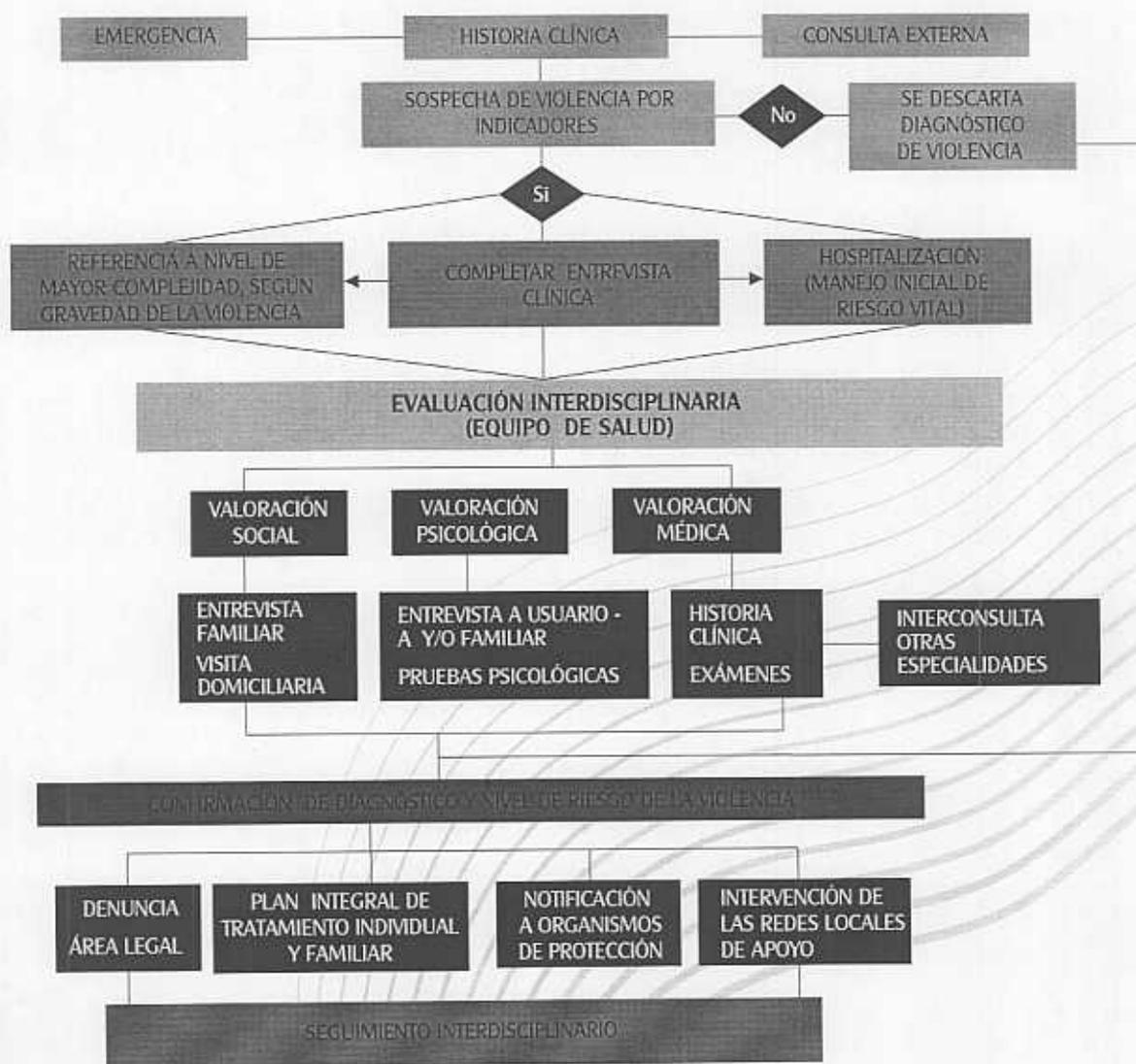


VIII. Protocolos de atención integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclos de vida y capacidad resolutoria de la red de servicios



8.1. Detección y atención de la violencia

Flujograma de atención



Protocolos de atención integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclos de vida y capacidad resolutoria de la red de servicios



8.2. Indicadores de sospecha

El primer paso para reconocer los indicadores de sospecha de violencia, es la actitud de sensibilidad y alerta del personal de salud en los diferentes niveles de complejidad.

EN LA MUJER, ADULTO/A, ADULTO/A MAYOR:	
Indicadores clínicos	Indicadores psicológicos
<p>Antecedentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Historia de acudir a servicios de salud por presentar traumatismos • Historia de complicaciones y abortos no especificados. • Historia de partos prematuros y bajo peso al nacer. <p>Manifestaciones que pueden encontrarse en la consulta médica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cefaleas frecuentes y otros síntomas inespecíficos • Heridas o laceraciones. • Quemaduras. • Dolor pélvico crónico. • Infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH/SIDA. • Lesiones en los senos, abdomen y genitales. • Malnutrición y anemia. <p>En la Embarazada</p> <ul style="list-style-type: none"> • Amenaza de aborto o aborto espontáneo. • Desprendimiento prematuro de placenta nomo inserta • Muerte fetal • Infección de anexos ovulares (corioamnionitis) • Inicio temprano de relaciones sexuales (pensar en relaciones obligadas) después del parto o después de un aborto. 	<p>Generales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abandono. • Sentimientos de soledad. • Indiferencia dentro del hogar. • Falta de afecto. • Desvalorización. • Descuido de su salud. • Agresividad/pasividad. • Despojo de sus propiedades. • Temor a las relaciones sexuales. • Disminución de la libido o apetito sexual como: frigidez, dispareunia, repulsión a la pareja, anorgasmia, sentimientos de culpa. <p>En la embarazada y el post parto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Embarazos no deseados. • Psicosis puerperal transitoria. • Estrés, depresión, angustia y ansiedad durante la lactancia. • Otras alteraciones emocionales, temor, tristeza, apatía depresión, intento de suicidio. <p>En adultas/os y adultas/os mayores</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presión para que se hagan cargo del cuidado de nietos/as. • Inseguridad social y laboral.

Protocolos de atención integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclos de vida y capacidad resolutoria de la red de servicios

RECUERDE: El embarazo no protege a la mujer de la violencia de género, y al contrario se convierte en factor de vulnerabilidad y riesgo, con efectos físicos y emocionales. La mujer violentada desarrolla cuadros de estrés con angustia, depresión, y sentimientos de aislamiento. Los factores de riesgo para homicidio son mayores en mujeres maltratadas durante el embarazo. Lo que más sorprende en este caso es que el responsable de la violencia es el mismo copartícipe del embarazo quien tendría que contribuir al cuidado de la mujer y su bebé. Los efectos son múltiples: aborto espontáneo, desprendimiento prematuro de placenta (abruptio placentae), muertes fetales, infección de membranas amnióticas (corioamnionitis), parto prematuro y recién nacidos de bajo peso. Las mujeres embarazadas maltratadas también son más proclives al abuso de drogas, provocando bajo peso al nacer, lo que se agrava en madres adolescentes. Los golpes directos al abdomen afectan a la madre y al bebé y pueden ocasionar: muerte fetal, fracturas fetales, ruptura del útero, hígado o bazo de la madre, fracturas de pelvis y hemorragia antes del parto.

El maltrato incrementa, también, la morbimortalidad materna al incidir en el retraso en los controles prenatales y la limitación para detectar tempranas complicaciones. El impacto psicológico de la violencia en la mujer embarazada provoca aislamiento social, baja autoestima, angustia y depresión, que muchas veces puede conducir a intentos de suicidio o realización del acto y a veces feminicidio.

El maltrato incrementa, también, la morbimortalidad materna al incidir en el retraso en los controles prenatales y la limitación para detectar tempranas complicaciones. El impacto psicológico de la violencia en la mujer embarazada provoca aislamiento social, baja autoestima, angustia y depresión, que muchas veces puede conducir a intentos de suicidio o realización del acto y a veces feminicidio.

Protocolos de atención integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclos de vida y capacidad resolutoria de la red de servicios

EN LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

Indicadores clínicos	Indicadores psicológicos
<ul style="list-style-type: none">• Bajo peso al nacer.• Retraso en el crecimiento / acortamiento de la talla para edad• Golpes o heridas.• Quemaduras.• Fracturas sin explicación.• Dificultad al caminar.• Infecciones de transmisión sexual.	<p>Conductas extremas:</p> <ul style="list-style-type: none">• Disminución manifiesta de la conducta lúdica, o de juego.• Rol de adulto / conducta demasiado infantil para la edad.• Agresividad o pasividad• Fugas de la casa o de la escuela.• Intento de suicidio.• Bajo rendimiento escolar.• Problemas de desarrollo emocional, intelectual y conductual.• Dependencia o mala relación con otros compañeros.• Comportamiento sexual inadecuado / insinuaciones sexuales.• Trastornos del sueño, apetito.



8.3. Valoración de la violencia

8.3.1 Ante la sospecha de que un paciente es víctima de violencia proceder de la siguiente manera:

Cuando el/la profesional de salud identifica signos y síntomas de sospecha de violencia en una persona en el contexto de la consulta, deberá confirmar o descartar esta situación.

Para ello es preciso realizar la entrevista clínica correspondiente.

PROTOCOLO PARA LA VALORACIÓN DE SOSPECHA DE VIOLENCIA			
1ER. PASO: ENTREVISTA CLÍNICA	NIVEL		
	I	II	III
Consta de la acogida y la entrevista clínica correspondiente. Recuerde que muchas de las acciones pueden hacerse de forma simultánea y que la acogida es una actitud que debe permanecer durante todo el proceso de atención.			
La entrevista debe realizarse a solas con la persona potencialmente afectada de violencia.			
Realice la acogida La acogida es una ACTITUD de recibimiento cálido, abierto a escuchar, sanar, facilitar, y responder a la demanda de ayuda de una persona, especialmente de la mujer, niña, niño y/o adolescente violentados que acuden al servicio de salud. Una buena acogida demuestra respeto, trato digno, no discriminatorio y sin prejuicios.	X	X	X
<ul style="list-style-type: none"> Promover un ambiente cálido, de confianza y respeto a su situación, ponga a la persona en estado de comodidad física. 	✓	✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> Explicar que usted le hará algunas preguntas sobre situaciones que le pudieran estar ocurriendo con su pareja o en su familia (ENTREVISTA CLÍNICA). 	✓	✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> Evaluar su condición anímica y de conciencia: observe de manera sutil y no invasiva sus actitudes y manifestaciones emocionales (lenguaje verbal y no verbal). 	✓	✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> Facilitar la expresión de sus sentimientos y emociones (ira, silencios, llanto). 	✓	✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> Mantener en todo momento una actitud empática y de escucha activa, de forma tal que facilite la comunicación (déjela que hable libremente). 	✓	✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> Seguir una secuencia lógica de preguntas más generales e indirectas a otras más concretas y directas. Cuando esté preparada, aborde directamente el tema de la violencia. 	✓	✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> Expresar claramente que nunca está justificada la violencia y hágala sentir que ella no es culpable de esta situación. Ayúdela a no sentir vergüenza. 	✓	✓	✓

Protocolos de atención integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclos de vida y capacidad resolutoria de la red de servicios

<ul style="list-style-type: none"> • Demostrar que le cree, no poniendo en duda los hechos o comentarios vertidos. 	✓	✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> • No emitir juicios, intentando neutralizar el miedo que la persona manifiesta por el abuso de que es objeto. 	✓	✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar a pensar, a ordenar sus ideas y a tomar decisiones que favorezcan cambios a su situación actual. 	✓	✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> • Alertar a la persona sobre potenciales riesgos, pero acepte su elección. No imponga sus criterios o decisiones. 	✓	✓	✓
Entrevista clínica correspondiente	X	X	X
<ul style="list-style-type: none"> • Valore como una situación de sospecha de violencia si existe indicadores descritos en la página 31. Para la entrevista clínica específica puede ayudarse preguntando: <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>¿Alguna vez alguien la ha criticado o insultado, o le ha gritado? ¿Quién?</p> <p>¿Alguna vez su compañero u otra persona la ha aislado de su familia o sus amigos, o se ha negado a darle dinero, o le ha prohibido que salga de su casa?</p> </div> <p>**** En dependencia de las respuestas, la persona descrita persona puede constituirse en un agresor y las siguientes preguntas, sin olvidar el proceso de acogida y contención (la contención es un procedimiento terapéutico con el fin de tranquilizar y estimular la confianza del/la afectado/a por una crisis emocional), deben ser orientadas en relación a este sujeto.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>¿En su relación actual ha sido agredida verbal o físicamente alguna vez?</p> <p>¿Ha sido usted obligada a tener relaciones sexuales cuando no tenía deseo?</p> <p>¿Hay alguien a quien usted teme actualmente? ¿Quién?</p> <p>¿Alguna vez alguien ha destruido objetos suyos o de su hogar?</p> <p>¿Alguna vez su compañero ha expresado amenazas contra su vida?</p> <p>Piensa usted que lo que me ha comentado tiene que ver en algo con situaciones de violencia?</p> </div> 	✓	✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> • (Preguntas a formular cuando la usuaria responde "sí" a cualquiera de las preguntas relativas a la violencia). <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>¿Cuándo ocurrió eso?</p> <p>¿Cuánto duró el maltrato?</p> <p>¿Cómo cree usted que la ha afectado esta situación de violencia?</p> <p>¿Se siente usted ante un peligro inminente por lo que está viviendo?</p> </div> 	✓	✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> • Cuando la usuaria responde "sí" a cualquiera de las preguntas relativas a la violencia de género, es necesario dar a la usuaria apoyo y validación. Estas expresiones pueden ser útiles, no olvide mantener actitudes de ACOGIDA y CONTENCIÓN. <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>"Lamento que esto le haya ocurrido. Necesito hacerle más preguntas para que podamos conseguir ayuda para usted."</p> <p>"Nadie merece ser objeto de malos tratos. Usted no merece que se la maltrate. Yo sé que difícil es para una persona pasar por estas situaciones."</p> <p>"Está bien que usted haya podido hablarme de eso. Pienso que podemos ayudarla. Necesito hacerle otras preguntas acerca de la violencia y con eso tendré más información, de modo que podamos pensar conjuntamente cuáles son las mejores opciones para usted."</p> </div> 	✓	✓	✓



Si se descarta la sospecha de violencia **CON LA ENTREVISTA CLÍNICA CORRESPONDIENTE**, continúe con la consulta motivo de la demanda actual.

En caso de confirmar la sospecha y el reconocimiento de la persona de estar viviendo una situación de violencia, proceda a realizar una exploración minuciosa de lesiones y de su estado emocional. Comience informando a la persona de las exploraciones que se realizarán y de su finalidad.

Solicite firmar el consentimiento informado

2DO PASO: VALORACIÓN BIOMÉDICA Y PSICOSOCIAL	X	X	X
• Examine los signos y síntomas de lesiones físicas (según indicadores pág. 31)	✓	✓	✓
• Indague sobre su situación familiar, interacciones, vínculos, formas de resolver los conflictos, roles, etc.	✓	✓	✓
• Averigüe sobre la situación económica del hogar, actividad laboral de la familia (desempleo, ingresos, manejo del presupuesto, gastos, etc.).	✓	✓	✓
• Investigue sobre los apoyos personales, familiares y de la red social (organizaciones, grupos) con que cuenta la persona afectada.	✓	✓	✓
• Examine el estado emocional de la persona, grado de afectación de su salud mental, manifestaciones psicológicas y áreas comprometidas.	✓	✓	✓
• NO recomiende terapia de pareja, ni mediación familiar.	✓	✓	✓
• NO prescriba fármacos con el fin de disminuir su capacidad de reacción.	✓	✓	✓
3ER PASO: VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN DE VIOLENCIA	X	X	X
• Determine el tipo de violencia (violencia física y psicológica), desde cuándo está viviendo esta situación, con qué frecuencia e intensidad se dan los hechos violentos.	✓	✓	✓
• Pregunte sobre el comportamiento de la persona agresora en el contexto de la familia, del trabajo, en las relaciones sociales; si existen agresiones a otras personas o miembros de la familia	✓	✓	✓
• Examine cuáles son los mecanismos de afrontamiento y adaptación que ha desarrollado la persona afectada frente a la violencia que vive.	✓	✓	✓
• Explore y analice con la persona afectada en qué fase del ciclo de violencia se encuentra (acumulación de tensión, explosión - agresión, alejamiento y separación temporal, calma o reconciliación (ver página 29).	✓	✓	✓
4TO PASO: VALORACIÓN DEL NIVEL DE RIESGO DE LA VIOLENCIA	X	X	X
• Evalúe conjuntamente con la persona afectada la probabilidad inminente de sufrir un evento con PELIGRO para su integridad y vida, o la de sus hijos e hijas, para que se proceda a catalogarlo como riesgo extremo o severo. A continuación se presentan algunos indicadores para realizar esta evaluación: <ul style="list-style-type: none"> » Amenazas con armas o uso de las mismas. » Amenazas o intentos de homicidio a ellas y sus hijos o hijas. » Amenazas o intentos de suicidio de la paciente. » Malos tratos a hijos o hijas u otros miembros de la familia. » Lesiones graves, requiriendo incluso hospitalización. » Amenazas o acoso a pesar de estar separados. » Aumento de la intensidad y frecuencia de la violencia. » Agresiones durante el embarazo. » Abusos sexuales repetidos. 	✓	✓	✓

Protocolos de atención integral de la violencia de género, intra-familiar y sexual por ciclos de vida según capacidad resolutiva

<ul style="list-style-type: none"> » Comportamiento violento fuera del hogar. » Celos extremos, control obsesivo de sus actividades diarias, adónde va, con quién está o cuánto dinero tiene. » Aislamiento creciente. » Consumo de alcohol o drogas por parte del cónyuge. » Disminución o ausencia de remordimiento expresado por el agresor. 	✓	✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> • Valore como una situación de peligro extremo si la persona violentada tiene un auto percepción de riesgo inminente, tanto para ella como para otros miembros de la familia. Puede ayudarse preguntando: <ul style="list-style-type: none"> • ¿Se siente segura en su casa? ¿Puede ir a casa ahora? • ¿Están sus hijos/as seguros? ¿Dónde está ahora el agresor? • ¿Esta situación la conocen sus amistades o familiares? ¿Le ayudarían? 	✓	✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> • Es importante que NO subvalore o minimice la sensación de peligro expresada por la persona agredida. 	✓	✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> • Sustente su apreciación de riesgo en los hallazgos de la entrevista y la valoración biopsicosocial. 	✓	✓	✓

8.3.2. Acciones a ser realizadas en casos de violencia confirmada

La confirmación de una sospecha de violencia en una persona es el punto de partida para que el personal de salud, a partir de ese momento, desarrolle una importante labor de información, atención y seguimiento con la persona en la consulta, así como, considerar la necesidad de hacer referencia a otro servicio o nivel de mayor complejidad cuando el riesgo vital de la persona lo requiera.

