecer los antecedentes personales del NNA, investigando discapacidad, antecedentes patológicos (como síndrome convulsivo, autismo, púrpuras, coagulopatías, entre otras) y uso de medicamentos que pudieran explicar algunas de las lesiones.
- En caso que la historia del padre, madre o cuidador sea divergente, ésta debe quedar consignada en expediente clínico y notificar a la entidad legal correspondiente.

Examen físico

El personal de salud calificado, debe realizar examen físico completo, cuyo objetivo principal es identificar traumatismos o condiciones que requieren atención médica, asimismo debe 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 tomando el tiempo necesario para que se sienta cómodo.

En los casos en que el NNA sea referido del centro escolar y no sea acompañado por un responsable, debe igualmente ser atendido.

El examen físico debe realizarse de forma completa, en presencia de enfermera u otro profesional de salud, para poder evidenciar todas las posibles lesiones. En el caso de adolescentes, debe solicitarse quitarse la ropa de acuerdo al área a examinar.

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 y localización 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 en presencia de enfermera u otro personal de salud la cavidad bucal, el área genital y perianal en búsqueda de traumas y descartar abuso sexual.

Exámenes de laboratorio y 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.
- 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 abuso o maltrato físico, debe enfocarse a los aspectos siguientes:

- El interés superior del NNA y prioridad absoluta.
- 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.
- Atención psicológica de 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.
- El personal de trabajo social y el psicología, deben establecer el riesgo que el NNA corre al permanecer en el hogar.
- Cuando el NNA es atendido en la comunidad, por el personal de salud y requiera hospitalización por el tipo de lesiones o riesgo social, se debe referir al nivel correspondiente, conforme al funcionamiento en RIIS.
- Se debe mantener 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 violencia física, tienen graves problemas psicológicos y en ocasiones psiquiátricos que requerirán de terapia individual, grupal o familiar o de medicamentos para poder tratarlos oportunamente. El personal de psicología tratante debe establecer el manejo terapéutico a seguir, así como la referencia con psiquiatría.

Referencia retorno e interconsulta

- Se debe realizar interconsulta en forma urgente con personal de psicología 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, para evaluar la referencia con psiquiatra, si lo considera necesario.
- Coordinar con trabajo social o con el personal comunitario, 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.
- Realizar el retorno o referencia del NNA, al primer nivel de atención para el seguimiento.
- 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 de los presentes lineamientos técnicos, así como de la participación de otras instituciones que trabajan en la problemática de violencia, por lo que se debe coordinar con la FGR, PNC, PGR y ong que abordan el tema.
- Para el retorno, la UCSF debe informar al Ecos correspondiente, para la dispensarización y seguimiento, además de coordinar acciones con otras instituciones locales que pueden proveer atención psicológica y consejería.

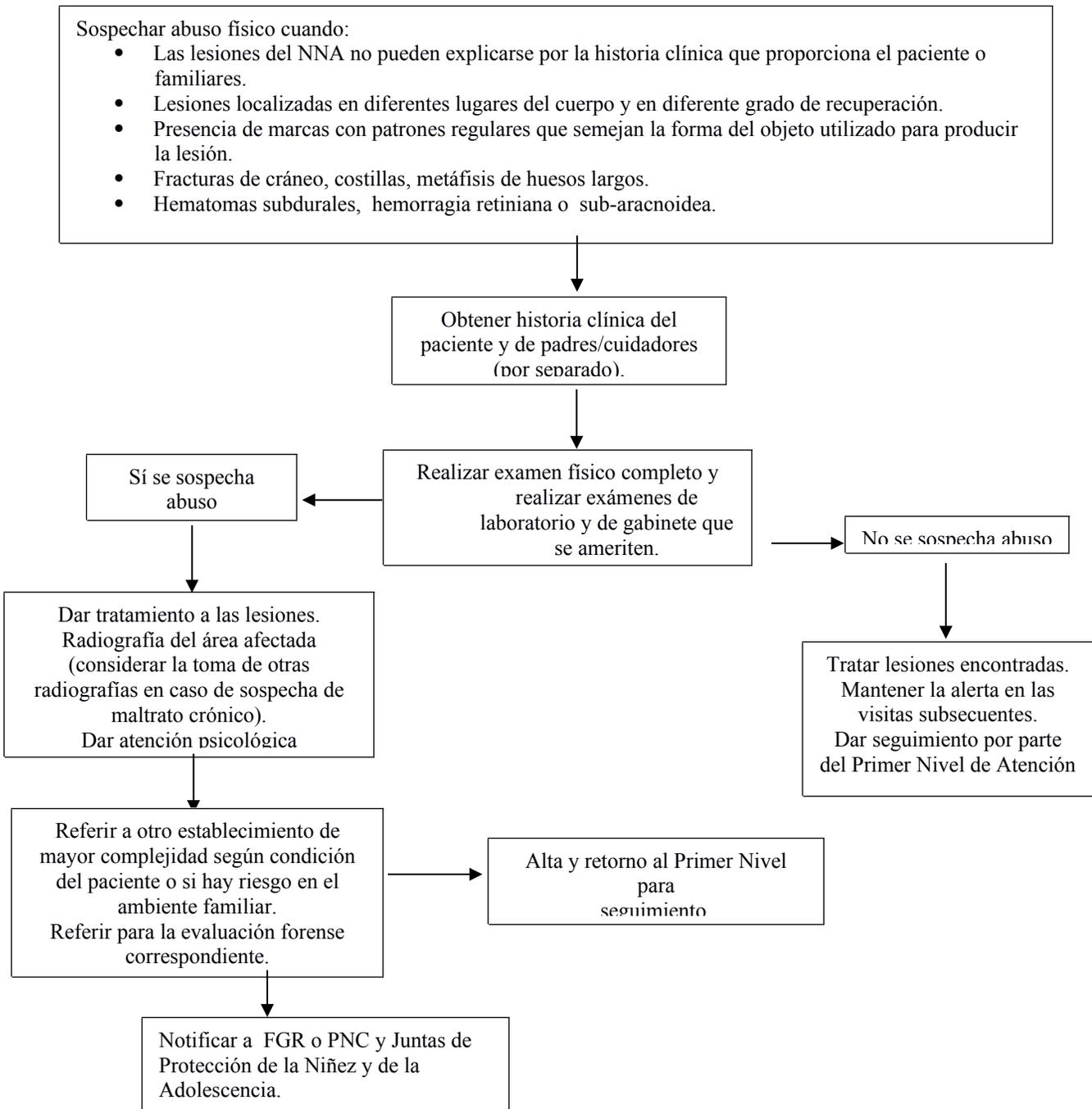
Aviso

Ante la sospecha de maltrato, la jefatura del establecimiento o en su ausencia, el médico de mayor jerarquía o el personal designado, debe dar aviso a la Junta de Protección de NNA en hoja respectiva (anexo 5) y a la FGR. En horarios no hábiles el responsable de dar el aviso a las instancias legales correspondiente, será la persona designada por el director.

Para seguridad del personal de salud, los casos de violencia deben ser abordados con suma privacidad y confidencialidad, entre el personal que detecta y la jefatura del establecimiento al momento de la detección.

En caso de peligro de la integridad física del personal o los pacientes se solicitará de inmediato asistencia a la PNC, para la protección (valorar cada caso). Lo cual deberá ser registrado en el expediente clínico del paciente.

Algoritmo para la atención de NNA afectados por maltrato o abuso físico



Atención a NNA afectados por maltrato o abuso psicológico

Definición

El abuso emocional o psicológico se da en aquellas situaciones en las que la madre, el padre, cuidador u otra persona de quienes depende la niña o niño, realizan actos que tienen efectos adversos sobre la salud emocional. Tales actos incluyen restricción de movimientos en NNA, denigración, humillación, discriminación, que los someten a su voluntad o los subordinan en distintos aspectos de su existencia, que inciden en su dignidad, autoestima, integridad psíquica, moral y en el desarrollo de la niña o niño.

Las categorías del abuso psicológico son:

- Privación: denegar el valor de la niñez y adolescencia, la 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 la niñez que están solos en el mundo, algunos padres, madres o cuidadores pueden encerrar el 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 corto punzantes, obtusos y otros pueden ser utilizadas para atemorizarlo.
- Ignorar la necesidad de atención psicológica, negándole 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.
- Sobrepresionar: 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 otras personas, 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 (incluye sospecha de bullying), en un niño, niña o adolescente que presente las siguientes condiciones:

Cuadro 1. Condiciones para sospecha de maltrato emocional en NNA

Ansiedad	Retraso en su desarrollo, conductas regresivas	Trastornos del apetito, como anorexia, bulimia o otros
Depresión	Bajo rendimiento escolar	Desadaptación social.
Agitación	Abuso de alcohol o drogas	Conductas agresivas
Temor	Deserción escolar	Fuga del hogar

Fuente: Equipo técnico Unidad de Atención Integral a Todas la Formas de Violencia. MINSAL. 2018.

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 detectar cualquier forma de maltrato psicológico.
- En ocasiones se requiere más de una observación para confirmar la sospecha diagnóstica, por lo cual, se debe realizar interconsulta con psicología, para la evaluación del estado emocional del NNA y tratar de confirmar el maltrato.
- Dejar cita con trabajo social en el caso de hospitales y referir al primer nivel de atención para el seguimiento del caso.

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 proporcionar consejería a la madre, padre o cuidador, en donde se deben abordar los siguientes aspectos:

- La preocupación por el bienestar psicológico del NNA.
- Enfatizar que el maltrato emocional es dañino para la salud mental de 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.
- Patrones de crianza libre de violencia.
- Leyes nacionales que protegen a los NNA.
- Que es violencia y sus diferentes tipos.
- Instituciones legales que participan en el abordaje de NNA que enfrentan violencia.

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 el desarrollo integral de sus hijos/hijas; se debe dar terapia de soporte al NNA.
- Recomendar terapia psicológica, individual, familiar y terapia interpersonal.
- Recomendar monitorear el comportamiento de la familia a fin de verificar el cambio de conductas hostiles, en las próximas citas.

Referencia retorno e interconsulta

El personal de salud debe referir para el tratamiento 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.

Los establecimientos de salud que no cuenten con profesional calificado, 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 ISNA y ong, para el abordaje integral del NNA y de su padre, madre o cuidador.

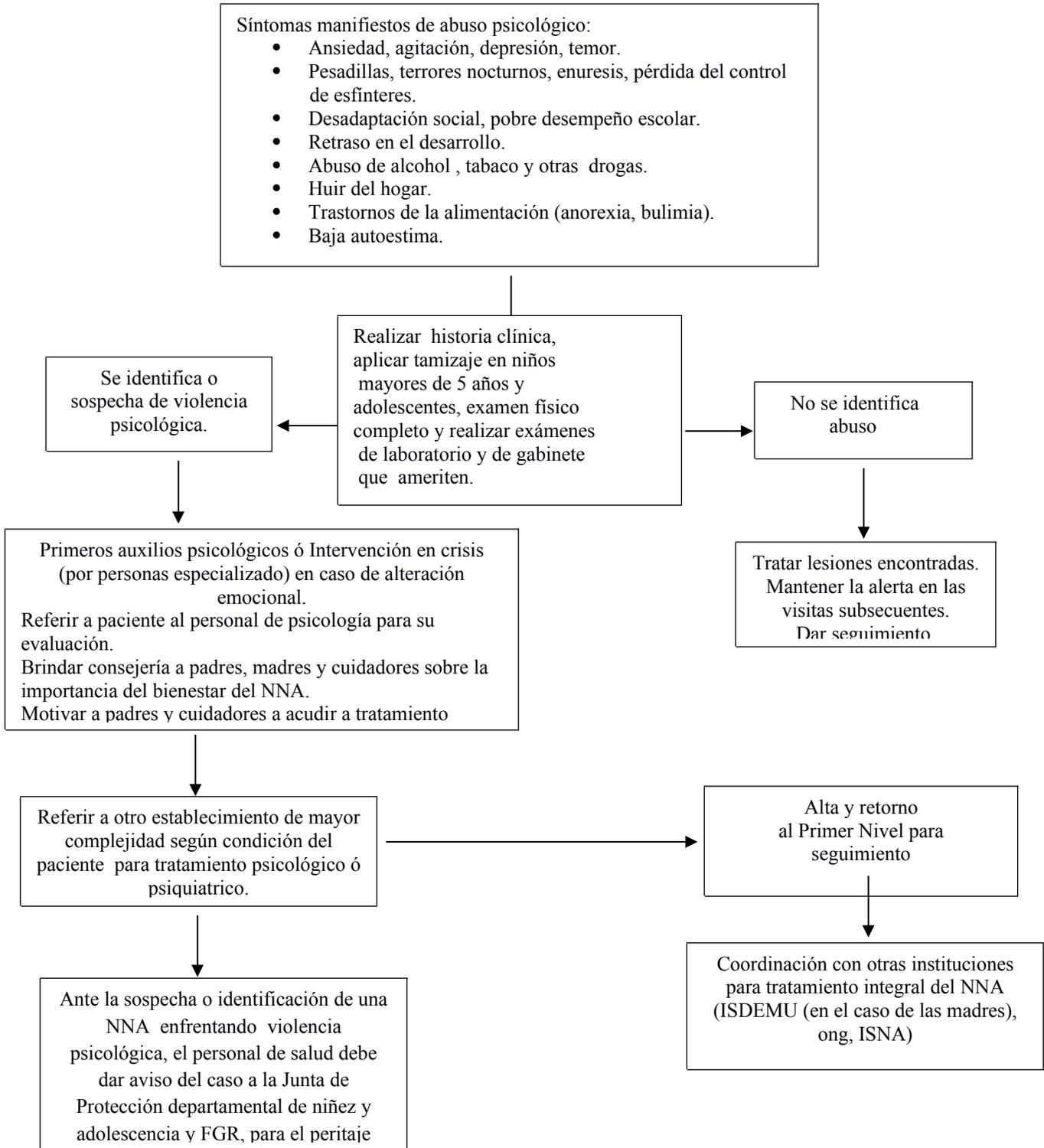
Para el retorno la UCSF debe informar al Ecos F, para la dispensarización y seguimiento. El personal de salud, por su seguridad, debe abordar estos casos con suma prudencia, discrecionalidad y privacidad, además debe coordinar acciones con otras instituciones locales que pueden proveer atención psicológica 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 departamental de NNA y FGR para el peritaje.
- El psicólogo o psiquiatra debe reportar los casos de maltrato emocional a la autoridad del establecimiento de salud, para la notificación a las Juntas de protección departamental de niñez y adolescencia, utilizando el formato establecido (anexo 5).
- En la UCSF la dirección o coordinación o en su defecto el personal de salud asignado, debe hacer el aviso a las instancia legal correspondiente.
- En el hospital la dirección debe establecer, quien será el personal responsable de la notificación a instancias legales, en horarios nocturnos, fines de semana, días festivos o vacaciones y hacer del conocimiento a todo el personal (anexo 7).
- El personal de salud que notifica, debe registrar en el expediente clínico, la fecha, hora y nombre de la persona que recibe el aviso en la entidad legal correspondiente.

En caso de peligro de la integridad física del personal o los pacientes se debe solicitar de inmediato asistencia a la PNC, para la protección (valorar cada caso) y registrar esta acción en el expediente clínico del paciente.

Algoritmo para la atención de NNA afectados por abuso psicológico



Atención a niños, niñas y adolescentes afectados por abuso sexual.

Definición

Es una forma de maltrato infantil que consiste en actos cometidos contra una niña, niño o adolescente por una persona con fines de satisfacción sexual.

La niña, niño o adolescente puede presentar afectación emocional, física o ambas, a consecuencia de historia de acoso, abuso, agresión sexual, o lesiones provocadas por violación sexual como producto de acciones infligidas por personas a cargo, familiares, amigos o personas desconocidas .

El abuso sexual infantil es evidenciado por esta actividad entre un adulto y un 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. Ésta incluye, aunque no está limitada a:

- Inducir o coaccionar al NNA para involucrarlo en alguna actividad sexual.
- Explotación de la niñez en prostitución u otro tipo de práctica sexual ilegal.
- Tocamiento.
- Explotación de la niñez en pornografía infantil.
- Violación sexual.

Medidas generales

El NNA en quien 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 el equipo multidisciplinario capacitado para la atención de niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente (personal de enfermería, psicología, trabajo social y personal médico).

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

- Brindar la atención con calidad, respetando la confidencialidad y los derechos del NNA.
- Dar valor a las declaraciones del NNA, y no ponerlas en duda.
- En caso de las UCSF, debe referir a los pacientes a la red hospitalaria para su ingreso y tratamiento adecuado.
- Ingresar al NNA independientemente de la gravedad de las lesiones y explorar el riesgo que pueda tener en el ambiente familiar y comunitario.
- Indicar interconsulta con psicología, quién debe aplicar el tratamiento apropiado, según su evaluación o la referencia con psiquiatra si es necesario.

- Los pacientes deben ser atendidos por el equipo multidisciplinario capacitado en este lineamiento, 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 del NNA.
- Se debe informar a la niña, niño (si su edad lo permite) o adolescente violentado sexualmente, y a su familia, que el personal de medicina forense realizará una evaluación.
- Atender toda lesión que ponga en peligro la vida del 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 niñas. Por lo que una historia clínica completa resulta importante para determinar el diagnóstico.

Historia clínica

Para 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 del personal de psicología; en el caso de no contar con este recurso, enfermería u otro personal de salud, preferentemente del sexo femenino.
- En la historia clínica debe explorarse la situación de violencia y registrar de forma completa en el expediente clínico, en los casos de las adolescentes embarazadas, debe registrarse la edad de la pareja e indagar si existe una relación impuesta por los padres o responsables, así mismo se debe indagar si existe coacción por parte de la pareja.
- Se debe interrogar a los padres o familiares, posteriormente.
- 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.
- Evitar realizar preguntas sugerentes como “¿Verdad que alguien te tocó?”, redactar las respuestas, utilizando las palabras exactas empleadas por el NNA en situación de violencia. Si no se entiende alguna expresión o palabra, solicitar que se aclare.

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

- Dolor al orinar, infecciones urinarias recurrentes o incontinencia urinaria.
- Dolor al defecar o incontinencia fecal.
- Prurito en el área genital o anal.
- Sangrado cuando va al baño o si hay sangre en su ropa interior.
- Cuándo fue la primera vez que él o ella recuerda que ocurrió la agresión sexual.
- Si ya había mencionado el hecho de violencia sexual y a quién se lo dijo.
- Si alguien más le había interrogado anteriormente.
- Cuándo fue la última vez que pasó el hecho.
- Cuál fue la parte del cuerpo que fue lastimada (anal, oral, vaginal, o combinaciones) o hubo solo manipuleo o caricias.
- 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.
- En el caso de niñas en la etapa de la pubertad establecer si ya presentó la menarquia y cuándo fue su última menstruación.
- Ingresos o consultas frecuentes por cualquiera de las causas anteriores.
- 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 los hábitos de alimentación.
- 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 comportamiento suicida y autolesiones.
- Presencia del trastorno de estrés post traumático en grado moderado o grave (determinado por un especialista).

- Incapacidad de controlar los esfínteres, posterior a la agresión.

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 sus reacciones durante la misma.

- Se debe preguntar respecto a lo siguiente:
- ¿Cuándo se sospechó de la agresión sexual?, ¿Por qué sospechó esto?
- Si el NNA expreso acerca del 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 vaginal o rectal.
- Preguntar si el agresor es conocido o desconocido, cuál es su relación con el NNA, consumo de drogas, nombre, edad y domicilio, entre otros.
- En los antecedentes del NNA, 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, edad de menarquia y fecha de última regla.
- Se debe informar a los padres de la obligación legal que tienen 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 físico general y establecer una sospecha diagnóstica, y referencia al nivel hospitalario para su confirmación y tratamiento.
- Se debe informar a la madre, padre o cuidador, sobre el examen a realizar, los procedimientos a seguir y aclarar las dudas.
- Al examinar se debe realizar inspección del área genital y perianal, unicamente en aquellos casos en los que se sospeche que hay una lesión vulvar, vaginal, anal, rectal o en los que se crea que hay un cuerpo extraño en el área rectal o vaginal, que puedan poner en peligro la salud o la vida del NNA, para agilizar su traslado al hospital mas cercano.
- Ser sensibles a los sentimientos del NNA, tratando de no forzarlo, asegurando su privacidad.
- Durante el examen, un familiar debe acompañar al NNA, siempre y cuando éste no altere la condición emocional o se sospeche, que está involucrado en la agresión.
- Asegurar la presencia de una enfermera u otro personal del sexo femenino capacitado 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.
- El personal médico, debe realizar examen céfalo-caudal en busca de lesiones y registrar los hallazgos.
- Registrar el peso y la talla del NNA para determinar el estado nutricional, ya que en ocasiones el abuso sexual va acompañado de negligencia.
- Documentar cualquier equimosis, hematoma, 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 cuello, muñecas o tobillos.
- Buscar la presencia de equimosis en las mamas.
- Si se trata de una niña, el área vulvar, puede examinarse mejor al colocarla en "posición de piernas de rana".
- Al examinar el área anal y rectal hacerlo en posición genupectoral o lateral izquierda.
- El personal de salud 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 un intento de suicidio.
- En aquellos casos en los que peligre la vida por sangrado o shock séptico, entre otros, las evidencias forenses toman un papel secundario y el personal de salud debe tratar en forma oportuna las lesiones del NNA.

Exámenes de laboratorio

Utilizar los siguientes exámenes:

- Serología para sífilis.
- Prueba de VIH.
- Antígeno de superficie para hepatitis B.
- Directo y cultivo de secreciones vaginales o rectales tomados a ciegas con dos hisopos para: gonorrea, tricomonas y vaginosis bacteriana.

- 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), VIH.
- Anticoncepción de emergencia (en niñas de 9 a 10 años y adolescentes evaluar según Tabla de desarrollo Tanner (anexo 7), indicar, si se encuentra en estadio 2 o la niña ha tenido ya su menarquia).
- Iniciar tratamiento psicológico inmediato según condición del NNA.

Tratamiento de lesiones externas

- Atención de traumatismos.
- 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 personal médico consultante.

Cuadro 2. Profilaxis para ITS bacteriana

Microorganismo	Medicamento	Alternativa
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Ceftriaxona *	125 mg. IM dosis única.
Clamidia	Azitromicina	20 mg/kg de peso dosis única, vía oral.
Tricomonas y vaginosis bacteriana	Metronidazole	15 mg/kg de peso día, dividido en 3 dosis vía oral por 7 días.
Sífilis	Penicilina G (benzotínica)	25,000 UI/kg de peso, dosis única vía intramuscular.
Hepatitis B	Vacuna para la hepatitis B	Completar esquema, si ya fue iniciado, o 0.5 ml intramuscular en el deltoides o en el glúteo, los días 0,7 y 21 de su consulta.

*También es efectiva para sífilis.

Fuente: Revisado por la Unidad de atención integral a la mujer, niñez y adolescencia, 2019..

Cuadro 3. Profilaxis para ITS bacterianas en embarazadas

Microorganismo	Medicamento	Dosis
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Ceftriazona*	125 mg intramuscular, dosis única.
Clamidia	Azitromicina	20 mg/Kg de peso, vía oral dosis única.
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.
Hepatitis B	Vacuna para la hepatitis B	Completar el esquema, si ya fue iniciado, sino aplicar 0.5 ml intramuscular en el deltoides o en el glúteo los días 0,7 y 21 de su consulta.

*También es efectiva para sífilis.

Fuente: Revisado por la Unidad de atención integral a la mujer, niñez y adolescencia, 2019.

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.

En el seguimiento se deben indicar antígenos de superficie para la hepatitis B a las 6, 12 y 24 semanas del episodio de violencia sexual, independientemente si se aplicó o no la profilaxis rápida para hepatitis B, o si se completó dicho esquema de vacunación.

Prevención del VIH

La profilaxis de VIH en personas afectadas por violencia sexual es una urgencia médica. Se debe considerar profilaxis para VIH en la niñez, únicamente en los casos siguientes:

- Si la persona afectada por violencia sexual 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 del contacto sexual, se estima de alto riesgo (múltiples perpetradores, contacto anal, vaginal u oral).
- En casos de violencia sexual repetitiva, cuando la última violación sexual ha sido en las últimas setenta y dos horas.

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 deben 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:

Cuadro 4. Antirretrovirales

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/m2, vo cada 12 horas
3	Lopinavir + Ritonavir(LPV/r) 80 + 20 mg/ ml	230-350 mg/m2, vo cada 12 horas

Fuente: Guía Clínica de Profilaxis Post exposición. Programa ITS/VIH/sida. Ministerio de Salud, diciembre 2012.

Prevención de embarazo

Reducir el riesgo de embarazo. En los casos de niñas de 9 a 10 años y adolescentes que han iniciado sus ciclos menstruales o que no han presentado menarquía, pero se encuentran en estadio 2 de la escala de Tanner (anexo 7), administrar 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.

Método Yuzpe

El régimen recomendado es el uso en 2 dosis, administradas con un intervalo de 12 horas, dentro de las 120 horas que siguen a la relación sexual no protegida; cada una de estas dosis debe contener 100 microgramos de etinil-estradiol y 0.5 mg de levonorgestrel. En el caso de anticonceptivos orales combinados que contienen 25 a 35 microgramos de etinil-estradiol deben usarse 4 tabletas, seguidas de una segunda dosis de 4 tabletas, 12 horas después. Cuando se deseen usar orales combinados que contengan menos de 25 microgramos de etinil-estradiol deben administrarse un número de pastillas suficientes para proporcionar al menos 100 microgramos de etinil-estradiol en cada dosis.

Progestinas solas Presentación de 750 microgramos de levonorgestrel administrar 2 dosis con un intervalo de 12 horas, dentro de las 120 horas siguientes a una relación sexual no protegida, si la presentación de levonorgestrel es de 1.5 mg administrar una sola tableta.

Atención psicológica

- Dar primeros auxilios psicológicos por personal capacitado. Cuando la persona afectada se encuentra en crisis y el establecimiento no cuente con personal de psicología, referir al hospital lo más pronto posible.
- Debe dejarse interconsulta urgente con psicología para la intervención en crisis, según la condición del paciente.
- Inicio oportuno de tratamiento psico-terapéutico por psicología o psiquiatra, para el abordaje del trastorno de estrés post-traumático.
- Los padres y las madres 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, actividad sexual precoz, 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 psicología.

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 para considerar el ingreso a un albergue para su protección, si es necesario y el seguimiento de los casos.
- En el caso que el NNA consulte en un establecimiento del primer nivel por abuso sexual, que no incluya penetración, debe referirse al nivel hospitalario, posterior a la evaluación médica, para confirmar diagnóstico y completar protocolo post agresión sexual.
- En el caso que el NNA consulte 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, para confirmación y tratamiento profiláctico. 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, para la dispensarización y seguimiento, además de coordinar acciones con otras instituciones locales que pueden proveer atención psicológica y consejería.

Aviso

- Ante la sospecha o identificación de NNA con afectación por violencia sexual, el personal de salud debe dar aviso del caso a la Junta de Protección Departamental de la Niñez y la Adolescencia y a la FGR, para el peritaje.
- El personal de psicología o psiquiatría, debe reportar los casos de maltrato emocional a la dirección y coordinación del establecimiento de salud, para la notificación a la Junta de Protección Departamental de la Niñez y la Adolescencia, utilizando el formato establecido (anexo 5).
- En la UCSF la dirección, la coordinación o en su defecto el personal de salud asignado, debe hacer el aviso a la entidad legal correspondiente.
- En el hospital en horario hábiles será el director o la persona delegada por él, quien dará el aviso a las instancias legales correspondiente; en horarios no hábiles, será el jefe de turno del área de emergencia o la persona delegada por el dirección del establecimiento, el responsable de notificar a la FGR para el peritaje, y a la Junta de Protección Departamental de la Niñez y la Adolescencia.

En caso de peligro de la integridad física del personal o los pacientes, se debe solicitar de inmediato asistencia a la PNC, para la protección (valorar cada caso) y registrar esta acción en el expediente clínico del paciente.

Algoritmo para la atención de NNA afectadas por violencia sexual

Ante la sospecha de violencia sexual:

- Atender en forma inmediata (se establece como una prioridad en la atención).
- Crear un ambiente de confianza.
- Realizar historia clínica separadamente de la madre, padre o cuidador, evitando preguntas sugerentes.
- Interrogue a madre, padre, cuidador(a) por separado.
- Realizar examen físico completo acompañado de un familiar que no altere la condición emocional del paciente. Registrar datos detalladamente.
- Ante sospecha abuso sexual, realizar inspección de genitales .

Al realizar examen físico completo

Se identifican lesiones graves o sospecha violencia sexual con violación /penetración, peligro de muerte, ideación o intento suicida.

Si se encuentra en una UCSF: Atención inmediata de lesiones, estabilización, ACO de emergencia (si es posible), primeros auxilios psicológicos.

Referir al hospital de inmediato para ingreso y cumplimiento de la atención integral en UIAEM que incluye:

- Atención de lesiones graves
- Profilaxis ITS/VIH (primeras 72 horas post agresión)
- ACO emergencia si no ha recibido(hasta 5 días posterior a la agresión)
- Exámenes de Laboratorio y de Gabinete:
- Radiografías si sospecha fractura.
- Intervención en crisis.
- Interconsulta con Psicólogo o Psiquiatría.
- Evaluación Forense por IML

Se identifican lesiones que no son de muerte o sospecha violencia sexual sin penetración.

Atención inmediata de lesiones. Estabilización. Primeros auxilios psicológicos. Interconsulta con psicología

Se descartan violación sexual

Dar aviso a Fiscalía General de la República o PNC (para evaluación forense y evaluación psicológica forense por IML) y Junta de Protección de niñez y adolescencia.

Retorno al primer nivel de atención para su seguimiento e incorporación a grupos de autoayuda de adolescentes . Coordinar con otras instituciones (FGR, ISNA, ISDEMU, Unidad Género Municipalidad, OLAV, Ciudad Mujer) para dar soporte psicosocial al paciente.

Atención de NNA en situación de negligencia y abandono

Se da cuando las necesidades básicas del NNA, no están siendo provistas, por una falla intencional de los padres o tutores, en cuanto a alimento, abrigo o en actuar debidamente para salvaguardar la salud, seguridad, educación y bienestar de ellas y ellos.

Estas formas de maltrato, también se relacionan con la manera en que las niñas niños y adolescentes, se asocian a los patrones de crianza y en cómo se vinculan con los pequeños de manera sicoafectiva. Es importante detectarlas a tiempo, pues el impacto físico y psicológico del abandono, rechazo y negligencia afectan la personalidad a este grupo de población.