RECUERDE:

Una vez confirmada la sospecha de todos los casos de violencia sexual, y de todos los casos de violencia física o psicológica que pongan en riesgo la integridad y vida de la persona, los profesionales de la salud, enviarán a la autoridad judicial competente un informe del caso (copia de la Historia Clínica), debidamente firmado por el profesional de salud que le atendió, en el plazo de 48 horas como lo establece la Ley, y con copia al/a director/a de la unidad de salud.

En los casos de maltrato, abuso y explotación sexual, tráfico o pérdida de que hubiere sido víctima un niño, niña o adolescente, deberán denunciarlo dentro de las veinticuatro horas siguientes de dicho conocimiento ante cualquiera de los fiscales, autoridades judiciales o administrativas competentes.



En las acciones que el personal de salud realice se deben considerar las **tres situaciones probables** que pueden experimentar las personas afectadas de violencia, a fin de plantear pautas de actuación diferenciadas para cada caso.

PROTOCOLO DE ATENCIÓN A LOS CASOS DE VIOLENCIA CONFIRMADOS POR INDICADORES DE SOSPECHA, SEGÚN NIVEL DE RIESGO IDENTIFICADO			
Situación 1	Nivel		
	I	II	III
Personas con indicadores de sospecha de violencia, que no reconocen esta situación			
En el caso de que la persona no reconozca que está viviendo violencia, pese a los hallazgos encontrados (indicadores), proceda de la siguiente manera:	X	X	X
• Brinde apoyo emocional.	✓	✓	✓
• Informe a la persona sobre la situación en que se encuentra.	✓	✓	✓
• Póngase a su disposición para acompañarla en el proceso de aceptación y reconocimiento de la situación de violencia, y sugiera consultas de seguimiento.	✓	✓	✓
• Atienda los problemas físicos, psicológicos y sociales que presenta.	✓	✓	✓
• Ofrezca referirla a la consulta psicológica y/o de trabajo social si se dispone de estos servicios en la unidad de salud, o refiérala a otra organización con este servicio.	✓	✓	✓
• Si conoce o se dispone de grupos de ayuda mutua en la unidad o en alguna organización cercana, ofrézcale este espacio para que participe.	✓	✓	✓
• En la próxima consulta que tenga con la usuaria retome de manera sutil el tema para indagar sobre su evolución y conocer la actitud actual que tiene frente a la situación.	✓	✓	✓
• Registre en la Historia Clínica la sospecha (anote signos y síntomas encontrados de acuerdo con los indicadores) y los procedimientos utilizados.	✓	✓	✓
• Registre en el Parte Diario con el respectivo código del CIE 10.	✓	✓	✓
Situación 2	Nivel		
I	II	III	
Personas con diagnóstico y reconocimiento de violencia, sin riesgo extremo			
En el caso de que la persona reconozca que está viviendo violencia, y no se encuentre en riesgo su integridad y vida y la de los integrantes de su familia, proceda de la siguiente manera:	X	X	X
• Refiera con consentimiento de la persona a un nivel de atención de mayor complejidad y/o a otros servicios. Para ello elabore un informe en el formulario correspondiente.	✓	✓	
» Servicios de salud de mayor complejidad (trabajo social, psicología, psiquiatría, traumatología, neurología, otros)	✓	✓	✓
» Servicios Legales: Juzgados de Contravenciones, Juzgados de Violencia Contra la Mujer y la Familia, Juzgados de Familia, Mujer, Niñez y Adolescencia y Juzgados Únicos, Fiscalía, la Policía Judicial o la Policía Nacional.	✓	✓	✓
• Informe a la persona sobre la problemática y acerca del plan de intervención a seguir.	✓	✓	✓
• Programe consultas para el tratamiento de los problemas médicos y psicosociales encontrados.	✓	✓	✓
• En el marco de las consultas de seguimiento sugiera y construya con la persona afectada una estrategia de seguridad ante una posible situación de peligro extremo.	✓	✓	✓
• Establezca un plan para prevenir nuevas situaciones de violencia y orientela para la toma de decisiones que favorecen cambios en la situación de violencia que vive.	✓	✓	✓
• Acompañe y apoye a la persona violentada en el afrontamiento de su situación.	✓	✓	✓

Protocolos de atención integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclos de vida según capacidad resolutiva



• Si conoce o se dispone de grupos de ayuda mutua en la unidad o en alguna organización cercana, ofrézcale este espacio para que participe.	✓	✓	✓
• Brinde asistencia a los hijos e hijas y a otras personas dependientes si las hubiera.	✓	✓	✓
• Registre en la Historia Clínica los hallazgos encontrados y los procedimientos utilizados.	✓	✓	✓
• Elabore la ficha de registro de los casos de violencia e incorpórela a la Historia Clínica.	✓	✓	✓
• Registre en el Parte Diario con el respectivo código del CIE 10.	✓	✓	✓

Situación 3	Nivel		
	I	II	III
Persona con diagnóstico y reconocimiento de violencia que se encuentra en riesgo extremo			
En el caso de que la persona reconozca que está viviendo violencia, y se encuentre en riesgo severo para su integridad y vida, y/o de otros/as miembros de la familia (hijos/as), proceda de la siguiente manera:	X	X	X
• Háglele ver sobre la situación de peligro potencial en que se encuentra, y de manera conjunta determine un PLAN DE EMERGENCIA a seguir para salvaguardar su seguridad y la de los suyos (anexo 7).	✓	✓	✓
• Entréguele información detallada de los servicios públicos y privados a donde puede acudir, así como de las medidas de emergencia que debe tomar.	✓	✓	✓
• Hágala sentir que no está sola, que existen redes de apoyo (organizaciones, personas) y que el personal de salud está a su disposición para apoyarla y orientarla.	✓	✓	✓
• Refiera con consentimiento de la persona a un nivel de atención de mayor complejidad y/o a otros servicios. Para ello elabore un informe en el formulario correspondiente.	✓	✓	
> Servicios de salud de mayor complejidad (trabajo social, psicología, psiquiatría, traumatología, neurología, otros).	✓	✓	
> Servicios Legales: Juzgados de Contravenciones, Juzgados de Violencia Contra la Mujer y la Familia, Juzgados de Familia, Mujer, Niñez y Adolescencia y Juzgados Únicos. Fiscalía, la Policía Judicial o la Policía Nacional.	✓	✓	✓
• Investigue sobre su situación familiar para conocer quienes dependen de ella: hijos/as, hermanos/as, padres, etc. Adicionalmente haga con ella una lista de las personas que puedan apoyarla ante un plan de contingencia, que incluya sus números de teléfonos y direcciones.	✓	✓	✓
• Registre en la Historia Clínica los hallazgos, los procedimientos y estrategias utilizadas, considerando que este registro puede servir como prueba en un proceso judicial.	✓	✓	✓
• Emita el parte de lesiones e Informe médico, psicológico y social entregando una copia a la persona e informándole de sus implicaciones.	✓	✓	✓
• Registre el diagnóstico con el respectivo código del CIE 10.	✓	✓	✓
En el caso de presentar una severa crisis personal, acompañada de potenciales riesgos relacionados con conductas autodestructivas, como en el caso de ideas o intentos de suicidio, maneje el caso de acuerdo con una URGENCIA PSIQUIÁTRICA .	✓	✓	✓

Protocolos de atención integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclos de vida según capacidad resolutiva



8.4. Protocolos de atención específica por tipo de violencia para personas adultas

El personal de salud de atención primaria o de unidades de salud que no sean hospitalarios y que reciban a una persona con señales de violencia física, psicológica o sexual deben referirla lo más rápido posible al nivel de atención de mayor complejidad (hospital básico o general), salvo que exista gravedad y riesgo vital que los obligue a un tratamiento médico inmediato.

RECUERDE: En caso de reconocimiento de ser una persona víctima de violencia la persona afectada se va a encontrar desbordada de sentimientos por la situación traumática experimentada, por lo que es necesario hacer una contención e intervención en crisis (llámese crisis a un periodo de alto riesgo físico y/o psicológico, caracterizado por una situación temporal de desequilibrio emocional, cognitivo y conductual, que se manifiesta por una sintomatología variada en donde predominan niveles altos de ansiedad, que impiden a la persona manejar determinadas situaciones con sus mecanismos psicológicos habituales).

VIOLENCIA FÍSICA	
Definición	
Violencia física	<p>Todo acto de fuerza que cause daño, dolor o sufrimiento físico en las personas agredidas; cualquiera que sea el medio empleado y sus consecuencias, sin considerar el tiempo que se requiere para su recuperación (Ley 103, RO No. 839, 1995).</p> <p>La violencia física se manifiesta clínicamente a través de lesiones de tejidos cutáneos, mucosas, óseo, torácico abdominales, oculares y del sistema nervioso central en diferente variedad e intensidad. Por lo general, se asocian unas a otras y existe el antecedente de lesiones anteriores.</p>
Código	Codificación CIE 10
(T74) (T74.1) (T74.8) (T74.9)	<p>Síndromes de maltrato.</p> <p>Abuso físico.</p> <p>Síndrome (de la, del) esposo/a, niño/a o bebé.</p> <p>Otros síndromes de maltrato. Formas mixtas.</p> <p>Síndrome del maltrato, no especificado.</p> <p>Efecto del abuso en: adulto/a, niño/a.</p>

Protocolos de atención integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclos de vida según capacidad resolutiva

(Y04.9)	Agresión con fuerza corporal en lugar no especificado.
(Y07)	Otros síndromes de maltrato. INCLUYE: abuso: Físico Sexual Crueldad mental Tortura
(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.
(W50 - W64)	Choques y mordeduras.
W50	Aporreo, golpe, mordedura, patada, rasguño o torcedura infringidos por otra persona.
Código	Codificación CIAP 2
A80	Traumatismo/lesión NE
A81	Traumatismo/lesiones múltiples.
Z25	Problemas derivados de la violencia/agresiones.

Generalmente, existen varios tipos de violencia que deben ser registrados como tales en el diagnóstico

Diagnóstico diferencial

S00 - S02, S40 - S49 Traumatismos.

S03 Luxaciones, esguinces y torceduras de articulaciones y/o ligamentos.

T00 - T07 Lesiones múltiples.

PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE LA VIOLENCIA FÍSICA

Persona en crisis	NIVEL		
	I	II	III
Una persona violentada físicamente puede venir al servicio de salud en un estado de crisis. En este caso la acogida se junta a la contención emocional, por lo que se requiere hacer una intervención en crisis para adecuar la situación, antes de realizarla anamnesis.			
PASO 1. ENTREVISTA CLÍNICA Consta de la acogida y la entrevista clínica correspondiente. Recuerde que muchas de las acciones pueden hacerse de forma simultánea y que la acogida es una actitud que debe permanecer durante todo el proceso de atención.	X	X	X
Realice la Acogida: La acogida es una ACTITUD de recibimiento cálido, abierto a escuchar, sanar, facilitar, y responder a la demanda de ayuda de una persona, especialmente de la mujer, niña, niño y/o adolescente violentados que acuden al servicio de salud. Una buena acogida demuestra respeto, trato digno, no discriminatorio y sin prejuicios.	✓	✓	✓



RECUERDE:	✓	✓	✓
• Realice la acogida en un ambiente cálido y con privacidad.	✓	✓	✓
• Explique a la persona agredida y a su acompañante todo el procedimiento a seguir.	✓	✓	✓
• Realice la contención emocional e intervención en crisis, si el caso lo amerita. Si usted, no se siente en capacidad de atender la crisis de la persona, solicite apoyo.	✓	✓	✓
<i>Llámesse crisis a un periodo de alto riesgo físico y/o psicológico, caracterizado por una situación temporal de desequilibrio emocional, cognitivo y conductual, que se manifiesta por una sintomatología variada en donde predominan niveles altos de ansiedad, que impiden al individuo manejar determinadas situaciones con sus mecanismos psicológicos habituales.</i>			
<i>Contención es un procedimiento terapéutico cuyo fin es tranquilizar y estimular la confianza del/la afectado/a por una crisis emocional.</i>			
Entrevista clínica (ANAMNESIS):	✓	✓	✓
• Antes de iniciar la entrevista asegúrese de tener los equipos, insumos y medicamentos apropiados, en caso de requerirse la reparación (curación) de alguna lesión física.	✓	✓	✓
• Solicitar la Historia Clínica o realizarla.	✓	✓	✓
• Realice o complete la Historia Clínica. Asegúrese de solicitar durante el interrogatorio todos los datos que interesan, tanto de la persona agredida, como del agresor para precisar todas las circunstancias del hecho referido y la recolección de pruebas que se hubiere realizado en la unidad de salud.	✓	✓	✓
• Examine los signos y síntomas físicos (remítase al cuadro de indicadores de sospecha pág 31).	✓	✓	✓
• Procure que la consulta sea privada, sin la presencia de familiares.	✓	✓	✓
• Continúe brindando durante todo el interrogatorio apoyo emocional.	✓	✓	✓
• Revise y tome en cuenta el protocolo adjunto que utiliza la fiscalía para realizar los peritajes, para que la información médica que usted consigna en la Historia Clínica Única (HCU) sea completa y de calidad y sirva de fuente de información y apoyo a las acciones legales y evite la doble victimización del/a paciente (anexo 6).	✓	✓	✓
PASO 2. EXAMEN FÍSICO GENERAL	X	X	X
El examen físico debe incluir:			
• Fecha en que ocurrieron las lesiones. Esta información es importante para precisar la evolución, así como para la valoración pericial del médico legista en caso de iniciarse un proceso judicial. Describa en forma pormenorizada, todas las lesiones, desde la región cefálica hasta la caudal: Observe, valore y registre todo tipo de lesiones, sean recientes o antiguas, investigando su origen.	✓	✓	✓
• Naturaleza de la lesión: contusión, hematoma, erosión, herida, excoiación, mordedura, quemadura.	✓	✓	✓
• Origen de las lesiones: contusas, por arma blanca, arma de fuego, quemadura.	✓	✓	✓

Protocolos de atención integral de la violencia de género, intra-familiar y sexual por ciclos de vida según capacidad resolutiva