Diagnóstico

Los siguientes hallazgos, aislados pero más frecuentemente en combinación, son sugestivos de lo que origina el síndrome de privación:

Hallazgos en la historia clínica:

- 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.
- Falta de aplicación de normas y límites
- Padre, madre o cuidadores demasiado permisivos

Hallazgos al examen físico:

- Mal nutrición: bajo peso, delgadez, sobre peso, obesidad.
- Falta de lactancia materna
- 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 determinar si se encuentra en una situación de negligencia 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 específicas, así como cumplir el tratamiento según el área afectada, ya sea física, psicológica o sexual, a partir del tipo de lesiones encontradas.

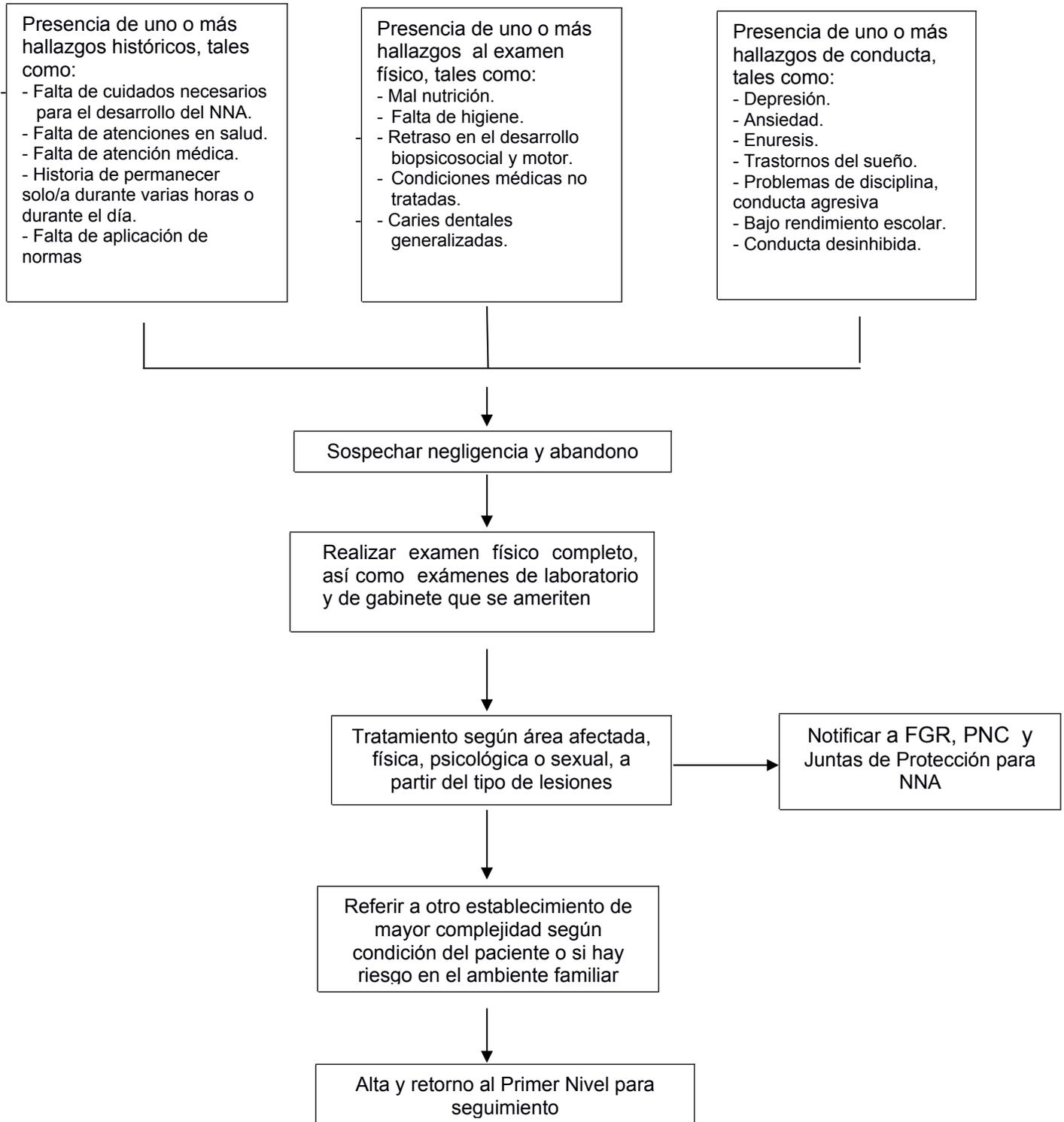
Referencia y retorno

Dependiendo del estado de salud y de las afectaciones físicas y psicológicas observadas, o si hay riesgo en el ambiente familiar, 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, además de coordinar acciones con otras instituciones locales que pueden proveer atención psicológica y consejería.

Aviso

Ante la sospecha o identificación de NNA con diagnóstico de negligencia o abandono, el personal de salud debe cumplir con las medidas de protección específica, incluyendo el aviso a las entidades legales y de protección, entre ellos las Juntas de Protección y PNC.

Algoritmo para la atención de NNA en situación de negligencia y abandono



Atención de NNA en situación de trabajo infantil

Según la definición dada por la Organización Internacional del Trabajo (OIT), el trabajo infantil es todo aquel que priva a los niños de su niñez, su potencial y su dignidad, y es perjudicial para su desarrollo físico y psicológico. En El Salvador, se cuenta con el listado de actividades y trabajos peligrosos establecidos en el acuerdo 241 del Ministerio de Trabajo y Previsión Social (anexo 8).

Diagnóstico

Hallazgos en la historia clínica:

- Fuera de sistema de educación o extra edad.
- Repetición con frecuencia del año escolar (fracaso 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.
- Consulta por lesiones o quemaduras a repetición.

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 los presentes lineamientos, a partir del tipo de lesiones físicas y psicológicas encontradas.

Referencia y retorno

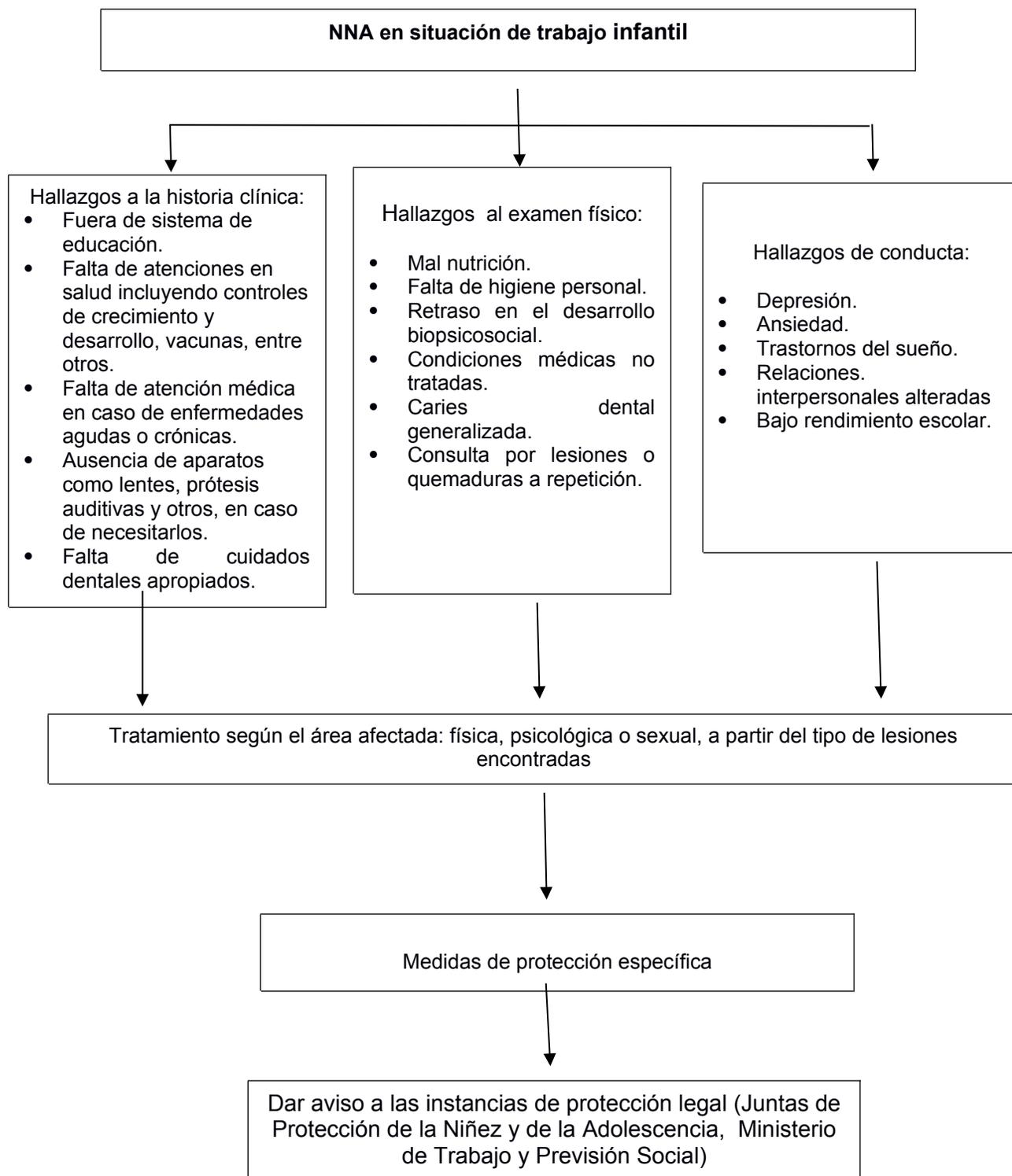
Dependiendo del estado de salud y de las afectaciones físicas, sexuales y psicológicas observadas, se debe referir al establecimiento de salud de mayor complejidad. Para el

retorno la UCSF debe informar al Ecos Especializado, para la dispensarización y seguimiento, 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 específicas, incluyendo el aviso a las entidades legales y de protección, como son las Juntas de Protección de la Niñez y de la Adolescencia y el 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

Hallazgos en la historia clínica:

- 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 específicas, así como cumplir el tratamiento requerido de acuerdo al tipo de lesiones encontradas (físicas, psicológicas o sexuales).

Referencia y retorno

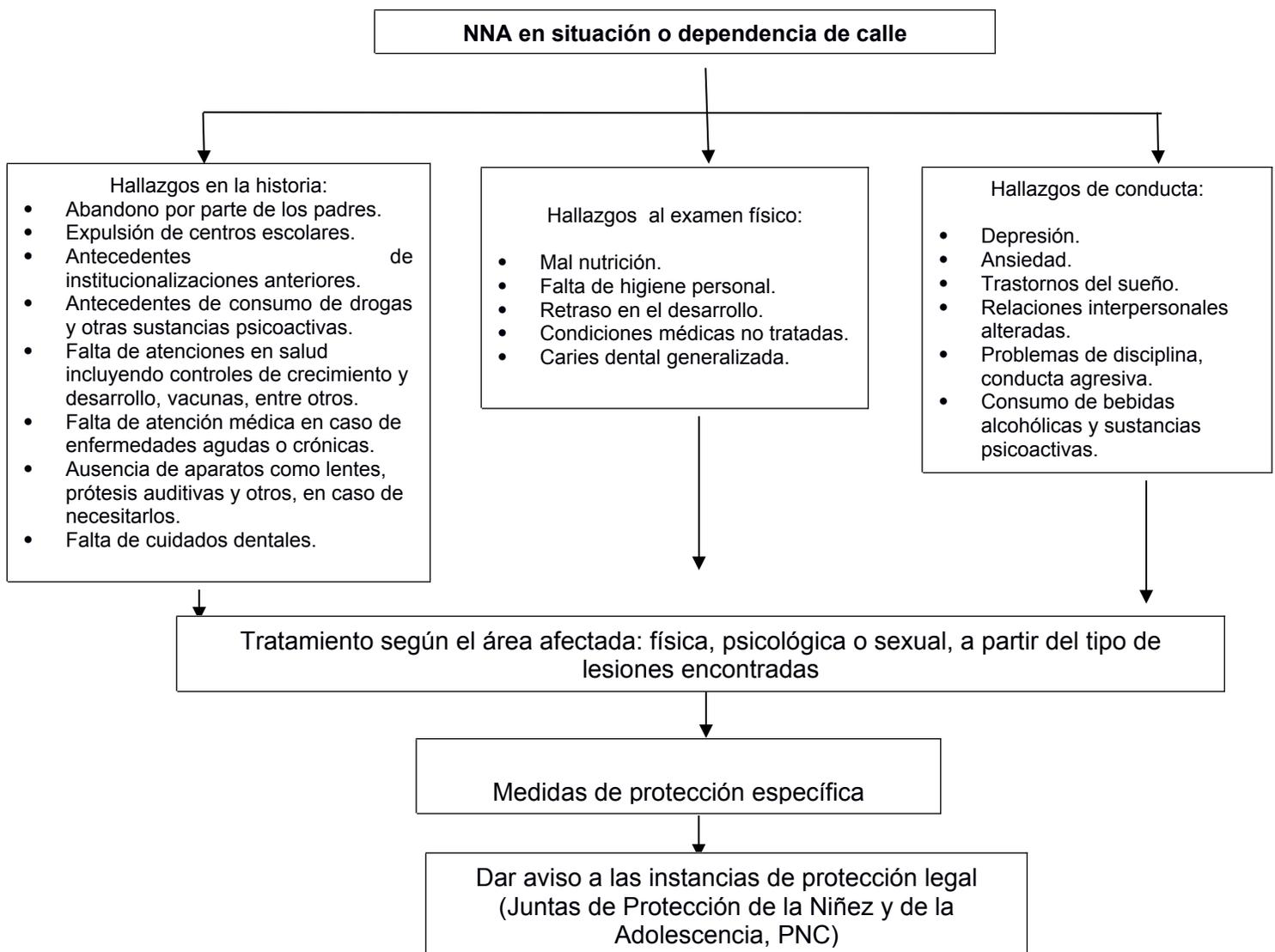
Dependiendo del estado de salud y de la gravedad de las lesiones observadas se debe referir al establecimiento de salud de mayor complejidad.

Para el retorno la UCSF debe informar al Ecos Especializado, para la dispensarización y seguimiento, 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 entidades legales y de protección , entre ellas: las Juntas de Protección de la Niñez y de la Adolescencia y PNC .

Algoritmo para la atención de NNA en situación o dependencia de calle



Atención de NNA en situación de explotación sexual comercial (ESCNNA)

La explotación sexual comercial de NNA, (ESCNNA), se contempla como forma de violencia, ya que es un fenómeno que no se restringe a la prostitución, sino que también incluye otras formas tales como pornografía, turismo sexual y tráfico sexual.

Explotación sexual

Son todas las acciones tendientes a inducir u obligar a una persona a realizar actos de tipo sexual o eróticos, con la finalidad de obtener un beneficio económico o de otro tipo para sí o un tercero. Esto incluye los actos de prostitución y pornografía.

Explotación sexual en el sector del turismo

Es la utilización de personas en actividades con fines sexuales, utilizando para ese fin los servicios e instalaciones turísticas.

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 del NNA en:

- Explotación por personas locales, implica la utilización de NNA por parte de explotadores que viven o residen en el mismo país o región.
- Turismo sexual, el cual se produce cuando los explotadores son extranjeros o turistas.
- Trata de personas con fines de explotación sexual, se establece 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 NNA 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 adolescentes en situación de deserción o ausentismo escolar, en posesión de artículos de lujo, que por su condición económica no pudieran adquirir, se debe

indagar y descartar explotación sexual de algún tipo. Detectar actitudes negativas tales como retraimiento, agresividad, rebeldía, insomnio, anorexia, depresión, comportamiento seductor, intento de suicidio, entre otras.

Tratamiento

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

En los procesos que figuren como víctimas los NNA, deben 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 revictimización.
- 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 persona víctima de explotación sexual.

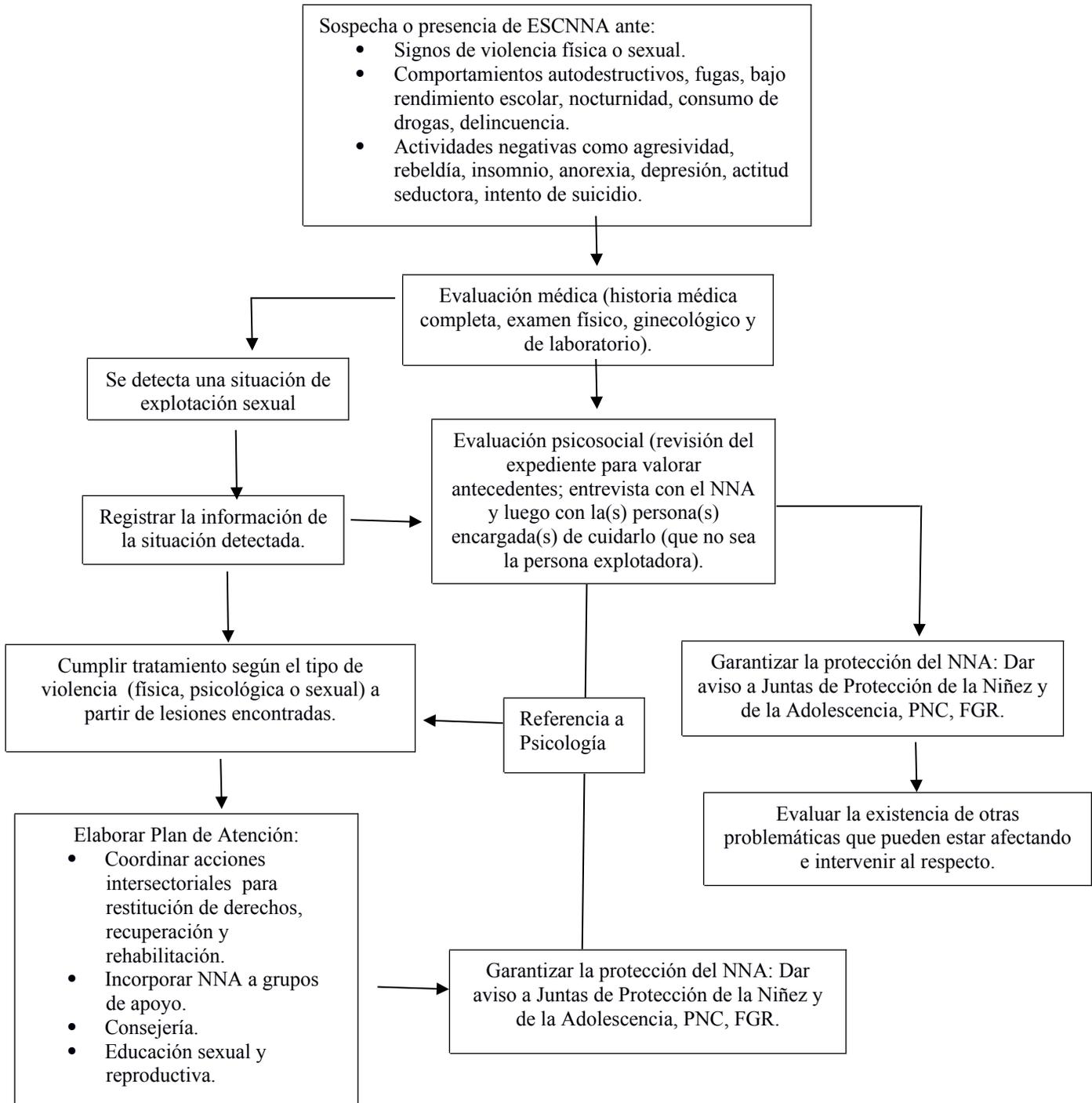
Por esta razón, el plan de atención debe incluir los siguientes componentes de intervención:

- 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 a 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 e interinstitucionalmente 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.

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 de acuerdo a la Ley Especial Integral para una Vida Libre de Violencia para las Mujeres (LEIV), se encuentran los siguientes: física, psicológica, sexual, patrimonial, simbólica, económica y feminicida.

La afectación de algunos tipos de violencia en la salud de las mujeres se expresan a través signos y síntomas que se pueden abordar de manera integral, por lo que los presentes lineamientos describen las intervenciones a desarrollar en los diferentes componentes de la atención en los siguientes tipos de violencia:

Atención en salud a las mujeres afectadas por violencia física

Violencia física contra la mujer

Es toda conducta que directa o indirectamente, está dirigida a ocasionar daño o sufrimiento físico contra la mujer, con resultado o riesgo de producir lesión física o daño, ejercida por quien sea o haya sido su cónyuge o por quien esté o haya estado ligado a ella por análoga relación de afectividad, aún sin convivencia. Asimismo, tendrá la consideración de actos de violencia física contra la mujer, los ejercidos por la persona agresora en su entorno familiar, social o laboral.

Los casos identificados por violencia física en la mujer, deben ser atendidos de preferencia por la médica o médico capacitado en la aplicación de los presentes lineamientos técnicos.

El manejo de las mujeres afectadas por violencia física requiere de un equipo multidisciplinario de las áreas 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 atiende a las mujeres afectadas por 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 mujer o por las condiciones socioculturales de la misma.
- Mostrar impaciencia por la tardanza de la mujer en dar información sobre su situación.
- 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 la persona no debe participar en el diagnóstico y la referencia de las pacientes a los servicios de apoyo.
- Minimizar la magnitud y el origen 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 entidades legales, correspondientes por temor a involucrarse en problemas legales, sociales o porque la mujer no quiere denunciar.
- Suponer que la violencia es natural en la mujer por sus condiciones socioculturales (nivel educativo, pobreza, bajo nivel social).

Condiciones de vulnerabilidad

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

- Adolescentes y mujeres entre doce y veinticinco años.
- Abuso de alcohol u otras drogas, por la mujer, la pareja o ambos.
- Embarazo.
- Haber sufrido abuso físico o sexual en la infancia.
- Adolescentes con parejas cuya edad es mucho mayor.
- Personas de la diversidad sexual.
- Mujeres trabajadoras del sexo.
- Mujeres que a la historia clínica se detecte con patrones culturales machistas.

Historia clínica

El equipo de salud que atiende a la mujer, debe realizar una historia clínica completa en un ambiente de privacidad, confidencialidad y seguridad; orientada especialmente a establecer la gravedad de las lesiones y si dentro de éstas hay algunas que comprometen la vida de la usuaria.

Para detectar casos de mujeres que enfrentan diferentes tipos de violencia el personal de salud que las atiende, debe aplicar la hoja de tamizaje de violencia a todas las mujeres embarazadas al momento de la inscripción y en cualquier control cuando se sospeche violencia, así mismo a mujeres de cualquier grupo de edad en la que se detecten signos de estar enfrentando una situación de violencia. (anexo 1).

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, limitaciones de la actividad física posterior a la lesión.
- Valoración del riesgo inminente de muerte para ella, sus hijas, hijos o familiares.
- Motivo de la agresión.

Examen físico

El personal médico que atiende 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.

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 personal de médico debe indicar los exámenes de laboratorio y de gabinete pertinentes, según los signos y síntomas de las lesiones que presente la usuaria.

Diagnóstico

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

- Retraso en la búsqueda de atención a las lesiones.
- Explicación inconsistente sobre la ocurrencia de las lesiones, su severidad o extensión.
- Somatización como dolores de cabeza, dolores abdominales, lumbago, fatiga, neurosis conversiva, alergias o herpes, entre otras.

- Cuadros de ansiedad, depresión, desórdenes alimenticios y abuso de sustancias.
- Condiciones ginecológicas como: abortos, control prenatal tardío, síndrome premenstrual, ITS, donde se incluye el VIH y VIH avanzado , embarazo no deseado y dolor pélvico crónico.
- Visitas frecuentes a la emergencia de los hospitales por diversos motivos de consulta.
- Localización de las lesiones típicamente en 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.
- Consulta a establecimientos de salud lejanos a su domicilio.

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 expresados por la pareja o reportados por la usuaria.
- Negación o minimización de la violencia por parte de la pareja o la usuaria.
- Sentimientos de culpa por la violencia recibida.

Tratamiento

La participación del personal de salud que atienden estos casos, deben orientarse a asegurar los siguientes aspectos:

- Establecer una relación de empatía con la paciente.
- Manejo médico de las lesiones.
- Soporte emocional y psicológico.
- Consejería respecto a la problemática de la violencia.
- Referencia al hospital, si la condición de salud de la mujer lo amerita.
- Coordinación a otras instituciones de apoyo a la mujer que podrían ayudarla como: ISDEMU, Ciudad Mujer, grupos de autoayuda.

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

- 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.

- Cuando existan lesiones leves atender de acuerdo al caso y dar aviso a FGR o PNC para el seguimiento legal del caso y garantizar la seguridad del ámbito familiar para la mujer y sus hijos(as), así como, dictar las medidas de protección para los mismos.
- En caso de existir lesiones de moderadas a graves la UCSF, debe referir al hospital y dar aviso a FGR o PNC. Si el nivel local no da el aviso a la instancia legal por razones de seguridad, se debe registrar en la Hoja de Referencia para enterar al personal del nivel hospitalario que brindará la atención y notifique el caso.
- El establecimiento de salud que no cuente con el recurso, debe referir para atención psicológica o psiquiátrica de ser necesario a la mujer e hijos(as).
- El nivel local debe garantizar el traslado de la mujer referida al hospital para la atención integral en las unidades institucionales especializadas de atención para las mujeres (UIAEM).

Brindar consejería orientando en los siguientes aspectos:

- Destacar la importancia de las relaciones familiares libres de violencia.
- Fortalecer en las mujeres afectadas por violencia, el sentimiento de valorar 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: identificación de redes de apoyo, tener a la mano documentos importantes, preparación de artículos de primera necesidad entre otros).
- En casos en que la mujer no cuente con una red de apoyo familiar y necesita de albergue, coordinar con instituciones que cuentan con albergue, o pueden gestionarlo (FGR, oficinas de ISDEMU en cabeceras departamentales, ODAC/UNIMUJER, Dirección General de Migración y Extranjería, municipalidades que cuenten con este recurso).
- Orientar sobre la construcción de un plan de vida.
- Concientizar a la mujer sobre la importancia de hacer la denuncia a FGR o PNC para la protección, de acuerdo a las leyes existentes y como medida para salir del ciclo de la violencia. Haciendo la recomendación de no informar al agresor de la denuncia o de las medidas que tomará para proteger su seguridad.
- Dar a conocer que puede ser atendida por organismos gubernamentales y no gubernamentales que cuentan con los recursos para la asistencia psicológica o legal, tales como, el Instituto de Investigación, Capacitación y Desarrollo de la mujer (IMU), ISDEMU, DIGNAS, Ciudad Mujer, Asociación de Capacitación Atención y Prevención del Maltrato Infante – Juvenil (ACAP).

Atención psicológica

Se debe realizar la referencia para la atención psicológica o psiquiátrica, según la condición de la paciente, no olvidar la necesidad de la atención psicológica de la familia y el seguimiento, promoviendo en esta fase la incorporación al grupo de autoayuda de mujeres afectadas por violencia.

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.

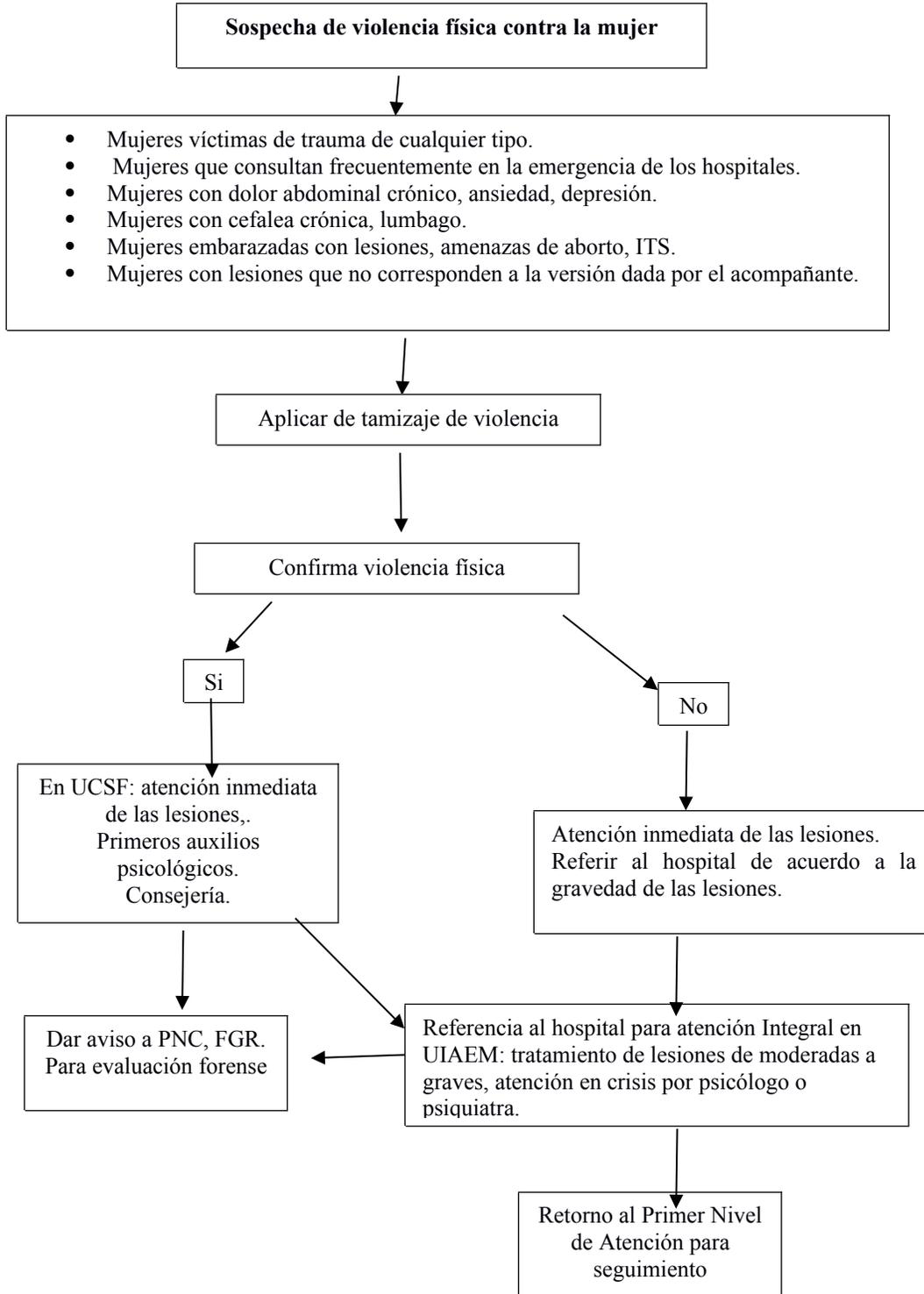
Es de suma importancia coordinar actividades con otras organizaciones que trabajan en la temática de la violencia de género, para que en los casos en los que el ambiente familiar o comunitario sea muy peligroso, estos organismos puedan gestionar o brindar albergue temporal y dar asistencia psicológica individual 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, 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 que enfrenta violencia física, el personal de salud debe dar aviso a la FGR o PNC, lo cual debe registrarse en el expediente clínico de la paciente, detallando la fecha, hora y de ser posible nombre de la persona que recibe la notificación.

Algoritmo para la atención de mujeres afectadas por violencia física



Atención a las mujeres afectadas por violencia psicológica

Violencia psicológica

Es toda conducta directa o indirecta que ocasione daño emocional, disminuya el autoestima, perjudique o perturbe el sano desarrollo de la mujer; ya sea esta conducta verbal o no verbal, que produzca en la mujer desvalorización o sufrimiento, mediante amenaza, exigencia de obediencia o sumisión, coerción, culpabilización o limitación de su ámbito de libertad, y de cualquier alteración en su salud que se desencadene en la distorsión del concepto de sí misma, del valor como persona, de la visión del mundo o de las propias capacidades afectivas, ejercidas en cualquier tipo de relación.

Esto puede producirse además mediante intimidación, 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, enviar mensajes, gestos o manifestar actitudes de rechazo, incluye además la violencia obstétrica sufrida por la mujer, en el ámbito institucional durante la atención en su período reproductivo: embarazo, parto y puerperio .

El abuso emocional, puede ser el origen de alteraciones en la salud de la mujer, que se manifiesta en la presencia de diversos trastornos psicósomáticos (cefaleas, lumbagos, gastritis, colitis, entre otros), psicopatológicos (Síndrome de Estocolmo, síndrome de estrés post-trauma, trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, entre otros).

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.

El personal que atiende a las mujeres afectada por violencia psicológica debe evitar:

- Actitudes de discriminación hacia la mujer que consulta por violencia psicológica o cualquiera de sus otras formas.
- Restar importancia al relato de la mujer sobre la situación de violencia que enfrenta.
- No creer a la mujer 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 mujer o por las condiciones socioculturales de la misma.

- 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 la violencia emocional.
- La contra-transferencia de los sentimientos al escuchar a una mujer que describe su experiencia.
- Hacer comentarios, gesticulaciones, emitir juicios de valor propios o actitudes prejuiciosas que culpabilizan a la mujer agredida.
- Omitir el dar aviso a las instancias correspondientes por temor a involucrarse en problemas legales, sociales o porque la mujer no quiere denunciar.
- Suponer que la violencia es natural en la mujer por sus condiciones socioculturales: nivel educativo, pobreza, bajo nivel social.

Historia clínica

El equipo de salud que atiende a la mujer debe realizar una historia clínica completa en un ambiente de privacidad, confidencialidad y seguridad; estableciendo una relación de empatía y orientada especialmente a realizar el diagnóstico emocional de la mujer, para lo cual, el personal de salud debe aplicar la Hoja de tamizaje para la detección de violencia a todas las embarazadas al momento de la inscripción y en el control cuando se sospeche violencia, así como a todas las mujeres de otros grupos de edad, que presenten signos que hagan sospechar que se encuentra en situación de violencia. (anexo 1).

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 y posesividad del hombre sobre la mujer.
- Privación afectiva (prohibición relacionarse con la familia, amigos).
- 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 en cualquier ámbito incluyendo el institucional y laboral.
- 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.
- Vivir en un entorno familiar machista

Atención psicológica

Si la mujer presenta alteraciones en su estado emocional, el personal de salud capacitado debe priorizar la atención brindando los primeros auxilios psicológicos, orientada a mejorar la salud emocional, la autoestima y el empoderamiento de la mujer. Si está en crisis, brindar la atención psicológica si se cuenta con el recurso especializado en el establecimiento, de lo contrario realizar la referencia de inmediato al hospital más cercano, para atención psicológica o psiquiátrica, según la condición de la paciente, además proporcionar atención psicológica a la familia y el seguimiento.

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, el cual se incrementa y progresa 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 la incidencia negativa de la violencia a la mujer, 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 psicológico o psiquiátrico, para superar el abuso .
- Mejorar la autoestima y al empoderamiento de la mujer.
- Orientar sobre el bienestar integral de la mujer.
- Informar sobre sus derechos.
- Denunciar la violencia institucional y la laboral
- Motivar a la mujer para que busque ayuda en instituciones que velan por el cumplimiento de sus derechos y la protegen.

- 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.
- Promover en la mujer la incorporación al grupo de autoayuda.

Referencia y retorno

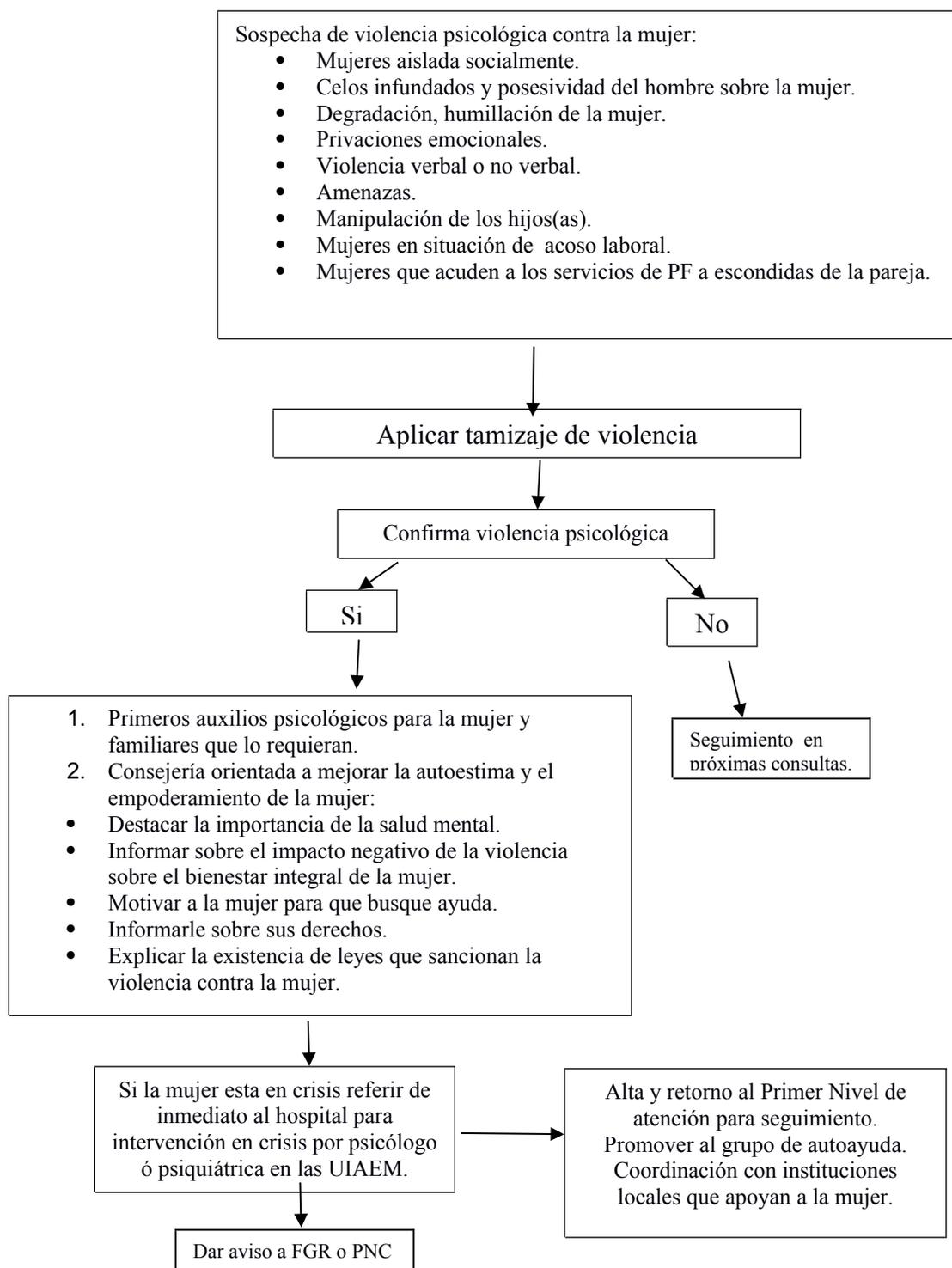
El personal de salud debe realizar la referencia oportuna de la mujer y de los miembros de la familia que lo necesiten, para atención psicológica y psiquiátrica.

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

Aviso

Ante la sospecha o identificación de una mujer que enfrenta violencia psicológica, el personal de salud debe dar aviso del caso a la FGR o PNC, debido a que esta forma de violencia es considerada como un delito, de acuerdo a la Ley Especial Integral para una Vida Libre de Violencia para las Mujeres.

Algoritmo para la atención de mujeres afectadas por violencia psicológica



Atención a las mujeres afectadas por violencia sexual

Violencia sexual

Es toda conducta que amenace o vulnere el derecho de la mujer a decidir voluntariamente su vida sexual, comprendida en ésta, no solo el acto sexual sino toda 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.

Algunos términos como "violación", "asalto sexual", "abuso sexual" y "violencia sexual", "tocamiento" son frecuentemente utilizados como sinónimos y utilizados intercambiabilmente; sin embargo, estos términos pueden tener diferentes significados e implicaciones desde el punto de vista legal, médico y social. Para los efectos de los presentes lineamientos se utilizará el término de 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.
- Discapacidad física o mental.
- Privación de libertad.
- Adicciones.
- Antecedentes de violación o abuso sexual.
- Mujeres trabajadoras sexuales.
- Víctimas de la guerra o conflictos armados.
- Vivir en situación de calle o en extrema pobreza
- Personas de la diversidad sexual.
- Migrantes
- Personas en situación de trata.

Medidas generales

- Las mujeres afectadas por violencia sexual en hospitales, deben ser atendidas en la unidad institucional especializada para la mujer (UIAEM), 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 agregada o residente de mayor jerarquía).
- Se debe atender en forma inmediata, tratando de reducir el tiempo de espera.
- La médica o médico que asista a la mujer afectada, debe hacerlo respetando sus derechos humanos, en un ambiente de privacidad, respeto y confidencialidad, manteniendo su ética profesional.

- El personal médico que atienda a la mujer, debe informarle sobre los diferentes procedimientos a realizar, incluyendo profilaxis, tratamiento y proceso legal.
- 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 y la condición emocional de la usuaria sea estable, posterior a la atención en salud, se debe dar aviso a la FGR ó PNC para las diligencias respectivas.
- En el caso la mujer consulte en un establecimiento del primer nivel, por abuso sexual ocurrido en menos de setenta y dos horas, que incluya penetración vaginal, anal u oral, deberá referirse al hospital que cuente con tratamiento antirretroviral. de igual forma, si presenta lesiones graves o peligro de muerte.
- Los hospitales brindarán la atención integral a mujeres que consulta por violencia en la unidad institucional de atención especializada para la mujer (UIAEM), en donde participará el personal multidisciplinario capacitado responsable de la atención.
- Si se identifica que la usuaria presenta ideas o intento suicida, se ingresará en un establecimiento del segundo o tercer nivel de atención y en el servicio donde esté ingresada será atendida por un médico o médica y por el equipo multidisciplinario capacitado en los presentes lineamientos técnicos.
- El personal multidisciplinario de salud debe establecer una relación de confianza y empatía con la mujer que ha sido agredida.
- Si la paciente se encuentra en crisis y es atendida en un establecimiento del primer nivel de atención, se debe proporcionar los primeros auxilios psicológicos y referir al hospital de inmediato para realizar intervención en crisis por psicología, quién debe aplicar 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 PNC, y la importancia de seguir con el proceso penal.
- Se debe dar a conocer en forma sensible a la paciente, 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 importante destacar la importancia de esta evaluación y de las pruebas dentro del proceso legal.
- Al dar el alta, se debe dejar control en una semana en la consulta externa del hospital, si se indicó terapia antirretroviral (de preferencia debe atenderla el mismo médico o médica que la asistió en el servicio) para verificar los resultados de los exámenes tomados a su ingreso y evaluar el cumplimiento del tratamiento médico y psicológico.
- Se debe orientar a la usuaria que también puede continuar con la atención psicológica, social e incorporarse a grupos de autoayuda, en las UCSF y en

otras instituciones como ISDEMU, unidades de género de la municipalidades y ong que trabajan en este tema en el área geográfica.

- Para el abordaje de mujeres afectadas por violencia sexual en situaciones de emergencia y desastres en albergues, el personal de salud debe aplicar los presentes lineamientos técnicos. (anexo No. 9).

Diagnóstico

Para el establecimiento del diagnóstico, el personal de salud se debe basar en la historia clínica que proporcione la mujer, en los hallazgos del examen físico y la inspección del área genital que confirmen la historia de violencia sexual y registrarlo en el expediente clínico.

Historia clínica

El personal médico que atiende a la mujer agredida, debe realizar una historia clínica completa y con letra legible, donde se obtendrán los siguientes datos:

1. Lugar, fecha y hora en que ocurrió la agresión sexual.
2. 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.
3. Actividad que estaba realizando la mujer afectada, al momento de ser agredida sexualmente.
4. Contexto en que se realizó la violencia sexual.
5. Especificar el tipo de relación sexual. Consignar en el expediente, si hubo penetración oral, vaginal o rectal o combinaciones de estas y si hubo eyaculación y uso de condón.
6. 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.
7. Especificar 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 numeral 2 al 5 de la historia clínica, de este apartado tendrán valor para establecer el riesgo de hepatitis B y VIH).
8. 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, si ha defecado, si ha orinado o usado duchas vaginales y si ha tenido relaciones sexuales consentidas posteriores o cercana a la agresión sexual.
9. Establecer si la mujer está embarazada y las semanas de amenorrea.
10. Consignar en la historia clínica el sexo del perpetrador o perpetradores, si es una persona desconocida o conocida y su relación con ella.
11. En los antecedentes personales de la mujer agredida debe darse énfasis a sus antecedentes gineco-obstétricos (edad, edad de la menarquia, fecha de última regla, su fórmula obstétrica).

12. Establecer si tiene vida sexual activa o si la violación fue su primera relación sexual.
13. Documentar cuando fue su última relación sexual voluntaria.
14. Uso de algún método de anticoncepción, (incluyendo esterilización quirúrgica) especificar cual método usa y cuando se lo aplicó.
15. 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 éste 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 deben 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 aislar 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 únicamente cuando se presente sangrado o se sospeche presencia de 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 se debe lubricar con gel, se debe usar agua para ello; además 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.
- 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, así como su coloración, 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 previa autorización de la FGR, debe realizar evaluación clínica y forense. (anexo 12).

Exámenes de laboratorio

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

- Debe tomarse directo y cultivo de secreción vaginal, rectal o faríngea en busca de ITS, hisopado para frotis fresco (agregar SSN), en busca de tricomonas o de vaginosis bacteriana.
- Se debe realizar la toma de la citología cérvico vaginal, para evidenciar la presencia de coilocitosis.
- 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.
- Indicar prueba de embarazo de preferencia hormona gonadotropina coriónica humana (hCG).
- Radiografías de las áreas en las que se sospeche fracturas, de acuerdo a las lesiones de la paciente.

Tratamiento médico

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

- Si la mujer es atendida en el primer nivel, se debe referir lo antes posible al hospital en donde debe brindarse la atención Integral en la unidad institucional de atención especializada para la mujer (UIAEM) o unidad de atención a víctimas de violencia existentes en algunos hospitales; además ingresar a la paciente para garantizar el cumplimiento del tratamiento indicado y evaluación forense por parte del Instituto de Medicina Legal (IML).
- 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.
- Asegurar la atención psicológica o si lo amerita, psiquiátrica.

Atención de lesiones

El manejo inicial debe orientarse a los traumatismos resultantes de la agresión, 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 setenta y dos 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; así mismo, debe incluir la dotación de condones, hasta el alta, por el manejo de estas infecciones.

Cuadro 5. Profilaxis para ITS bacterianas

Microorganismo	Medicamento	Alternativa
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Ciprofloxacina 500 mg vía oral, dosis única. Doxiciclina 100 mg vía oral, cada doce horas por 7 días,	Ceftriaxona 250 mg Intramuscular, dosis única.
<i>Clamidia</i>	Doxiciclina 100 mg vía oral, cada doce horas por 7 días.	Azitromicina 1 g vía oral, dosis única.
Sífilis	Penicilina G (Benzatínica) 2.4 millones UI intramuscular, dosis única.	Ceftriaxona 250 mg intramuscular, dosis única.
<i>Tricomonas</i>	Metronidazole 2 g vía oral, dosis única.	Metronidazole 500 mg, vía oral, dos veces al día por 7 días
Vaginosis bacteriana	Metronidazole 500 mg, vía oral, dos veces al día por 7 días	Clandomicina 300 mg, vía oral, 2 veces al día por 7 días. Metronidazole gel vaginal (5 g) intravaginal, 1 vez al día por 5 días.

Fuente: Revisado por la Unidad de atención integral a la mujer, niñez y adolescencia, 2019.

Cuadro 6. Profilaxis para ITS bacterianas en embarazadas

Microorganismos	Medicamento	Alternativa
<i>Neiseria gonorrhoeae</i>	<ul style="list-style-type: none"> Amoxicilina 500 mg vía oral 3 veces al día por 7 a 10 días. 	Claritromicina 500 mg vía oral, cada doce horas por 7 días.(esquema sugerido en mujeres embarazadas).
Tricomonas y vaginosis bacteriana	<ul style="list-style-type: none"> Metronidazole 500 mg VO dos veces al día por 7 días (puede usarse en embarazadas en 2do y 3er trimestre). 	Clindamicina 300 mg vía oral, cada doce horas por 7 días.
Sífilis	Penicilina G (benzatínica) 2.4 millones UI intramuscular, dosis única.	Ceftriaxona 250 mg intramuscular, dosis única.
Clamidia	Azitromicina 1 g vía oral, dosis única.	Claritromicina 500 mg vía oral, cada doce horas, por 7 días.
Candidiasis	Tratamiento intravaginal: <ul style="list-style-type: none"> Crema de Clotrimazol al 1% 1 aplicador 5 g al día por 7-14 días. Nistatina tableta vaginal de 100,000 U por 7 días 	
	Tratamiento oral: <ul style="list-style-type: none"> Fluconazol 150 mg vía oral dosis única. Itraconazole 100 mg cada 12 horas por 3 días 	

Fuente: Modificado a partir de Guías clínicas de Ginecología y Obstetricia. Ministerio de Salud El Salvador, 2012.

Profilaxis para hepatitis B

- Toda mujer que ha sido agredida sexualmente, debe ser vacunada contra hepatitis B, si no está protegida. 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 un ml de vacuna de la hepatitis B, vía intramuscular, en la región deltoidea o el glútea.
- La vacuna de la hepatitis B, no está contraindicada en el embarazo.
- Se deben tomar antígenos de superficie de la hepatitis B de seguimiento a las seis, doce y veinticuatro 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 únicamente en los siguientes casos:

- En los casos que haya algún tipo de penetración: vaginal, anal u oral.
- Debe iniciarse antes de las setenta y dos horas de la agresión sexual, idealmente entre las primeras dos y las cuatro horas luego de la exposición.
- La profilaxis será administrada en casos de violación sexual repetitiva cuando la última violación sexual ha sido en las últimas setenta y dos horas.

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

Cuadro 7. Antirretrovirales para profilaxis

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: Guía Clínica de la profilaxis post exposición. Programa ITS/VIH/sida. Ministerio de salud de El Salvador, diciembre 2012.

Deben tomarse pruebas de funcionamiento hepático y un hemograma completo de base, se deben realizar controles serológicos, tomando pruebas para VIH a las seis y doce semanas, luego a los seis y doce meses posteriores al episodio de la agresión sexual. Se deben informar los beneficios del tratamiento y alertar sobre los efectos

secundarios tales como, náuseas, vómito, cefaleas, de ictericia, para la consulta oportuna.

La mujer agredida debe ser atendida para el seguimiento por el personal capacitado en VIH, en las primeras veinticuatro a setenta y dos horas, para verificar los resultados de los exámenes tomados, efectos secundarios de los medicamentos antirretrovirales e insistir en la adherencia. Si el VIH es positivo, se debe suspender el antirretroviral y dejar control la semana posterior a la primera consulta, para valorar nuevamente adherencia, efectos secundarios, estado psicológico e indicar exámenes de seguimiento. Debe ser vista en la consulta externa del hospital que brindó la terapia antirretroviral, en un período no máximo de una semana, posterior a la primera consulta, para verificar los resultados de los exámenes tomados, si el VIH es positivo, se debe suspender el antirretroviral. Así mismo, se debe atender en la consulta externa por el médico capacitado en VIH para verificar adherencia, efectos secundarios de los medicamentos antirretrovirales y apoyo psicológico. En este momento se deben indicar pruebas de funcionamiento hepático (transaminasas, creatinina, bilirrubinas) y hemograma, por la posibilidad de efectos tóxicos de los antiretrovirales.

En el caso que la mujer agredida sexualmente consulte posterior a las setenta y dos horas de la agresión o que los resultados de las pruebas de laboratorio para diagnosticar ITS sean reactivas, se debe indicar tratamiento de los problemas de salud encontrados y no se debe indicar profilaxis.

Profilaxis para la prevención embarazo

Debe prevenirse el embarazo, administrando anticoncepción de emergencia, desde el momento de la agresión hasta cinco días posteriores; 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

Anticonceptivos orales combinados (Régimen de Yuzpe)

El régimen recomendado es el uso en 2 dosis, administradas con un intervalo de 12 horas, dentro de las 120 horas que siguen a la relación sexual no protegida; cada una

de estas dosis debe contener 100 microgramos de etinil-estradiol y 0.5 mg de levonorgestrel. En el caso de anticonceptivos orales combinados que contienen 25 a 35 microgramos de etinil-estradiol, deben usarse 4 tabletas, seguidas de una segunda dosis de 4 tabletas, 12 horas después. Cuando se deseen usar orales combinados que contengan menos de 25 microgramos de etinil-estradiol, deben administrarse un número de pastillas suficientes para proporcionar al menos 100 microgramos de etinil-estradiol en cada dosis.

Progestinas solas (Presentación de 750 microgramos de levonorgestrel)

Administrar 2 dosis con un intervalo de 12 horas, dentro de las 120 horas siguientes a una relación sexual no protegida, si la presentación de levonorgestrel es de 1.5 mg administrar una sola tableta.

Provisión del método y sitio de entrega

El método será proporcionado por personal de salud debidamente capacitado, y podrá entregarse en los diferentes niveles de atención.

Inicio de la anticoncepción de emergencia

Debe administrarse inmediatamente después de una relación sexual no protegida, dentro de las primeras 120 horas, en cualquier etapa del ciclo menstrual. Está indicado posterior a una violación, relación sexual imprevista, como protección adicional en caso de uso incorrecto de otros métodos, ruptura o deslizamiento del condón.

Atención psicológica

Al ingreso de la paciente se debe indicar interconsulta urgente con personal de psicología capacitados en violencia sexual, para la atención en crisis de la mujer y su grupo familiar en los casos que amerite o que lo soliciten.

En la atención psicológica se debe implementar un plan terapéutico, que contemple los siguientes aspectos:

- Superación del 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.
- 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, concientizándose de la importancia de continuar su proceso legal. Las alternativas de referencia intersectorial, pueden ser ISDEMU, PGR, Ciudad Mujer, 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.

Consejería

Brindar consejería, orientando en los siguientes aspectos:

- Importancia de completar el tratamiento médico como, profilaxis ITS y antirretroviral orientado a la adherencia y los efectos secundarios, anticoncepción de emergencia, terapia psicológica, asistencia a citas médicas y control de exámenes de laboratorio para VIH.
- Informar a la víctima sobre la importancia de hacer la denuncia a FGR o PNC para la protección de acuerdo a las leyes existentes.
- Importancia de integrarse al grupo de autoayuda del establecimiento o institución más cercana.
- Dar a conocer que puede ser atendida por organismos gubernamentales y no gubernamentales que cuentan con los recursos para la asistencia psicológica o legal, tales como Instituto de Investigación, Capacitación y Desarrollo de la mujer (IMU), ISDEMU, Las Dignas, Ciudad Mujer.

Seguimiento

El seguimiento a los casos de violencia sexual debe ir enfocado a verificar el cumplimiento de la atención integral en cuanto a la prevención ITS/VIH, resultados de exámenes de laboratorio tomados en la primera consulta y los de seguimiento, embarazo, tratamientos indicados y de la atención psicológica cuya terapia y número de sesiones dependerá de acuerdo al caso.

Referencia, retorno e interconsulta

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 se debe coordinar con centros de ayuda como el ISDEMU, FGR, Ciudad Mujer 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 personal médico o de psicología, tratante del segundo o tercer nivel de atención. Para el retorno la UCSF debe informar al Ecos Especializado, para la dispensarización y seguimiento, además de coordinar acciones con otras instituciones locales que pueden proveer atención psicológica y consejería.

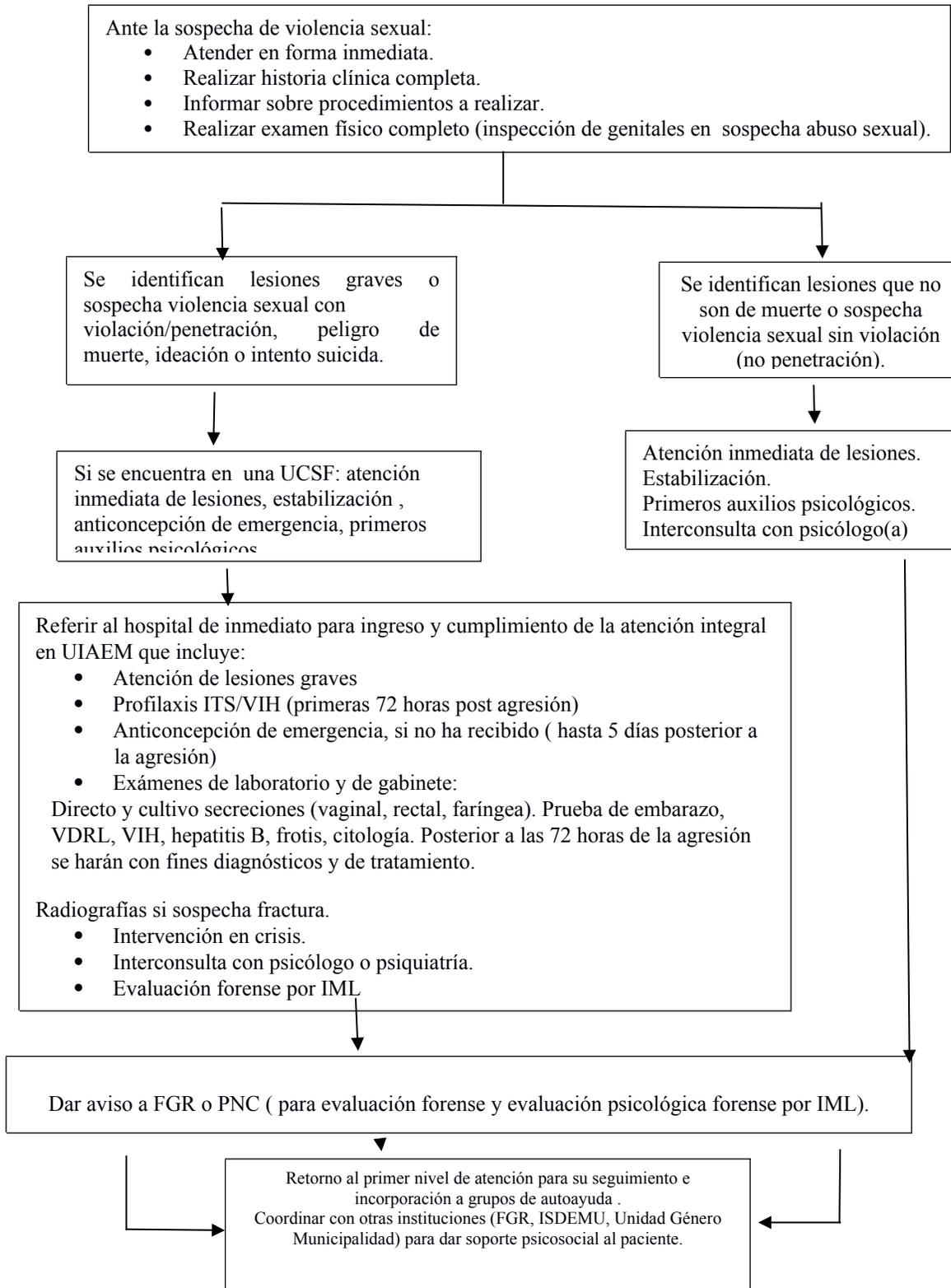
Aviso

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

Ante la sospecha de que una mujer esté siendo afectada por violencia sexual, el personal de salud del primer nivel de atención debe dar 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. Si la mujer expresa que ya a iniciado el proceso de denuncia pero no puede verificarse, ante la duda se debe dar aviso a FGR o PNC.

Esta situación se debe retomar en la consejería con el objeto de promover la cultura de denuncia en las mujeres.

Algoritmo para la atención de mujeres afectadas por violencia sexual



Atención a los hombres afectados por violencia en todas sus formas

La violencia entre hombres se presenta mayormente en sus actividades cotidianas o en ciertos ámbitos como los espacios en guerra, cárceles, por delincuencia común, espacios deportivos, instituciones militares y de agronomía, la calle o lugares de trabajo.

La violencia es un hecho socio cultural. La socialización de género en los hombres les promueve a resolver los problemas con la pareja, otros hombres o el entorno a través de la violencia, sea esta física, psicológica, sexual o de otra índole. “El mandato de masculinidad es mandato de violencia”, expresa la antropóloga Rita Segato¹. El hombre tiene la obligación de ser fuerte, de ser potente, aunque él mismo, es víctima de los mandatos de la masculinidad. La violencia es ejercida por los hombres hacia sus pares varones, en guerra o en lo cotidiano, especialmente hacia los menores de edad. Y de manera frecuente y a veces de manera letal, hacia las mujeres. Un 95% de los homicidas son hombres a nivel mundial, según la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito UNODC-ONU.

Si bien, la violencia en la pareja, alude principalmente a la violencia contra la mujer, también existen casos, con menor frecuencia, en hombres que son agredidos física, psicológica y sexualmente por sus parejas, la única diferencia es que históricamente el hombre ha sido formado para resistir, no hablar, no expresar sus sentimientos y no llorar, así independientemente de lo que le suceda socialmente la violencia hacia el hombre ha sido invisibilizada, “no existe” o “no se considera como violencia”, se minimiza o se ridiculiza, pero en la realidad "existe".