• Describa la lesión por forma, color, longitud, trayecto, fecha y número.	✓	✓	✓
• Signos clínicos de patologías médicas	✓	✓	✓
En casos de emergencia vital o si la persona no está en condiciones emocionales para el examen físico, se puede optar por una valoración detallada posterior, pero registrando las dificultades percibidas en la HCU.	✓	✓	✓
<p>RECUERDE:</p> <p>Una vez confirmada la sospecha de todos los casos de violencia sexual, y de todos los casos de violencia física o psicológica que pongan en riesgo la integridad y vida de la persona, los profesionales de la salud, enviarán a la autoridad judicial competente un informe del caso (copia de la Historia Clínica), debidamente firmado por el profesional de salud que le atendió, en el plazo de 48 horas como lo establece la Ley, y con copia al/a director/a de la unidad de salud.</p> <p>En los casos de maltrato, abuso y explotación sexual, tráfico o pérdida de que hubiere sido víctima un niño, niña o adolescente, deberán denunciarlo dentro de las veinticuatro horas siguientes de dicho conocimiento ante cualquiera de los fiscales, autoridades judiciales o administrativas competentes.</p>			
PASO 3. EXAMEN GINECOLÓGICO	X	X	X
Cuando la violencia física se acompaña de violencia sexual, se deberá aplicar el protocolo para estos casos.		✓	✓
PASO 4. VALORACIÓN DE SALUD MENTAL	✓	✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> • Evalúe el estado emocional (angustia, bloqueo emocional, pánico, otros) y las funciones psíquicas de la persona (realizada por psicólogo/a, psiquiatra o por otro profesional que tenga experticia en el manejo de estos casos en todos los niveles de atención). <p><i>Ver protocolo psicológico para orientarse en el abordaje (página 55).</i></p>	✓	✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> • En el caso de que la persona violentada se encuentre en riesgo severo para su integridad física y vida, y/o la de integrantes de su familia (hijos/as). Hágale notar del peligro inminente en que se encuentra, y de manera conjunta planteen un PLAN DE EMERGENCIA a seguir para salvaguardar su seguridad y la de los suyos (ver anexo 7). 	✓	✓	✓
PASO 5. TRATAMIENTO DE LAS LESIONES FÍSICAS	X	X	X
El tratamiento de las lesiones físicas se hará de acuerdo con la capacidad resolutiva de la unidad operativa.	✓	✓	✓
PASO 6. REGISTRO DEL CASO	X	X	X
<ul style="list-style-type: none"> • En la Historia Clínica. • En el Parte Diario y demás formularios pertinentes, con el respectivo código del CIE 10. • En el informe institucional, psicológico o de otras áreas clínicas. 	✓	✓	✓
PASO 7. REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	X	X	X
Realice el informe de referencia cuando el caso clínico lo amerita y según capacidad resolutiva, utilizando el formulario correspondiente.	✓		



La referencia puede estar orientada en diversas direcciones:				
	<ul style="list-style-type: none"> Servicios de salud de mayor complejidad (trabajo social, psicología, psiquiatría, traumatología, neurología, otros.) Servicios legales: Juzgados de Contravenciones, Juzgados de Violencia Contra la Mujer y la Familia, Juzgados de Familia, Mujer, Niñez y Adolescencia y Juzgados Unicos. Fiscalía, Policía Judicial o Policía Nacional. Servicios Sociales: Casas de acogida. <p>Ver Guía de servicios. MSP, 2009</p>	✓	✓	
	De igual manera, se espera que la persona sea contrareferida a la unidad de salud que hizo la referencia para realizar el seguimiento.		✓	✓
PASO 8.	SEGUIMIENTO DE LOS CASOS	X	X	X
	El seguimiento debe ser realizado por el personal de salud que atendió el caso en función de las necesidades y demandas de la persona y de la gravedad de la violencia diagnosticada.	✓	✓	✓
	Se programarán consultas periódicas y/o visitas domiciliarias de seguimiento en las que se valorará aspectos relativos a la evolución del caso: <ul style="list-style-type: none"> Estado de las lesiones previas y la posible aparición de otras nuevas. Incremento de la violencia o si ha cambiado el tipo de violencia sufrida. Extensión de agresiones a otros miembros de la familia en el mismo domicilio. Modificación del riesgo vital por aparición de factores estresantes no existentes en visitas previas (consumo de drogas, alcohol, pérdida del trabajo). Respuesta de la red social de apoyo. Eficacia de las estrategias del Plan de Emergencia. 	✓	✓	✓
PASO 9.	EXAMEN MÉDICO LEGAL		X	X
	El examen médico legal debe ser realizado por un perito médico, capacitado y acreditado en el Ministerio Público, y debe realizarse en lo posible de manera conjunta.		✓	✓
	<p>RECUERDE:</p> <p>Una vez confirmada la sospecha de todos los casos de violencia sexual, y de todos los casos de violencia física o psicológica que pongan en riesgo la integridad y vida de la persona, los profesionales de la salud, enviarán a la autoridad judicial competente un informe del caso (copia de la Historia Clínica), debidamente firmado por el profesional de salud que le atendió, en el plazo de 48 horas como lo establece la Ley, y con copia al/a director/a de la unidad de salud.</p> <p>En los casos de maltrato, abuso y explotación sexual, tráfico o pérdida de que hubiere sido víctima un niño, niña o adolescente, deberán denunciarlo dentro de las veinticuatro horas siguientes de dicho conocimiento ante cualquiera de los fiscales, autoridades judiciales o administrativas competentes.</p>			

Protocolos de atención integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclos de vida según capacidad resolutiva



VIOLENCIA PSICOLÓGICA O EMOCIONAL

Definición

VIOLENCIA PSICOLÓGICA

"Constituye toda acción u omisión que cause daño, dolor, perturbación emocional, alteración psicológica o disminución de la autoestima de la mujer o el familiar agredido. Es también la intimidación o amenaza mediante la utilización de apremio moral sobre otro miembro de familia infundiendo miedo o temor a sufrir un mal grave e inminente en su persona o en la de sus ascendientes, descendientes o afines hasta el segundo grado" (Ley 103, RO No. 839, 1995).

Sus manifestaciones son las amenazas, insultos, humillaciones o vejaciones, la exigencia de obediencia, el aislamiento social, la culpabilización, la privación de libertad, el control económico, el chantaje emocional, el rechazo o el abandono, el acoso psicológico en todos los ámbitos.

Este tipo de violencia no es tan visible como la física o la sexual y es más difícil de demostrar. En muchas ocasiones no es identificada como agresión sino como manifestaciones propias del carácter del agresor.

Código

Codificación CIE 10

R45	Síntomas y signos que involucran el estado emocional.
R45.0	Nerviosismo, tensión nerviosa.
R45.1	Inquietud, agitación.
R45.2	Infelicidad, preocupación.
R45.3	Desmoralización y apatía.
R45.4	Irritabilidad y enojo.
R45.5	Hostilidad.
R45.7	Tensión y estado de choque emocional, no específico.
R45.8	Otros síntomas y signos involucrados en el estado emocional.

(Y07)	Otros síndromes de maltrato. INCLUYE abuso: Físico Sexual Crueldad mental Tortura
-------	--

(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.

Código

Codificación CIAP 2

A01	Astenia, cansancio, enfermedad.
A05	Sensación de enfermedad.
Z13	Problemas con la conducta en la pareja.
P82	Estrés postraumático.
P99	Otros problemas psicológicos mentales.



Diagnóstico diferencial

Factores psicósomáticos que afectan al estado físico.
Trastorno por estrés postraumático.
Trastorno por estrés agudo.

PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE LA VIOLENCIA PSICOLÓGICA

Persona en crisis Una persona violentada físicamente puede venir al servicio de salud en un estado de crisis. En este caso la acogida se junta a la contención emocional, por lo que se requiere hacer una intervención en crisis para adecuar la situación, antes de realizar la anamnesis.	NIVEL		
	I	II	III
PASO 1. ENTREVISTA CLÍNICA Consta de la acogida y la entrevista clínica correspondiente. Recuerde que muchas de las acciones pueden hacerse de forma simultánea y que la acogida es una actitud que debe permanecer durante todo el proceso de atención.	X	X	X
Realice la Acogida: La acogida es una ACTITUD de recibimiento cálido, abierto a escuchar, sanar, facilitar, y responder a la demanda de ayuda de una persona, especialmente de la mujer, niña, niño y/o adolescente violentados que acuden al servicio de salud. Una buena acogida demuestra respeto, trato digno, no discriminatorio y sin prejuicios.	✓	✓	✓
RECUERDE: El primer contacto de una persona violentada psicológicamente con un servicio de salud, puede darse de dos maneras:			
• Cuando la persona acude por un problema de salud inespecífico y en el contexto de la consulta se diagnostica por Indicadores de sospecha. En este caso la acogida es la misma que se da a todas las personas que acuden al servicio de salud y debe ser respetuosa, amigable y profesional.	✓	✓	✓
• Cuando la persona está en crisis, la acogida está ligada a la contención emocional.	✓	✓	✓
<i>Llámesse crisis a un periodo de alto riesgo físico y/o psicológico, caracterizado por una situación temporal de desequilibrio emocional, cognitivo y conductual, que se manifiesta por una sintomatología variada en donde predominan niveles altos de ansiedad, que impiden al individuo manejar determinadas situaciones con sus mecanismos psicológicos habituales.</i> <i>Contención es un procedimiento terapéutico cuyo fin es tranquilizar y estimular la confianza del/la afectado/a por una crisis emocional.</i>			
Entrevista clínica (ANAMNESIS):	X	X	X
Realice o complete la Historia Clínica con la siguiente información			
• Signos y síntomas psicológicos y psicósomáticos (ver cuadro de indicadores de sospecha pág 31).	✓	✓	✓

Protocolos de atención integral a la violencia por tipología,
en personas adultas/os

• Situación familiar, interacciones, vínculos, formas de resolver los conflictos, roles, etc.	✓	✓	✓
• Situación económica del hogar, actividad laboral de la familia (desempleo, ingresos, manejo del presupuesto, gastos, etc.).	✓	✓	✓
• Apoyos personales, familiares y de la red de apoyo social (organizaciones, grupos) con que cuenta la persona afectada.	✓	✓	✓
• Datos del probable agresor/a.	✓	✓	✓
• Estado emocional de la persona, grado de afectación de su salud mental, manifestaciones psicológicas y áreas comprometidas.	✓	✓	✓
<p>RECUERDE: NO recomendar en ese momento terapia de pareja, ni mediación familiar. NO prescribir psicofármacos con el fin de disminuir la capacidad de reacción de la persona afectada, excepto que se trate de una emergencia psiquiátrica.</p>			
PASO 2. VALORACIÓN DE LA SALUD MENTAL	X	X	X
Realizada por el psicólogo/a, psiquiatra o por otro profesional que tenga experticia en el manejo de estos casos, de acuerdo con la capacidad resolutoria de la unidad de salud.	✓	✓	✓
• Evalúe su condición anímica y funciones psíquicas.	✓	✓	✓
• Enfátice en la sintomatología que la persona afectada refiere.	✓	✓	✓
• Elabore un informe, con el plan terapéutico a seguir. El informe debe detallar las lesiones que presenta la persona y su estado psicológico, el mismo que se puede entregar a la persona, siempre que no comprometa su seguridad.	✓	✓	✓
PASO 3. EVALUACIÓN DE RIESGOS	X	X	X
En caso de presentar una severa crisis personal acompañada de potenciales conductas autodestructivas, como ideaciones suicidas e intentos de suicidio, proceda de la siguiente manera:	✓	✓	✓
• Haga intervención en crisis.	✓	✓	✓
• Refiera el caso a un servicio, a una unidad de mayor complejidad para que se maneje como una urgencia psiquiátrica.	✓	✓	
En el caso de que la persona violentada se encuentre en riesgo severo para su integridad y vida, y/o la de integrantes de su familia (hijos/as), ayúdele a reconocer la situación de peligro potencial en que se encuentra, y de manera conjunta trabaje en el PLAN DE EMERGENCIA <i>Ver Plan de emergencia (Anexo 7).</i>	✓	✓	✓
PASO 4. EXAMEN FÍSICO GENERAL	X	X	X
• Enfátice en la sintomatología que la persona afectada refiere.	✓	✓	✓



<ul style="list-style-type: none"> Se valorarán los signos vitales y realizará el examen médico general detallado desde la región cefálica a la caudal. 	✓	✓	✓
PASO 5. TRATAMIENTO	X	X	X
<ul style="list-style-type: none"> Haga una devolución de la información basada en los hallazgos encontrados de la problemática de violencia y acerca del plan de intervención psicoterapéutica a seguir. 	✓	✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> No prescriba psicofármacos innecesariamente, esto incluye el uso de antidepresivos. 	✓	✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> En el marco de las consultas de seguimiento plantee y construya con la persona afectada una estrategia de seguridad ante una posible situación extrema que ponga en riesgo la integridad o la vida y un plan para prevenir nuevas situaciones de violencia. 	✓	✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> Analice si se ha modificado el riesgo vital por aparición de factores estresantes no existentes en visitas previas (consumo de tóxicos, pérdida del trabajo). 	✓	✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> Dé asistencia a los hijos e hijas y otras personas dependientes si las hubiera. 	✓	✓	✓
PASO 6. REGISTRO DE CASOS	X	X	X
<ul style="list-style-type: none"> Historia Clínica Parte Diario y demás formularios pertinentes, con el respectivo código del CIE 10. En el informe del caso o de otras áreas clínicas. 	✓	✓	✓
PASO 7. REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE LOS CASOS	X	X	
Realice el Informe de referencia cuando el caso clínico lo amerita y según capacidad resolutoria, utilizando el formulario correspondiente.	✓	✓	
La referencia puede estar orientada en diversas direcciones:			
<ul style="list-style-type: none"> Servicios de salud de mayor complejidad (trabajo social, psicología, psiquiatría, traumatología, neurología, otros.) 	✓	✓	
<ul style="list-style-type: none"> Servicios legales: Juzgados de Contravenciones, Juzgados de Violencia Contra la Mujer y la Familia, Juzgados de Familia, Mujer, Niñez y Adolescencia y Juzgados Únicos. Fiscalía, Policía Judicial o la Policía Nacional. 	✓	✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> Servicios Sociales: Casas de acogida. <p><i>Ver Guía de servicios. MSP, 2009</i></p>	✓	✓	✓
De igual manera, se espera que la persona sea contrareferida a la unidad de salud que hizo la referencia para realizar el seguimiento.		✓	✓
PASO 8. SEGUIMIENTO DE LOS CASOS:	X	X	X
El seguimiento debe ser realizado por el equipo que la atendió, en función de las expectativas y demandas de la persona y de la gravedad de la violencia psicológica diagnosticada.	✓	✓	✓

Protocolos de atención integral a la violencia por tipología,
en personas adultas/os

VIOLENCIA SEXUAL

Definición

Violencia sexual

"Sin perjuicio de los casos de violación y otros delitos contra la libertad sexual, se considera violencia sexual todo maltrato que constituya imposición en el ejercicio de la sexualidad de una persona y que la obligue a tener relaciones u otras prácticas sexuales con el agresor o con terceros, mediante el uso de fuerza física, intimidación, amenazas o cualquier otro medio coercitivo" (Ley 103, RO No. 839, 1995).

La violencia sexual incluye lo siguiente:

- Las violaciones que ocurren dentro de la relación de pareja, en relaciones íntimas, o que son causadas por personas extrañas.
- Las violaciones sistemáticas y/o selectivas que ocurren en los conflictos armados.
- Las propuestas sexuales sin acuerdo mutuo y el acoso sexual, lo que incluye las demandas de sexo a cambio de favores.
- Los matrimonios forzados o la cohabitación, que incluye los matrimonios adolescentes y de niños.
- La negación del derecho a la anticoncepción, al acceso de medidas de protección contra las infecciones de transmisión sexual.
- Los abortos forzados.
- Los actos de violencia contra la integridad sexual de las mujeres (exámenes forzados de virginidad, examen médico genital - demanda de tercero) intervenciones médicas sin consentimiento o autorizadas por varones para realizar procedimientos gineco - obstétricos (histerectomía, esterilización forzadas, inseminación artificial forzada).

- El trabajo sexual forzado y el tráfico humano para la explotación sexual.

La violación es una emergencia legal, jurídica, psicológica, médica, social y familiar que necesita un abordaje integral e interdisciplinario con enfoque de derechos (intergeneracional, intercultural y de género) y de acuerdo con las necesidades de la persona (corporalidad e identidades sexuales).

CÓDIGO

CODIFICACIÓN CIE 10

- | | |
|-------|---|
| 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. |



(Y07)	Otros síndromes de maltrato. INCLUYE abuso: Físico Sexual Crueldad mental Tortura
(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.

PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE LA VIOLENCIA SEXUAL

Persona en crisis	NIVEL		
	I	II	III
El personal de salud de atención primaria o de unidades de salud que no sean hospitalarios y que reciban a una persona con señales de violencia sexual deben referirla lo más rápido posible y en ambulancia al hospital más cercano, salvo que exista gravedad y riesgo vital que los obligue a un tratamiento médico inmediato.	✓		
Es importante destacar que se remitirá a la víctima, sin que medien lavados ni cambios de ropa. En caso de felación es importante, en la medida de lo posible, evitar la toma de líquidos o alimentos antes del reconocimiento de la víctima en el hospital.	✓		
RECUERDE: En caso de violación la persona afectada se va a encontrar desbordada de sentimientos por la situación traumática experimentada, por lo que es necesario hacer una contención e intervención en crisis, encaminada a:			
<ul style="list-style-type: none"> Facilitar la expresión del dolor o sufrimiento, a través del lenguaje verbal. Brindar apoyo psicológico. Realizar acciones de información y actuación para la prevención de las secuelas de la violación, como embarazo no deseado, transmisión de VIH y otras ITS. 	✓ ✓ ✓	✓ ✓ ✓	✓ ✓ ✓
PASO 1. ENTREVISTA CLÍNICA	X	X	X
Consta de la acogida y la entrevista clínica correspondiente. Recuerde que muchas de las acciones pueden hacerse de forma simultánea y que la acogida es una actitud que debe permanecer durante todo el proceso de atención.			
En lo posible la entrevista debe realizarse a solas con la persona potencialmente afectada de violencia.	✓	✓	✓
Realice la acogida:			
RECUERDE: La acogida es una ACTITUD de recibimiento cálido, abierto a escuchar, sanar, facilitar, y responder a la demanda de ayuda de una persona, especialmente de la mujer, niña, niño y/o adolescente violentados que acuden al servicio de salud. Una buena acogida demuestra respeto, trato digno, no discriminatorio y sin prejuicios.	✓	✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> Promueva un ambiente cálido, de confianza y respeto a su situación, ponga a la persona en estado de comodidad física. 	✓	✓	✓

Protocolos de atención integral a la violencia por tipología,
en personas adultas/os



<ul style="list-style-type: none"> • Explíquelo que usted hará algunas preguntas sobre situaciones que le pudieran estar ocurriendo con su pareja o en su familia. 	✓	✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> • Evalúe su condición anímica y de conciencia; observe de manera sutil y no invasiva sus actitudes y manifestaciones emocionales (lenguaje verbal y no verbal). 	✓	✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> • Facilite la expresión de sus sentimientos y emociones (ira, silencios, llanto). 	✓	✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> • Mantener en todo momento una actitud empática y de escucha activa, de forma tal que facilite la comunicación (déjela que hable libremente). 	✓	✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> • Siga una secuencia lógica de preguntas más generales e indirectas a otras más concretas y directas. Cuando esté preparada, aborde directamente el tema de la violencia. 	✓	✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> • Expresar claramente que nunca está justificada la violencia y hágala sentir que ella no es culpable de esta situación. Ayúdela a no sentir vergüenza. 	✓	✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> • Demuestre que le cree, no poniendo en duda los hechos o comentarios vertidos. 	✓	✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> • No emita juicios, intentando neutralizar el miedo que la persona manifiesta por el abuso de que es objeto. 	✓	✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> • Ayude a pensar, a ordenar sus ideas y a tomar decisiones que favorezcan cambios a su situación actual. 	✓	✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> • Alerta a la persona sobre potenciales riesgos, pero acepte su elección. No imponga sus criterios o decisiones. 	✓	✓	✓
Entrevista clínica (ANAMNESIS):	X	X	X
<ul style="list-style-type: none"> • Valore como una situación de sospecha de violencia si existe indicadores descritos en la página 31 Para la entrevista clínica correspondiente a puede ayudarse preguntando: <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>¿Alguna vez alguien la ha criticado o insultado, o le ha gritado? ¿Hay alguien a quien usted le teme actualmente? ¿Alguna vez alguien ha destruido objetos suyos o de su hogar? ¿Ha sido usted obligada a tener relaciones sexuales cuando no tenía deseo? ¿Hay alguien a quien usted teme actualmente? ¿Quién? ¿En su relación actual ha sido agredida verbal o físicamente alguna vez? ¿Alguna vez su compañero ha expresado amenazas contra su vida? Piensa usted que lo que me ha comentado tiene que ver en algo con situaciones de violencia?</p> </div> 	✓	✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> • Si la usuaria responde "sí" a cualquiera de las preguntas relativas a la violencia complementelas con las siguientes: <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>¿Cuándo ocurrió eso? ¿Cuánto duró el maltrato? ¿Lo que me ha comentado, tiene que ver con situaciones de violencia? ¿Cómo cree usted que la ha afectado esta situación de violencia? ¿Se siente usted ante un peligro inminente por lo que está viviendo?</p> </div> 	✓	✓	✓



<ul style="list-style-type: none"> • RECUERDE: Ante la evidencia de que la usuaria/o está viviendo una situación de violencia, se hace necesario dar apoyo todo el tiempo. Estas expresiones suelen ser útiles en estos casos: <p><i>"Lamento que esto le haya ocurrido. Necesito hacerle más preguntas para que podamos conseguir ayuda para usted."</i></p> <p><i>"Nadie merece ser objeto de malos tratos. Usted no merece que se la maltrate. Yo sé qué difícil es para una persona pasar por estas situaciones."</i></p> <p><i>"Está bien que usted haya podido hablarme de eso. Pienso que podemos ayudarla. Necesito hacerle otras preguntas acerca de la violencia y con eso tendré más información, de modo que podamos pensar conjuntamente cuáles son las mejores opciones para usted."</i></p>	✓	✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> • Transcriba los hechos referidos por la persona en relación con la agresión (fecha, lugar, hora, tipo de agresión sexual) y los actos realizados después de la agresión y antes de la exploración (aseo personal, toma de alimentos o medicación, etc.). 	✓	✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> • Investigue todo lo relacionado con antecedentes de intervenciones, medicamentos, consumo asociado de alcohol y otras drogas. 	✓	✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> • Indague sobre la historia ginecológica: menarquia, fecha de última menstruación (FUM), método anticonceptivo, última relación sexual y disfunciones sexuales. <p>RECUERDE: La Historia Clínica es un documento legal que puede servir como prueba importante en el proceso judicial.</p>	✓	✓	✓
<p>PASO 2. EXAMEN FÍSICO (Realizado por el médico legista o profesional de salud capacitado)</p>	X	X	X
<p>En caso que la persona presente una crisis emocional que no le permita ser examinada, solicite apoyo y/o realice intervención en crisis. Si aún así no es posible la exploración, debe suspenderse el examen a menos que exista urgencia de una intervención clínica o quirúrgica por riesgo de vida de la persona, registrando la situación para informar a la administración de justicia de esta dificultad.</p>		✓	✓
<p>Durante el examen físico general se debe describir en forma detallada, todas las lesiones, desde la región cefálica hacia la región caudal (erosiones, mordeduras, excoriaciones, contusiones equimosis, hematomas, heridas contusas o cortantes, quemaduras, fracturas, suturas, cicatrices, etc.).</p>	✓	✓	✓
<p>Es conveniente la realización de fotografías, previo consentimiento de la persona afectada de violencia sexual.</p>	✓	✓	✓
<p>Examen segmentario:</p>			
<p>Cara y cráneo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Describa la presencia de hematomas, excoriaciones, quemaduras y lesiones cortantes a nivel de piel y/o mucosas. Especial atención requiere la observación de la parte interna de la boca. 	✓	✓	✓
<p>Tórax</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realice examen de mamas, consignando las lesiones encontradas, estas deberán describirse en forma anatómica. 	✓	✓	✓
<p>Abdomen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inspección: describa las lesiones traumáticas indicando la región anatómica. Se describirán patologías médicas o quirúrgicas, tumores, cicatrices, etc. 	✓	✓	✓

Protocolos de atención integral a la violencia por tipología,
en personas adultas/os



<ul style="list-style-type: none"> Palpación: para búsqueda y descripción de órganos y lesiones (estómago, vesícula, útero, etc.). 	✓	✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> En caso de sospecha de embarazo, por palpación de útero por vía abdominal, éste debe ser descartado en lo posible a través de ECOSONOGRAFIA o ultrasonografía. 		✓	✓
PASO 3. EXAMEN GINECOLÓGICO (debe realizarlo el médico legista o el/a profesional de salud capacitado)		X	X
Explore: Genitales externos: <ul style="list-style-type: none"> Inspección de la región vulvar: características del vello pubiano, labios mayores y menores, descripción de eventuales lesiones traumáticas en periné: clitoris, horquilla vulvar. Determinar la presencia de erosiones, excoriaciones, equimosis, hematomas, heridas cortantes, desgarros. 		✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> Descripción del himen o sus restos, consignar su forma, las características de sus bordes, eventuales lesiones traumáticas recientes (erosiones, desgarros, etc.) y registrarlos según los punteros del reloj. 			
Examen génito-urológico (varón): <ul style="list-style-type: none"> Deberán describirse anatómicamente: pene, prepucio, escroto y testículos, consignando eventuales lesiones traumáticas (erosiones, excoriaciones, equimosis, hematomas) 		✓	✓
En caso de visualizar lesiones papulares o ulcerativas se deberán sospecharse infecciones de transmisión sexual: sífilis, condilomas acuminados, herpes genital y otros.		✓	✓
Examen proctológico en ambos sexos: <ul style="list-style-type: none"> Se deberá realizar una inspección cuidadosa, en lo posible con uso de colposcopio buscando erosiones, excoriaciones, fisuras o desgarros, equimosis o hematomas o cicatrices antiguas. Se consignará la tonicidad del esfínter anal, que puede estar disminuida, con la salida de gases y materias fecales. En el caso de contar con Servicio de Proctología y existiendo dudas sobre la tonicidad del esfínter anal, se recomienda realizar una manometría del esfínter o electromiografía, la que resulta de mayor facilidad en adultos. En esta parte del examen, es posible tomar muestra del contenido ano-rectal, con torunda estéril humedecida con suero fisiológico para búsqueda de semen y espermatozoides en caso de que la denuncia sea precoz, dentro de las 24 a 48 horas. 		✓	✓
Si existiera sospecha de lesión rectal, se debe realizar tacto rectal buscando posible rotura de recto o presencia de cuerpo extraño que requiera tratamiento quirúrgico de urgencia. En presencia de lesiones papulares y ulcerativas solicitar examen de VDRL y VIH (con consentimiento informado). Si hubiera tumoración papilomatosa pensar en condiloma acuminado.		✓	✓
PASO 4. EXÁMENES DE LABORATORIO		X	X
De acuerdo con la capacidad resolutoria de la unidad se podrán realizar los siguientes exámenes de laboratorio:		✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> Biometría hemática y química sanguínea. 		✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> Contenido vaginal, vulvar y perivulvar para búsqueda de semen y espermatozoides incluyendo moco cervical. 		✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> Contenido rectal para búsqueda de semen y espermatozoides. 		✓	✓



• Contenido bucal (delante y detrás de incisivos superiores) para búsqueda de semen y espermatozoides.		✓	✓
• Flujo vaginal para examen bacteriológico y parasitario (hongos, tricomonas, gardnerella, gonococo, etc.)		✓	✓
• Flujo uretral y/o anal, para examen bacteriológico, incluyendo gonococo y/o chlamydia y parasitario.		✓	✓
• Examen de ADN en espermatozoides o medios biológicos (pelos, sangre, etc.).		✓	✓
• Estudio de manchas en ropas (búsqueda de semen, espermatozoides, sangre, estudio de ADN).		✓	✓
• Hepatitis B, C y D: inicial y a las seis semanas.		✓	✓
• HCG para diagnóstico de embarazo.		✓	✓
• Ultrasonografía.		✓	✓
• Colposcopia.		✓	✓
La toma de muestras la realizará el médico legista o profesional de salud autorizado.		✓	✓
Sólo con el consentimiento informado de la víctima se pueden tomar los siguientes exámenes que no son concluyentes en la determinación del delito de agresión sexual, pero que pueden constituir pruebas en la presentación de las denuncias por lesiones graves:		✓	✓
• Muestras para búsqueda de VIH.		✓	✓
• Alcoholemia.		✓	✓
• Muestra para búsqueda de drogas de abuso en orina y sangre (cocaína, marihuana, opiáceos, tranquilizantes, ansiolíticos, heroína, etc.).		✓	✓
PASO 5. EXAMEN MEDICO LEGAL Y DEMÁS PERICIALES		X	X
El examen médico legal deberá ser realizado por un profesional capacitado y acreditado en el Ministerio Fiscal. De acuerdo a los procedimientos y normativas existentes. Es importante recordar que este examen cuando es realizado a posteriori, se basa, en muchas ocasiones, en las fuentes de información de la HCU, por tanto hacer una Historia Clínica completa y que observe los parámetros de los protocolos del Ministerio Público es muy importante para evitar impunidad (ver anexo 6).		✓	✓
<p>RECUERDE:</p> <p>Una vez confirmada la sospecha de todos los casos de violencia sexual, y de todos los casos de violencia física o psicológica que pongan en riesgo la integridad y vida de la persona, los profesionales de la salud, enviarán a la autoridad judicial competente un informe del caso (copia de la Historia Clínica), debidamente firmado por el profesional de salud que le atendió, en el plazo de 48 horas como lo establece la Ley, y con copia al/a director/a de la unidad de salud.</p> <p>En los casos de maltrato, abuso y explotación sexual, tráfico o pérdida de que hubiere sido víctima un niño, niña o adolescente, deberán denunciarlo dentro de las veinticuatro horas siguientes de dicho conocimiento ante cualquiera de los fiscales, autoridades judiciales o administrativas competentes.</p>			

Protocolos de atención integral a la violencia por tipología,
en personas adultas/os

PASO 6. VALORACIÓN Y TRATAMIENTO DE LA SALUD MENTAL		X	X
Esta valoración debe ser realizada por psicólogo/a, psiquiatra. En el primer nivel de atención o en aquellos servicios que no cuenten con este recurso humano, deberán referir al nivel que corresponda o a otras instituciones u organizaciones.		✓	✓
Se valorará: <ul style="list-style-type: none"> • Estado de conciencia. • Funciones cognitivas. • Riesgo de heteroagresión y autoagresión (valoración de riesgo suicida, antecedentes de intentos previos). 		✓	✓
El plan terapéutico estará orientado de acuerdo a los requerimientos del usuario/a.		✓	✓
PASO 7. TRATAMIENTO		X	X
El tratamiento de las lesiones corresponde al ámbito propio de la atención de urgencia y debe realizarse de la manera menos traumática posible, considerando siempre el estado emocional de la persona.		✓	✓
A continuación se describen los aspectos específicos de las intervenciones destinadas a prevenir o minimizar las consecuencias patológicas o no deseadas de la violencia sexual.		✓	✓
7.1 Prevención del embarazo:			
La eficacia máxima para la administración de la pildora es antes de las 72 horas, sin embargo, se puede administrar hasta 120 horas después de ocurrido el hecho.	✓	✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> • Pildoras de progestina pura: 1.5 mg de levonorgestrel diarios vía oral o 0.75 mg cada 12 horas. 	✓	✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> • Método de Yuzpe: es el método que contiene estrógenos con progestágeno. Método alternativo si no existe progestina pura. 	✓	✓	✓
7.2 Prevención de Infecciones de Transmisión Sexual			
En adultas/os:	✓	✓	✓
La infección por gonorrea, chlamydia, tricomoniasis, sífilis y bacterias puede prevenirse con la administración a la víctima de UNO DE ESTOS ESQUEMAS:			
7.2.1. GONORREA Y chlamydia COEXISTENTE EN UN 40%: Ciprofloxacina, 500 mg vía oral (VO) dosis única + Azitromicina, 1 g. en dosis única, por vía oral (VO)	✓	✓	✓
ANTIBIÓTICOS ALTERNOS: GONORREA: Ceftriaxona 125mg IM, dosis única o Espectinomina 2gr IM, dosis única o Gentamicina 280mg IM, dosis única.	✓	✓	✓
Chlamydia: Doxiciclina 100mg, VO c/12 horas, por 7 días o Tetraciclina 500mg, VO c/6 horas, por 7 días o Eritromicina 500mg VO c/6 horas por 7 días.	✓	✓	✓
7.2.2.- TRICOMONIASIS, VAGINOSIS BACTERIANA Y CANDIDIASIS: Tinidazol 2gr VO, dosis única + Clotrimazol 100mg vía vaginal, una vez al día antes de dormir por 3 días.	✓	✓	✓



<p>En Gestantes: Metronidazol 2gr VO, dosis única* + Clotrimazol 100mg vía vaginal, una vez al día antes de dormir por 7 días. * Metronidazol se utiliza a partir de las 12 semanas de gestación.</p>	✓	✓	✓
<p>7.2.3.- SÍFILIS: Penicilina benzatínica 2400.000 IM, dosis única + Eritromicina 500mg VO cada 6 horas, durante 7 días.</p>	✓	✓	✓
<p>* En gestantes utilizar el mismo esquema de tratamiento. **En caso de alergia: Eritromicina 500mg cada 6 horas por un periodo no menor de 15 - 21 días.</p>	✓	✓	✓
<p>7.3 Prevención del VIH-SIDA (ver normas del Programa de VIH-SIDA) El uso de una terapia preventiva debe ser evaluado, en conjunto con la víctima o sus representantes (en caso de necesidad). La profilaxis post exposición para exposiciones no ocupacionales a VIH (PPENO) es una respuesta médica de emergencia destinada a proteger a las personas expuestas al Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).</p>		✓	✓
<p>El riesgo de adquirir VIH por exposición varía con el acto, (compartir agujas y receptor de coito anal $\geq 0.5\%$ -0.07%). Lesiones traumáticas ocultas pueden aumentar el riesgo en el caso de violaciones sexuales. No se debe administrar la PPENO a todas las personas porque se consideran estas tres variables: 1. sero-prevalencia nacional baja: 0.17% en el Ecuador; 2. tipo de fuente; 3. tipo de riesgo de exposición.</p>		✓	✓
<p>Riesgo bajo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Besos. • Masturbación. • Sexo oral sin o con eyaculación. • Sexo con preservativo usado correctamente. • Recepción vaginal o anal sin eyaculación . • Penetración digital o con objetos extraños en la vagina, el ano o la boca. • Eyaculación sobre piel intacta. 		✓	✓
<p>Riesgo mediano:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recepción vaginal con eyaculación y sin preservativo. • Penetración oral con eyaculación. • Presencia de sangre en la boca. 		✓	✓
<p>Riesgo alto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Penetración anal con eyaculación. • Penetración anal o vaginal con factores de riesgo: menstruación, hemorragia durante coito, lesiones o heridas en ano, vagina o boca, Presencia de ITS en la fuente o en la persona que sufrió violencia múltiples agresores. • Trauma físico evidente, lesiones sangrantes. • Presencia de úlceras u otras patologías ginecológicas. 		✓	✓
<p>El tratamiento se administra en casos de exposiciones de mediano y alto riesgo.</p> <p>La PPENO debe iniciarse en la brevedad posible después de la posible exposición al VIH y a más tardar 36 horas después. Hay fuerte evidencia de que la PPENO tomada durante 4 semanas puede prevenir la infección, pero la prevención total no está todavía garantizada.</p>		✓	✓