La violencia hacia los hombre es toda forma de violencia expresada o que se ejerce hacia el adulto masculino. En el marco de una pareja se considerará cuando el abuso o maltrato es un patrón de comportamientos en los que la pareja domina, denigra, utiliza tácticas emocionales, físicas, sexuales o intimidantes contra él.

El abordaje de los hombres afectados por la violencia estará a cargo de un equipo multidisciplinario conformado por las siguientes especialidades: psicología, trabajo social, medicina y enfermería, capacitados en la aplicación de los presentes lineamientos técnicos, 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 atiende a los hombres víctimas de violencia debe:

- Considerar que también hay hombres víctimas de violencia en todas sus formas, y que no todos son victimarios / agresores.
- Tener presente que el hombre también puede y tiene derecho a llorar y demostrar sus sentimientos.

1

- El personal médico además de atenderle las lesiones físicas, debe tomar en cuenta el abordaje integral, por lo que debe referir los pacientes detectados a los servicios de apoyo.
- Evitar minimizar la magnitud de las lesiones.
- Dar aviso a las entidades legales correspondientes como se hace con otros grupos de edad.

Diagnóstico

Detectar la violencia en un hombre no es fácil, por patrones culturales y especialmente porque son muy pocos los que se preocupan por mantener un control de su salud. El personal de salud puede sospechar que existe violencia hacia el hombre si observa:

- Arañones
- Golpes en la cara, los brazos o el pecho.
- Mordidas
- Infecciones de transmisión sexual o VIH
- Depresión
- Ansiedad
- Angustia
- Violencia autoinflingida (signos de envenenamiento, ideas o intentos suicidas), entre otros.

Con la finalidad de sondear la posibilidad de estar sufriendo violencia se le puede preguntar:

- ¿Alguien le está controlando o acusando?
- ¿Alguien le está amenazando?
- ¿Ha perdido su trabajo?
- ¿Ha perdido contacto con su familia materna, paterna, con sus hijos/as o compañeros de trabajo?
- ¿Alguien le critica o le humilla frente a sus hijos o frente a otras personas?
- ¿Alguien le controla estrictamente sus ingresos?
- ¿Su pareja tiene cambios bruscos de comportamiento y todo lo que usted hace le irrita?
- ¿Le ha golpeado o le golpea con intención?
- ¿Así como es de violenta con usted es lo mismo con sus hijos/as o con otras personas?

Indicadores de alarma

Algunos signos que hacen sospechar de algún tipo de maltrato o abuso:

Violencia emocional, incluye:

- Denigraciones

- Control de las finanzas
- Restringir sus libertades, aislamiento.
- Irrespeto a sus creencias religiosas (ridiculizar o insultar la religión o creencias espirituales).
- Manipulación
- Negar el contacto con sus hijos/as, se los esconden o arruinan las visitas, evitan relaciones con la familia o amigos.
- Actitudes extremas de celos, posesividad o acusación constante de infidelidad sin ningún fundamento.
- Lastima de alguna maera a los hijos/as, mascotas, empleadas de servicio.
- Culpar a la pareja de sus acciones violentas y justificar dicho comportamiento.

Violencia física incluye: todo acto capaz de causar dolor o lesión física.

- Heridas.
- Araños
- Pellizcones
- Mordidas
- Puñetazos, golpes con los pies.
- Fracturas
- Quemaduras.
- Laceraciones.
- Castraciones, señales de estrangulamiento
- Sangramientos por el ano o por la uretra.
- Infecciones de transmisión sexual o por VIH.
- Envenenamiento, intoxicación o sedación por drogas u otras sustancias con fines de robo (delincuencia).

Violencia sexual incluye:

- Forzar o presionar al hombre a tener un tipo de relación sexual que no desea.
- Participar en actos sexuales en contra de su voluntad.
- Ridiculizar, burlarse o criticar el desempeño sexual del hombre.
- Privar al hombre de afecto o de relaciones sexuales.
- También incluye las violaciones de las que son víctimas en algunos espacios como las cárceles o en el ámbito comunitario.

Amenazas o intimidación

De palabra o por actos que otras personas o la pareja utiliza para amenazar al hombre, ejemplos:

- Destrucción de sus bienes y propiedades
- Amenazas de golpizas o de muerte.
- Acoso u hostigamiento.
- Extorsión
- Chantajes
- Gritos
- Mostrarle sogas o armas con los que piensa agredirle.

- Anónimos
- Amenazas de dañar a personas a quien ama o a la familia
- ofensas, insultos, menosprecio.
- Impedir ir al trabajo, ir a la escuela o universidad.
- Control en el manejo del dinero, salidas, vestuario.

Mecanismos de control

Cuando el hombre está en una situación de violencia en su relación de pareja:

- La pareja es sumamente celosa y posesiva. Sus celos son evidentemente enfermizos.
- La pareja con frecuencia recurre al maltrato psicológico y verbal para hacerlo sentir inferior .
- Llamadas telefónicas constantes, cuestionamiento cuando no atienden llamadas telefónicas de inmediato sobre, qué estaba haciendo?, con quien está?, entre otros.
- La pareja siempre tiene que tener el control
- Manipulación sexual como medida de control y castigo.
- Crítica o desaprobación de amigos, compañeros de trabajo y familia.
- La pareja le separa lenta y progresivamente de su entorno social.
- Justificar que los actos posesivos y celos son debidos a amor excesivo.
- La pareja lo culpa de todo lo que va mal en la vida.

Historia clínica

Para la elaboración de la historia clínica, del hombre afectado por violencia, deben considerarse todos los aspectos que permitan obtener información detallada, basándose en el algoritmo de atención, hoja de tamizaje (anexo 1) y detallar en la historia clínica todos los signos detectados.

El interrogatorio constituye una parte fundamental de la atención médica, imprescindible para lograr un buen diagnóstico, se debe incentivar al usuario a hablar, escucharlo y lograr la confianza del paciente, además reiterarle que la información que comparta, será manejada bajo secreto profesional.

Se debe establecer una relación médico-paciente positiva, tener presente que los datos accesorios que se van obteniendo durante la entrevista son de gran utilidad en la confección de la historia.

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 agredido?

¿Quién fue el agresor / agresora y cuál es su relación con el / ella?

¿Cuál es la sintomatología derivada de la lesión? así como, si hay limitaciones de la actividad física posterior a la lesión.

Examen físico

El personal médico que atienda a este grupo, 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 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.
- Infecciones de transmisión sexual
- Dolor inexplicable en el área genital o anal.

Exámenes de laboratorio

El personal médico debe indicar los exámenes de laboratorio y de gabinete adecuados, según los signos y síntomas de las lesiones que presente el usuario, tales como rayos X, TAC, entre otros, según la gravedad del caso.

Tratamiento

El personal de salud que atiende estos pacientes, debe 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 ayudarlo.
- Referir al hospital o ingresar al paciente de acuerdo con el grado de severidad de las lesiones.
- Atender las lesiones que el hombre 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 al hombre y su grupo familiar.

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.
- Orientar sobre la construcción de un plan de vida.
- Importancia de construir un plan de vida.
- Informar a la víctima sobre la importancia de hacer la denuncia ante la FGR y en su defecto PNC.
- Lugares donde puede recibir asistencia psicológica y legal (FGR, PGR, Asociación Masculinidades para la Paz y la Igualdad de Género (Maspaz).

Prevención de ITS y VIH

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

- Cuando el hombre 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 o se sospecha.
- Si la víctima tiene signos y síntomas de una ITS según la impresión clínica del personal médico. Debe Indicar lo siguiente:

Cuadro 8. 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.

- Investigar antecedentes sobre la presencia de alergias a medicamentos y evaluar la prescripción de otros, según la condición del hombre.
- 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 genitales, anales u orales confirme el diagnóstico.

Profilaxis para hepatitis B

Todo hombre que ha sido agredido sexualmente, debe ser vacunado contra hepatitis B, si no está protegido. La primera dosis se debe administrar 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 la región deltoidea o en el glúteo.

Se deben 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.

Prevención de VIH

Se debe considerar profilaxis para VIH en el hombre, sólo en los casos siguientes:

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

Se debe informar al hombre o familiares que el tratamiento debe administrarse según prescripción médica, durante veintiocho días y deben estar claros de los efectos secundarios de los mismos.

Deben tomarse pruebas de funcionamiento hepático y un hemograma completo de base, deben realizarse controles serológicos tomando pruebas para VIH a las 6 y 12 semanas y a los 6 y 12 meses posteriores, al episodio de la agresión sexual. Se debe informar sobre los beneficios del tratamiento y los efectos secundarios tales como náuseas, vómitos, cefaleas, ictericia, para la consulta oportuna.

El hombre abusado sexualmente debe ser visto 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, debe ser visto en la consulta externa por el médico capacitado en VIH para verificar adherencia, efectos secundarios de los medicamentos antirretrovirales y apoyo psicológico.

En este momento deben indicarse pruebas de funcionamiento hepático (transaminasas, bilirrubinas) y hemograma, por la posibilidad de efectos tóxicos de los antirretrovirales.

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

Cuadro 9. Antirretrovirales para VIH.

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.

Atención psicológica

Se debe realizar la referencia para atención psicológica o psiquiátrica según la condición del paciente, procurando la atención psicológica de la familia.

El profesional de salud mental debe sospechar algún tipo de violencia contra el hombre y debe estar atento a algunas señales:

- Miedo o pena de contar su situación de violencia con alguien.

- Ansiedad.
- Desasosiego permanente.
- Depresión y descontrol emocional.
- Deterioro de la autoestima.
- Dificultades para establecer relaciones interpersonales duraderas.
- Disminución de sus posibilidades intelectuales , de trabajo e incapacidad para asumir los cambios de vida de manera apropiada.
- Pérdida de deseos e interés, adinamia.
- Humillación.
- Temeroso de haber fracasado como compañero sexual.
- Confundido porque a veces se muestra cariñosa y amable con él.
- Cree que se merece el maltrato.
- Sensación de soledad.

La reacción de la mayoría de los hombres, ante la violencia es callar, no hablar de la situación con nadie, ni con el familiar más cercano, ni el amigo de confianza, aceptan con resignación o huyen momentáneamente de la situación, esto debido a los siguientes aspectos:

- Considerar que no tienen derechos.
- Temor a que nos les crean.
- Temor a la humillación y al ridículo debido a que sus lesiones fueron causadas por una mujer.
- Miedo a perder la vida.
- Temor el rechazo de su familia materna o paterna.
- Temor a ser considerados poco hombres.
- Temor a las venganzas.
- Temor a ser encarcelados.
- El temor a sentirse ridiculizados por sus amistades, compañeros de trabajo o simplemente por retraimiento ante sus semejantes temor a ser destruidos económicamente como consecuencia de la separación de sus parejas.

Aspectos a tomar en cuenta en la consejería:

- Compartir el problema de su situación de violencia, como parte de la solución al problema.
- Reconocer que son sujetos de derechos y puede hacer uso de los servicios de llamada de emergencia o denuncia a la PNC o FGR.
- Orientar sobre la existencia de instituciones legales que le pueden ayudar.
- Orientarle a que cuente con un plan para ponerse a salvo, él y sus hijos (si los hay) ya que si su pareja ha tenido actitudes violentas, esa violencia puede retornar en cualquier momento. Debe llamar al 911.

- La persona debe estar consciente que no es responsable del abuso cometido contra él. La violencia es responsabilidad de la persona que la ejecuta.
- Hacer comprender que es improbable que el abuso y la violencia cesen sin una intervención.
- Hacer del conocimiento a una persona de confianza sobre el abuso que sufre. Elegir a una persona que le crea, porque el secreto da fuerza al abuso.
- Informar sobre el abuso en las relaciones de pareja, ya que no es el único caso.
- Informar sobre los servicios de ayuda disponibles en su comunidad o área próxima.
- Practicar relaciones armoniosas, seguras y libres de violencia a través del control de impulsos y otras emociones negativas.
- Orientar sobre precauciones a seguir para evitar agresiones en la comunidad como, no aceptar invitaciones de personas desconocidas, personas conocidas con quien perdió contacto hace muchos años, desplazarse en horas nocturnas en lugares de alto índice delincriminal o bajo efectos de alcohol o drogas).
- No descuidar su propio bienestar. Se encuentra en una situación difícil que requiere energía y fortaleza, por lo cual debe encontrar tiempo para hacer algunas de las actividades que le hacen sentir bien.
- Establecer relaciones interpersonales y fortalecer las existentes, lo cual le ayudará a recordar que se pueden establecer relaciones afectuosas y positivas, que él también puede tenerlas y esto le fortalecerá su autoestima.
- Evitar que la consejería parezca un interrogatorio
- Usar un tono de voz que transmita aceptación, comprensión, empatía e interés por ayudarlo.

Referencia y retorno

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

Es de suma importancia coordinar actividades con la OLAV y con otras organizaciones que trabajan en la temática de la violencia de género, para la asistencia legal, psicológica individual o grupal e inclusive si el entorno familiar o comunitario se vuelve peligroso, se debe considerar brindar albergue temporal.

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

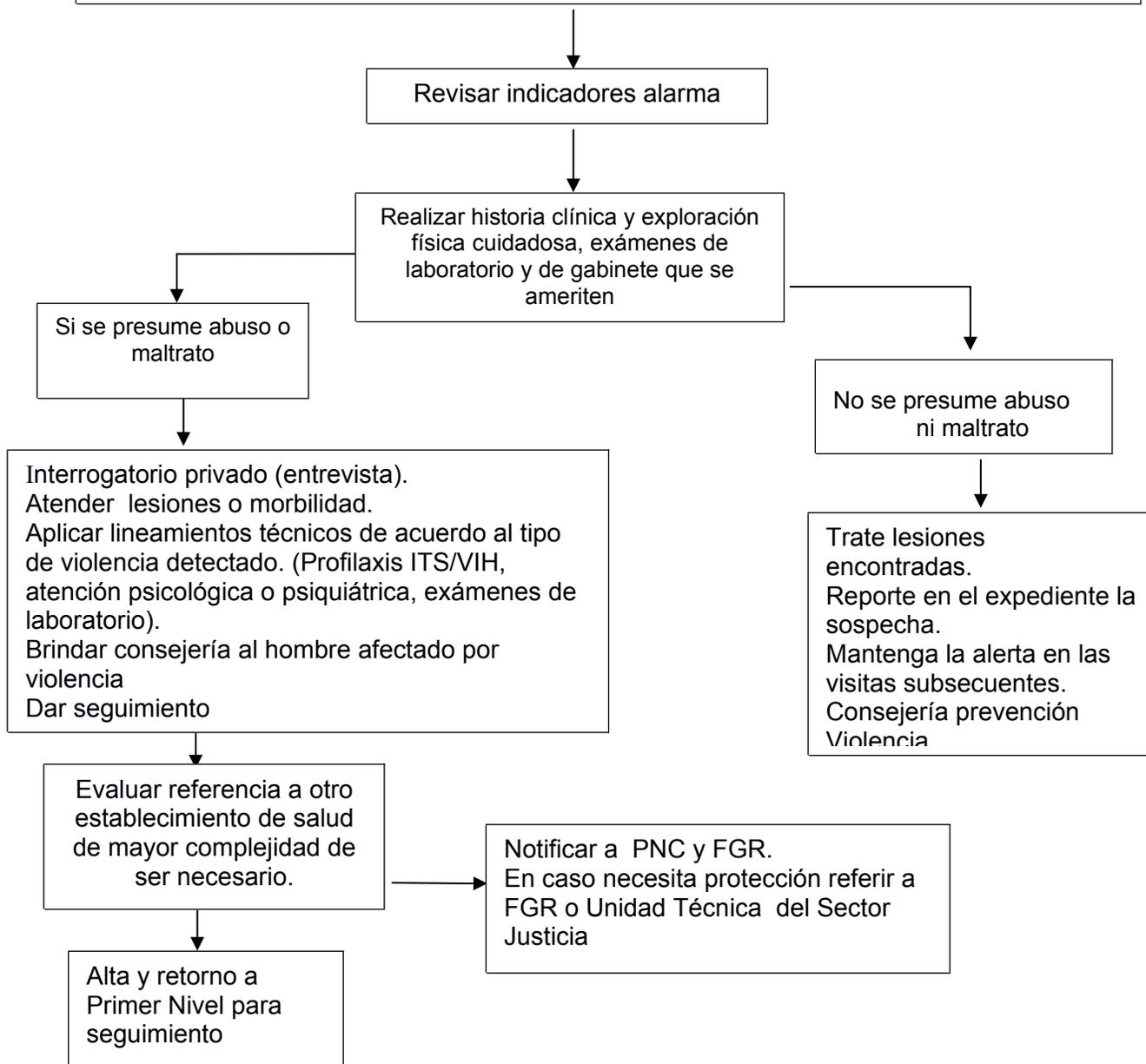
Aviso

Ante la identificación o sospecha de un hombre en situación de violencia en cualquiera de sus formas, el personal de salud debe dar aviso a la PNC, FGR (anexo 6).

Algoritmo para la atención de hombres afectados por violencia

Sospechar cuando se observan varios de los siguientes hallazgos:

- Señales de agresión física o sexual.
- Signos psicológicos (miedo o angustia, ansiedad, uso de drogas y alcohol sin antecedentes previos, depresión, temor, confusión, ideas ó intento suicida).
- Deterioro de la autoestima.
- Sangramiento por el ano o por la uretra.
- Disminución de sus posibilidades intelectuales y de su capacidad de trabajo e incapacidad para asumir los cambios de vida de manera apropiada.



Atención de personas afectadas por lesiones intencionales infligidas por otros

Violencia interpersonal

Es aquella que es producto de cualquier incidente deliberado con la intención de causar daño, lesión o muerte, donde la fuerza física u otra fuerza fue usada (o se amenazó con su uso) contra una persona (s) y condujo a una lesión o lesiones.

Diagnóstico

El personal de salud que atiende a las personas lesionadas, debe realizar el diagnóstico de las lesiones mediante la historia clínica y el examen físico, pudiendo complementarse con entrevista a los acompañantes de la persona lesionada.

Las personas lesionadas, 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 con base en la Clasificación CIE-10 (anexo 2), en su Capítulo XIX: traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98). Asimismo debe registrarse la causa externa que debe describir el mecanismo de cómo se produjo la lesión, intencionalidad, lugar donde sucedió el evento y actividad que la persona realizaba cuando se lesionó.

Examen físico

Al identificar lesiones que ponen en peligro la vida y que pueden producir algún grado de discapacidad temporal o permanente, se debe estabilizar al paciente y trasladarlo de inmediato al establecimiento de mayor complejidad.

De acuerdo a la severidad de la lesión y el tiempo de tratamiento, las lesiones o el trauma, 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 con los siguientes parámetros y puntuaciones del siguiente cuadro:

Cuadro 10. Escala de Glasgow

Apertura ocular	Puntos	Respuesta verbal	Puntos	Respuesta motora	Puntos
Espontánea	4	Orientado	5	A órdenes	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

- Leve: 14 a 15 puntos.
- Moderada: 9 a 13 puntos.
- 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.

Los pacientes con estas lesiones deben ser referidos al segundo nivel de atención y eventualmente por condiciones particulares, podrían ser referidas a l tercer nivel.

Lesiones severas (menos de 8 puntos)

Pacientes que pueden ser estabilizados con altas posibilidades de supervivencia con un tratamiento y transporte inmediatos, como en el caso de 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.

Los pacientes con lesiones de este tipo, deben ser referidos al tercer nivel de atención, después de la resucitación básica que pudiera efectuarse en el primero o segundo nivel.

Tratamiento

Al identificar lesiones que ponen en peligro la vida y que pueden producir algún grado de discapacidad (temporal o permanente) se debe estabilizar al paciente y trasladarlo de inmediato 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 choque.
- 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 exámenes o realizar procedimientos:

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

Referencia, retorno e interconsulta

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.

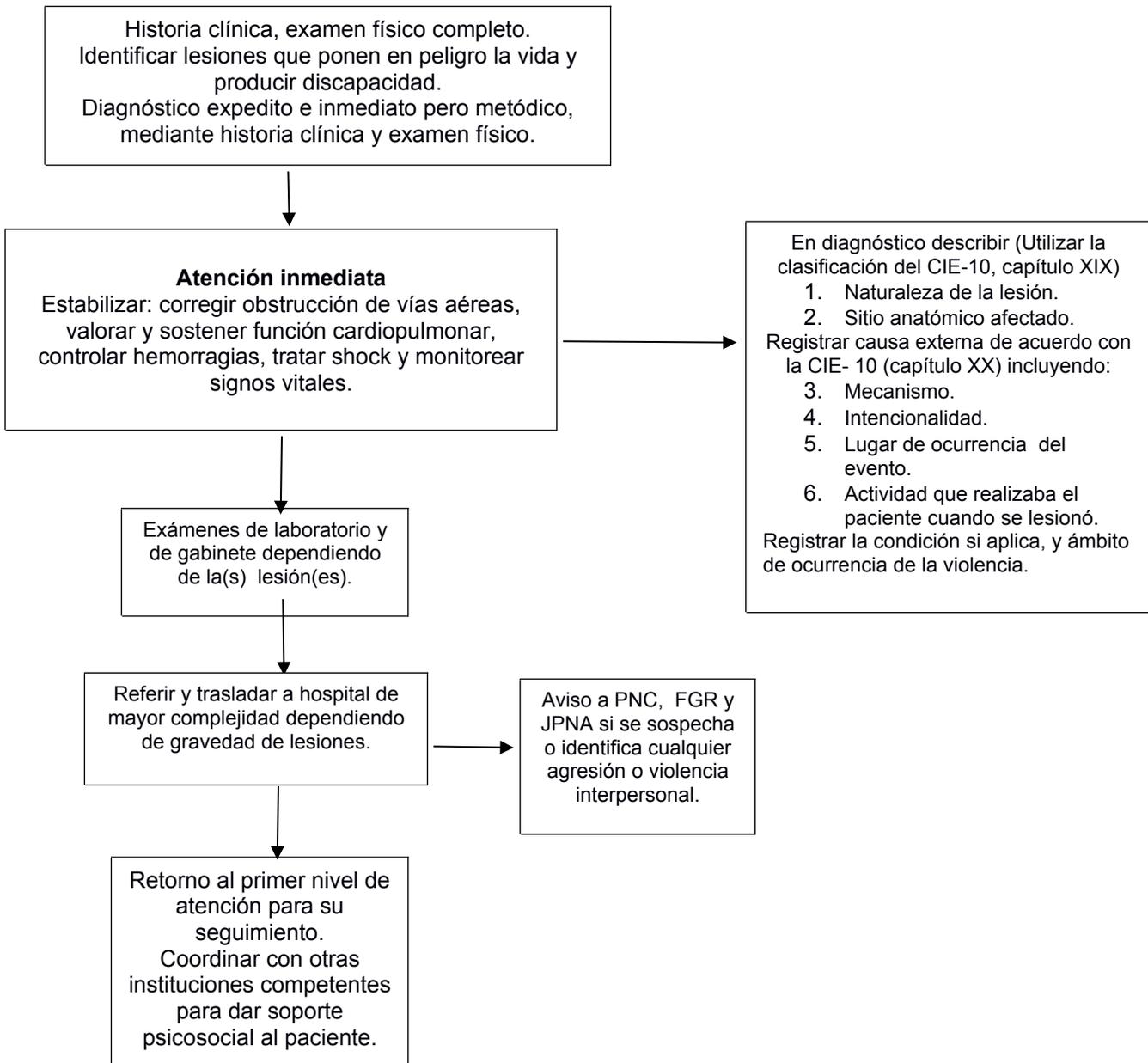
Se debe dar seguimiento a los factores de riesgo o a factores precipitantes de la ocurrencia de las lesiones, para disminuir la posibilidad de reincidencia. Coordinar con otras instituciones y organizaciones, para proporcionar soporte psico-social a la persona lesionada, según curso de vida.

El establecimiento de mayor complejidad debe retornar al de menor complejidad para la dispensarización y seguimiento, además de coordinar acciones con otras instituciones locales que pueden proveer atención psicológica y consejería.

Aviso legal

Toda lesión intencional infligida por otros debe ser notificada a las autoridades correspondientes, tales como: FGR o PNC en su defecto y a Junta de Protección (JPNA) en caso de niñez y adolescencia.

Algoritmo para la atención de personas afectadas por lesiones intencionales infligidas por otros: violencia interpersonal



Atención a personas adultas mayores víctimas de abuso o maltrato, negligencia y abandono

El abuso o maltrato se define como 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 ser parte del ciclo de la violencia intrafamiliar, cuidadores domiciliarios o ser el resultado de maltrato inflingido por falta de preparación y deshumanización de los sistemas de prestaciones sociales y sanitarios.

Una persona adulta mayor víctima de maltrato puede ser afectada por más de una forma de maltrato de manera simultánea o sucesiva y de diversas formas, físico, psicológico, abuso sexual, patrimonial y también negligencia o abandono, y se presenta en distintos contextos, ya sea en el ámbito familiar, en las instituciones que prestan asistencia a los adultos mayores y en la sociedad que los discrimina.

- Maltrato físico implica el uso de la fuerza física en contra de un adulto mayor que daña su integridad corporal, puede provocar dolor, lesión o discapacidad temporal o permanente y en casos extremos, la muerte. Se manifiesta, entre otros, mediante empujones o sacudidas, bofetadas, puñetes, patadas, golpes con objetos, pellizcones, quemaduras, inmovilización, sujeción mecánica o uso inapropiado de medicación por la fuerza.
- Abuso sexual es mantener contacto sexual no consentido y otras formas de agresión sexual con una persona mayor, empleando la fuerza, amenaza o engaño aprovechándose de su deterioro físico o psíquico.
- Maltrato psicológico implica acciones que producen angustia, pena, estrés, sentimientos de inseguridad, baja autoestima, o atentan contra la identidad, dignidad y respeto de la autonomía de una persona adulta mayor. Se incluye cualquier otra acción que supone el confinamiento u otra interferencia en la libertad personal de la persona adulta mayor, como negación en la toma de decisiones, encierro, aislamiento social de amigos y familiares.
- Abuso patrimonial, se refiere a las acciones, omisiones o conductas que afectan la libre disposición del patrimonio de la persona adulta mayor, 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.
- Violencia económica incluye, la explotación de los bienes, el fraude o estafa y el robo de dinero a una persona adulta mayor.

- Negligencia es el incumplimiento por deserción o fracaso de las funciones propias del cuidado para satisfacer las necesidades vitales de una persona adulta mayor (higiene, vestuario, administración de medicamentos, cuidados médicos).

La negligencia puede ser activa o pasiva:

- Negligencia activa, ocurre cuando el cuidador por prejuicio o descuido deja de proveer a la persona adulta mayor los cuidados necesarios para su condición, cuando por sí mismo no es capaz de proveérselos. Es un descuido intencional y deliberado.
- Negligencia pasiva, ocurre cuando el cuidador no provee los cuidados necesarios a una persona adulta mayor. Se da por ignorancia o porque es incapaz de realizarlos. Es un descuido involuntario.
- Auto-negligencia, se refiere al comportamiento de una persona adulta mayor que amenaza su salud o seguridad. Se manifiesta por negarse a proveerse de una adecuada alimentación, vestuario, vivienda, seguridad, higiene personal y medicación.
- Abandono, que se produce cuando cualquier persona o institución no asume la responsabilidad que le corresponde en el cuidado del adulto mayor, o que habiendo asumido el cuidado o custodia de un adulto mayor, lo desampara de manera voluntaria.

Diagnóstico

Los síntomas de abuso y maltrato en personas adultas mayores frágiles o dependientes, pueden tomar múltiples apariencias y por lo tanto al sospechar abuso o maltrato, el personal médico debe realizar una evaluación sistemática, del paciente por medio del examen clínico y entrevista privada, utilizando la hoja de tamizaje.

Indicadores de alarma

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

Físico y sexual

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

- Caídas recurrentes.
- Historia incongruente.
- Hematomas.
- Fracturas múltiples que no tienen causa determinada.
- Señales de estar amarrado, atado o golpeado.
- Deshidratación

- Desnutrición.
- Información aportada por otras personas.
- Infecciones de transmisión sexual.
- Heridas o dolor en zona genital.
- Alopecia
- Úlceras por decúbito

Psicológico

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 sustancias psicoactivas 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

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 por decúbito.
- 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).

Violencia económica y patrimonial

Al hacer la entrevista, el tamizaje y la historia clínica, se puede encontrar que la persona adulta mayor manifiesta:

- 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 artículos 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 cualquier tipo de abuso o maltrato, el personal de salud debe realizar las siguientes intervenciones:

- Entrevista y aplicación del tamizaje para la detección de violencia, exploración física sistemática por parte del personal médico.
- Indicar tratamiento médico según tipo de lesiones.
- Al detectar violencia sexual en mujeres adultas mayores, aplicar las intervenciones detalladas en la atención en salud integral a la violencia sexual en la mujer, a excepción de lo referido a la anticoncepción de emergencia.
- En caso de abuso sexual, si la adulta mayor es atendida en el primer nivel, se debe referir lo antes posible al hospital que brindará la atención Integral en la unidad institucional de atención especializada para la mujer (UIAEM) y además ingresar a la paciente para garantizar el cumplimiento del tratamiento indicado.
- Brindar consejería a la persona adulta mayor, a sus familiares y cuidadores sobre siguientes aspectos:
 - Prevención de la violencia.
 - Derechos de la persona adulta mayor estipulados en la ley de atención integral de la persona adulta mayor.
 - Incidencia de la violencia o abuso en la salud mental de la persona adulta mayor.
 - Tendencia que tiene la violencia o abuso a aumentar en frecuencia y en severidad con el tiempo.
 - Prevención y consecuencias del 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.

- Importancia de la denuncia y la instituciones legales en donde realizarla (FGR, PNC o PGR para seguimiento y acompañamiento legal del caso).

Atención psicológica.

- Primeros auxilios psicológicos.
- Referir a psicología o psiquiatría para intervención en crisis, según la condición de la persona afectada.
- Terapia de apoyo
- Terapia familiar
- Seguimiento por parte de psicología.

Referencia, retorno e interconsulta

Referir a otros profesionales de las áreas de ginecología, psicología, fisioterapia, nutrición, trabajo social, odontología, o a otro establecimiento de salud de mayor complejidad, si fuere necesario, dependiendo de su condición y estado de salud.

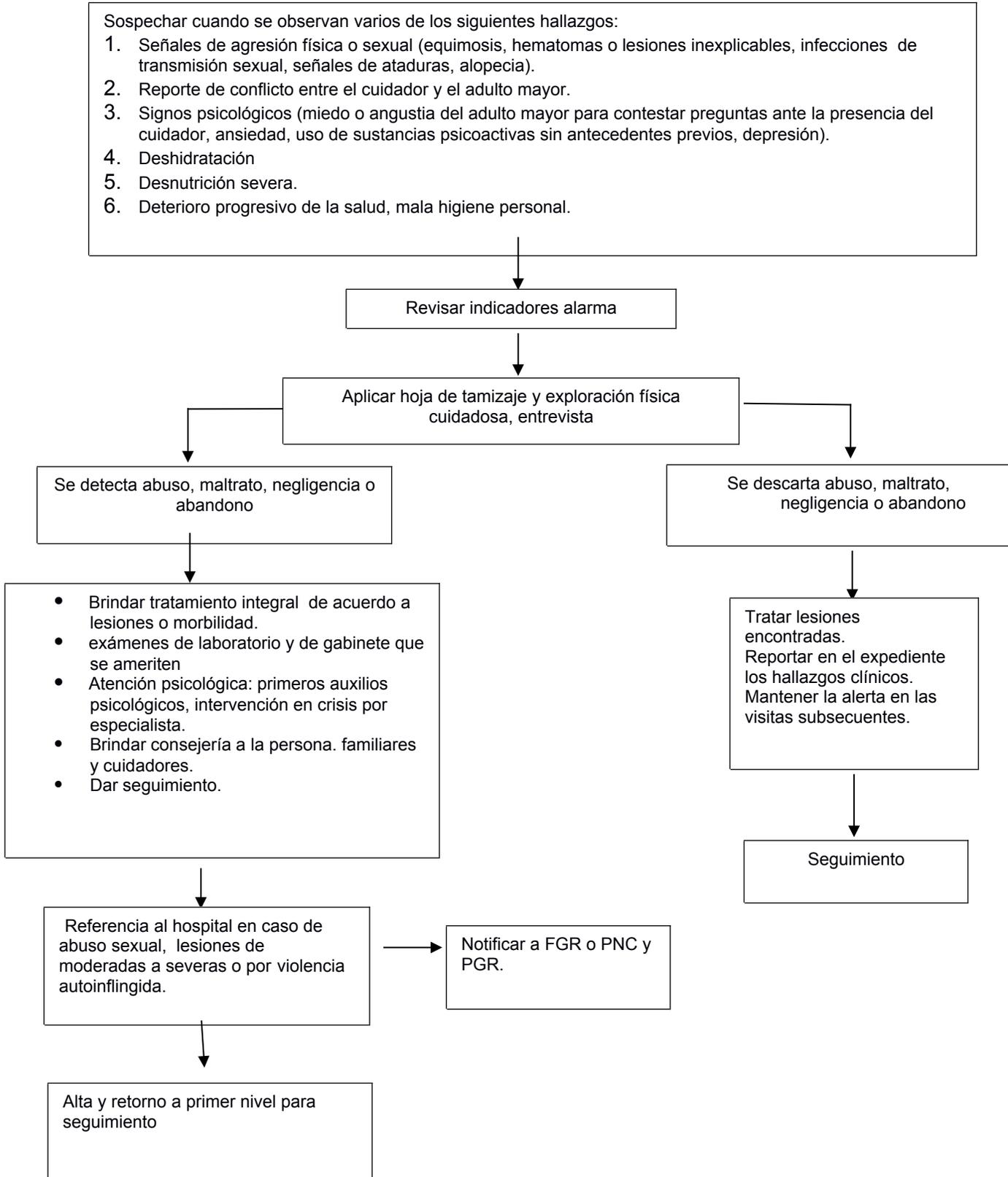
El retorno debe garantizar el trabajo multidisciplinario, para el seguimiento de la persona adulta mayor.

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

Aviso

En caso de identificar o sospechar negligencia, abandono, abuso, maltrato físico, psicológico o sexual, se debe avisar a la FGR o PNC y PGR.

Algoritmo para atención de personas adultas mayores víctimas de maltrato, abuso, negligencia y abandono



Atención a víctimas de trata de personas.

Trata de Personas

Según la Ley Especial contra la Trata de personas es la captación, transporte, traslado, acogida o recepción de personas, recurriendo a la amenaza o al uso de la fuerza u otras formas de coacción, al rapto, 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. Esta explotación incluirá, como mínimo, 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. Las personas víctimas de trata, han sido captadas con el propósito de obtener beneficios económicos por parte de sus captores, que independientemente de haber sido desarraigadas o no de su lugar de origen pierden su libertad.

Algunas de las modalidades de explotación humana son:

- Servidumbre
- Explotación sexual
- Explotación sexual en el sector turismo
- Trabajo forzado
- Esclavitud
- Mendicidad forzada
- Embarazo forzado
- Matrimonio o unión forzada
- Adopción fraudulenta
- Tráfico ilegal de órganos, tejidos, fluidos, células o embriones humanos
- Experimentación clínica o farmacológica
- Comercio de material pornográfico.

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.

Detección

El personal de salud que atiende a las personas afectadas por violencia, debe realizar detección temprana de casos de trata, a través de tamizaje para verificar si la persona está o ha estado en esa situación (anexo 1). 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 oportunamente y en un ambiente de privacidad y confidencialidad, evitando la re-victimización y estigmatización de la persona afectada.

Cuando se sospecha que una persona se encuentra en situación de trata, el personal debe:

Activar el dispositivo de seguridad previamente establecido en cuanto a:

- La notificación inmediata a PNC a través de otro recurso de salud del equipo de abordaje, que no ha tenido contacto con la víctima (por razones de seguridad).
- Guardar la estricta confidencialidad del caso tanto interna como externa al establecimiento.
- No indagar sobre el hecho delictivo sino unicamente aspectos relacionados con la salud de la víctima.
- No magnificar el caso, a través de mensajes, como lenguaje corporal, actitudes, expresiones verbales, para evitar involucrarse.
- Se deben registrar los datos pertinentes respecto a la situación de salud de la víctima.

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.
- Agresión sexual por vía vaginal, fístulas vaginales.
- Agresión por vía anal, fisuras (pequeñas heridas) o destrucción del esfínter anal.
- Infecciones de transmisión sexual (sífilis, gonorrea, VIH o sida, entre otras).
- Irritación, dolor o infecciones frecuentes en los órganos genitales.
- Deterioro odontológico.
- Adolescentes acompañadas por adultos que solicitan servicios de anticoncepción.

Físicos por explotación laboral:

- Agotamiento crónico.
- Desnutrición.
- Deshidratación.
- Síndromes causados por movimientos repetitivos como: tendinitis, tensiones musculares, dolor en las articulaciones, síndrome del tunel del carpo, entre otros.
- Insolación o hipotermia.
- Lesiones accidentales y enfermedades ocupacionales.
- Problemas del sistema respiratorio por exposición a químicos u otros contaminantes, infecciones cutáneas.

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.
- Trastornos de alimentación (Anorexia, bulimia, alimentación compulsiva).
- 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 NNA, 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 psicoactivas y 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 o abandona el estudio.

Tratamiento

Tratamiento según tipo de morbilidad o lesión.

Si la persona ha sido objeto de explotación sexual, se debe aplicar lo establecido en el presente lineamiento técnico, en el apartado correspondiente al abordaje de la violencia sexual. En caso de sospecha de intento de suicidio, realizar interconsulta o referir a psicología o psiquiatra, dependiendo de la severidad del caso, a la mayor brevedad posible.

Atención psicológica.

- Realizar intervención en crisis según la condición de la persona afectada.
- Primeros auxilios psicológicos.
- Terapia de apoyo.
- Terapia familiar.
- 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 farmacoterapia por lo que debe ser atendido por especialista..

Exámenes de laboratorio

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

Referencia, retorno e interconsulta

- Referir a otras especialidades para el tratamiento pertinente y rehabilitación.
- 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, debe ser atendida por personal médico y por el equipo multidisciplinario.

- Realizar interconsulta en forma urgente por psicología 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. Se debe evaluar la referencia a psiquiatría, si lo considera necesario.
- El segundo y tercer nivel de atención deben retornar a la persona afectada al primer nivel de atención y evaluación del ambiente familiar y se establezcan las posibles opciones de apoyo familiar con las que podría contar.
- Se deben realizar coordinación 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 farmacoterapia, deben ser referidas al establecimiento de salud de mayor complejidad.
- El seguimiento de los casos atendidos de personas afectadas por trata estará dirigido a la atención de las secuelas físicas, psicológicas y sexuales.

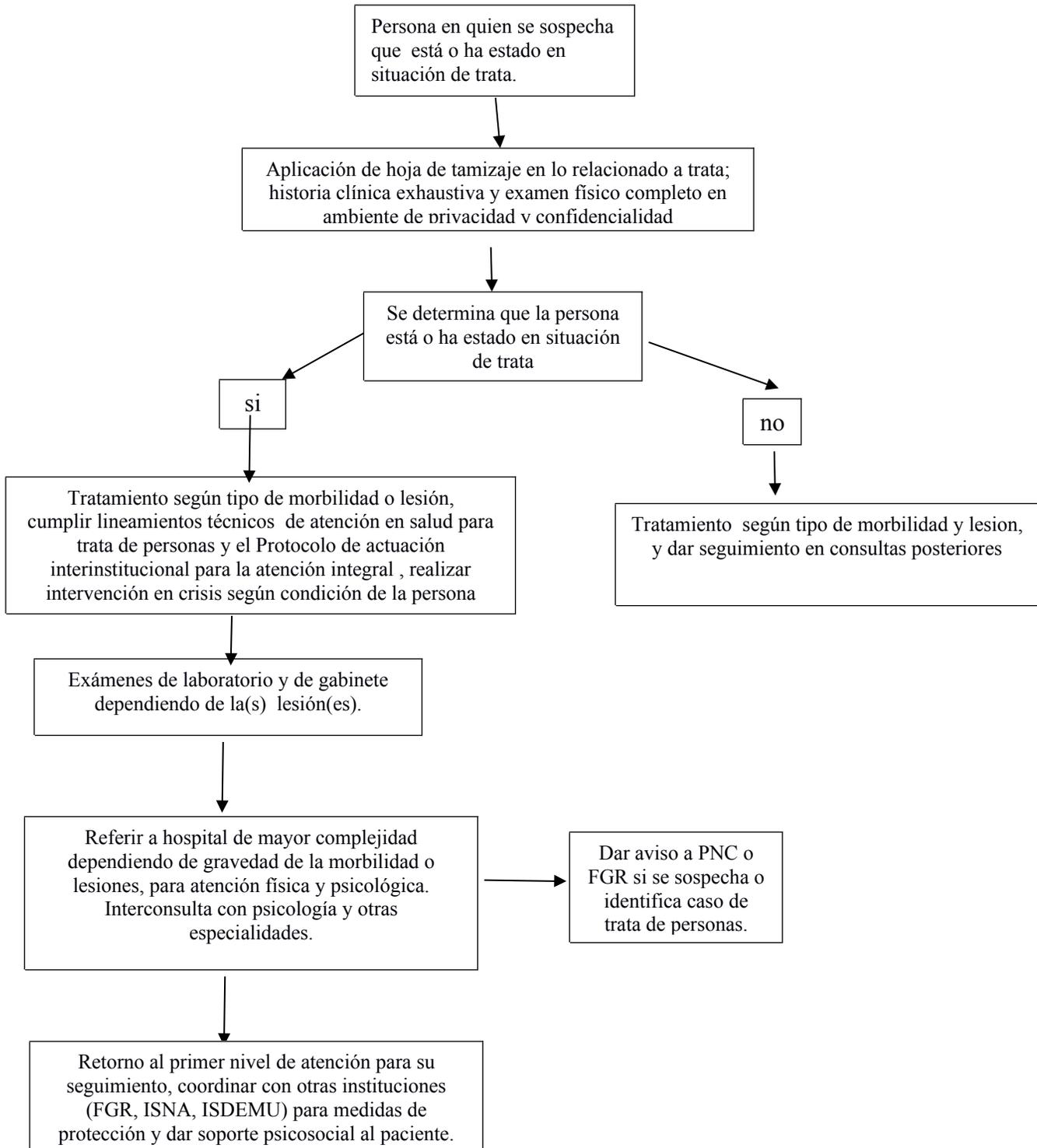
El establecimiento de mayor complejidad debe retornar al de menor complejidad para la dispensarización y seguimiento, además de coordinar acciones con otras instituciones locales que pueden proveer atención psicológica y consejería.

Resulta de mucha importancia para la seguridad del personal de salud que atiende y la persona afectada por esta modalidad de violencia, el manejo confidencial y la discrecionalidad en el abordaje del caso.

Aviso

Ante la sospecha de trata de personas dar aviso a PNC o FGR y en caso de niñas, niños y adolescentes también a la Junta de Protección.

Algoritmo para la atención de víctimas de trata de personas



Atención integral a población de lesbianas, gay, bisexuales, trans e intersexuales (LGBTI) afectados por violencia en todas sus formas

La violencia es un fenómeno social y no sólo un hecho individual o aislado, los crímenes basados en prejuicios constituyen racionalizaciones o justificaciones de reacciones negativas, frente a expresiones de orientaciones sexuales o identidades de género no normativas.

El Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos ha señalado que la violencia contra las personas LGBTI, constituye una “forma de violencia de género, impulsada por el deseo de castigar a quienes se considera que desafían las normas de género”.

La población LGBTI, en su curso de vida, continuamente se expone a situaciones de violencia en los diferentes ámbitos (familiar, comunitario, laboral, escolar), por lo que puede suponerse que, además del motivo de consulta, están enfrentando algún tipo de violencia: física, sexual, psicológica, negligencia, abandono, económica y patrimonial, entre otras.

A menudo esta población enfrenta alguno de los siguientes tipos de discriminación o agresión en la RIIS:

- Negativa de atención en salud integral necesaria.
- Ser culpados por su estado de salud.
- Personal de salud que se niega a tener contacto o utilizan precauciones excesivas.
- Personal de salud que presentan actitudes o utilizan lenguaje grosero o abusivo, siendo expuestas a abuso verbal sistemático, burlas, gritos y humillación.
- No ofrecer los servicios disponibles para la prevención y detección temprana de enfermedades como la toma de citología a hombres trans, examen de próstata a población transgénero y transexual.

La atención de la salud de la población LGTBI afectada por cualquier forma de violencia, no difiere de la atención que se da al resto de la población de mujeres y hombres, por lo que debe regirse por lo establecido en los presentes lineamientos técnicos y los Lineamientos Técnicos para la atención integral de la población LGBTI, debiéndose garantizar el derecho a acceder a la salud en condiciones de igualdad, independientemente de su orientación sexual o identidad de género.

Además el personal de salud responsable de dar la atención debe mantener una actitud neutral, es decir libre de prejuicios.

Diagnóstico

Indicadores de alarma

- Ideas o intentos suicidas
- Autoagresión
- Elevados niveles de estrés y angustia
- Aislamiento
- Sentimientos de vergüenza
- Temor a la discriminación
- Rechazo familiar
- Encontrarse fuera del sistema educativos
- Falta de acceso a los servicios de salud
- Consumo de alcohol, sustancias psicoactivas
- Hostigamiento en las escuelas (acoso escolar).
- Violencia de pareja.

Factores de riesgo

- Pertenecer en las que familias hay violencia crónica de diversos tipos hacia la población LGBTI.
- Proceder de familias altamente tradicionales, que funcionan dentro de roles de sexo/género rígidos, e intolerantes con la diversidad y el ejercicio democrático del poder.
- Falta de aceptación de su orientación sexual o identidad de género por parte de su familia y la sociedad en general.
- Múltiples parejas sexuales.
- Historia de enfrentamiento de hechos de violencia en cualquiera de sus formas.
- Consumo de alcohol y sustancias psicoactivas.

Para investigar la probabilidad de estar sufriendo violencia, se le puede preguntar:

- ¿Hay alguien que le está controlando o acusando?
- ¿Alguien le está amenazando?
- ¿Ha perdido su trabajo a causa de su orientación sexual?
- ¿Ha perdido contacto con su familia materna, paterna, con sus hijos/as o compañeros de trabajo?
- ¿Alguien le critica o le humilla frente a su pareja o frente a otras personas?
- ¿Alguien le controla estrictamente sus ingresos?
- ¿Su pareja tiene cambios bruscos de comportamiento y todo lo que usted hace le irrita?
- ¿Ha sido desplazado forzosamente por su orientación sexual o identidad de género?
- ¿Ha sufrido acoso sexual?

- ¿Le ha golpeado o le golpea con intención?

Algunos signos que hacen sospechar de maltrato o abuso, de acuerdo a los tipos de maltrato en la población LGBTBI son:

Violencia emocional, que incluye, denigraciones, control de las finanzas, aislar a la pareja y restringir sus libertades, abuso espiritual (ridiculizar o insultar la religión o creencias espirituales), manipulación, no dejarle ver a los hijos/as (los esconden o les arruinan las visitas).

Violencia física, que incluye, todo acto capaz de causar dolor o lesión física, tales como, heridas, golpes, arañazos, pellizcos, mordidas, castraciones, puñetazos, fracturas, quemaduras, laceraciones

Violencia sexual, que incluye, forzar o presionar a tener un tipo de relación sexual que no desea, ridiculizar, burlarse o criticar el desempeño sexual, privación de afecto o de relaciones sexuales, para castigarle por haber infringido las reglas de la persona abusadora, asimismo incluye las violaciones de las que son víctimas en algunos espacios como las cárceles.

Amenazas o intimidación, a través de palabra o actos que otras personas o la pareja utiliza para asustar o intimidar, tales como, destrucción de sus bienes y propiedades, amenazas de golpizas o de muerte, acoso u hostigamiento, extorsión, chantajes, gritos, mostrar sogas o armas con los que piensa agredirle, amenazas de dañar a personas a quien ama o a la familia

Historia clínica

El equipo de salud que atiende a la población LGBTBI afectada por violencia, debe realizar una historia clínica completa, en un ambiente de privacidad; orientada especialmente a establecer la existencia de lesiones que comprometen la vida de la persona.

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 agredido?
- ¿Quién fue el agresor / agresora y cuál es su relación con el / ella?
- ¿Cuál es la sintomatología derivada de la lesión? así como, si hay limitaciones de la actividad física posterior a la lesión.

Examen físico

El personal médico que atiende a la población LGBTBI, 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 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.
- Infecciones de transmisión sexual
- Dolor inexplicable o lesiones en el área genital o anal.

Además se debe verificar que las lesiones se correspondan con la magnitud del motivo de la consulta.

Exámenes de laboratorio

El personal médico debe indicar los exámenes de laboratorio y de gabinete, según los signos y síntomas de las lesiones que presente el usuario, tales como rayos X, TAC, entre otros, según la gravedad del caso.

Tratamiento

La participación del personal de salud, que atiende esta población, debe orientarse a asegurar los siguientes aspectos:

- Proporcionar una atención integral en salud, bajo un enfoque de derechos humanos, género, equidad, en condiciones de seguridad libres de estigma y discriminación.
- Atender las lesiones que la persona 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.
- Referir al hospital de acuerdo con el grado de severidad de las lesiones en caso de violencia sexual.
- Dar referencia para atención psicológica de la persona y su grupo familiar.
- 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 su familia.
 - Identificar el grado de riesgo que corren su vida y la de sus hijos e hijas.
 - Orientar sobre la construcción de un plan de vida.
 - Informar a la víctima sobre la importancia de hacer la denuncia ante la FGR y en su defecto PNC.
 - Dar a conocer que puede ser atendido por organismos gubernamentales y no gubernamentales que cuentan con los recursos para la asistencia psicológica o legal.
- Profilaxis para ITS/VIH, anticoncepción de emergencia en los casos de lesbianas agredidas sexualmente.

- Referencia a otras instituciones que pueden dar acompañamiento.

Prevención de ITS

Se debe indicar profilaxis para ITS a las personas de la población LGBTI siguiendo los lineamientos establecidos, en los siguientes casos:

- Cuando el hombre 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 personal médico consultante. Indicar terapia medicamentosa establecidos en estos lineamientos técnicos según sea el caso.
- Investigar antecedentes sobre la presencia de alergias a medicamentos y evaluar la prescripción de otros, según la condición del hombre.
- 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 genitales, anales u orales confirme el diagnóstico.

Profilaxis para hepatitis B

Todo persona de la población LGBTI que ha sido agredida sexualmente, debe ser vacunada contra hepatitis B, si no está protegida; para lo cual el personal de salud debe aplicar dosis, técnica y toma de antígenos según lineamientos establecidos.

Prevención de VIH

En las personas de la población LGBTI, se debe considerar profilaxis para VIH en los casos siguientes:

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

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, puedan brindar albergue temporal o para asistencia psicológica individual o grupal.

Referencia y retorno

Dependiendo de las lesiones físicas y psicológicas, se debe referir a las personas de la población LGBTI que han enfrentado hechos de violencia, al establecimiento de salud de mayor complejidad.

Es de suma importancia coordinar actividades con otras organizaciones que trabajan en la temática de violencia de género y con esta población, para que en los casos en los que el ambiente familiar o comunitario represente riesgos, estos organismos puedan brindar albergue temporal o para la asistencia psicológica individual o grupal.

El retorno al primer nivel de atención depende de la condición de salud del usuario, así como, de los límites geográficos de seguridad en casos de desplazamiento forzado interno, en los cuales debe coordinar con el establecimiento correspondiente al nuevo lugar de residencia.

En el caso de personas en situación de desplazamiento forzado interno, debe recuperarse los antecedentes clínicos, coordinando con el establecimiento de salud de procedencia. Para el retorno, la UCSF debe informar al Ecos Especializado, para la dispensarización y seguimiento, además de coordinar acciones con otras instituciones locales que pueden proveer atención psicológica y consejería.

Aviso

Ante la identificación o sospecha de una persona de la población LGBTI en situación de violencia, en cualquiera de sus formas, el personal de salud debe dar aviso a la FGR y en su defecto a la PNC (anexo 6); en caso de niñez y adolescencia también a Juntas de Protección .

Algoritmo para la atención de población LGBTI afectada por violencia

Sospechar cuando se observan varios de los siguientes hallazgos:

- Señales de agresión física o sexual.
- Signos psicológicos (miedo o angustia, ansiedad, uso de drogas y alcohol sin antecedentes previos, depresión, temor, confusión)
- Deterioro de la autoestima.
- Sangramiento por el ano o vagina.
- Intentos suicidas
- Autoagresión

Revisar indicadores alarma

Realizar exploración física cuidadosa, exámenes de laboratorio y de gabinete que se ameriten

Si se presume abuso o maltrato

No se presume abuso ni maltrato

Interrogatorio privado (entrevista)
Brindar tratamiento integral de acuerdo a lesiones o morbilidad
Profilaxis ITS/VIH
ACO de emergencia
Atención psicológica
Consejería a la persona afectada por violencia
Dar seguimiento

Tratar lesiones encontradas.
Reportar en el expediente la sospecha
Mantener la alerta en las visitas subsecuentes

Evaluar referencia a establecimiento de salud de mayor complejidad

Notificar a Juntas de Protección en el caso de NNA, PNC y FGR

Alta y retorno a Primer Nivel para seguimiento

Coordinar con instituciones que trabajan con población LGBTI para acompañamiento y asistencia psicosocial y legal

Atención integral de las personas víctimas de movilidad interna/ desplazamiento interno forzado

Diagnóstico

Se entenderá como “persona o grupos de personas que se ven forzadas u obligadas a huir, abandonar sus hogares o lugares de residencia habitual, en particular como resultado de, o con el fin de evitar, los efectos de situaciones de violencia generalizada, de violaciones de los derechos humanos, de catástrofes naturales o producidas por el ser humano, y que no han cruzado una frontera de Estado internacionalmente reconocida” (ONU, 1998).

El desplazamiento forzado es un fenómeno que vulnera los derechos humanos de las personas, familias y comunidades, atenta contra su salud psicológica, mental y física. Situación que puede generarse por violencia generalizada, conflictos armados o grupos armados la margen de la ley, así como por crimen organizado.

Historia clínica

El equipo de salud que atiende a las personas víctimas de desplazamiento forzado, debe realizar una historia clínica completa, en un ambiente de privacidad; orientada especialmente a establecer la existencia de lesiones que comprometen la vida de la persona.

Tomando como base la *Hoja de ruta de coordinación interinstitucional para la atención y protección integral de las víctimas de movilidad interna a causa de la violencia*, elaborada por el Ministerio de Justicia y Seguridad Pública, se enlistan los perfiles de víctimas considerados para la activación de la hoja de ruta:

- Personas amenazadas en su integridad física, psicológica o su libertad, por miembros de grupos delincuenciales organizados o agentes estatales (cuerpos de seguridad).
- Personas en riesgo de ser reclutadas u obligadas a colaborar de cualquier forma con estructuras de delincuencia organizada.
- Personas que sean víctimas o testigos de algún hecho delictivo, independientemente de si están o no dentro de un proceso de investigación o judicial.
- Persona cuyo familiar o grupo familiar, está siendo amenazado o perseguido por un miembro o miembros de delincuencia organizada.
- Comunidades – inclusive pueblos indígenas - cuyos integrantes estén siendo amenazados o perseguidos por un miembro o miembros de delincuencia organizada.
- Personas que sufran persecución o amenazas de cualquier índole por su orientación sexual, identidad de género o expresión de género por cualquier miembro o miembros de delincuencia organizada.
- Persona retornada, que a causa de la violencia, no pueda regresar a su lugar de origen por ser víctima de amenaza, persecución o violencia ya sea física, sexual o psicológica, por cualquier miembro o miembros de delincuencia organizada, por su condición.

- Niñas, niños, adolescentes, hombres y mujeres, que sean víctimas de violencia física, sexual y psicológica por miembros de delincuencia organizada.
- Todo niño, niña o adolescente que sea obligado a formar parte o colaborar de forma directa e indirecta con cualquier grupo de delincuencia organizada.
- Personas coaccionadas a mantener un vínculo con pandillas o de quienes se presume estar vinculados a estas de manera coaccionada.
- Personas que han tenido que movilizarse internamente a raíz de un evento como, desaparición, privación de libertad u homicidio de un familiar o grupo familiar, por la delincuencia organizada o agentes estatales (cuerpos de seguridad).

Examen físico

La personal médico que atienda a estas personas, debe dar especial énfasis a la búsqueda y al detalle minucioso de todas las lesiones en cualquier sitio anatómico del cuerpo.

Exámenes de laboratorio

El personal médico debe indicar los exámenes de laboratorio y de gabinete, según los signos y síntomas de las lesiones que presente la persona, así como de la gravedad del caso.

Tratamiento

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

- Manejo de las lesiones.
- Profilaxis o tratamiento para ITS/VIH, en caso de violencia sexual
- Soporte emocional, psicológico o psiquiátrico.
- Tratamiento de enfermedades agudas y crónicas.
- Consejería sobre la problemática de la violencia y desplazamiento forzado.
- Referir a Oficinas Locales de Atención a Víctima (OLAV) en hospitales que cuenten con ellas, para asesoramiento legal.
- Referencia a otras instituciones que podrían ayudar o complementar el abordaje integral.
- Coordinar con instituciones que cuentan con albergues (Fundación Cristosal)
- PGR, Dirección de Atención a Víctimas del Ministerio de Justicia y Seguridad Pública, organizaciones de mujeres, entre otras) en caso de que la persona o grupo familiar detectado, necesiten protección u organizaciones de la sociedad civil que trabajan el tema.

Para lograr estos objetivos, el personal que atiende a las personas víctimas de desplazamiento forzado, debe realizar lo siguiente:

1. Referir al hospital o ingresar al paciente, de acuerdo al grado de severidad de las lesiones o enfermedad.

2. Atender las lesiones que la víctima presenta, en forma oportuna y eficiente, con especial énfasis en aquellas que comprometan la vida de la misma, o que podrían dejar secuelas en su salud.
3. Dar referencia para atención psicológica o psiquiátrica a la víctima de violencia en condición de desplazamiento forzado y su grupo familiar.
4. Brindar consejería, orientando en los siguientes aspectos:
 - Destacar la importancia de las relaciones familiares libres de violencia.
 - Fortalecer en las víctimas de desplazamiento forzado, el reconocimiento del valor de su integridad física y la importancia de ésta para su familia.
 - Identificar el grado de riesgo que corre su vida y la de los miembros de su grupo familiar.
 - Informar a la víctima sobre la importancia de hacer la denuncia ante la Fiscalía General de la República y en su defecto PNC.
 - Dar a conocer que puede ser atendido por organismos gubernamentales y no gubernamentales que cuentan con los recursos para la asistencia psicológica o legal.
 - Orientar a la persona sobre la importancia de elaborar un plan de vida y de seguridad para ella y su familia.

Atención psicológica

El desplazamiento forzado por ser un evento traumático y extremo conlleva el desajuste en las dinámicas personales y familiares, provocando sintomatologías presentes en trastornos específicos. Son vulneraciones psicosociales ya que afectan la salud mental de las personas víctimas, su interacción y la respuesta con el entorno social.

El profesional de salud mental, debe estar atento a algunos síntomas y trastornos:

- Miedo o angustia
- Ansiedad
- Depresión
- Temor
- Confusión
- Irritabilidad
- Ataques de ira
- Ideas o intentos suicidas
- Dificultades para concentrarse
- Hipervigilancia o respuestas exageradas de sobresalto
- Dificultades para conciliar o mantener el sueño
- Deterioro de la autoestima
- Disminución de sus posibilidades intelectuales y de su capacidad de trabajo e incapacidad para asumir los cambios de vida de manera apropiada.

Referencia y retorno

Dependiendo de las lesiones físicas y psicológicas, se debe referir a las víctimas violencia en condición de desplazamiento forzado, al establecimiento de mayor complejidad, para garantizar el continuo de la atención, incluyendo el abordaje por un profesional de psicología o psiquiatría, tomando en cuenta la seguridad de la persona y familia.

Es de suma importancia coordinar actividades con otras organizaciones que trabajan en la temática de desplazamiento forzado, para que se gestione un albergue temporal o para la asistencia psicológica individual o grupal. El retorno al primer nivel de atención, depende de la condición de salud y seguridad de las personas y familias. Para el retorno, la UCSF debe informar al Ecos Especializado, para la dispensarización y seguimiento, además de coordinar acciones con otras instituciones locales que pueden proveer atención psicológica y consejería.

Aviso

Ante la identificación o sospecha de una persona o familia, en condición de desplazamiento forzado y en situación de violencia en cualquiera de sus formas, se debe considerar de manera individualizada, la situación de seguridad de la persona o familia afectada y contar con la anuencia de ella, para dar aviso a la FGR o PNC en su defecto, en caso de niñez y adolescencia también se debe notificar a la junta de protección correspondiente (anexo 5).