Protocolos de atención integral a la violencia por tipología,
en personas adultas/os



Siga los siguientes pasos:		✓	✓
1. Para la valoración clínica de la persona expuesta, se deberá tener en cuenta lo siguiente:			
a. Determinar el estado serológico por medio de pruebas de tamizaje (pruebas rápidas y micro Elisa) y en caso de que hayan pasado las 36 horas desde la violación suministrar directamente PPENO. Antes de hacer la prueba, se debe hacer una consejería pre prueba, se debe explicar a la persona en qué consiste la prueba, qué es el VIH, cuál es el riesgo potencial que tiene de transmisión de VIH y cuáles serían los próximos pasos si está infectada/o de VIH o no.		✓	✓
b. El tiempo y las características de la exposición más reciente y la frecuencia de exposiciones a VIH, el TAR debe ser utilizado antes de 36 horas después de la exposición a VIH y prescrita solo a personas con exposición infrecuente.		✓	✓
c. El estado serológico de la fuente: si se conoce la posible fuente y es VIH (+) es importante preguntar por su última carga viral y cual terapia está recibiendo para escoger el TAR más acorde para la persona expuesta. Si la fuente es desconocida se debe analizar el riesgo e iniciar profilaxis si el/a profesional lo considera. Si se conoce la fuente pero no su estado con respecto al VIH realizar la prueba rápida para VIH con asesoría pre y post test y consentimiento informado.		✓	✓
d. Otras infecciones post exposición: búsqueda de otras ITS: gonococo, chlamydia, sífilis, hepatitis B y C etc.		✓	✓
e. Valoración del riesgo de exposición: según lo mencionado anteriormente.		✓	✓
2. Antes de proporcionar los ARV, Se deben considerar los siguientes exámenes de laboratorio:		✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> • ELISA para VIH: inicial, 4 a 6 semanas, 3 meses, 6 meses. • Cuadro hemático completo: inicial, durante la PPENO. • BUN y creatinina: inicial, durante la PPENO. • Enzimas hepáticas: Inicial, durante la PPENO. • Estudio para ITS estudio para gonococos, chlamydia, sífilis: inicial, durante la PPENO, 4 a 6 semanas. • Serología para hepatitis B: inicial, 4 a 6 semanas, 3 meses. • Serología para hepatitis C: inicial, 3 meses y 6 meses. • Test de embarazo: inicial, durante la PPENO, 4 a 6 semanas. • Carga viral, test de resistencia y Cd4 depende de la decisión del/a experto/a. 			
Los exámenes de laboratorio a realizarse para la fuente si se conoce:		✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> • ELISA para VIH: Inicial. • Estudio para ITS estudio para gonococos, chlamydia, sífilis: inicial. • Serología para hepatitis B: inicial. • Serología para hepatitis C: inicial. • Carga viral, y Cd4 depende de la decisión del/a experto/a. 			
3. Tratamiento:		✓	✓
Terapia Antirretroviral de Gran Alcance (TARGA) debe ser administrada por 28 días para personas con exposición no ocupacional a sangre, fluidos genitales y otros fluidos corporales potencialmente infectados porque la fuente se conoce VIH (+) o cuando la exposición representa un riesgo substancial para la transmisión del VIH y cuando la persona expuesta consulta en las primeras 36 horas. El tratamiento debe ser iniciado lo antes posible para asegurar un mejor resultado.			



<p>En niveles secundario y terciario se debe suministrar la PPENO que las unidades tienen como "kit de emergencia" para sólo los primeros 5 días según esta combinación:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. dos ITN y un IPR. 2. dos ITN y un ITNN. 		✓	✓
<p>En caso de que la prueba rápida de VIH salga reactiva, proceder a una prueba confirmatoria y seguir el tratamiento PPENO hasta tener la confirmación de la prueba. Si la persona ya tiene VIH, se debe parar el tratamiento.</p>		✓	✓
<p>En el tercer nivel, se debe seguir estas indicaciones:</p> <p>La elección del tratamiento antirretroviral debe ser basado en:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Adherencia. 2. Análisis de toxicidad 3. Mujer embarazada 		✓	✓
<p>Esquemas de tratamiento ARV recomendado para exposición no laboral:</p> <p>Recomendado basado en No nucleósidos inhibidores de la transcriptasa reversa :</p> <p>Zidovudina + Lamivudina CON Efavirenz</p>		✓	✓
<p>Recomendado basado en inhibidores de proteasa</p> <p>Zidovudina + Lamivudina CON Efavirenz</p> <p>a) Indinavir b) Nelfinavir c) Lopinavir/Ritonavir*</p> <p>* Esta recomendación debe ser analizada por el/a experto/a.</p>		✓	✓
<p>Tener en cuenta que en mujeres embarazadas no se debe usar Efavirenz, alternativo basado en No nucleósidos inhibidores de la transcriptasa reversa:</p> <p>CON</p> <p>a) Abacavir + Lamivudina b) Didanosina + Lamivudina c) Estavudina + Lamivudina</p>		✓	✓
<p>Alternativo basado en Inhibidores de proteasa:</p> <p>a) Zidovudina + Lamivudina b) Didanosina + Lamivudina c) Estavudina + Lamivudina d) Zidovudina + Didanosina e) Abacavir + Lamivudina</p> <p>CON</p> <p>f) Lopinavir/Ritonavir g) Atazanavir h) Nelfinavir i) Saquinavir</p>		✓	✓
<p>4. Referencia y contrareferencia</p> <p>El tratamiento de emergencia que se proporciona a la persona que ha sufrido violencia se debe continuar en una clínica de VIH/SIDA, con la debida referencia.</p>		✓	✓
<p>5. Seguimiento del tratamiento</p> <p>a. En la clínica de VIH/SIDA, hacer el seguimiento del tratamiento teniendo en cuenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Historia Clínica. • Día en que se empezó la profilaxis. • Esquema de ARV que está tomando la persona (el esquema del "kit de emergencia"). 	✓	✓	



<ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes médicos de la persona. • Reacción de la persona al esquema del kit de emergencia. 			
b. Realizar los exámenes de laboratorio complementarios.	✓	✓	
c. Hacer seguimiento cercano a la adherencia de la persona que está tomando la PPENO.	✓	✓	
d. Dar informe de contrarreferencia a la unidad de salud que refirió a la persona que ha sufrido una violación.	✓	✓	
No realizar:	✓	✓	
<ul style="list-style-type: none"> • Prescripciones a personas que ya tienen VIH. • Prescripciones de forma recurrente a la misma persona. 			
Este tratamiento puede tener efectos adversos y producir la posible generación de virus resistentes.	✓	✓	
PASO 8. INFORMACIÓN Y DENUNCIA	X	X	X
• Dígale a la persona afectada que la agresión sexual es un delito y que tiene derecho a denunciarlo.	✓	✓	✓
• Infómele sobre la legislación que existe en el Ecuador y que protege sus derechos e integridad, y orientele que en caso necesario puede solicitar una Orden de Protección .	✓	✓	✓
• Comuníquese de la existencia de la red de recursos y organizaciones sociales (preferiblemente por escrito) para la atención de estos casos, en la localidad y ayúdele a encontrar los mecanismos para acceder a esta red.	✓	✓	✓
Explíquese sobre:	✓	✓	✓
• Prevención de embarazo no deseado con Anticoncepción de Emergencia.			
• Prevención de ITS y VIH.	✓	✓	✓
• Interrupción legal de embarazo:	✓	✓	✓
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Art. 447.- El aborto practicado por un médico, con el consentimiento de la mujer o de su marido o familiares íntimos, cuando ella no estuviere en posibilidad de prestarlo, no será punible:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Si se ha hecho para evitar un peligro para la vida o salud de la madre, y si este peligro no puede ser evitado por otros medios, 2. Si el embarazo proviene de una violación o estupro cometido en una mujer idiota o demente. En este caso, para el aborto se requerirá el consentimiento del representante legal de la mujer (Código Penal⁴⁸). </div>			
• Servicios de apoyo y terapia psicológica.	✓	✓	✓
PASO 9. REGISTRO DE CASOS	X	X	X
• Registre la información de manera clara en los formularios de la Historia Clínica: HCU-MSP No. 002 y 003.	✓	✓	✓
• En el Parte Diario codifique la entidad clínica de acuerdo al código CIE 10.	✓	✓	✓
• Elabore un informe médico y psicológico y si cuenta con peritos médicos acreditados, elabore un informe médico legal.	✓	✓	✓



PASO 10. INFORMACIÓN Y DENUNCIA	X	X	X
Las referencias deben registrarse en la Historia Clínica, y pueden ser realizadas a:			
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de salud de mayor complejidad y especialidades requeridas (trabajo social, psicología, psiquiatría, traumatología, neurología, otros.) • Servicios Legales: Juzgados de Contravenciones, Juzgados de Violencia Contra la Mujer y la Familia, Juzgados de Familia, Mujer, Niñez y Adolescencia y Juzgados Únicos. Fiscalía, Policía Judicial o Policía Nacional. • Servicios Sociales: Casas de Acogida. <i>Ver Guía de servicios. MSP, 2009</i>	✓	✓	✓
	✓	✓	✓
	✓	✓	✓
PASO 11. SEGUIMIENTO DE LOS CASOS DE VIOLENCIA SEXUAL	X	X	X
El seguimiento de la persona víctima de violencia sexual debe ser realizado por el equipo de salud que atendió a la persona, en función de las NECESIDADES de la persona y de la gravedad del caso. Para ello se programarán consultas periódicas de seguimiento en coordinación con el/a responsable del caso, en la unidad de referencia.	✓	✓	✓
Se hará énfasis en los siguientes aspectos:			
<ul style="list-style-type: none"> • Confirmación o no de embarazo e ITS y actuar de acuerdo con la Ley y protocolos de atención. 	✓	✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> • Nuevas agresiones sexuales. 	✓	✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> • El estado emocional de la persona. 	✓	✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> • Presencia de riesgo vital por aparición de factores estresantes no existentes en visitas previas (consumo de tóxicos, pérdida del trabajo). 	✓	✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> • Respuesta de la red social de apoyo. 	✓	✓	✓



IX. Atención integral de la violencia ejercida contra niñas, niños y adolescentes



Los niños, niñas y adolescentes (NNA) no suelen contar sus experiencias de violencia. Quienes los violentan son por lo general adultos, que están en su entorno familiar o comunitario, incluyendo sus contextos educativos, y también adultos con quienes se han establecido relaciones de poder desiguales. Los niños, niñas y adolescentes suelen acceder a los servicios de salud en compañía de quienes lo violentan, de ahí que es muy difícil que se expresen con apertura y libertad. Por esto la dificultad de hacer un diagnóstico certero, más aún identificar a los agresores/as. Sin embargo en el caso de los adolescentes es importante recordar el derecho a la confidencialidad y a asistir solos/as a la consulta.

El equipo de salud debe estar en condiciones de pesquisar los casos de maltrato y conocer los mecanismos para proteger al niño, niña y adolescente en riesgo.

El diagnóstico requiere de un acto médico de sospecha, puesto que es excepcional que el NNA sea llevado a la consulta por violencia en cualquiera de sus formas.

9.1 Elementos a considerar para el manejo de la violencia en niños, niñas y adolescentes

- Tener un alto índice de sospecha ante la presencia de factores de riesgo.
- Captar el caso.
- Confidencialidad, privacidad y empatía.
- Uso de la codificación del CIE 10 para el manejo de la confidencialidad del caso.
- El diagnóstico y la atención de violencia en los/as NNA se realiza con base a la valoración médica, psicológica, social y dependiendo del caso valoración legal.
- Registrar los hallazgos de la anamnesis y examen físico con precisión y calidad, para que sirvan como fuentes de información veraces en caso petición de informes legales.
- Tener conocimiento de los marcos legales: Constitución Política de la República, Código de la Niñez y Adolescente, Código Penal y Ley de Amparo al Paciente.
- Disponer de un directorio de instituciones y organizaciones que brindan protección y asistencia legal para facilitar la denuncia y detención oportuna del/os agresor/es/as, así como asistencia social y psicológica en el marco de la protección integral y restitución de derechos.

9.2 Principales indicadores de sospecha para realizar un diagnóstico de violencia en niños, niñas y adolescentes

- Existencia de factores de riesgo.
- Existencia de indicadores físicos y de cambio en el comportamiento del niño, niña y adolescente; así como en la conducta del cuidador/a.
- La consulta no la realizan los padres o el cuidador/a.
- Hay retraso en la consulta y peor aún si existen lesiones graves.



- Explicación inadecuada y/o incongruente ante la presencia de lesiones físicas.
- Existen discrepancias, reticencias o contradicciones en el relato de los hechos.
- Presencia de lesiones que sugieren maltrato; hematomas, contusiones, quemaduras, heridas, excoriaciones, marcas, cicatrices, lesiones óseas, oculares, craneales, trauma craneo encefálico y otros.
- Intoxicaciones.
- Intento de suicidio, obliga a investigar maltrato o abuso sexual subyacente. La víctima y/o una tercera persona afirma que hay violencia o maltrato.

ATENCIÓN INTEGRAL DE LA VIOLENCIA PSICOLÓGICA EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

Definiciones

Violencia o maltrato psicológico o emocional	<p>Es toda perturbación emocional, alteración psicológica o disminución de la autoestima en el niño, niña o adolescente agredido/a, causada por la actitud de un adulto/a, la cual puede enmarcarse como alejada y ajena a toda conducta con sentido constructivo, educativo o protector para con el niño o niña.</p> <p>Dentro de esta variante de maltrato se encuentran numerosas conductas que padres, maestros y cuidadores realizan con los niños/as, por ejemplo: el rechazo, la crítica, las constantes burlas de sus aptitudes y errores, la ridiculización de sus acciones, la amenaza de abandono o daño si no cumplen con las expectativas de los padres, las demandas y exigencias inapropiadas para la edad del niño/a o adolescente, que terminan confirniéndole un papel de adulto/a, así como actitudes de sobreprotección que inhabilitan o limitan su desarrollo normal.</p>
Violencia o maltrato por negligencia	<p>Consiste en dejar o abstenerse de atender las necesidades del niño, niña o adolescente e incumplir los deberes de guarda y de protección. Cuidado inadecuado del niño, niña⁴⁹.</p> <p>Son considerados como negligencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La desnutrición grave (cuando el peso es menor al 70% en relación a la talla)⁵⁰. • El abandono. • La desatención en salud y la escolaridad. • Los accidentes domésticos reiterados. • El desarrollo psicomotor deficiente, el uso de drogas y o alcohol⁵¹.
Código	Codificación CIE 10
T74 T74.0 T74.1 T74.2 T74.3	Síndromes de maltrato. Negligencia o abandono. Abuso físico. Abuso sexual. Abuso psicológico.
T74.8 T74.9	Otros síndromes de maltrato. Síndrome de maltrato no específico. Abuso de adulto. Abuso infantil.

49. Díaz Huertas JA, Casado Flores J, García E, Ruiz MA, Esteban J. Atención al Maltrato Infantil desde el Ámbito Sanitario. Madrid. Instituto Madrileño del Menor y la Familia; 1998. Pp. 31, 51, 75.

50. Block RW, Krebs NF. Failure to thrive as a manifestation of child neglect. *Pediatrics* 2005 Nov; 116 (5):1234-7.

51. Pröcel P. Sospecha de Maltrato Infantil y Abuso Sexual; En Memorias de los Seminarios Contra Maltrato Infantil. INFA 1998 Pp 12.

El antecedente de maltrato infantil se registra con un código específico.