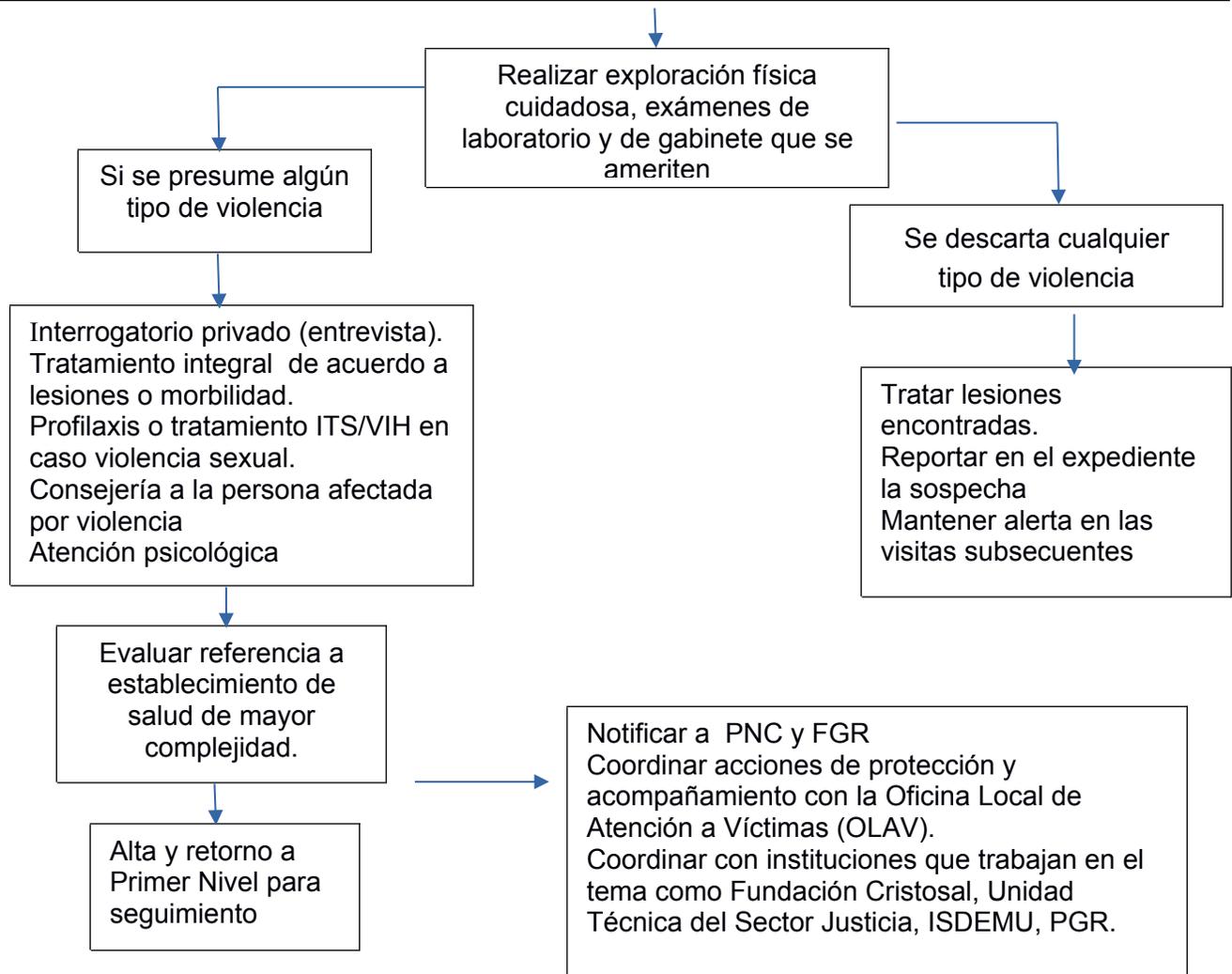
Algoritmo para la atención integral de las personas víctimas de movilidad interna/desplazamiento forzado

Se observan varios de los siguientes hallazgos:

Señales de agresión física o sexual

Signos o trastornos psicológicos:

- Miedo o angustia
- Ansiedad
- Depresión
- Temor
- Confusión
- Irritabilidad, ataques de ira, dificultades para concentrarse, hipervigilancia o respuestas exageradas de sobresalto
- Dificultades para conciliar o mantener el sueño
- Deterioro de la autoestima
- Disminución de sus posibilidades intelectuales y de su capacidad de trabajo e incapacidad para asumir los cambios de vida de manera apropiada



Atención integral de la población indígena afectada por violencia en todas sus formas

Diagnóstico

De acuerdo a la *Política Nacional de Salud de Pueblos Indígenas*, para la Reforma de Salud de El Salvador, la definición de salud supera la visión estática de la OMS, se acerca más a la definición de salud de los pueblos Indígenas, que la reconoce como un proceso dinámico, social y culturalmente determinado, producto de las relaciones establecidas en una sociedad, que se trazan desde el campo individual al social, económico y político, y que se expresan en la buena o mala salud (incluye la enfermedad, pero no limitándose ésta); plantea además que solo las relaciones equitativas y democráticas en la sociedad y con la naturaleza pueden favorecer que el ambiente produzca buena salud.

Historia clínica

El equipo de salud que atiende a las personas de los pueblos indígenas, debe realizar una historia clínica completa en un ambiente de privacidad, sin discriminación, respetando principios, valores, conocimientos y saberes de la población indígena; la historia debe estar orientada especialmente a establecer si hay lesiones que comprometen la vida de la persona.

Examen físico

El personal médico que atiende a estas personas, debe dar especial énfasis a la búsqueda y al detalle minucioso de todas las lesiones en cualquier sitio anatómico del cuerpo.

Exámenes de laboratorio

El personal médico debe indicar los exámenes de laboratorio y de gabinete, según los signos y síntomas de las lesiones, así como la gravedad del caso que presente la persona.

Tratamiento

Las barreras culturales plantean el reto más complejo, ya que hay poca comprensión de los factores sociales y culturales que derivan del conocimiento, actitudes y prácticas relacionadas con la salud de los pueblos indígenas. (OMS)

La participación del personal médico y del personal de salud, que atienden a las personas de pueblos indígenas, afectadas por violencia, deben orientarse a asegurar los siguientes aspectos:

- Manejo de las lesiones
- Soporte emocional y psicológico
- Consejería respecto a la problemática de violencia.

- Referencia a otras instituciones que podrían ayudarle o complementar el abordaje integral.

Para lograr estos objetivos, el personal que atiende a las personas de pueblos indígenas afectadas por violencia, debe realizar lo siguiente:

1. Referir al hospital o ingresar al paciente de acuerdo con el grado de severidad de las lesiones.
2. Atender las lesiones que la víctima 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.
3. Dar referencia para atención psicológica a la víctima de violencia y su grupo familiar.
4. Brindar consejería orientando en los siguientes aspectos:
 - Destacar la importancia de las relaciones familiares libres de violencia.
 - Fortalecer en las personas de pueblos indígenas, el valor de su integridad física y la importancia de ésta para su familia.
 - Identificar el grado de riesgo que corre su vida y la de las personas de su grupo familiar.
 - Orientar sobre la construcción de un plan de vida.
 - Informar a la víctima sobre la importancia de hacer la denuncia ante la FGR o en su defecto a la PNC.
 - Dar a conocer que puede ser atendido por organismos gubernamentales y no gubernamentales que cuenten con los recursos para la asistencia psicológica o legal.

Atención psicológica

Se debe realizar la referencia para atención psicológica o psiquiátrica, según la condición del paciente, tomando en consideración la necesidad de atención psicológica de la familia. El profesional de salud mental debe estar atento a los síntomas o trastornos:

- Miedo o angustia
- Ansiedad
- Depresión
- Confusión
- Irritabilidad
- Ataques de ira
- Dificultades para concentrarse
- Dificultades para conciliar o mantener el sueño
- Deterioro de la autoestima.
- Disminución de sus posibilidades intelectuales y de su capacidad de trabajo.

Referencia y retorno

Dependiendo de las lesiones físicas y psicológicas, se debe referir a las personas de pueblos indígenas 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 derechos de pueblos indígenas, para que se gestione un albergue temporal, en caso de ser requerido o para la asistencia psicológica individual o grupal.

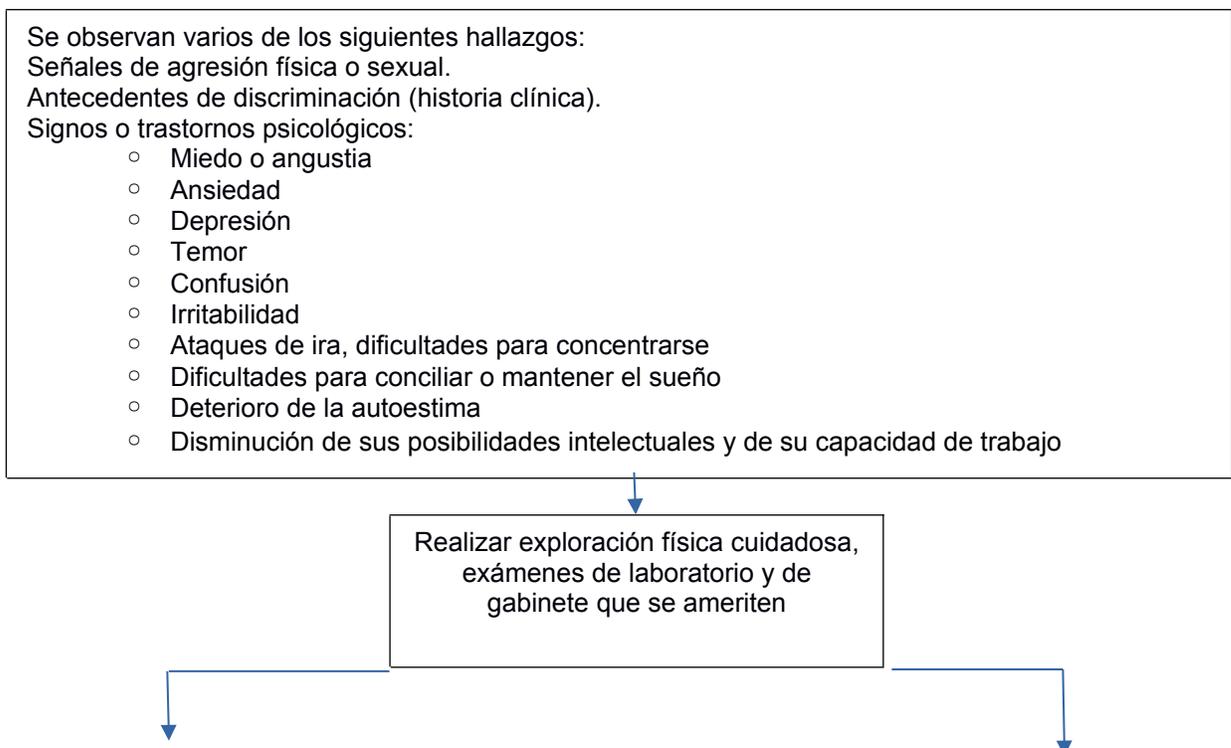
El retorno al primer nivel de atención, depende de la condición de salud del usuario y la seguridad de las personas y familias.

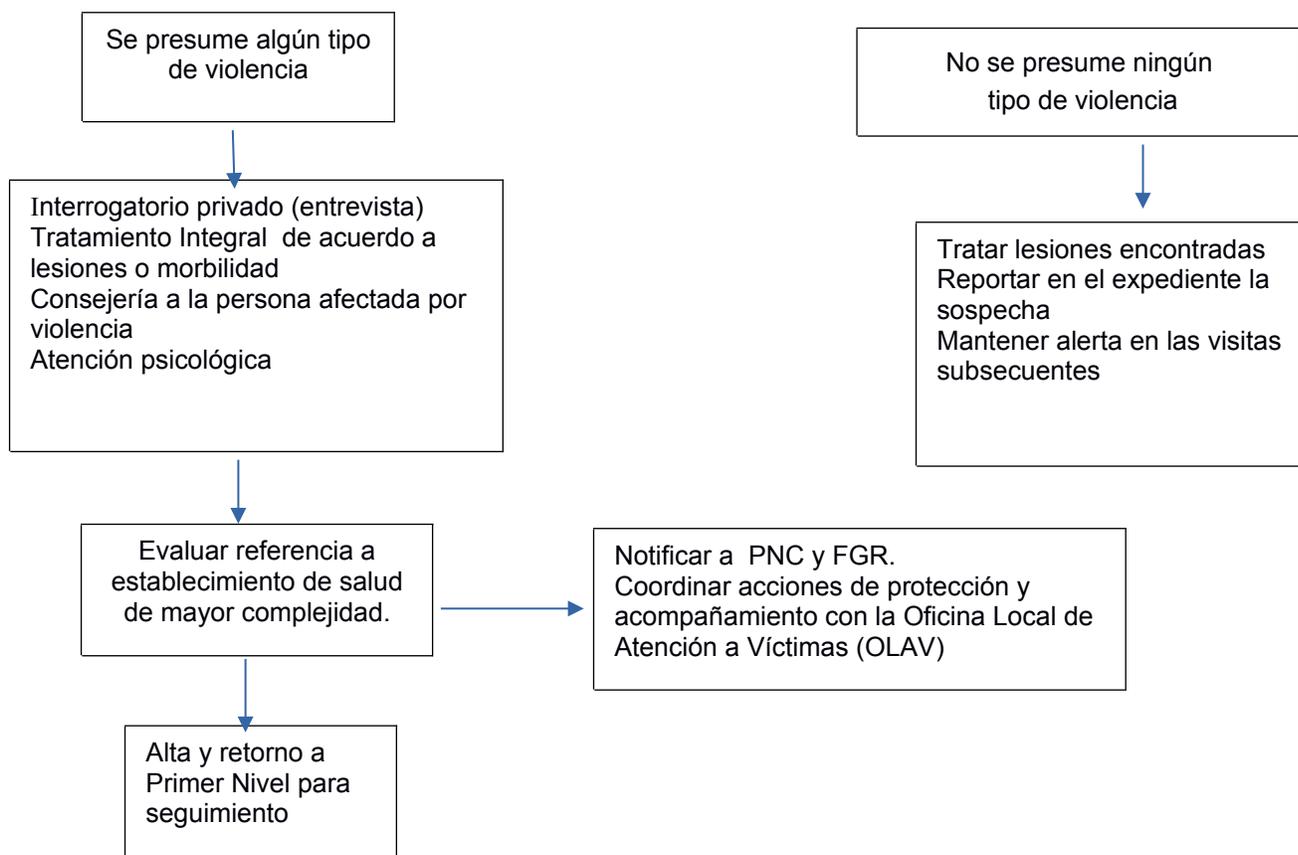
Para el retorno, la UCSF debe informar al Ecos Especializado, para la dispensarización y seguimiento, además de coordinar acciones con otras instituciones locales que pueden proveer atención psicológica y consejería.

Aviso

Ante la identificación o sospecha de una persona de pueblos indígenas afectada por violencia, en cualquiera de sus formas, el personal de salud, debe dar aviso a la FGR y PNC (anexo 6). En caso de niñez y adolescencia también a la junta de protección correspondiente .

Algoritmo para la atención integral de la población indígena afectada por violencia en todas sus formas





Atención de personas víctimas de lesiones de causa externa

Definición

La Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª Versión (CIE-10) define lesiones de causa externa como una lesión corporal (sospechosa) que resulte de una sobreexposición aguda a una forma de energía (esta puede ser mecánica, térmica, eléctrica o radiante) que interactúe con el cuerpo en cantidades o niveles que exceda la tolerancia fisiológica.

Historia clínica

Con relación a la recopilación de la historia clínica, se deben investigar las circunstancias, mecanismos y formas en las que se produjo la lesión o a los agentes externos que la provocaron. Las causas externas no constituyen diagnósticos médicos, sino descripciones de hechos, eventos o circunstancias que ocasionan las lesiones, y deben incluir:

- **Mecanismo**
- **Intencionalidad**
- **Lugar**
- **Actividad**

Con el objetivo de registrar todas las características, se debe recordar la fórmula nemotécnica: **MILA**. (Instructivo de llenado de formulario de Lesiones de Causa Externa).

En el primer nivel de atención, se registran datos de lesiones de causa externa, a través del formulario de Registro de Consulta Ambulatoria y Atenciones Preventivas.

Es importante investigar algunos *datos generales del evento*, tales como: Fecha y hora de historia clínica, fecha y hora de ocurrencia de la lesión, departamento y municipio del lugar del evento y de ser posible, dirección exacta; tipo de evento, mecanismo de la lesión, intencionalidad con que se produjo, lugar de ocurrencia y actividad que realizaba el paciente cuando sucedió el evento. Estos datos son de carácter obligatorio para todas las lesiones de causa externa.

Hay algunos *datos específicos* a recabar en la historia clínica de algunos mecanismos de causas externas como los accidentes de transporte, agresiones y lesiones autoinfligidas.

En accidentes de transporte, es importante investigar el tipo de transporte en que se conducía la víctima y la contraparte, tipo de usuario y tipo de accidente. En agresiones por violencia interpersonal, es importante detallar el tipo de relación del agresor con la víctima y el contexto en que sucedió la lesión. En lesiones autoinfligidas intencionalmente, se deben detallar los factores precipitantes que condujeron a la víctima a autolesionarse.

Se deben registrar datos clínicos del evento como la severidad de la lesión, severidad del trauma craneoencefálico y destino del paciente desde la unidad de emergencia. En los hospitales nacionales, se cuenta con el formulario de recolección de datos de Lesiones de Causa Externa, que es a la vez, la historia clínica. (Ver anexo 10).

Examen físico

El personal médico que atiende estos casos, debe realizar examen físico completo por sistemas y dar especial énfasis a la búsqueda y al detalle minucioso de todas las lesiones.

Exámenes de laboratorio y gabinete

El personal médico debe indicar los exámenes de laboratorio y de gabinete pertinentes según los signos y síntomas de las lesiones que se presenten en cada caso.

Diagnóstico

La mayoría de las veces, la naturaleza de la afección será clasificable en el Capítulo XIX de la CIE-10, Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (S00–T98) Ver anexo 2. Lo que generará el diagnóstico principal o secundario, el cual debe contener dos variables: naturaleza de la lesión y sitio anatómico.

Se deben registrar los datos pertinentes respecto a la situación de salud del paciente, especialmente en lo relacionado a la naturaleza de la lesión y sitio anatómico, lo cual llevará a definir un diagnóstico de la lesión (anexo 2).

Tratamiento

Se debe proporcionar tratamiento médico requerido de acuerdo con el tipo de lesiones encontradas:

- Prescribir medicamentos según diagnóstico clínico.
- Realizar procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos según diagnóstico.

Referencia retorno e interconsulta

Dependiendo de las lesiones físicas encontradas, se debe referir, al establecimiento de salud de mayor complejidad.

El retorno al primer nivel de atención depende de la condición de salud del paciente y para ello, la UCSF debe informar al Ecos Especializado, para la dispensarización y seguimiento. Se deben solicitar interconsulta con la disciplina o especialidad que amerite cada caso.

Avisos

Se darán avisos a entidades legales en casos constitutivos de delitos o vulneración de derechos, según corresponda a la Fiscalía General de la República, Policía Nacional Civil, y a la junta de protección de la niñez y adolescencia correspondiente.

Atención a personas afectadas por lesiones autoinfligidas

Definición

Son aquellas lesiones provocadas por el uso deliberado de fuerza física u otra fuerza contra uno mismo, con la intención de causar daño, lesión o muerte. El automaltrato incluye actos como la automutilación.

El intento de suicidio es usado para referirse a cualquier comportamiento suicida no fatal y se refiere a autointoxicación intencional, lesión o daño a sí mismo que puede o no tener un desenlace fatal. El suicidio es el acto de matarse deliberadamente a sí mismo.

Clasificación

Comprende:

- El comportamiento suicida, que incluye, pensamientos suicidas, planificación suicida, intentos de suicidios (“parasuicidio” o “intento deliberado de matarse”) y suicidio consumado.
- Las autolesiones, que incluye el automaltrato y la automutilación.

Las personas y especialmente los adolescentes que tienen intentos suicidas requieren de atención médica inmediata con intervenciones psiquiátricas, psicológicas y sociales dependiendo de la existencia de una intención clara de atentarse contra su vida, de los factores de riesgo y del soporte emocional con el que cuentan las personas.

Entre los principales factores de riesgo que actúan acumulativamente para aumentar la vulnerabilidad al comportamiento suicida, se encuentran:

Factores demográficos o sociales	Factores clínicos	Factores específicos de la edad
<ul style="list-style-type: none"> • Desesperanza. • Aislamiento social. • Familia disfuncional. • Estrés laboral o académico. • Residir en una zona rural. • Pérdida de un ser querido. • Ser un hombre joven. • Soltería y en especial viudez. • Fácil acceso a un arma de fuego. • Acceso a fármacos. • Tener un plan, hacer notas o comentarios acerca de su propia muerte. 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades psiquiátricas (especialmente depresivas). • Trastornos de la personalidad. • Autodaño o intentos previos de suicidio. • Enfermedades crónicas. • Conducta violenta o impulsiva. • Antecedentes de familiares con intentos de suicidio. • Personalidad ansiosa. • Colérica • Alcoholismo o drogadicción • Familiares que presenten problemas con el consumo de alcohol o drogas. • Trastorno de conducta, presentar ambivalencia acerca de morir o vivir. 	<ul style="list-style-type: none"> • Carencia de apoyo familiar. • Problemas escolares. • Ostracismo social. • Antecedentes de abuso. • Embarazo no deseado. • Ser víctima de la humillación. • Dificultad en la identidad de género. • Incomprensión.

Factores precipitantes

Las situaciones estresantes, pueden contribuir de modo significativo para que la persona cometa el acto suicida. Algunos de estos factores precipitantes pueden ser:

- Fracaso académico.
- Pérdida de un ser querido.
- Perder la seguridad emocional.
- Problemas económicos.
- Problema social.
- Presentar uno o varios de los factores de riesgo.
- Ser víctima de abuso sexual, físico o psicológico
- Conflicto con la pareja o la familia
- Padecer de un trastorno mental
- Enfermedad física crónica o incurable.
- Desempleo
- Embarazo no deseado

- Conducta adictiva
- Problemas con la justicia

Factores de protección:

Los factores de protección son aquellos acontecimientos o condiciones que disminuyen el riesgo de un suicidio, pudiendo ser:

- Relaciones familiares armoniosas
- Bienestar emocional
- Ausencia de factores estresantes
- Buenas relaciones sociales
- Presentar satisfacción y logro académico.
- Contar con una nutrida red de apoyo social.
- Experimentar respeto personal
- Buena autoestima.
- Tener la habilidad para la resolución de problemas o de afrontamiento.
- Pertenecer a un grupo religioso.
- Tener hijos pequeños
- Tener personas dependientes
- Ser una persona motivadora

Historia clínica

En la historia clínica es importante investigar la actitud de las personas ante su bienestar y sus expectativas futuras. La Escala de Desesperanza de Beck es un cuestionario autoadministrado que ayuda a ahondar en estos aspectos y evalúa el factor afectivo (sentimientos de futuro), el motivacional (pérdida o no de motivación) y el cognitivo (expectativas de futuro) ver anexo 11.

Sus resultados indican la severidad de la desesperanza de una persona, lo que puede ser un factor de riesgo de pensamientos suicidas e intentos autolíticos. Las personas afectadas por violencia autoinfligida, 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 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 de la persona afectada por violencia autoinfligida con las siguientes preguntas:

- ¿Alguna vez ha pensado en morir? ¿Cuán frecuente?
- ¿Qué piensa que pasará cuando usted muera?
- ¿Alguna vez ha deseado estar muerto?
- ¿Alguna vez ha pensado que el mundo estaría mejor, si usted estuviera muerto?
- ¿Piensa que la vida de su familia o sus amigos sería más fácil, si usted estuviera muerto?
- ¿Ha pensado como pondría fin a su vida?
- ¿Ha pensado dañarse o quitarse la vida usted mismo?
- ¿Ha intentado quitarse 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 trastornos psiquiátricos.
- Intoxicación con sustancias adictivas, como acompañante al intento suicida o con historia de abuso de drogas o sustancias psicoactivas.
- Incapacidad para desarrollar una verdadera relación con el médico tratante.
- Red social deficiente.

Examen físico

Debe evaluarse especialmente los siguientes aspectos:

- Signos vitales, sobre todo si hay alguna anomalía que requiera una atención inmediata.
- Estado de conciencia y orientación.
- Documentar cualquier manifestación que sugiera intoxicación.
- Búsqueda de cicatrices menores que hacen sospechar autolesiones.
- Evidencia de intentos suicidas previos, como cicatrices en las muñecas o cuello, moretones en cuello, entre otros.
- Evidencias de abuso físico o sexual.
- Evidencias de abuso de sustancias como marcas de agujas, sangrado nasal.
- Marcas peri-orales.
- Examen neurológico.

Diagnóstico clínico

Una vez que se tiene la sospecha de una lesión autoinfligida, para realizar el diagnóstico, se describe la naturaleza de la lesión y el sitio anatómico según sea necesario.

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 con el mecanismo utilizado para autolesionarse, lo cual debe ser prioritario; manejar el trauma en forma correcta y oportuna. Además debe realizar el seguimiento de estos casos para el cumplimiento de algunas actividades indicadas por el segundo o tercer nivel, así como la consejería a familiares.

“El intento suicida constituye una emergencia psiquiátrica” y debe realizarse una intervención inmediata; los casos de intento suicida deben ser ingresados.

El personal hospitalario debe realizar las siguientes acciones:

- Atención de lesiones físicas causadas por el intento suicida.
- Desintoxicación o aplicación del antídoto adecuado, según sea el caso.
- Proporcionar atención psicológica al paciente y sus familiares.
- Dar seguimiento del caso a través de controles periódicos para psicoterapia individual y familiar.

Consejería

Orientar al paciente y a su familia respecto a:

- Gravedad del problema.
- Importancia de continuar el tratamiento farmacológico y de psicoterapia, si es necesario.
- Principales signos de alarma, ante los cuales los padres y familiares deben estar pendientes.
- Recomendar no dejar solo al paciente, 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 que podría utilizar para suicidarse.
- Concienciar a la familia y al paciente acerca de los graves efectos que el alcohol y las drogas tienen en los intentos suicidas.
- Identificar situaciones o relaciones con pareja o familiares que precipitan la violencia autoinfligida.
- Mejorar la comunicación, si hay un apoyo familiar adecuado.

Referencia, retorno e interconsulta

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

El retorno al primer nivel de atención depende de la condición de salud del paciente y para ello, la UCSF debe informar al Ecos Especializado, para la dispensarización y seguimiento.

Se deben solicitar interconsultas con la especialidad que amerite cada caso, en los diferentes niveles de atención o en instituciones locales.

Aviso legal

En caso de que la persona afectada por violencia autoinfligida, también muestre signos de estar afectada por violencia física, sexual o psicológica, se debe dar aviso a la FGR, PNC y juntas de protección en casos de niñez y adolescencia.

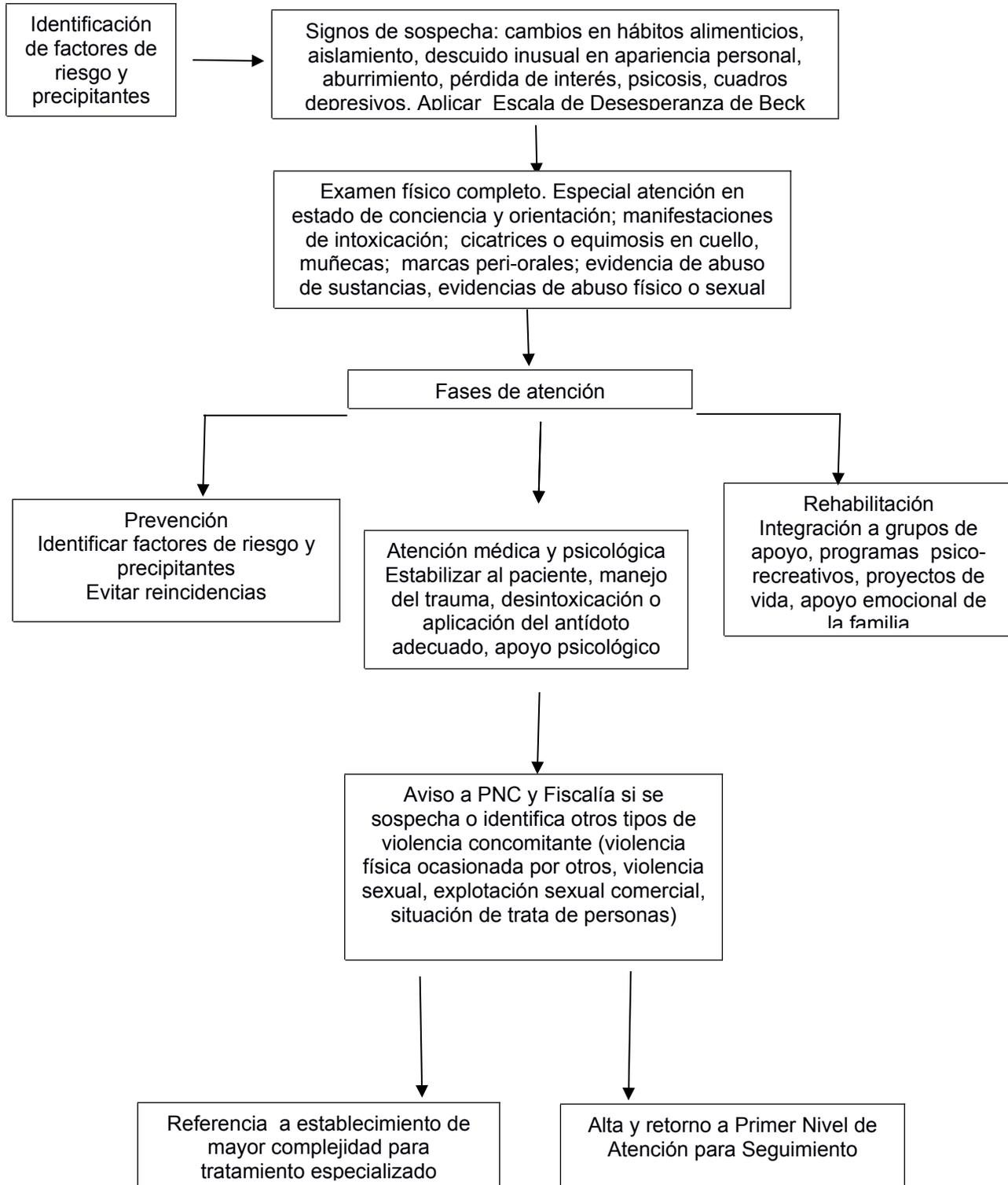
Rehabilitación

El personal de salud debe brindar controles subsecuentes; orientar a la familia para que proporcione apoyo emocional; coordinar que la persona afectada se integre a grupos de apoyo, clubes y otros programas socio-recreativos; dar seguimiento al desarrollo y cumplimiento de proyectos de vida y habilidades de la persona afectada.

Seguimiento

De igual manera, deben manejarse los aspectos psicológicos que implican el intento suicida.

Algoritmo para la atención de personas afectadas por violencia autoinfligida



VI. Registro de datos en los sistemas de información

Para garantizar el adecuado registro del diagnóstico de violencia y de las intervenciones realizadas para la atención en salud de las personas afectadas por violencia y lesiones, el personal de salud debe cumplir con lo establecido en los Manuales de instrucción para el llenado del Tabulador Diario para la Prevención de la Violencia y Promoción de la Salud, Tabulador Diario de Actividades Detección de Personas Afectadas por Violencia y del Registro Diario de Consulta Ambulatoria y Atenciones Preventivas, así como el Instructivo para el llenado del Formulario de recolección de datos del SILEX en sistemas de información y vigilancia en salud: Sistema de Morbimortalidad Estadísticas Vitales (SIMMOW), Sistema Estadístico de Producción de Servicios (SEPS) y Sistema de Vigilancia Hospitalaria de Lesiones de Causa Externa (SILEX).

Las lesiones de causa externa deben ser registradas en la columna n° 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 V01-Y98 (anexo 2).

VII. 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 y los Lineamientos Técnicos de Atención Integral a todas las formas de violencia, del mes de marzo de 2012.

Obligatoriedad.

Es responsabilidad del personal de salud, de los establecimientos de las RIIS, y de todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud, incluyendo el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) y otras entidades públicas y privadas, dar cumplimiento a los presentes Lineamientos técnicos, caso contrario se aplicarán las sanciones establecidas en la legislación administrativa respectiva.

De lo no previsto.

Lo que no esté previsto en los presentes Lineamiento 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.

VIII. Anexos

Forman parte del presente Lineamiento los anexos siguientes:

Anexo 1: Hoja de Tamizaje para la Detección de Violencia.

Anexo 2: Extracto Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª. Revisión.

Anexo 3: Qué hacer y qué no hacer durante la primera atención (primeros auxilios psicológicos).

Anexo 4: Intervención en crisis.

Anexo 5: Formato de Aviso a Juntas de Protección.

Anexo 6: Aspectos legales con respecto al aviso.

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

Anexo 8: Sobre las Peores Formas de Trabajo Infantil.

Anexo 9: Aspectos a considerar en la atención caso de violencia sexual en albergue por situación de desastres.

Anexo 10 : Hoja de Lesiones de Causa Externa.

Anexo 11: Escala de Desesperanza de Beck.

Anexo 12: Procedimientos médico-forenses que se llevan a cabo tras un asalto sexual.

IX. Vigencia

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

San Salvador, a los seis días del mes de mayo 2019.



Elvia Violeta Menjivar
Ministra de Salud

ANEXOS



Anexo 1

Ministerio de Salud Hoja General de Tamizaje de Violencia

Número de expediente / Ficha familiar: _____

Fecha: _____

Preguntas		Si	No
1	¿Tiene miedo a su pareja, novio(a), algún extraño o alguien de su familia, cuidador/a, amigo/a, vecino/a u otro miembro de su comunidad?		
2	¿ Su pareja, novio(a), algún miembro de su familia, cuidador/a, maestro/a, compañero/a, amigo/a, vecino/a u otro miembro de la comunidad, le ha amenazado, gritado, humillado, le ha dicho o hecho cosas que no le gustan y que le han hecho sentir mal?		
3	¿Su pareja, alguien de su familia, cuidador/a, maestro/a, compañero/a, amigo/a le ha lastimado físicamente con golpes, arañones, halones de pelo u oreja, empujones u otros?		
4	¿Alguna vez le han castigado dejándole sin comer, quitado los permisos para realizar actividades recreativas, le han dejado encerrado/a, amarrado/a o impedido asistir a controles médicos?		
5	¿Alguna vez alguien de su familia u otra persona le ha tocado alguna parte de su cuerpo que le ha hecho sentirse mal o le ha forzado a tener relaciones sexuales?		
6	¿Le prohíben movilizarse libremente a cualquier lugar y hora que usted desee y recibe amenazas ? (Si la persona responde afirmativamente aplicar Test específico de Trata de Personas).		
7	¿Alguna vez ha deseado morir, ha pensado en quitarse la vida o intentado dañar su cuerpo usted mismo?		

Nota: Una respuesta positiva a cualquiera de estas siete preguntas, es sugestiva de que la persona está siendo afectada por alguna forma de violencia, por lo cual se debe continuar explorando con la Hoja específica de tamizaje para cada grupo de edad.

Observaciones:



Ministerio de Salud

Hoja de tamizaje de violencia No. 1

Número de expediente / Ficha familiar: _____

Fecha: _____

Tamizaje para detectar violencia en embarazadas		Si	No
1	¿Usted deseaba tener un hijo?		
2	¿El embarazo ha sido planeado?		
3	¿Tiene el apoyo de su pareja respecto al actual embarazo?		
4	¿Alguna vez ha sido usted humillada, avergonzada, le han impedido ver amigas / os, le han hecho o hacen cosas que a usted no le gustan, le han gritado o amenazado?		
5	Su pareja, familiar u otra persona le ha impedido asistir a sus controles de embarazo o atender su salud cuando a estado enferma?		
6	¿Su pareja, novio, familiar, amigo, vecino o desconocido le ha obligado a tener relaciones sexuales, anales, orales, introducción de objetos en vagina, boca o ano, en contra de su voluntad, sin protección anticonceptiva, o ha llegado a hacerle daño físico durante la relación sexual?		
7	¿Ha sido Usted lastimada físicamente o golpeada por alguien?		
	¿ Alguien le ha ofrecido dinero, objetos de valor, alimentación u otros a cambio a cambio del bebe por nacer? (Aplicar Test específico para la detección de Trata de Personas)		
8	¿Se ha sentido preocupada por la seguridad de sus hijos / as		

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

Observaciones:



Ministerio de Salud

Hoja de tamizaje de violencia No. 2

Número de expediente / Ficha familiar: _____

Fecha: _____

Tamizaje para detectar violencia en niñas y niños de 5 a 9 años		Si	No
1	¿Siente miedo a algún extraño o alguien de su familia, cuidador/a, amigo/a, vecino/a u otro miembro de su comunidad?		
2	¿Alguien de su familia, cuidador/a, maestro/a, compañero/a, amigo/a, vecino/a u otro miembro de la comunidad, le ha amenazado, gritado, humillado, le ha dicho o hecho cosas que no le gustan y que le han hecho sentir mal?		
3	¿Alguien de su familia, cuidador/a, maestro/a, compañero/a, amigo/a le ha lastimado físicamente con golpes, arañones, halones de pelo u oreja, empujones?		
4	¿Alguna vez le han castigado dejándole sin comer, quitado los permisos para jugar, le han dejado encerrado/a, amarrado/a?		
5	¿Alguna vez ha tenido que suspender actividades recreativas (juegos, deportes, otros) o de estudio por estar obligado a trabajar?		
6	¿Alguna vez alguien de su familia u otra persona le ha tocado la vulva, pene, ano o los pechos o le ha pedido que lo haga?		
7	¿Ha sido usted forzada / forzado a tener relaciones sexuales, anales, orales, introducción de objetos en vagina, boca o ano?		
8	¿Alguna vez ha deseado morirse, pensado o intentado dañar su cuerpo usted mismo?		

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

Observaciones:



Ministerio de Salud Hoja de tamizaje de violencia No. 3

Número de expediente / Ficha familiar: _____

Fecha: _____

Tamizaje para detectar violencia en adolescentes		Si	No
1	¿Siente miedo a algún extraño o alguien de su familia, cuidador/a, amigo/a, vecino/a u otro miembro de su comunidad?		
2	¿Alguien de su familia, cuidador/a, maestro/a, compañero/a, amigo/a, vecino/a u otro miembro de la comunidad, le ha amenazado, gritado, humillado, le ha dicho o hecho cosas que no le gustan y que le han hecho sentir mal mediante mensajes, redes sociales, teléfono, actividades grupales?		
3	¿Algún miembro de su familia, cuidador/a, maestro/a, compañero/a, amigo/a le ha lastimado físicamente con golpes, aruñones, alones de pelo, empujones?		
4	¿Alguna vez ha tenido que suspender actividades recreativas o de estudio por estar obligado a trabajar?		
5	¿ Le han presionado o amenazado para pertenecer a un grupo de jóvenes que usted no desea ?		
6	¿Alguna vez, su pareja, novio o compañero le ha insultado verbalmente, amenazado de muerte o le ha golpeado?		
7	¿Está (o ha estado alguna vez) en una relación de noviazgo o pareja en la cual se ha sentido maltratada(o) u obligado a tener relaciones sexo coitales, anales, orales, introducción de objetos en vagina, boca o ano y sin protección anticonceptiva?		
8	¿Alguna vez alguien de su familia, maestro / maestra u otra persona le ha tocado la vulva, pene, ano o los pechos o le ha pedido que lo haga?		
9	¿Alguna persona le ha pedido tener sexo a cambio de algo? (Obtener o conservar un trabajo, por préstamo de dinero, proporcionar alimentos, ropa, viajes, estudios, joyas).		
10	¿Alguna vez se ha sentido solo, desilusionado, sin forma de resolver alguna situación en tu vida, angustiado, sin ganas de vivir?		
11	¿Alguna vez ha deseado morirse, pensado o intentado dañar su cuerpo usted mismo?		

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

Observaciones:



Ministerio de Salud
Hoja de tamizaje de violencia No. 4



Número de expediente / Ficha familiar: _____

Fecha: _____

Tamizaje para detectar violencia en mujeres		Si	No
1	¿En este momento, tiene usted miedo de que su pareja, novio, compañero o alguien de su comunidad la agrede verbalmente, maltrate o golpee?		
2	¿Su pareja, novio o compañero le impide ver a su familia o tener contacto con sus amigos, vecinos, compañeros de trabajo, además de ser demasiado celoso?		
3	¿Alguna vez, su pareja, novio, compañero o alguien de su comunidad le ha insultado verbalmente, amenazado de muerte o le ha golpeado?		
4	¿Su pareja, novio, compañero, alguien de su comunidad o desconocido le ha obligado a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad, sin protección anticonceptiva, o ha llegado a hacerle daño físico durante la relación sexual?		
5	¿Se ha sentido humillada por su pareja o novio por comentarios sobre su actividad sexual, por su cuerpo o por no ser físicamente / sexualmente atractiva?		
6	¿Alguna persona le ha pedido tener sexo a cambio de algo? (Obtener o conservar un trabajo, por préstamo de dinero, proporcionar alimentos, ropa, viajes, estudios, joyas).		
7	¿Su pareja, novio o compañero no le apoya económicamente en los gastos familiares, se ha quedado con sus bienes o le obliga a darle el dinero que usted gana?		
8	¿Cuándo existen conflictos o discusiones con su pareja, novio o compañero, él ha tirado objetos, dado portazos, destruido muebles, o la ha corrido de la casa?		
9	¿Su pareja, novio o compañero en algún momento le ha amenazado con pistola, cuchillo o alguna otra arma similar?		
10	¿Su pareja, novio o compañero minimiza o niega el abuso en su contra, y le culpa a usted por el comportamiento abusivo de él?		
11	En caso de tener hijos, ¿su pareja, novio o compañero le ha amenazado con quitarle a los niños(as) y le dice que va a hacerle daño a usted y/o a sus niños(as)?		
12	¿Su pareja, novio o compañero toma alcohol constantemente, se ha drogado o le ha amenazado con suicidarse si usted lo deja?		
13	¿Alguna vez ha deseado morirse, pensado o intentado dañar su cuerpo usted mismo?		

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

Observaciones:



Ministerio de Salud

Hoja de tamizaje de violencia No. 5

Número de expediente / Ficha familiar: _____

Fecha: _____

Tamizaje para detectar violencia en personas adultas mayores		Si	No
1	¿Algún miembro de su familia, cuidador /a o comunidad le ha insultado y humillado frente de otras personas o en privado, diciéndole palabras ofensivas. Por ejemplo que no es útil o le han hecho sentir mal respecto a si misma(o)?		
2	¿Algún miembro de su familia, cuidador /a o comunidad le ha intimidado para sustraer dinero, joyas, pensión, escrituras, entre otros?		
3	¿Alguna persona de su familia, cuidador /a o de la comunidad le ha obligado a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad, o ha llegado a hacerle daño físico durante la relación sexual?		
4	¿Algún miembro de su familia o cuidador le ha negado la alimentación, medicamentos o cumplir con las indicaciones médicas para prevenir complicaciones de sus problemas de salud?		
5	¿Algún miembro de su familia o cuidador /a le ha empujado, golpeado, arañado, halado el cabello u otra forma de agresión física?		
6	¿ A sido obligado(a), a hacer actividades en contra de su voluntad, para beneficio de otras personas?.		
7	¿Algún miembro de su familia o cuidador /a le ha dejado solo por largos periodos sin recibir alimentación, medicamentos, cuidados básicos y de salud?		
8	¿Algún miembro de su familia o cuidador se han negado a llevarle a pasar consulta, a retirar sus medicamentos o le han impedido tomárselos o le han robado sus medicamentos?		

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

Observaciones:



Ministerio de Salud
Hoja de tamizaje No. 6

Número de expediente:

Fecha:

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

Tamizaje de trata de personas		Si	No
1	Al momento de la consulta la persona que acompaña a la niña, niño o adolescente en el establecimiento presenta documentos de identidad .		
2	Indagar con acompañante datos básicos de la niña, niño o adolescente (Indagar el vínculo entre acompañante y NNA)		
3	¿ Tiene amigos con quienes sale a compartir actividades recreativas o a estudiar frecuentemente?		
4	¿ Qué es de usted la persona que le viene acompañando?		
5	¿ Existe algo que le incomode y que quiera decirlo?		
6	Ha recibido amenazas o ha sido intimidada por otra/s personas para que trabaje para ellas?		
7	¿Tiene alguna de las manifestaciones 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? Subraye		
8	¿Ha sido obligada a hacer cosas en contra de su voluntad, para beneficio de otras personas?		
9	¿Ha cambiado las horas establecidas para dormir, alimentarse o realizar otro tipo de rutinas? Subraye		
10	¿Alguna vez ha recibido amenaza con hacerle daño a usted, a otro miembro de la familia u otra persona con la que tiene vinculo afectivo para presionarle a que usted haga algo que no desee?		
11	¿Le limitan su libertad personal, prohibiéndole la comunicación o vínculos con otras personas?		
12	¿Ha sido objeto de maltrato físico por parte de otra u otras personas?		
13	¿Consume actualmente o alguna vez ha consumido alcohol u otro tipo de sustancias?		
14	¿Le han amenazado o intimidado otra/s personas para que trabaje para ellas?		

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

Observaciones:



Ministerio de Salud

Anexo 2
Clasificación Internacional de Enfermedades 10°
CIE 10° Revisión

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 cómo 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).

Capítulo XIX

Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa (S00-T98)

Este capítulo utiliza la sección S para codificar distintos tipos de traumatismos relacionados con regiones del cuerpo únicas, y la sección T para cubrir traumatismos de regiones del cuerpo múltiples o no especificadas, así como envenenamientos y otras consecuencias de causas externas.

Traumatismo de la cabeza (S00–S09)

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-S19)

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–S29)

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–S39)

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 médula espinal lumbar, a nivel del abdomen, de la región lumbosacra y de la pelvis

S35 Traumatismo de vasos sanguíneos **a nivel del abdomen, de la región lumbosacra y de la pelvis**

S36 Traumatismo de órganos intraabdominales

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–S49)

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–S59)

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–S69)

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 a nivel de la muñeca y de la mano

S64 Traumatismo de nervios a nivel de la muñeca y de la mano

S65 Traumatismo de vasos sanguíneos a nivel de la muñeca y de la mano

S66 Traumatismo de tendón y músculo a nivel 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–S79)

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 a nivel de la cadera y del muslo

S75 Traumatismo de vasos sanguíneos a nivel de la cadera y del muslo

S76 Traumatismo de tendón y músculo a nivel 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 muslo

Traumatismos de la rodilla y de la pierna (S80–S89)

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 a nivel de la pierna

S85 Traumatismo de vasos sanguíneos a nivel de la pierna

S86 Traumatismo de tendón y músculo a nivel 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–S99)**
- 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–T07)

- 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–T14)

- 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
- Efectos de cuerpos extraños que penetran por orificios naturales (T15–T19)
- T15 Cuerpo extraño en parte externa del ojo
- T16 Cuerpo extraño en el oído
- T17 Cuerpo extraño en las vías respiratorias
- T18 Cuerpo extraño en el tubo digestivo
- T19 Cuerpo extraño en las vías genitourinarias

Quemaduras y corrosiones (T20–T32)

Quemaduras y corrosiones de la superficie externa del cuerpo, especificadas por sitio (T20–T25)

- 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 mano
- 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–T28)

- 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–T32)

- 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

Congelamiento (T33–T35)

- T33 Congelamiento superficial
- T34 Congelamiento con necrosis tisular
- T35 Congelamiento que afecta múltiples regiones del cuerpo y congelamiento no especificado

Envenenamiento por drogas, medicamentos y sustancias biológicas (T36–T50)

- T36 Envenenamiento por antibióticos sistémicos
- T37 Envenenamiento por otros antiinfecciosos 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 psicodislépticos [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 tóxicos que afectan principalmente la piel y las membranas mucosas y por drogas oftalmológicas, otorrinolaringológicas y dentales
- T50 Envenenamiento por diuréticos y otras drogas, medicamentos y sustancias biológicas no especificadas

Efectos tóxicos de sustancias de procedencia principalmente no medicinal

(T51–T65)

- T51 Efecto tóxico del alcohol
- T52 Efecto tóxico de disolventes orgánicos
- T53 Efecto tóxico de los derivados halogenados de los hidrocarburos alifáticos y aromáticos
- T54 Efecto tóxico de sustancias corrosivas
- T55 Efecto tóxico de detergentes y jabones
- T56 Efecto tóxico de metales
- T57 Efecto tóxico de otras sustancias inorgánicas
- T58 Efecto tóxico del monóxido de carbono
- T59 Efecto tóxico de otros gases, humos y vapores
- T60 Efecto tóxico de plaguicidas [pesticidas]
- T61 Efecto tóxico de sustancias nocivas ingeridas como alimentos marinos
- T62 Efecto tóxico de otras sustancias nocivas ingeridas como alimento
- T63 Efecto tóxico del contacto con animales venenosos
- T64 Efecto tóxico de aflatoxina y otras micotoxinas contaminantes de alimentos
- T65 Efecto tóxico de otras sustancias y las no especificadas

Otros efectos y los no especificados de causas externas (T66–T78)

- 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)

T79 Algunas complicaciones precoces de traumatismos, no clasificadas en otra parte
Complicaciones de la atención médica y quirúrgica, no clasificadas en otra parte (T80–T88)

T80 Complicaciones consecutivas a infusión, transfusión e inyección terapéutica

T81 Complicaciones de procedimientos, no clasificadas en otra parte

T82 Complicaciones de dispositivos protésicos, implantes e injertos cardiovasculares

T83 Complicaciones de dispositivos, implantes e injertos genitourinarios

T84 Complicaciones de dispositivos protésicos, implantes e injertos ortopédicos internos

T85 Complicaciones de otros dispositivos protésicos, implantes e injertos internos

T86 Falla y rechazo del trasplante de órganos y tejidos

T87 Complicaciones peculiares de la re inserción y amputación

T88 Otras complicaciones de la atención médica y quirúrgica, no clasificadas en otra parte

Secuelas de traumatismos, de envenenamientos y de otras consecuencias de causas externas (T90–T98)

T90 Secuelas de traumatismos de la cabeza

T91 Secuelas de traumatismos del cuello y del tronco

T92 Secuelas de traumatismos de miembro superior

T93 Secuelas de traumatismos de miembro inferior

T94 Secuelas de traumatismos que afectan múltiples regiones del cuerpo y las no especificadas

T95 Secuelas de quemaduras, corrosiones y congelamientos

T96 Secuelas de envenenamientos por drogas, medicamentos y sustancias biológicas

T97 Secuelas de efectos tóxicos de sustancias de procedencia principalmente no medicinal

T98 Secuelas de otros efectos y los no especificados de causas externas

CAPITULO XX

Causas externas de morbilidad y de mortalidad (V01–Y98)

Accidentes de transporte (V01–V99)

Peatón lesionado en accidente de transporte (V01–V09)

V01 Peatón lesionado por colisión con vehículo de pedal

V02 Peatón lesionado por colisión con vehículo de motor de dos o tres ruedas

V03 Peatón lesionado por colisión con automóvil, camioneta o furgoneta

V04 Peatón lesionado por colisión con vehículo de transporte pesado o autobús

V05 Peatón lesionado por colisión con tren o vehículo de rieles

V06 Peatón lesionado por colisión con otros vehículos sin motor

V09 Peatón lesionado en otros accidentes de transporte, y en los no especificados

Ciclista lesionado en accidente de transporte (V10–V19)

- V10 Ciclista lesionado por colisión con peatón o animal
- V11 Ciclista lesionado por colisión con otro ciclista
- V12 Ciclista lesionado por colisión con vehículo de motor de dos o tres ruedas
- V13 Ciclista lesionado por colisión con automóvil, camioneta o furgoneta
- V14 Ciclista lesionado por colisión con vehículo de transporte pesado o autobús
- V15 Ciclista lesionado por colisión con tren o vehículo de rieles
- V16 Ciclista lesionado por colisión con otros vehículos sin motor
- V17 Ciclista lesionado por colisión con objeto estacionado o fijo
- V18 Ciclista lesionado en accidente de transporte sin colisión
- V19 Ciclista lesionado en otros accidentes de transporte, y en los no especificados

Motociclista lesionado en accidente de transporte (V20–V29)

- V20 Motociclista lesionado por colisión con peatón o animal
- V21 Motociclista lesionado por colisión con vehículo de pedal
- V22 Motociclista lesionado por colisión con vehículo de motor de dos o tres ruedas
- V23 Motociclista lesionado por colisión con automóvil, camioneta o Furgoneta
- V24 Motociclista lesionado por colisión con vehículo de transporte pesado o autobús
- V25 Motociclista lesionado por colisión con tren o vehículo de rieles
- V26 Motociclista lesionado por colisión con otros vehículos sin motor
- V27 Motociclista lesionado por colisión con objeto fijo o estacionado
- V28 Motociclista lesionado en accidente de transporte sin colisión
- V29 Motociclista lesionado en otros accidentes de transporte, y en los no especificados

Ocupante de vehículo de motor de tres ruedas lesionado en accidente de transporte (V30–V39)

- V30 Ocupante de vehículo de motor de tres ruedas lesionado por colisión con peatón o animal
- V31 Ocupante de vehículo de motor de tres ruedas lesionado por colisión con vehículo de pedal
- V32 Ocupante de vehículo de motor de tres ruedas lesionado por colisión con otro vehículo de motor de dos o tres ruedas
- V33 Ocupante de vehículo de motor de tres ruedas lesionado por colisión con automóvil, camioneta o furgoneta
- V34 Ocupante de vehículo de motor de tres ruedas lesionado por colisión con vehículo de transporte pesado o autobús
- V35 Ocupante de vehículo de motor de tres ruedas lesionado por colisión con tren o vehículo de rieles
- V36 Ocupante de vehículo de motor de tres ruedas lesionado por colisión con otros vehículos sin motor
- V37 Ocupante de vehículo de motor de tres ruedas lesionado por colisión con objeto fijo o estacionado
- V38 Ocupante de vehículo de motor de tres ruedas lesionado en accidente de transporte sin colisión

V39 Ocupante de vehículo de motor de tres ruedas lesionado en otros accidentes de transporte, y en los no especificados

Ocupante de automóvil lesionado en accidente de transporte (V40–V49)

V40 Ocupante de automóvil lesionado por colisión con peatón o animal

V41 Ocupante de automóvil lesionado por colisión con vehículo de pedal

V42 Ocupante de automóvil lesionado por colisión con vehículo de motor de dos o tres ruedas

V43 Ocupante de automóvil lesionado por colisión con otro automóvil, camioneta o furgoneta

V44 Ocupante de automóvil lesionado por colisión con vehículo de transporte pesado o autobús

V45 Ocupante de automóvil lesionado por colisión con tren o vehículo de rieles

V46 Ocupante de automóvil lesionado por colisión con otros vehículos sin motor

V47 Ocupante de automóvil lesionado por colisión con objeto fijo o estacionado

V48 Ocupante de automóvil lesionado en accidente de transporte sin colisión

V49 Ocupante de automóvil lesionado en otros accidentes de transporte, y en los no especificados

Ocupante de camioneta o furgoneta lesionado en accidente de transporte (V50–V59)

V50 Ocupante de camioneta o furgoneta lesionado por colisión con peatón o animal

V51 Ocupante de camioneta o furgoneta lesionado por colisión con vehículo de pedal

V52 Ocupante de camioneta o furgoneta lesionado por colisión con vehículo de motor de dos o tres ruedas

V53 Ocupante de camioneta o furgoneta lesionado por colisión con automóvil, camioneta o furgoneta

V54 Ocupante de camioneta o furgoneta lesionado por colisión con vehículo de transporte pesado o autobús

V55 Ocupante de camioneta o furgoneta lesionado por colisión con tren o vehículo de rieles

V56 Ocupante de camioneta o furgoneta lesionado por colisión con otros vehículos sin motor

V57 Ocupante de camioneta o furgoneta lesionado por colisión con objeto fijo o estacionado

V58 Ocupante de camioneta o furgoneta lesionado en accidente de transporte sin colisión

V59 Ocupante de camioneta o furgoneta lesionado en otros accidentes de transporte, y en los no especificados

Ocupante de vehículo de transporte pesado lesionado en accidente de transporte (V60–V69)

V60 Ocupante de vehículo de transporte pesado lesionado por colisión con peatón o animal

V61 Ocupante de vehículo de transporte pesado lesionado por colisión con vehículo de pedal

- V62 Ocupante de vehículo de transporte pesado lesionado por colisión con vehículo de motor de dos o tres ruedas
- V63 Ocupante de vehículo de transporte pesado lesionado por colisión con automóvil, camioneta o furgoneta
- V64 Ocupante de vehículo de transporte pesado lesionado por colisión con otro vehículo de transporte pesado o autobús
- V65 Ocupante de vehículo de transporte pesado lesionado por colisión con tren o vehículo de rieles
- V66 Ocupante de vehículo de transporte pesado lesionado por colisión con otros vehículos sin motor
- V67 Ocupante de vehículo de transporte pesado lesionado por colisión con objeto fijo o estacionado
- V68 Ocupante de vehículo de transporte pesado lesionado en accidente de transporte sin colisión
- V69 Ocupante de vehículo de transporte pesado lesionado en otros accidentes de transporte, y en los no especificados

Ocupante de autobús lesionado en accidente de transporte (V70–V79)

- V70 Ocupante de autobús lesionado por colisión con peatón o animal
- V71 Ocupante de autobús lesionado por colisión con vehículo de pedal
- V72 Ocupante de autobús lesionado por colisión con vehículo de motor de dos o tres ruedas
- V73 Ocupante de autobús lesionado por colisión con automóvil, camioneta o furgoneta
- V74 Ocupante de autobús lesionado por colisión con vehículo de transporte pesado o autobús
- V75 Ocupante de autobús lesionado por colisión con tren o vehículo de rieles
- V76 Ocupante de autobús lesionado por colisión con otros vehículos sin motor
- V77 Ocupante de autobús lesionado por colisión con objeto fijo o estacionado
- V78 Ocupante de autobús lesionado en accidente de transporte sin colisión
- V79 Ocupante de autobús lesionado en otros accidentes de transporte, y en los no especificados

Otros accidentes de transporte terrestre (V80–V89)

- V80 Jinete u ocupante de vehículo de tracción animal lesionado en accidente de transporte
- V81 Ocupante de tren o vehículo de rieles lesionado en accidente de transporte
- V82 Ocupante de tranvía lesionado en accidente de transporte
- V83 Ocupante de vehículo especial (de motor) para uso principalmente en plantas industriales lesionado en accidente de transporte
- V84 Ocupante de vehículo especial (de motor) para uso principalmente en agricultura lesionado en accidente de transporte
- V85 Ocupante de vehículo especial (de motor) para construcción lesionado en accidente de transporte
- V86 Ocupante de vehículo especial para todo terreno o de otro vehículo de motor para uso fuera de la carretera lesionado en accidente de transporte

V87 Accidente de tránsito de tipo especificado, pero donde se desconoce el modo de transporte de la víctima

V88 Accidente no de tránsito de tipo especificado, pero donde se desconoce el modo de transporte de la víctima

V89 Accidente de vehículo de motor o sin motor, tipo de vehículo no especificado

Accidentes de transporte por agua (V90–V94)

V90 Accidente de embarcación que causa ahogamiento y sumersión

V91 Accidente de embarcación que causa otros tipos de traumatismo

V92 Ahogamiento y sumersión relacionados con transporte por agua, sin accidente a la embarcación

V93 Accidente en una embarcación, sin accidente a la embarcación, que no causa ahogamiento o sumersión

V94 Otros accidentes de transporte por agua, y los no especificados

Accidentes de transporte aéreo y espacial (V95–V97)

V95 Accidente de aeronave de motor, con ocupante lesionado

V96 Accidente de aeronave sin motor, con ocupante lesionado

V97 Otros accidentes de transporte aéreo especificados

Otros accidentes de transporte, y los no especificados (V98–V99)

V98 Otros accidentes de transporte especificados

V99 Accidente de transporte no especificado

Otras causas externas de traumatismos accidentales (W00–X59)

Caídas (W00–W19)

W00 Caída en el mismo nivel por hielo o nieve

W01 Caída en el mismo nivel por deslizamiento, tropezón y traspíe

W02 Caída por patines para hielo, esquís, patines de ruedas o patineta

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

W04 Caída al ser trasladado o sostenido por otras personas

W05 Caída que implica silla de ruedas

W06 Caída que implica cama

W07 Caída que implica silla

W08 Caída que implica otro mueble

W09 Caída que implica equipos para juegos infantiles

W10 Caída en o desde escalera y escalones

W11 Caída en o desde escaleras manuales

W12 Caída en o desde andamio

W13 Caída desde, fuera o a través de un edificio u otra construcción

W14 Caída desde un árbol

W15 Caída desde peñasco

W16 Salto o zambullida dentro del agua que causa otro traumatismo sin sumersión o ahogamiento