Z61	Problemas relacionados con eventos vitales negativos en la infancia.
Z61.4	Problemas relacionados con abuso sexual en la infancia por una persona del grupo primario de apoyo.
Z61.5	Problemas relacionados con abuso sexual en la infancia por una persona ajena al grupo primario de apoyo.
Z61.6	Problemas relacionados con abuso físico en la infancia.
Z61.7	Exposición a una experiencia catastrófica en la infancia.
Z61.8	Otros eventos negativos en la infancia.

Indicadores de sospecha de violencia psicológica

- Alteración en el control de esfínteres.
 - Manifestaciones psicósomáticas.
 - Sentimientos de culpa.
 - Anorexia o bulimia.
 - Conducta regresiva.
 - Búsqueda de afecto.
 - Conducta sexual precoz.
 - Agresividad, destructividad de objetos.
 - Apego exagerado a personas desconocidas.
 - Rechazo a recibir ayuda.
 - Sentimientos de inferioridad, dificultades de concentración, aislamiento social.
 - Robos caseros.
 - Auto exigencias excesivas.
 - Desconfianza hacia personas ajenas al grupo familiar.
 - Intentos de suicidio.
 - Retraso de crecimiento de causa no orgánica.
 - Retraso psicomotor y de adquisiciones madurativas (incluye a trastornos del desarrollo, psicósomáticos y funcionales, psiquiátricos neuróticos y conductuales).
- Alteraciones en el comportamiento: comportamiento disociado, agresividad, negativismo, demasiada movilidad o excesiva quietud.
 - Temor en la relación con adultos/as.
 - Hábitos desordenados.
 - Angustia extrema ante el llanto de otros niños/as.
 - Temor luego de la escuela para volver a casa, o para ir a la escuela, bajo rendimiento escolar.
 - Tics, fobias.
 - Automutilación y tendencias marcadas a accidentes.
 - Alteraciones en el sueño y apetito.
 - Uso de alcohol o drogas.
 - Trastornos del sueño (pesadillas, terrores nocturnos).
 - Inseguridad y búsqueda constante de aprobación de parte de los mayores.
 - Caída del cabello.
 - Erupciones de la piel.

La presencia de alguno de estos signos y síntomas puede indicar maltrato en cualquiera de sus formas. En estos casos se hace necesaria la confirmación del diagnóstico por parte de un equipo interdisciplinario.

Factores de riesgo para Maltrato Psicológico

Del Niño, Niña y Adolescente:

- Bajo rendimiento escolar.
- Exigencia académicas excesivas.
- Trastornos en el desarrollo (hiperactividad, crisis de llanto, enfermedades, crónicas, retardo mental, etc.)
- Baja autoestima.
- Pobre vínculo afectivo con los padres.



De la familia:

- Padres y madres sobreprotectores.
- Padres violentos y agresivos.
- Padres que no cumplen su rol en la crianza de sus hijos.
- Padres que no responden a las necesidades de sus hijos e hijas y fracasan en estimularlos adecuadamente.
- Presencia de trastornos mentales, alcoholismo y drogadicción en los padres o cuidadores.
- Antecedentes de maltrato.
- Conflictos de pareja.
- Desempleo y estrés laboral.
- Bajo acceso a derechos sociales: salud, educación, recreación.

PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE LA VIOLENCIA PSICOLÓGICA EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

PASO 1. ENTREVISTA CLÍNICA	NIVEL		
	I	II	III
Consta de la acogida y la entrevista clínica correspondiente. Recuerde que muchas de las acciones pueden hacerse de forma simultánea y que la acogida es una actitud que debe permanecer durante todo el proceso de atención.			
Realice la acogida:			
La acogida es una ACTITUD de recibimiento cálido, abierto a escuchar, sanar, facilitar, y responder a la demanda de ayuda de una persona, especialmente de la mujer, niña, niño y/o adolescente violentados que acuden al servicio de salud. Una buena acogida demuestra respeto, trato digno, no discriminatorio y sin prejuicios.	X	X	X
• Promueva un ambiente cálido, de confianza, respeto y de comodidad física.	✓	✓	✓
• En lo posible, aborde al niño/a a solas (los niños/as mayores de 3 años proporcionan valiosa información). Recuerde que el/la adolescente tiene derecho a asistir solo a consulta y a que se respete totalmente la confidencialidad.	✓	✓	✓
• Explíquele que usted le hará preguntas sobre situaciones que pudieran estar ocurriendo en su familia y/o entorno escolar.	✓	✓	✓
• Demuéstrele que le cree, no poniendo en duda lo que él o ella manifiesta.	✓	✓	✓
• Facilite la expresión de sus sentimientos y emociones. Si el niño, niña o adolescente desea hablar de lo sucedido, permítale que se exprese con amplitud, si no desea hacerlo, hay que esperar hasta cuando esté preparado/a.	✓	✓	✓
• Hágalo/a sentir que no es culpable de la violencia que sufre, que no sienta vergüenza.	✓	✓	✓
Entrevista clínica (ANAMNESIS)	X	X	X
La Historia Clínica es un documento probatorio en casos de maltrato infantil, por tanto registre con mucha precisión toda la información obtenida.	✓	✓	✓
• Observe la actitud del niño/a agredido/a y de los acompañantes. El niño/a maltratado generalmente están temerosos, silenciosos, irritables, eluden la mirada de quien los acompaña.	✓	✓	✓

Atención integral de la violencia ejercida contra niñas, niños y adolescentes



<ul style="list-style-type: none"> • Transcriba los hechos referidos por el niño, niña o adolescente en relación con la agresión (fecha, lugar, hora, tipo de agresión, en qué circunstancias, con qué le agredieron) y los actos realizados después de la agresión. 	✓	✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> • Desde cuándo está viviendo esta situación, con qué frecuencia e intensidad se dan los maltratos o actos violentos y antecedentes de violencia anteriores, se denunció, dónde y hace qué tiempo. 	✓	✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> • Consigne la incongruencia en la información. 	✓	✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes de enfermedades e intervenciones, medicaciones; consumo de alcohol y otras drogas (en caso de adolescentes). 	✓	✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> • Historia ginecológica: menarquía, ciclo menstrual, fecha de última regla, método anticonceptivo, última relación sexual (en caso de adolescentes). <ul style="list-style-type: none"> • Registre datos del presunto agresor/a (historia médico-legal y ficha de registro de violencia) nombre y apellidos, edad aproximada, sexo, estado civil, relación con la víctima, dirección y teléfono del presunto agresor. • Pregunte sobre el comportamiento de la persona agresora en el contexto de la familia, del trabajo, en las relaciones sociales; si han existido agresiones a otras personas o miembros de la familia por parte del agresor, consumo de alcohol y drogas. • No desestime o subvalore la sensación de peligro expresada por el niño o niña y adolescente y actúe en consecuencia. 	✓	✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> • Registre el domicilio de manera precisa o con datos de referencia cuando sea necesario. 	✓	✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> • Use la codificación CIE 10: T74.3 para referirse y/o registrar el caso. 	✓	✓	✓
PASO 2. EXAMEN FÍSICO Y PSÍQUICO	X	X	X
<ul style="list-style-type: none"> • Realice el examen físico completo con el fin de evidenciar si existe también violencia física y/o sexual. 	✓	✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> • Evalúe y registre las maneras y actitudes, así como aspectos de las funciones psicológicas (Imaginación, pensamiento, afectividad, conciencia y otros) y del desarrollo del NNA, y grado de afectación de su salud mental y física. 	✓	✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> • Todos los exámenes deben ir con: diagnóstico, firma, código y nombre del profesional que los realiza. 	✓	✓	✓
PASO 3. VALORACIÓN SOCIAL (Útil para diagnóstico, intervención y seguimiento).	X	X	X
<ul style="list-style-type: none"> • Utilice la Ficha Familiar para la valoración social del NNA y familia. 	✓		
<ul style="list-style-type: none"> • Solicite la valoración social y el informe en la HCU. 	✓	✓	✓
PASO 4. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO	X	X	X
<ul style="list-style-type: none"> • Determine la necesidad de intervención psicológica en crisis. 	✓	✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> • El plan terapéutico debe orientarse de acuerdo al impacto en la salud emocional del NNA. 	✓	✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> • Se debe sensibilizar y concienciar a la familia sobre los factores que desencadenan el maltrato y dar alternativas sobre estilos de relacionamientos saludables. 	✓	✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> • Para decidir su hospitalización a más del criterio clínico se debe tener en cuenta el riesgo al que está expuesto el niño, niña o adolescente, o a la posibilidad de no ser asistido adecuadamente en su hogar. 	✓	✓	✓
Es importante considerar la necesidad de dar tratamiento al AGRESOR/A, persona que por lo general es altamente resistente a reconocer esta ayuda terapéutica, por lo que hay necesidad de asegurar por distintos medios la instauración del tratamiento.	✓	✓	✓



PASO 5. REGISTRO DEL CASO	X	X	X
• Registre la información de manera clara en los formularios de la Historia Clínica.	✓	✓	✓
• En el Parte Diario codifique la entidad clínica de acuerdo al código CIE 10	✓	✓	✓
• Registre e informe en el SIVE Form. EPI-2	✓	✓	✓
PASO 6. REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	X	X	X
Las referencias que se realicen se registrarán en la Historia Clínica y formulario 053. Esta referencia debe ser canalizada de acuerdo al caso, y puede ser a:			
• Servicios de salud de mayor complejidad (servicios médicos de especialidad, servicios sociales y psicológicos).	✓	✓	
• Servicios Legales: Juzgados de Contravenciones, Juzgados de Violencia Contra la Mujer y la Familia, Juzgados de Familia, Mujer, Niñez y Adolescencia y Juzgados Unicos, Fiscalía, Policía Judicial o Policía Nacional y DINAPEN	✓	✓	✓
• Servicios sociales: Casas de acogida. <i>Ver Guía de servicios. MSP, 2009</i>	✓	✓	✓
PASO 7. SEGUIMIENTO	X	X	X
Estas acciones están dirigidas a:			
• Evaluar la eficacia de la intervención (atención integral).	✓	✓	✓
• Evitar que se repita las agresiones o violencia.	✓	✓	✓
• En este proceso de seguimiento es fundamental activar la participación de los distintos actores locales integrantes de la Red de servicios para atención a la violencia.	✓	✓	✓
La periodicidad del seguimiento del caso depende de la severidad. No obstante, es necesario coordinar con las instancias legales y de protección para garantizar el seguimiento.	✓	✓	✓

ATENCIÓN INTEGRAL DE LA VIOLENCIA FÍSICA EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES	
Definición	
Maltrato físico	Todo acto de fuerza que cause daño, dolor o sufrimiento físico en niñas, niños y adolescentes, cualquiera que sea el medio empleado y sus consecuencias, sin considerarse el tiempo que se requiere para su recuperación ⁵² .
Código	Codificación CIE 10
T74 T74.0	Síndromes de maltrato. Negligencia o abandono.
T74.1 T74.8 T74.9	Abuso físico. Otros síndromes de maltrato. Síndrome de maltrato no específico.
Z61.6 Z61.7 Z61.8	Problemas relacionados con abuso físico en la infancia. Exposición a una experiencia catastrófica en la infancia. Otros eventos negativos en la infancia.

52. *Básico de Diagnóstico y Tratamiento del Maltrato Infantil. 2da ed. Bogotá: Editores Ltda., 2002.*

Código	Codificación CIAP - 2
A80	Traumatismo/lesión NE (no especificado de otra forma).
A81	Traumatismo/lesiones múltiples.

Indicadores de sospecha de violencia física

- Lesiones múltiples en zonas no habituales y no anatómicamente prominentes.
- Lesiones en formas geométricas que sugieren objetos (plancha, armador, cigarrillos, coqueas y otros).
- Lesiones en diferentes estadios evolutivos.
- Lesiones muco-cutáneas, equimosis, hematomas, excoriaciones, cicatrices, marcas, mordeduras, heridas inciso-contusas, pinchazos.
- Fracturas (fracturas sin explicación, en cráneo, nariz, escápula, esternón, fracturas costales posteriores, digitales o de mandíbula, en huesos largos).
- Fracturas en espiral y/o fracturas múltiples en diferentes estadios de evolución y cualquier fractura en menores de 2 años.
- Fractura metafisal con avulsión, dos o más fracturas en diferente nivel de consolidación.
- Alopecia por arrancamiento del cabello.
- Epistaxis frecuentes.
- Lesiones oculares, (desprendimiento de retina y cristalino).
- Lesiones torácicas (neumo y hemotórax).
- Lesiones abdominales (ruptura de vísceras).
- Antecedentes de niño sacudido: hemorragia, hematomas subdural.
- Mordeduras, provocadas por adultos (al medir la arcada dentaria entre las impresiones de canino a canino, la distancia es mayor a 3 cm).
- Antecedente de casi ahogamiento (cuando sobreviven a la inmersión en agua)
- Quemaduras por cigarrillo, quemaduras por inmersión en líquidos calientes, con marca del nivel de agua en forma de guante o calcetín y a manera de pantalón respetando los pliegues del cuerpo que no se llegan a quemar como fosas poplíteas, nalgas y talones.

PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE LA VIOLENCIA FÍSICA EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

PASO 1. ENTREVISTA CLÍNICA	NIVEL		
	I	II	III
Consta de la acogida y la entrevista clínica correspondiente. Recuerde que muchas de las acciones pueden hacerse de forma simultánea y que la acogida es una actitud que debe permanecer durante todo el proceso de atención.			
Realice la Acogida: La acogida es una ACTITUD de recibimiento cálido, abierto a escuchar, sanar, facilitar, y responder a la demanda de ayuda de una persona, especialmente de la mujer, niña, niño y/o adolescente violentados que acuden al servicio de salud. Una buena acogida demuestra respeto, trato digno, no discriminatorio y sin prejuicios.	X	X	X
• Promueva un ambiente cálido, de confianza, respeto y de comodidad física.	✓	✓	✓
• En lo posible, aborde al niño/a a solas cuando se sospeche que el/a acompañante es el agresor/a (los niños/as mayores de 3 años proporcionan valiosa información). Recuerde que el/la adolescente tiene derecho a asistir solo a consulta y a que se respete totalmente la confidencialidad.	✓	✓	✓
• Explíquese que usted hará preguntas sobre situaciones que pudieran estar ocurriendo en su familia y/o entorno escolar.	✓	✓	✓
• Demuéstrele que le cree, no poniendo en duda lo que él o ella manifiesta.	✓	✓	✓
• Facilite la expresión de sus sentimientos y emociones. Si el niño, niña o adolescente desea hablar de lo sucedido, permítale que se exprese con amplitud, si no desea hacerlo, hay que esperar hasta cuando se esté preparado/a para ello.	✓	✓	✓

Atención integral de la violencia ejercida contra niñas, niños y adolescentes



<ul style="list-style-type: none"> Hágale sentir que no es culpable de la violencia que sufre, que no sienta vergüenza. 	✓	✓	✓						
Entrevista clínica (ANAMNESIS)	X	X	X						
La Historia Clínica es un documento legal probatorio en casos de maltrato, por tanto debe registrarse con mucha precisión toda la Información obtenida.	✓	✓	✓						
<ul style="list-style-type: none"> Valore si el niño, niña o adolescente por su estado emocional, amerita realizar intervención en crisis, previo a la anamnesis o al examen físico. 	✓	✓	✓						
<ul style="list-style-type: none"> Realice el interrogatorio al niño/a (capaz de verbalizar) o adolescente de manera preferencial a solas y luego al progenitor (es) y/o acompañante(s). 	✓	✓	✓						
<ul style="list-style-type: none"> Restrinja el número de entrevistas al mínimo a fin de reducir la tensión y doble victimización y complemente la información en el peritaje psicológico. 	✓	✓	✓						
<ul style="list-style-type: none"> En el caso de púberes o adolescentes permítale elegir si quiere realizar la entrevista a solas o con un adulto de su confianza. 	✓	✓	✓						
<ul style="list-style-type: none"> Pregunte de manera general sin inducir respuestas: <table border="1" data-bbox="507 929 965 1182"> <tr><td>¿QUÉ OCURRIÓ?</td></tr> <tr><td>¿DÓNDE OCURRIÓ?</td></tr> <tr><td>¿CUÁNDO OCURRIÓ? Fecha/s y hora,</td></tr> <tr><td>¿EN QUÉ CIRCUNSTANCIAS?</td></tr> <tr><td>¿CON QUÉ LE AGREDIERON?</td></tr> <tr><td>¿QUIÉN LE AGREDIÓ?</td></tr> </table> 	¿QUÉ OCURRIÓ?	¿DÓNDE OCURRIÓ?	¿CUÁNDO OCURRIÓ? Fecha/s y hora,	¿EN QUÉ CIRCUNSTANCIAS?	¿CON QUÉ LE AGREDIERON?	¿QUIÉN LE AGREDIÓ?	✓	✓	✓
¿QUÉ OCURRIÓ?									
¿DÓNDE OCURRIÓ?									
¿CUÁNDO OCURRIÓ? Fecha/s y hora,									
¿EN QUÉ CIRCUNSTANCIAS?									
¿CON QUÉ LE AGREDIERON?									
¿QUIÉN LE AGREDIÓ?									
<table border="1" data-bbox="343 1209 1125 1377"> <tr> <td> DATOS DEL PRESUNTO AGRESOR (es): Nombre y apellido, edad aproximada, sexo, estado civil, relación con la víctima, residencia actual, dirección y teléfono del/a presunto/a agresor/es. </td> </tr> </table>	DATOS DEL PRESUNTO AGRESOR (es): Nombre y apellido, edad aproximada, sexo, estado civil, relación con la víctima, residencia actual, dirección y teléfono del/a presunto/a agresor/es.								
DATOS DEL PRESUNTO AGRESOR (es): Nombre y apellido, edad aproximada, sexo, estado civil, relación con la víctima, residencia actual, dirección y teléfono del/a presunto/a agresor/es.									
<ul style="list-style-type: none"> Registre la información de manera textual, utilizando las palabras de los niños, niñas y adolescentes. 	✓	✓	✓						
PASO 2. EXAMEN FÍSICO	X	X	X						
<table border="1" data-bbox="363 1590 1141 1697"> <tr> <td> RECUERDE: LA AUSENCIA DE SIGNOS FÍSICOS NO INVALIDA EL RELATO DE LA VÍCTIMA. </td> </tr> </table>	RECUERDE: LA AUSENCIA DE SIGNOS FÍSICOS NO INVALIDA EL RELATO DE LA VÍCTIMA.	✓	✓	✓					
RECUERDE: LA AUSENCIA DE SIGNOS FÍSICOS NO INVALIDA EL RELATO DE LA VÍCTIMA.									
<ul style="list-style-type: none"> Solicite el consentimiento informado al niño, niña, adolescente o acompañante para el examen médico, toma de muestra, fotografías y otros, según el caso. 	✓	✓	✓						
<ul style="list-style-type: none"> Realice el examen físico de manera inmediata o dentro de las 48 horas de ocurrida la violencia. Según la complejidad del caso y de acuerdo a la capacidad resolutoria, debe realizarlo el médico perito o profesional nombrado como tal por la autoridad. 	✓	✓	✓						