W17 Otras caídas de un nivel a otro

W18 Otras caídas en el mismo nivel

W19 Caída no especificada

Exposición a fuerzas mecánicas inanimadas (W20–W49)

- 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
- W23 Atrapado, aplastado, trabado o apretado en o entre objetos
- W24 Contacto traumático con dispositivos de elevación y transmisión, no clasificados en otra parte
- W25 Contacto traumático con vidrio cortante
- W26 Contacto traumático con cuchillo, espada, daga o puñal
- W27 Contacto traumático con herramientas manuales sin motor
- W28 Contacto traumático con cortadora de césped, con motor
- W29 Contacto traumático con otras herramientas manuales y artefactos del hogar, con motor
- W30 Contacto traumático con maquinaria agrícola
- W31 Contacto traumático con otras maquinarias, y las no especificadas
- W32 Disparo de arma corta
- W33 Disparo de rifle, escopeta y arma larga
- W34 Disparo de otras armas de fuego, y las no especificadas
- W35 Explosión y rotura de caldera
- W36 Explosión y rotura de cilindro con gas
- W37 Explosión y rotura de neumático, tubo o manguera de goma presurizada
- W38 Explosión y rotura de otros dispositivos presurizados especificados
- W39 Explosión de fuegos artificiales
- W40 Explosión de otros materiales
- W41 Exposición a chorro de alta presión
- W42 Exposición al ruido
- W43 Exposición a vibraciones
- W44 Cuerpo extraño que penetra por el ojo u orificio natural
- W45 Cuerpo extraño que penetra a través de la piel
- W49 Exposición a otras fuerzas mecánicas inanimadas, y las no especificadas

Exposición a fuerzas mecánicas animadas (W50–W64)

- W50 Aporreos, golpes, mordeduras, patadas, rasguños o torceduras infligidos por otra persona
- W51 Choque o empujón contra otra persona
- W52 Persona aplastada, empujada o pisoteada por una multitud o estampida humana
- W53 Mordedura de rata
- W54 Mordedura o ataque de perro
- W55 Mordedura o ataque de otros mamíferos
- W56 Contacto traumático con animales marinos
- W57 Mordedura o picadura de insectos y otros artrópodos no venenosos
- W58 Mordedura o ataque de cocodrilo o caimán
- W59 Mordedura o aplastamiento por otros reptiles

W60 Contacto traumático con agujones, espinas u hojas cortantes de plantas
W64 Exposición a otras fuerzas mecánicas animadas, y las no especificadas

Ahogamiento y sumersión accidentales (W65–W74)

W65 Ahogamiento y sumersión mientras se está en la bañera
W66 Ahogamiento y sumersión consecutivos a caída en la bañera
W67 Ahogamiento y sumersión mientras se está en una piscina
W68 Ahogamiento y sumersión consecutivos a caída en una piscina
W69 Ahogamiento y sumersión mientras se está en aguas naturales
W70 Ahogamiento y sumersión posterior a caída en aguas naturales
W73 Otros ahogamientos y sumersiones especificados
W74 Ahogamiento y sumersión no especificados

Otros accidentes que obstruyen la respiración (W75–W84)

W75 Sofocación y estrangulamiento accidental en la cama
W76 Otros estrangulamientos y ahorcamientos accidentales
W77 Obstrucción de la respiración debida a hundimiento, caída de tierra u otras sustancias
W78 Inhalación de contenidos gástricos
W79 Inhalación e ingestión de alimento que causa obstrucción de las vías respiratorias
W80 Inhalación e ingestión de otros objetos que causan obstrucción de las vías respiratorias
W81 Confinado o atrapado en un ambiente con bajo contenido de oxígeno
W83 Otras obstrucciones especificadas de la respiración
W84 Obstrucción no especificada de la respiración

Exposición a la corriente eléctrica, radiación y temperatura, y presión del aire ambientales extremas (W85–W99)

W85 Exposición a líneas de transmisión eléctrica
W86 Exposición a otras corrientes eléctricas especificadas
W87 Exposición a corriente eléctrica no especificada
W88 Exposición a radiación ionizante
W89 Exposición a fuente de luz visible y ultravioleta, de origen artificial
W90 Exposición a otros tipos de radiación no ionizante
W91 Exposición a radiación de tipo no especificado
W92 Exposición a calor excesivo de origen artificial
W93 Exposición a frío excesivo de origen artificial
W94 Exposición a presión de aire alta y baja y a cambios en la presión del aire
W99 Exposición a otros factores ambientales y a los no especificados, de origen artificial

Exposición al humo, fuego y llamas (X00–X09)

X00 Exposición a fuego no controlado en edificio u otra construcción
X01 Exposición a fuego no controlado en lugar que no es edificio u otra construcción
X02 Exposición a fuego controlado en edificio u otra construcción

- X03 Exposición a fuego controlado en lugar que no es edificio u otra construcción
- X04 Exposición a ignición de material altamente inflamable
- X05 Exposición a ignición o fusión de ropas de dormir
- X06 Exposición a ignición o fusión de otras ropas y accesorios
- X08 Exposición a otros humos, fuegos o llamas especificados
- X09 Exposición a humos, fuegos o llamas no especificados

Contacto con calor y sustancias calientes (X10–X19)

- X10 Contacto con bebidas, alimentos, grasas y aceites para cocinar, calientes
- X11 Contacto con agua caliente corriente
- X12 Contacto con otros líquidos calientes
- X13 Contacto con vapor de agua y otros vapores calientes
- X14 Contacto con aire y gases calientes
- X15 Contacto con utensilios domésticos calientes
- X16 Contacto con radiadores, cañerías y artefactos para calefacción, calientes
- X17 Contacto con máquinas, motores y herramientas calientes
- X18 Contacto con otros metales calientes
- X19 Contacto con otras sustancias calientes, y las no especificadas

Contacto traumático con animales y plantas venenosos (X20–X29)

- X20 Contacto traumático con serpientes y lagartos venenosos
- X21 Contacto traumático con arañas venenosas
- X22 Contacto traumático con escorpión
- X23 Contacto traumático con avispones, avispas y abejas
- X24 Contacto traumático con centípodos y miriápodos venenosos (tropicales)
- X25 Contacto traumático con otros artrópodos venenosos especificados
- X26 Contacto traumático con animales y plantas marinas venenosos
- X27 Contacto traumático con otros animales venenosos especificados
- X28 Contacto traumático con otras plantas venenosas especificadas
- X29 Contacto traumático con animales y plantas venenosos no especificados

Exposición a fuerzas de la naturaleza (X30–X39)

- X30 Exposición al calor natural excesivo
- X31 Exposición al frío natural excesivo
- X32 Exposición a rayos solares
- X33 Víctima de rayo
- X34 Víctima de terremoto
- X35 Víctima de erupción volcánica
- X36 Víctima de avalancha, derrumbe y otros movimientos de tierra
- X37 Víctima de tormenta cataclísmica
- X38 Víctima de inundación
- X39 Exposición a otras fuerzas de la naturaleza, y las no especificadas

Envenenamiento accidental por, y exposición a sustancias nocivas (X40–X49)

- X40 Envenenamiento accidental por, y exposición a analgésicos no narcóticos, antipiréticos y antirreumáticos
- X41 Envenenamiento accidental por, y exposición a drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticas, antiparkinsonianas y psicotrópicas, no clasificadas en otra parte
- X42 Envenenamiento accidental por, y exposición a narcóticos y psicodislépticos [alucinógenos], no clasificados en otra parte
- X43 Envenenamiento accidental por, y exposición a otras drogas que actúan sobre el sistema nervioso autónomo
- X44 Envenenamiento accidental por, y exposición a otras drogas, medicamentos y sustancias biológicas, y los no especificados
- X45 Envenenamiento accidental por, y exposición al alcohol
- X46 Envenenamiento accidental por, y exposición a disolventes orgánicos e hidrocarburos halogenados y sus vapores
- X47 Envenenamiento accidental por, y exposición a otros gases y vapores
- X48 Envenenamiento accidental por, y exposición a plaguicidas
- X49 Envenenamiento accidental por, y exposición a otros productos químicos y sustancias nocivas, y los no especificados

Exceso de esfuerzo, viajes y privación (X50–X57)

- X50 Exceso de esfuerzo y movimientos extenuantes y repetitivos
- X51 Viajes y desplazamientos
- X52 Permanencia prolongada en ambiente sin gravedad
- X53 Privación de alimentos
- X54 Privación de agua
- X57 Privación no especificada
- X58 Exposición a otros factores especificados
- X59 Exposición a factores no especificados

Lesiones autoinfligidas intencionalmente (X60–X84)

- 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 especificados
- 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–Y09)

- 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

(Y09.0) 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 áreas administrativas públicas
- (Y09.3) Agresión por medios no especificados, en áreas 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 área 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–Y34)

- 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, antiparkinsonianas y psicotrópicas, no clasificadas en otra parte, de intención no determinada
- 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 determinada
- Y33 Otros eventos especificados, de intención no determinada
- Y34 Evento no especificado, de intención no determinada

Intervención legal y operaciones de guerra (Y35–Y36)

- Y35 Intervención legal
- Y36 Operaciones de guerra

Complicaciones de la atención médica y quirúrgica (Y40–Y84)

Drogas, medicamentos y sustancias biológicas causantes de efectos adversos en su uso terapéutico (Y40–Y59)

- Y40 Efectos adversos de antibióticos sistémicos
- Y41 Efectos adversos de otros antiinfecciosos y antiparasitarios sistémicos
- Y42 Efectos adversos de hormonas y sus sustitutos sintéticos y antagonistas, no clasificados en otra parte
- Y43 Efectos adversos de agentes sistémicos primarios
- Y44 Efectos adversos de agentes que afectan primariamente los constituyentes de la sangre
- Y45 Efectos adversos de drogas analgésicas, antipiréticas y antiinflamatorias
- Y46 Efectos adversos de drogas antiepilépticas y antiparkinsonianas
- Y47 Efectos adversos de drogas sedantes, hipnóticas y ansiolíticas
- Y48 Efectos adversos de gases anestésicos y terapéuticos
- Y49 Efectos adversos de drogas psicotrópicas, no clasificadas en otra parte

- Y50 Efectos adversos de estimulantes del sistema nervioso central, no clasificados en otra parte
- Y51 Efectos adversos de drogas que afectan primariamente el sistema nervioso autónomo
- Y52 Efectos adversos de agentes que afectan primariamente el sistema cardiovascular
- Y53 Efectos adversos de agentes que afectan primariamente el sistema gastrointestinal
- Y54 Efectos adversos de agentes que afectan primariamente el equilibrio hídrico y el metabolismo mineral y del ácido úrico
- Y55 Efectos adversos de agentes que actúan primariamente sobre los músculos lisos y estriados y sobre el sistema respiratorio
- Y56 Efectos adversos de agentes tópicos que afectan primariamente la piel y las membranas mucosas, y drogas oftalmológicas, otorrinolaringológicas y dentales
- Y57 Efectos adversos de otras drogas y medicamentos, y los no especificados
- Y58 Efectos adversos de vacunas bacterianas
- Y59 Efectos adversos de otras vacunas y sustancias biológicas, y las no especificadas

Incidentes ocurridos al paciente durante la atención médica y quirúrgica (Y60–Y69)

- Y60 Corte, punción, perforación o hemorragia no intencional durante la atención médica y quirúrgica
- Y61 Objeto extraño dejado accidentalmente en el cuerpo durante la atención médica y quirúrgica
- Y62 Fallas en la esterilización durante la atención médica y quirúrgica
- Y63 Falla en la dosificación durante la atención médica y quirúrgica
- Y64 Medicamentos o sustancias biológicas contaminados
- Y65 Otros incidentes durante la atención médica y quirúrgica
- Y66 No administración de la atención médica y quirúrgica
- Y69 Incidentes no especificados durante la atención médica y quirúrgica

Dispositivos médicos de diagnóstico y de uso terapéutico asociados con incidentes adversos (Y70–Y82)

- Y70 Dispositivos de anestesiología asociados con incidentes adversos
- Y71 Dispositivos cardiovasculares asociados con incidentes adversos
- Y72 Dispositivos otorrinolaringológicos asociados con incidentes adversos
- Y73 Dispositivos de gastroenterología y urología asociados con incidentes adversos
- Y74 Dispositivos para uso hospitalario general y personal asociados con incidentes adversos
- Y75 Dispositivos neurológicos asociados con incidentes adversos
- Y76 Dispositivos ginecológicos y obstétricos asociados con incidentes adversos
- Y77 Dispositivos oftálmicos asociados con incidentes adversos
- Y78 Aparatos radiológicos asociados con incidentes adversos
- Y79 Dispositivos ortopédicos asociados con incidentes adversos
- Y80 Aparatos de medicina física asociados con incidentes adversos

- Y81 Dispositivos de cirugía general y plástica asociados con incidentes adversos
- Y82 Otros dispositivos médicos, y los no especificados, asociados con incidentes adversos

Procedimientos quirúrgicos y otros procedimientos médicos como la causa de reacción anormal del paciente o de complicación posterior, sin mención de incidente en el momento de efectuar el procedimiento (Y83–Y84)

- Y83 Cirugía y otros procedimientos quirúrgicos como la causa de reacción anormal del paciente o de complicación posterior, sin mención de incidente en el momento de efectuar el procedimiento
- Y84 Otros procedimientos médicos como la causa de reacción anormal del paciente o de complicación posterior, sin mención de incidente en el momento de efectuar el procedimiento

Secuelas de causas externas de morbilidad y de mortalidad (Y85–Y89)

- Y85 Secuelas de accidentes de transporte
- Y86 Secuelas de otros accidentes
- Y87 Secuelas de lesiones autoinfligidas intencionalmente, agresiones y eventos de intención no determinada
- Y88 Secuelas con atención médica y quirúrgica como causa externa
- Y89 Secuelas de otras causas externas

Factores suplementarios relacionados con causas de morbilidad y de mortalidad clasificadas en otra parte (Y90–Y98)

- Y90 Evidencia de alcoholismo determinada por el nivel de alcohol en la sangre
- Y91 Evidencia de alcoholismo determinada por el nivel de intoxicación
- Y95 Afección nosocomial
- Y96 Afección relacionada con el trabajo
- Y97 Afección relacionada con la contaminación ambiental
- Y98 Afección relacionada con el estilo de vida



Ministerio de Salud Anexo 3

Qué hacer y qué no hacer durante la primera atención (Primeros auxilios psicológicos)

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 inesplorados. 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.



Ministerio de Salud

Anexo 4

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	<ul style="list-style-type: none">• Determinar las reacciones subjetivas frente al hecho, es decir indagar sobre:<ul style="list-style-type: none">• ¿ Cómo se sintió cuando ocurrió el hecho?• Evaluar el contexto de la situación de crisis: como se empezó lo ocurrido?• Evaluar el estado actual de la persona sobreviviente: que esta sintiendo ahora?• 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.• En esta sesión se aplica la encuesta de maltrato y la evaluación del estado psicológico.
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.



**Ministerio de Salud
Anexo No. 5
Formato de Aviso**

Modelo de aviso de vulneración a derechos individuales de niñas, niños y adolescentes. (NNA) de conformidad al art. 206 de LEPINA.

Fecha: _____ **Hora:** _____ **Municipio** _____ **Departamento** _____

Nombre y Apellidos de NN/A: _____

_____ **Edad:** _____ **Sexo (f/m):** _____

Dirección de NN/A: _____

Nombre del familiar o responsable que acompaña a NN/A:

Dirección del familiar o responsable que acompaña al NN/A: _____

Nombre de la persona vulneradora de derechos del NNA (En caso de tenerlo):

Dirección de la persona vulneradora de derechos del NNA (En caso de tenerlo):

Breve relato de los hechos: (indicar lugar, día y hora) _____

Impresión Diagnóstica: _____

Nombre de la Institución que avisa: _____

Firma y sello de Director(a) del establecimiento de salud que emite el aviso: _____

Junta de Protección a la que se avisa: _____

**Ministerio de Salud
Anexo 6**

Aspectos legales con respecto 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.

Artículo 47 de la Ley Especial Integral para una Vida Libre de Violencia para las Mujeres.-

Quién en el ejercicio de una función pública propiciare, promoviere o tolerare, la impunidad u obstaculizare la investigación, persecución y sanción de los delitos establecidos en esta ley, será sancionado con pena de prisión de dos a cuatro años e inhabilitación para la función pública que desempeña por el mismo plazo.

Ministerio de Salud

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).





Ministerio de Salud

Anexo 8

Sobre las peores formas de trabajo infantil.

Listado de actividades y trabajos peligrosos en los que no podrán ocuparse niños, niñas y adolescentes.

Acuerdo No. 241 Listado de actividades y trabajos peligrosos en los que no podrán ocuparse niños, niñas y adolescentes (MINTRAB)

Art. 1.- Se considerarán actividades y trabajos peligrosos todos aquellos que por su naturaleza o condiciones en que se realizan, pueden ocasionar la muerte o dañar la integridad física, la salud, la seguridad o la moralidad de los niños, niñas y adolescentes. Estos tipos de trabajos son los siguientes:

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

Aspectos a considerar en la atención caso de violencia sexual en albergue. Atención por Promotor/a de Salud

Persona que consulta por sospecha de violación sexual



Medidas generales deben tomarse al momento de la atención de la persona que ha sido víctima de violencia sexual

- Atención con calidez, confidencialidad y privacidad
- Tratamiento mínimo según signos y síntomas manifiestos: acetaminofen, proteger heridas, primeros auxilios psicológicos
- Escucha activa, empatía, comunicación afectiva
- Referir inmediatamente al hospital (uso de hoja de referencia)
- Coordinación con PNC u otros actores para el traslado de la víctima
- Consejería según el caso



Aspectos a considerar en la consejería

- Importancia de cumplir con la referencia
- Consecuencias en la salud física y mental en la persona agredida
- Importancia de los tratamientos profilácticos:
 - Prevenición del embarazo
 - Prevenición de VIH/Sida y otras infecciones de transmisión sexual
 - Prevenición de hepatitis B
- Promover la denuncia por parte de las ofendidas



Instancias Intersectoriales para el abordaje integral de NNA víctimas de violencia sexual

Policía Nacional Civil
Fiscalía General de la República
Juntas de protección Departamental de la niñez y la adolescencia
Líderes y lideresas de la comunidad
Sociedad civil



Medidas preventivas se deben realizar en el funcionamiento del albergue para evitar estos problemas

- Organizar comisiones de vigilancia para turnos nocturnos
- Orientar a las madres o cuidadoras sobre el acompañamiento de niñas y niños a la hora del baño, uso de servicios sanitarios y a otros espacios del albergue
- Coordinación para mantener iluminado al menos los servicios sanitarios
- Separar baños y servicios sanitarios para hombres y mujeres
- Orientar sobre la importancia de la convivencia pacífica, con enfoque de derechos, aplicación de valores
- Coordinar con PNC para rondas frecuentes en las cercanías del albergue

Aspectos a considerar en la atención caso de violencia sexual en albergue Atención por médico o enfermera

Persona que consulta por sospecha de violación sexual



Medidas generales deben tomarse al momento de la atención de la persona que ha sido víctima de violencia sexual

- Atención con calidez, confidencialidad y privacidad
- Tratamiento: analgésicos, anti inflamatorios, curación de heridas, anticoncepción de emergencia, primeros auxilios psicológicos (escucha activa, empatía, comunicación afectiva), entre otros.
- Referir posterior a la atención al hospital (uso de hoja de referencia)
- Coordinación con PNC u otros actores para el traslado de la víctima
- Consejería según el caso



Aspectos a considerar en la consejería

- Importancia de cumplir con la referencia
- Consecuencias en la salud física y mental en la persona agredida
- Importancia de los tratamientos profilácticos:
 - Prevención del embarazo
 - Prevención de VIH/Sida y otras infecciones de transmisión sexual
 - Prevención de hepatitis B
- Promover la denuncia por parte de las ofendidas



Instancias Intersectoriales para el abordaje integral de víctimas de violencia sexual

- Policía Nacional Civil
- Fiscalía General de la República
- Líderes y lideresas de la comunidad
- Sociedad civil

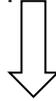


Medidas preventivas se deben realizara en el funcionamiento del albergue para evitar estos problemas

- Organizar comisiones de vigilancia para turnos nocturnos
- Orientar a las madres o cuidadoras sobre el acompañamiento de niñas y niños a la hora del baño, uso de servicios sanitarios y a otros espacios del albergue
- Coordinación para mantener iluminado al menos los servicios sanitarios
- Separar baños y servicios sanitarios para hombres y mujeres
- Orientar sobre la importancia de la convivencia pacífica, con enfoque de derechos, aplicación de valores
- Coordinar con PNC para rondas frecuentes en las cercanía del albergue

Aspectos a considerar en la atención caso de violencia sexual a nivel hospitalario

Persona que consulta por sospecha de violación sexual



Medidas generales deben tomarse al momento de la atención de la persona que ha sido víctima de violencia sexual

- Atención con calidez, confidencialidad y privacidad
- Historia clínica
- Examen físico, exámenes de laboratorio, diagnóstico
- Tratamiento :
 - Asistencia y tratamiento de lesiones físicas con especial énfasis en el área genital procurando preservar evidencias.
 - Evaluación, prevención o tratamiento de ITS (Ver hoja de Profilaxis ITS)
 - Prevención de embarazo indicando Anticoncepción de emergencia. (Ver hoja de Anticoncepción de Emergencia)
- Abordaje psicosocial: Primeros Auxilios Psicológicos
- Consejería según el caso
- Aviso a Fiscalía General de la República
- Referencia a grupo de autoayuda y Retorno al primer nivel al finalizar el tratamiento hospitalario



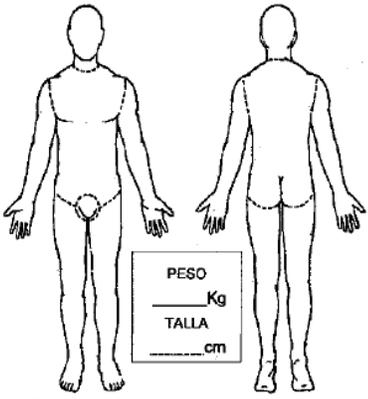
Aspectos a considerar en la consejería

- Consecuencias en la salud física y mental en la persona agredida
- Importancia de los tratamientos profilácticos:
 - Prevención del embarazo
 - Prevención de VIH/Sida y otras infecciones de transmisión sexual
 - Prevención de hepatitis B
 - Asistencia a controles subsecuentes
- Promover la cultura denuncia por parte de las ofendidas



Instancias Intersectoriales para el abordaje integral de víctimas de violencia sexual

- Policía Nacional Civil
- Fiscalía General de la República
- Procuraduría General de la República
- ISDEMU, organizaciones de mujeres
- Sociedad civil

CONSULTA POR	
PRESENTE ENFERMEDAD:	
HORA DE ULTIMA INGESTA	HORA PARA PROCEDIMIENTO
ANTECEDENTES	
EXAMEN FÍSICO FC: FR: T°: TA:	<div style="text-align: center;">  </div>
	GLASGOW: Puntos:
DIAGNOSTICO PRESUNTIVO	
INDICACIONES INICIALES	
REALIZÓ (Firma y sello)	SUPERVISÓ (Firma y sello)



Ministerio de Salud

Anexo 11

Escala de Desesperanza de Beck	Verdadero	Falso
1. Espero el futuro con esperanza y entusiasmo	V	F
2. Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mí mismo	V	F
3. Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así	V	F
4. No puedo imaginar cómo será mi vida dentro de 10 años	V	F
5. Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer	V	F
6. En el futuro, espero conseguir lo que me pueda interesar	V	F
7. Mi futuro me parece oscuro	V	F
8. Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio	V	F
9. No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda pasar en el futuro	V	F
10. Mis pasadas experiencias me han preparado bien para el futuro	V	F
11. Todo lo que puedo ver por delante de mí es más desagradable que agradable	V	F
12. No espero conseguir lo que realmente deseo	V	F
13. Cuando miro hacia el futuro, espero que seré más feliz de lo que soy ahora	V	F
14. Las cosas no marchan como yo quisiera	V	F
15. Tengo una gran confianza en el futuro	V	F
16. Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier cosa	V	F
17. Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro	V	F
18. El futuro me parece vago e incierto	V	F
19. Espero más bien épocas buenas que malas	V	F
20. No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré	V	F

Ministerio de Salud Anexo 12

Procedimientos médico-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 para-genital.
2. Muestras del peinado del vello púbico de la víctima, en búsqueda de vellos del agresor (solo si no se le ha colocado espejuelo 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, número 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 niñas, niños y adolescentes

En las niñas *no se coloca espejuelo 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 corno:

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 ele 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?

X. Abreviaturas y siglas

ESCNNA: 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.

UIAEM: Unidad Integral de Atención Especializada de mujeres.

VIF: Violencia Intrafamiliar.

XI. 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.

Explotación laboral: en los sectores de maquilas, servicio doméstico, minas, trabajo agrícola, plantaciones, pesca submarina y de altamar.

Explotación por medio de prácticas esclavistas: por medio de trabajos domésticos, vientres de alquiler, embarazos forzoso, entre otros.

Explotación para servidumbre: sometimiento de niñas, niños y adolescentes en mendicidad o sometimiento por medio de prácticas religiosas y culturales.

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.

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).

NNA en situación o dependencia de calle: se refiere a la situación en la cual los NNA por varias razones o factores 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.

Violencia feminicida: Es la forma extrema de la violencia de género contra las mujeres, producto de la violación de sus derechos humanos, en los ámbitos públicos

y privado, conformada por el conjunto de conductas misóginas que conllevan a la impunidad social o del Estado, pudiendo culminar en feminicidio y en otras formas de muerte violenta de mujeres.

Violencia obstétrica: Conducta, acción u omisión que ejerza el personal de salud, de manera directa o indirecta, y que afecte a las mujeres durante los procesos de embarazo, parto y puerperio.

Violencia patrimonial: Son las acciones u omisiones o conductas que afectan la libre disposición del patrimonio de la mujer; 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.

Violencia simbólica: Son mensajes, valores, iconos o signos que transmiten y reproducen relaciones de dominación, desigualdad y discriminación en las relaciones sociales que se establecen entre las personas y naturalizan la subordinación de la mujer en la sociedad.

XII. Bibliografía

- Decreto 904/2008. 22 de octubre. *Código Procesal Penal*, código; Diario Oficial, número 20, Tomo 382; San Salvador, El Salvador. 30 de enero de 2009.
- Decreto 955/1988. 28 de abril. *Código de Salud*, código; Diario Oficial, número 86, Tomo 299; San Salvador, El Salvador, 5 de noviembre de 1988.
- Decreto 839/2009, 26 de marzo, *Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia*, LEPINA; Diario Oficial, número 68, Tomo 383; San Salvador, El Salvador, 16 de abril de 2009.
- Decreto 520/2010, 25 de noviembre, *Ley especial integral para una vida libre de violencia para las mujeres*, LEIV; Diario número 2, Tomo 390; San Salvador, El Salvador, 4 de enero de 2011.
- Decreto 645/2011, 16 de marzo, *Ley de Igualdad, equidad y erradicación de la discriminación contra las mujeres*. Diario Oficial, número 70, Tomo 391; San Salvador, 8 de abril de 2011.
- División de prevención de violencia, Centro para el Control y la prevención de enfermedades (CDC), *Youth violence in the United States: major trends, risk factors, and prevention approaches*. Dahlberg L. *American Journal of Preventive Medicine*, Atlanta, GA, USA, 1998, 14:259–272.
- Informe Mundial sobre la violencia y la Salud. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Washington, D.C. 2002.
- Instituto salvadoreño de desarrollo de la mujer. *Política Nacional para el acceso de las mujeres a una vida libre de violencia*. ISDEMU. El Salvador, noviembre, 2013.
- Ministerio de Salud. *Encuesta Nacional de Salud Familiar FESAL-2008*. República de El Salvador, octubre 2009.
- Ministerio de Economía. *Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples*. EHPM DIGESTYC, San Salvador, El Salvador, 2008.
- Organización Panamericana de la Salud. *Clasificación Internacional de Enfermedades*. 10a. Revisión. Washingtoniano. D. C. 1995.
- Ortega Salazar, Sylvia B., Ramírez Mocarro, Marco A., Castelán, Cedillo Adrián, *Revista Iberoamericana de Educación N°. 38. Estrategias para prevenir y atender*

el maltrato, la violencia y las adicciones en las Escuelas Públicas de la Ciudad de México, México, 2005.

- Ministerio de Salud. *Guía Clínica de la Profilaxis Post Exposición*. Ministerio de Salud. El Salvador. 1a. Edición. San Salvador. El Salvador, diciembre de 2012.
- Ministerio de Salud. *Lineamientos técnicos para la provisión de servicios de anticoncepción*. 1a. Edición, San Salvador. El Salvador, 2016.
- Piña, Juan Manuel., Frulan, Alfredo., Sañudo, Lya. *Hacia una Tipología del maltrato Infantil. Una Investigación Educativa en México 1992-2002*. Tomo 2, parte 3, México, 2003.
- Ministerio de Salud. *Lineamientos operativos para el desarrollo de actividades en Ecos Familiares y Ecos Especializados*. El Salvador, 2017.
- Ministerio de Salud. *Lineamientos Técnicos para el control de las infecciones de transmisión sexual*. 1a. Edición, San Salvador, El Salvador. Marzo de 2012.
- Ministerio de Salud. *Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el período preconcepcional, prenatal, parto, puerperio y recién nacido*. 2a. Edición. San Salvador, El Salvador, 2012.
- Ministerio de Salud. *Lineamientos técnicos para la atención integral de niños y niñas menores de diez años*. 1a. Edición. San Salvador. El Salvador. 2018.
- Ministerio de Salud. *Lineamientos técnicos para la referencia, retorno e interconsulta en la RIISS*. El Salvador, 2011.
- Ministerio de Salud. *Lineamientos para el desarrollo de actividades en los Ecos Familiares y Ecos Especializados*. El Salvador, 2011.
- Ministerio de Salud Pública de México. *Normas y Protocolos de Atención Integral a la Violencia de Género, Intrafamiliar y Sexual por Ciclo de vida*, México, diciembre de 2008.
- Papadopoulos, Renos. *Violencia en una Sociedad de Transición. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Programa de Dinamarca por Derechos Humanos para Centroamérica*. 1a. Edición, San Salvador, El Salvador, agosto de 1998.

- Walters RH, Parke RD. *Social motivation, dependency, and susceptibility to social influence*. In: Berkowitz L. *Advances in experimental social psychology*. v. 1. New York, NY: Academic Press; 1964. p. 231-76