<p>Ley 103. Art. 10: "Si hubiere peligro de destrucción de huellas o vestigios de cualquier naturaleza en las personas o en las cosas, los profesionales de medicina, enfermeros o dependientes del establecimiento de salud a donde hubiere concurrido la persona agraviada, tomarán las evidencias inmediatamente y las guardarán hasta que el fiscal o la policía judicial dispongan que pasen al cuidado de peritos para su examen. Si se tratare de exámenes corporales, la mujer a la cual deban practicárselos podrá exigir que quienes actúan como peritos sean personas de su mismo sexo" (Ley Reformatoria al Código de Procedimiento Penal y Código Penal, Art. 95).</p>	✓	✓	✓
<p>RECUERDE: En los casos de maltrato, abuso y explotación sexual, tráfico o pérdida de que hubiere sido víctima un niño, niña o adolescente, deberán denunciarlo dentro de las veinticuatro horas siguientes de dicho conocimiento ante cualquiera de los fiscales, autoridades judiciales o administrativas competentes.</p>	✓	✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> • Describa las lesiones físicas, en dirección céfalo-caudal: ubicación, forma, tamaño (medir), trayecto, color, número, origen de la lesión (con objeto contundente, arma blanca, arma de fuego y otros). 	✓	✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> • Describa el tipo de lesión: hematomas, eritemas, abrasiones, equimosis, contusiones, quemaduras, heridas, excoriaciones, marcas de dientes, fracturas, cicatrices, lesiones óseas, oculares, craneales, trauma cráneo encefálico y otros. 	✓	✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> • Solicite interconsultas con el equipo interdisciplinario (psicológica y social). 	✓	✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> • Todos los exámenes deben ir con: diagnóstico, firma, código y nombre del profesional que los realiza. 	✓	✓	✓
<p>PASO 3. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS</p>	X	X	X
<ul style="list-style-type: none"> • Hemograma (biometría hemática) • TP, TTP, Plaquetas, Grupo y Factor RH. • Serología: ADN, VIH. • Otoscopia. • Radiografías, Eco, TAC (según el caso). • Determinación de alcohol, psicofármacos, drogas, tóxicos (según el caso). 	✓	✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> • Preserve cadena de custodia de las muestras de violencia tomadas. 	✓	✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> • Todos los exámenes deben ir con: diagnóstico, firma, código y nombre del médico que los realiza. 	✓	✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> • Todos los exámenes se realizarán de acuerdo a la capacidad resolutoria de la unidad. 	✓	✓	✓
<p>PASO 4. VALORACIÓN PSICOLÓGICA</p>	X	X	X
<ul style="list-style-type: none"> • Realice evaluación psicológica dentro de las primeras 48 horas. 	✓	✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> • Si no dispone de personal especializado realice y consigne usted la evaluación psicológica de acuerdo al protocolo de valoración psicológica. Identifique factores de riesgo y afectaciones en las áreas conductual, emocional y cognitiva. 	✓	✓	✓
<p>PASO 5. VALORACIÓN SOCIAL (Útil para diagnóstico, intervención y seguimiento).</p>	X	X	X
<ul style="list-style-type: none"> • Utilice la ficha familiar para la valoración social del NNA y familia. 	✓		

• Solicite la valoración social y el informe en la HCU.	✓	✓	✓
PASO 6. INTERVENCIÓN LEGAL	X	X	X
• Los prestatarios/as de salud que conozcan o comprueben un caso de violencia de niños/as y adolescentes, tienen la obligación institucional de DENUNCIAR a las autoridades competentes, según el caso (Ley contra la Violencia a la Mujer y a la Familia Art. 9 y 10; Código de Procedimiento Penal, Art. 51).	✓	✓	✓
• "Los profesionales de la salud, enviarán a la autoridad competente copia del registro de atención, debidamente firmada por el profesional que atendió el caso." (Reglamento a la Ley Contra la Violencia a la Mujer y la Familia, Art. 17, literal C).	✓	✓	✓

RECUERDE:
Una vez confirmada la sospecha de todos los casos de violencia sexual, y de todos los casos de violencia física o psicológica que pongan en riesgo la integridad y vida de la persona, los profesionales de la salud, enviarán a la autoridad judicial competente un informe del caso (copia de la Historia Clínica), debidamente firmado por el profesional de salud que le atendió, en el plazo de 48 horas como lo establece la Ley, y con copia al/a director/a de la unidad de salud.

En los casos de maltrato, abuso y explotación sexual, tráfico o pérdida de que hubiere sido víctima un niño, niña o adolescente, deberán denunciarlo dentro de las veinticuatro horas siguientes de dicho conocimiento ante cualquiera de los fiscales, autoridades judiciales o administrativas competentes.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Traumatismos, heridas y quemaduras accidentales.

Lesiones dermatológicas

Mancha mongólica, nevus azul, máculas café con leche, hemangiomas, venas prominentes, celulitis infecciosas, angioedema palpebral, dermatitis de contacto, aplasia cutis, síndrome de Lyell, eritema nodoso o eritema multiforme, vasculitis, impétigo, lesiones de rascado, foto-dermatitis, lupus eritematoso disseminado, epidermis bullosa, síndrome de piel escaldada estafilocócica, varicela, tricolilomania, tiñas, alopecia areata, alopecia por permanencia en decúbito de los lactantes.

Lesiones óseas:

Osteomielitis, escorbuto, intoxicación por vitamina A, raquitismo, osteogénesis imperfecta, neoplasias subyacentes, síndrome de Ehlers Danlos, lúes congénita, hiperostosis cortical infantil, epidermis bullosa, infiltración tumoral, raquitismo renal, displasias esqueléticas, osteoporosis, osteodistrofia renal, osteomielitis, leucemia, histiocitosis x.

Hueso nuevo perióstico fisiológico, sutura craneal aberrante.

Diátesis hemorrágicas

Púrpuras, coagulopatías, hemopatías, hemofilia, enf. De Von Willenbrand, hipovitaminosis K, hipoprotrombinaemia, púrpura trombocitopénica idiopática, intoxicación salicilica, síndrome urémico-hemolítico, coagulación intravascular diseminada, síndrome de Schonlein-Henoch.

Neurológicas y metabólicas de distinta etiología

Acidemia glutárica, lesiones medulares, síndrome de Lesh Nyhan, indiferencia congénita al dolor.



PASO 7. TRATAMIENTO		X	X	X
•	Ante lesiones físicas graves, realice tratamiento clínico y/o quirúrgico de urgencia (según pautas y capacidad resolutoria de la unidad).	✓	✓	✓
•	Hospitalice o refiera al NNA (unidades de mayor complejidad), incluso ante la sospecha, para confirmar o descartar la violencia.	✓	✓	✓
PASO 8. REGISTRO DEL CASO		X	X	X
•	Registre la información de manera clara en los formularios de la Historia Clínica.	✓	✓	✓
•	En el Parte Diario codifique la entidad clínica de acuerdo al código CIE 10.	✓	✓	✓
•	Reporte en el SIVE Form. Epi-2.	✓	✓	✓
PASO 9. REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA		X	X	X
Las referencias que se realicen se registrarán en la Historia Clínica y formulario 053. Debe ser canalizada de acuerdo al caso, y puede ser a:				
•	Servicios de salud de mayor complejidad (servicios sociales, servicios psicológicos).	✓	✓	
•	Servicios Legales: Juzgados de Contravenciones, Juzgados de Violencia Contra la Mujer y la Familia, Juzgados de Familia, Mujer, Niñez y Adolescencia y Juzgados Únicos, Fiscalía, la Policía Judicial o Policía Nacional y DINAPEN.	✓	✓	✓
•	Servicios sociales: Casas de acogida. <i>Ver Guía de servicios, MSP. 2009.</i>	✓	✓	✓
PASO 10. SEGUIMIENTO		X	X	X
Estas acciones están dirigidas a:				
•	Evaluar la eficacia de la intervención (atención integral)	✓	✓	✓
•	Evitar que se repitan las agresiones o violencia.	✓	✓	✓
•	En este proceso de seguimiento es fundamental la participación de los distintos actores locales integrantes de la Red de Servicios para Atención a la Violencia.	✓	✓	✓
La periodicidad del seguimiento del caso depende de la severidad. No obstante, es necesario coordinar con las instancias legales y de protección para garantizar el seguimiento.		✓	✓	✓

Atención integral de la violencia ejercida contra niñas, niños y adolescentes

ATENCIÓN INTEGRAL DE LA VIOLENCIA SEXUAL EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

Definiciones

Abuso sexual

Sin perjuicio de lo que dispone el código penal sobre la materia, constituye abuso sexual: todo contacto físico, sugerencia de naturaleza sexual, a los que se somete un niño, niña o adolescente, aun con su aparente consentimiento, mediante seducción, chantaje, intimidación, engaño, amenaza o cualquier otro medio.

Cualquier forma de acoso o abuso sexual será puesta en conocimiento del agente fiscal competente para los efectos de la ley, sin perjuicio de las investigaciones y sanciones de orden administrativo que correspondan. Todo contacto o interacción entre un niño, niña o adolescente y un adulto en el que el niño, niña o adolescente es utilizado para la satisfacción sexual del adulto o de terceros, desconociendo el desarrollo psicosexual del niño, niña o adolescente, es considerado abuso sexual.



El/a abusador/a puede ser un niño, niña o adolescente cuando es significativamente mayor que la víctima y tiene una posición de poder o control sobre el niño, niña o adolescente.

Tipos de abuso sexual

Por contacto físico:
Se incluye en esta clasificación: la violación, el incesto, el estupro.

Sin contacto físico:
Cuando los niños, niñas y/o adolescentes son utilizados para excitar a otros o para producir pornografía. Expresiones de exhibicionismo y voyeurismo del agresor.

Características del abuso sexual

El abuso sexual se puede manifestar en forma directa, indirecta o con cambios de comportamiento en el niño, niña o adolescente.

La sospecha de abuso sexual puede basarse en el relato del niño, niña o adolescente exclusivamente, ya que los niños/as no inventan dichos relatos.

Los niños que no son víctimas de abuso desconocen detalles de los encuentros sexuales. Por lo tanto, cuando un niño/a o adolescente relata un encuentro sexual se le debe creer.

Factores de riesgo de abuso sexual

Relacionados con el niño, niña y adolescente:

- Expuestos desde temprana edad al comportamiento sexual de los adultos.
- Que desconocen lo que es el abuso sexual y la manera de evitarlo.
- Con historias de abuso sexual, abuso psicológico y físico.
- Condición de sometimiento y dependencia de los niños/as
- Autoestima baja y pobre vínculo afectivo con padres.
- Con discapacidades físicas y mentales.

Relacionados con la familia:

- Abusadores pasivos en la familia, dependientes y sumisos.
- Dependencia económica del abusador.
- Trastornos mentales, alcoholismo y drogadicción.
- Miembros con historias de abuso en la familia.
- Ausencia de expresiones afectivas positivas como la ternura, el reconocimiento y la valoración del otro.
- Hacinamiento.
- Familias rígidas y autoritarias.
- Falta de comunicación o comunicación deficiente.
- Poca claridad en las normas familiares y en particular en las de comportamiento sexual y auto cuidado.
- Familias disfuncionales, desestructuradas.
- Padres no biológicos.
- Familias con un miembro sin parentesco biológico en el hogar.

Relacionados con aspectos socioculturales:

- Sobrevaloración de la figura masculina en la familia.
- Sumisión de la madre e hijos hacia el padre autoritario.
- Tabúes, mitos y creencias erradas frente a la sexualidad.
- Callejización, niños/as y adolescentes en trabajo infantil, niños/as y adolescentes institucionalizados.

Indicadores de sospecha de abuso sexual

La presencia de alguno de estos signos y síntomas puede indicar sospecha de que un niño, niña o adolescente está siendo abusado sexualmente. En estos casos se hace necesaria la confirmación del diagnóstico por parte de un equipo interdisciplinario.

Manifestaciones Indirectas

- Dificultad para caminar o sentarse, para la micción, defecación, disuria, dolor o prurito génito - anal.
- Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada.
- Dolor o escozor genitales contusión, hinchazón o sangrado en genitales externos, vagina o ano.
- Infecciones de transmisión sexual; semen en boca, genitales o ropa.
- Cuerpo extraño en vejiga, uretra, vagina o ano; mal control de esfínteres (enuresis, encopresis).
- Infección urinaria a repetición, embarazo al inicio de la adolescencia; enfermedades psicosomáticas.

Manifestaciones directas:

- Traumatismos, hematomas, heridas en área genital, anal, uretral, o en área perineal.
- Desfloración, desgarramiento himeneal reciente o antiguo; reborde posterior himeneal, con desgarramientos y adherencias o fusión irregular de labios en traumatismos sexuales antiguos (en caso de himen complaciente o elástico en adolescentes no queda lesiones evidentes).
- Hemorragias o inflamación en áreas genital, anal, uretral.
- Lesiones tipo chancro en boca o papilomatosis o hematomas en paladar.
- Dilatación anormal en vagina, ano o uretra.
- Signo de la dilatación anal refleja: en posición genupectoral se puede apreciar el recto a través de la apertura anal, ya que el esfínter externo voluntario no puede ser mantenido contraído más de 5 - 9 segundos (tenga presente que el coito por vía anal sin violencia puede no dejar lesiones).
- Presencia de infección de transmisión sexual.
- Embarazo habitualmente prematuro para la edad.

Indicadores de comportamiento que sugieren violencia sexual

Niños, Niñas y/o Adolescentes:

- Excesivamente dóciles o agresivos/as y/o rebeldes.
- Con conducta pseudomadura o provocativa.
- Con comportamiento regresivo.
- Depresión.
- Trastornos del sueño.
- Conductas de evitación.
- Sentimientos o intentos suicidas.
- Alteraciones en su actividad académica, en la asistencia a clases y en la interacción con sus pares.
- Abuso de sustancias psicoactivas.
- Abuso sexual a niños y niñas de menor edad.
- Enfermedades psicosomáticas.



Código	Codificación CIE 10
T74.2 (Y05)	Abuso sexual. Agresión sexual con fuerza corporal. Incluye: Violación (intento). Sodomía (intento).
(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 áreas de servicio.
(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.
(Y07)	Otros síndromes de maltrato. Incluye: Violación; abuso físico, sexual, crueldad mental, tortura.
(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.
Z61	Problemas relacionados con eventos vitales negativos en la infancia.
Z61.4	Problemas relacionados con abuso sexual en la infancia por una persona del grupo primario de apoyo.
Z61.5	Problemas relacionados con abuso sexual en la infancia por una persona ajena al grupo primario de apoyo.
Z61.6	Problemas relacionados con abuso físico en la infancia.
Z61.7	Exposición a una experiencia catastrófica en la infancia.
Z61.8	Otros eventos negativos en la infancia.

PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE LA VIOLENCIA SEXUAL EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

PASO 1. ENTREVISTA CLÍNICA	NIVEL		
	I	II	III
Consta de la acogida y la entrevista clínica correspondiente. Recuerde que muchas de las acciones pueden hacerse de forma simultánea y que la acogida es una actitud que debe permanecer durante todo el proceso de atención.			
El personal de salud de atención primaria o de otro nivel que no sea una unidad hospitalaria, que reciba a un niño, niña o adolescente con violencia sexual debe referirla cuanto antes, salvo que exista riesgo vital, en este caso debe consignar en la Historia Clínica todos los hallazgos en forma precisa.	✓		
Es importante destacar, que se remitirá a la víctima, sin que se realicen lavados, ni cambios de ropa. En caso de felación es importante, en la medida de lo posible, evitar la toma de líquidos o alimentos antes del reconocimiento de la NNA en el hospital.	✓		

Atención integral de la violencia ejercida contra niñas, niños y adolescentes



La valoración médica y psicológica debe ser realizada por peritos, considerando que la violencia sexual es un delito.	✓	✓	
En caso de violación la niño, niña o adolescente se va a encontrar desbordado/a de sentimientos por la situación traumática experimentada, por lo que es necesario hacer contención e intervención en crisis, la misma que está encaminada a:	✓	✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar la expresión del dolor o sufrimiento a través del lenguaje verbal, corporal u otras manifestaciones. • Brindar apoyo psicológico. • Informar sobre la prevención de las secuelas de la violación, como embarazo no deseado, transmisión de VIH y otras ITS. 	✓	✓	✓
<p>Realice la acogida:</p> <p>La acogida es una ACTITUD de recibimiento cálido, abierto a escuchar, sanar, facilitar, y responder a la demanda de ayuda de una persona, especialmente de la mujer, niña, niño y/o adolescente violentados que acuden al servicio de salud. Una buena acogida demuestra respeto, trato digno, no discriminatorio y sin prejuicios.</p>	X	X	X
<ul style="list-style-type: none"> • Promueva un ambiente cálido, de confianza, respeto y de comodidad física. 	✓	✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> • En lo posible, aborde al niño/a a solas (los niños/as mayores de 3 años proporcionan valiosa información) cuando se sospeche que el/a acompañante es el agresor/a. Recuerde que el/a adolescente tiene derecho a asistir solo a consulta y a que se respete totalmente la confidencialidad. 	✓	✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> • Facilite la expresión de sus sentimientos y emociones. Si el niño, niña o adolescente desea hablar de lo sucedido, permítale que se exprese con amplitud, si no desea hacerlo, hay que esperar hasta cuando esté preparado/a para realizar el peritaje psicológico (validez legal). 	✓	✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> • Hágalo/a sentir que no es culpable de la violencia que sufre, que no sienta vergüenza. 	✓	✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> • Valore como una situación de peligro extremo si el/a niño/a o adolescente agredido tiene una auto percepción de riesgo de que se repita esta situación y actúe en consecuencia. 	✓	✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> • Evite subvalorar o minimizar la sensación de peligro expresada por el niño o niña y adolescente. 	✓	✓	✓
Entrevista clínica (ANAMNESIS)	X	X	X
<ul style="list-style-type: none"> • Observe la actitud del niño/a agredido/a y de los acompañantes. 	✓	✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> • Transcriba los hechos referidos de manera espontánea por el niño, niña o adolescente en relación con la violencia agresión (fecha, lugar, hora, tipo de agresión, en qué circunstancias, con qué le agredieron) y los actos realizados después de la agresión. 	✓	✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> • Analice si hay incongruencia en la información. 	✓	✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> • Observe la actitud del niño/a o adolescente agredido/a y de los acompañantes (el niño/a violentado generalmente está temeroso, silencioso, irritable, elude la mirada de quien lo acompaña). 	✓	✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> • Recoja información de la persona que lo acompaña sobre los hechos. 	✓	✓	✓
En niños/as que no verbalizan el peritaje psicológico determinará si hubo o no violencia sexual.	✓	✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> • Registre antecedentes de consumo asociado de alcohol y otras drogas en el NNA y abusador/a. 	✓	✓	✓



<ul style="list-style-type: none"> En caso de adolescentes realice la historia ginecológica: menarquía, ciclo menstrual, fecha de última regla, método anticonceptivo, última relación sexual. 	✓	✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> Registre datos del presunto agresor/a nombre y apellidos, edad aproximada, sexo, estado civil, relación con la víctima, dirección y teléfono del presunto agresor. 	✓	✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> Registre el domicilio de manera precisa, con datos de referencia de ser necesario. 	✓	✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> Use la codificación CIE 10: T74.2 para referirse en todo momento al caso (importante para mantener la confidencialidad) y para su registro. 	✓	✓	✓
Todo niña/o y adolescente violentado sexualmente debe ser hospitalizado.		✓	✓
PASO 2. EXAMEN FÍSICO		X	X
Muchos tipos de abuso no dejan evidencia física, y las lesiones mucosas sanan rápida y completamente, por lo que la ausencia de signos físicos no invalida el relato del niño, niña o adolescente.		✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> Para el examen físico del NNA se necesita del acompañamiento de otro profesional de la salud (si no es realizado por el perito). 		✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> Solicite el consentimiento a la NNA afectada para el examen médico, toma de muestras, fotografías. 		✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> Observe los procedimientos de la cadena de custodia para preservar las evidencias (utilice los insumos requeridos para estos casos). 		✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> Realice parcialmente el examen físico, si hay condiciones psicológicas para hacerlo, pero no examine las áreas paragenital y genital, por ser competencia del médico perito. Respalde en la Historia Clínica que se realiza de esta forma para evitar la victimización secundaria. 		✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> En caso de no ser posible la referencia a una unidad de mayor complejidad y existiendo el peligro de destrucción de huellas o vestigios de cualquier naturaleza en las personas o en las cosas, los profesionales de la salud deberán realizar el examen físico, examinando la cara, la cabeza, el cuello, el dorso y las extremidades en forma completa y área genital y paragenital. 		✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> Describa las lesiones físicas, en dirección céfalo-caudal: ubicación, forma, tamaño (mida), trayecto, color, número, origen de la lesión (con objeto contundente, arma blanca, arma de fuego): Erilemas, abrasiones, equimosis, hematomas, laceraciones, marcas de dientes, quemaduras, fracturas, etc. 		✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> Describa la presencia de fluidos corporales (semen, sangre, orina, heces, otros). 		✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> Las lesiones físicas, extra genitales, para genitales (abdomen bajo, cara interna de los muslos, glúteos) y genitales en dirección céfalo-caudal: de cada una registre: ubicación, forma, tamaño (mida), trayecto, color, número, origen de la lesión (objeto contundente, arma blanca, arma de fuego). 		✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> En los genitales externos femeninos inspeccione la región vulvar: características del vello pubiano, labios mayores y menores, descripción de eventuales lesiones traumáticas en periné: clitoris, horquilla vulvar. 		✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> Descripción del himen o sus restos, consignar su forma, las características de sus bordes, eventuales lesiones traumáticas recientes (erosiones, desgarros, etc.) y antiguas. Ubíquelas en función de las manecillas del reloj. 		✓	✓



<ul style="list-style-type: none"> Examen de genitales externos masculinos, describa anatómicamente: pene, prepucio, escroto y testículos, consignando eventuales lesiones traumáticas (erosiones, excoriaciones, equimosis, hematomas). 		✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> En caso de visualizar lesiones papulares o ulcerativas debe sospecharse infecciones de transmisión sexual, sífilis, condilomas acuminados, herpes genital. 		✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> Si hubiese posibilidad, y de acuerdo a la capacidad resolutive, debe tomar fotografía, video y/o realizar peneoscopia con el colposcopio o lupa y linterna previo consentimiento escrito del afectado y/o de su representante. 		✓	✓
<p>Examen proctológico en ambos sexos: Inspección cuidadosa, en lo posible con uso de colposcopio busque erosiones, excoriaciones, fisuras o desgarros, equimosis o hematomas o cicatrices antiguas. Se consignará la tonicidad del esfínter anal, que puede estar disminuida, con la salida de gases y materias fecales. En esta parte del examen, si es posible, tomar muestra del contenido ano - rectal, con torunda estéril humedecida con suero fisiológico para búsqueda de semen y espermatozoides en caso de que la denuncia sea precoz, 24 a 48 horas.</p>		✓	✓
<p>PASO 3. EXÁMENES DE LABORATORIO</p>		X	X
<ul style="list-style-type: none"> Biometría hemática y química sanguínea (TP, TTP, plaquetas, grupo y factor), elemental y microscópico de orina y coproparasitario. 		✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> Citobacteriológico, fresco, Gram y potasa en secreción vaginal. 		✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> Investigación de espermatozoides en vagina (hasta 6 días), boca (12 a 14 hs), orificio anal (hasta 3 días), en la ropa hasta que la prenda sea lavada; su ausencia no excluye la violación. 		✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> Fosfatasa ácida prostática en secreción vaginal (mas de 50 unidades por litro confirma la agresión sexual en los tres días previos). 		✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> Test de glicoproteína prostática indica coito en las últimas 48 horas. 		✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> Cultivo y antibiograma de secreciones genito-anales y de boca. 		✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> Cultivo celular para chlamydia trachomatis y neisseria gonorrhoeae (las pruebas de amplificación de ácidos nucleicos pueden ser mas sensibles para chlamydia). 		✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> Cultivo endocervical o de flujo uretral para gonococo con el medio de Thayer Martín. 		✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> Hisopados vaginales, uretrales y anales. Hisopados vaginales son útiles para aislar tricomonas vaginales. 		✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> Exudado faringeo. 		✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> VDRL para sífilis. 		✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> VH para virus de la inmunodeficiencia humana. 		✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> Marcadores para Hepatitis B y C, y repetirlos en el lapso de 3 a 6 meses que se positivizan. 		✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> Test de embarazo (subunidad beta), repetido en 1 a 6 semanas (B HCG). 		✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> La colposcopia es más útil en casos de abuso sexual crónico. 		✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> Las lesiones genitales sospechosas de herpes deberían ser confirmadas con cultivo para diferenciar tipos de herpes virus simple tipo 1 y 2. 		✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> En todos los exámenes debe consignarse, firma, código y nombre del profesional que lo solicita y los realiza. 		✓	✓



PASO 4. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL X X X

Alteraciones congénitas locales: fusión de labios, rafe prominente, hiperpigmentación perianal, bandas periuretrales.

Estreñimiento crónico, prolapso rectal, hemorroides, celulitis perianal, vulvovaginitis por agentes infecciosos, sangrado genital por pubertad precoz o síndrome hemorragiparo, pólipo rectal, tumores del recto, congestión venosa perianal, diastasis anal, variación anatómica del músculo bulbocavernoso.

Problemas dermatológicos: liquen esclerosante y atrófica, dermatitis de contacto o seborreica, psoriasis, lesiones de rascado por oxiuriasis, penfigoide bulloso.

Colitis ulcerosa, enfermedad de Behcet, sarcoma botroide, atonía neurógena asociada a espina bífida o a lesión baja de la médula, traumatismos accidentales.

PASO 5. TRATAMIENTO X X X

Trate patologías concurrentes según normas de atención del servicio. ✓ ✓

Anticoncepción de emergencia. Si la paciente por su edad ya menstrúa, administrar dentro de las 72hs de ocurrido el abuso: Levonorgestrel dos tabletas 0,75 mg VO cada 12 horas. ✓ ✓

Profilaxis de Infecciones de transmisión sexual (ITS) y otros: Ceftriaxona, Azitromicina Metronidazol, AZT, Lamiduvina. ✓ ✓

Tabla 1: Profilaxis de las Infecciones de transmisión sexual

Edades	Enfermedad - germen	Medicación
Niño/a menor de 8 años	Chlamydia trachomatis	Eritromicina 50mg/Kg/día VO c/6hs por 7 días (dosis máxima 500mg c/6hs).
Niños/as y adolescentes	Gonorrea y sífilis (neisseria gonorrhoeae y treponema pallidum)	Ceftriaxona 125 mg IM Dosis única (o cefixima 400mg una sola toma).
Niño/a mayor de 8 años y adolescentes	Chlamydia trachomatis	Azitromicina 1g VO dosis única o Doxiciclina 100 mg por vía oral por 7 días (no en embarazo).
Adolescentes	Tricomoniasis y vaginosis bacteriana	Metronidazol 2g VO dosis única.
Niños/as y adolescentes	Hepatitis B	Vacuna Antihpatitis B. Si tiene vacunas completas no debe ser vacunado (y si la última dosis recibió dentro de los últimos 10 años).
Niños/as y adolescentes	VIH	Zidovudina AZT 200 mg VO BID o 106 mg/m2, o 50 MG/ KG por dosis, BID, por 4 semanas + Lamivudina 150 mg dosis, dos veces por día o 5mg/Kg/dosis dos veces al día por cuatro semanas. O combinación de 300 mg de AZT/150 mg de Lamivudina dos veces por día para adolescentes. En menores de tres años + Kaletra, Lopinavir 10 MG/ KG/25 mg/Kg Ritonavir en niños con un peso de 15 a 40 Kg. En mayores de tres años + Efavirens una vez al día a la hora de acostarse. Entre 10 y menos de 15 de peso corporal 200mg Entre 15 < 20Kg: 250mg Entre 20 < 25Kg: 300mg Entre 25 < 32.5Kg: 350 mg Entre 32.5 < 40Kg: 400mg Mas de 40Kg: 600mg
Actualizar vacuna antitetánica si es que la dosis última no la recibió en los últimos 10 años.		

Atención integral de la violencia ejercida contra niñas, niños y adolescentes



PASO 6. VALORACIÓN Y TRATAMIENTO PSICOLÓGICO			X	X
• En el primer nivel de atención o en aquellos servicios que no cuenten con este recurso humano, deberán referirse al NNA a una unidad de mayor complejidad del Sistema Nacional de Salud.	✓			
• Esta valoración debe ser realizada por psicólogo/a o psiquiatra, quien deberá:		✓	✓	
• Realizar intervención en crisis, de acuerdo al estado emocional el NNA.		✓	✓	
• Complementar con un examen de las funciones psíquicas: imaginación, pensamiento, afectividad, conciencia, desarrollo psicomotor y cognitivo.		✓	✓	
• Sustentar su apreciación de riesgo en los hallazgos de la entrevista y la valoración biopsicosocial.		✓	✓	
• En los niños y niñas que por su edad no verbalizan en el peritaje psicológico deben utilizarse herramientas lúdicas (muñecos sexuados y otros).		✓	✓	
• Orientar el plan terapéutico de acuerdo al impacto en la salud emocional del niño/a.		✓	✓	
• Proponer un tratamiento psicoterapéutico a nivel: individual, grupal y familiar.		✓	✓	
PASO 7. VALORACIÓN SOCIAL (Útil para diagnóstico, intervención y seguimiento).		X	X	X
• Utilice la Ficha Familiar para la valoración social del NNA y familia.	✓			
• Solicite la valoración social y el Informe en la HCU.		✓	✓	
PASO 9. INTERVENCIÓN LEGAL:		X	X	X
<p>RECUERDE: Una vez confirmada la sospecha de todos los casos de violencia sexual, y de todos los casos de violencia física o psicológica que pongan en riesgo la integridad y vida de la persona, los profesionales de la salud, enviarán a la autoridad judicial competente un informe del caso (copia de la Historia Clínica), debidamente firmado por el profesional de salud que le atendió, en el plazo de 48 horas como lo establece la Ley, y con copia al/a director/a de la unidad de salud.</p> <p>En los casos de maltrato, abuso y explotación sexual, tráfico o pérdida de que hubiere sido víctima un niño, niña o adolescente, deberán denunciarlo dentro de las veinticuatro horas siguientes de dicho conocimiento ante cualquiera de los fiscales, autoridades judiciales o administrativas competentes.</p>		✓	✓	✓
PASO 10. REGISTRO DEL CASO		X	X	X
• Registre la información de manera clara en los formularios de la Historia Clínica.	✓	✓	✓	
• En el Parte Diario codifique la entidad clínica de acuerdo al código CIE 10.	✓	✓	✓	
• SIVE ALERTA. Form EPI-2.	✓	✓	✓	



PASO 11.	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	X	X	X
Las referencias que se realicen se registrarán en la Historia Clínica y formulario 053. Esta referencia debe ser canalizada de acuerdo al caso, y puede ser a:				
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios Legales: Juzgados de Contravenciones, Juzgados de Violencia Contra la Mujer y la Familia, Juzgados de Familia, Mujer, Niñez y Adolescencia y Juzgados Únicos, Fiscalía, la Policía Judicial o Policía Nacional y DINAPEN. 				
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios sociales: Casas de acogida <i>Ver Guía de servicios, MSP, 2009</i> 				
PASO 12.	SEGUIMIENTO	X	X	X
La periodicidad del seguimiento del caso depende de la severidad. No obstante, es necesario coordinar con las instancias legales y de protección para garantizar el seguimiento.				
Durante las consultas subsecuentes se debe:				
<ul style="list-style-type: none"> • Trabajar con estrategias para evitar que se repita la agresión sexual. 				
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la eficacia de las estrategias de intervención en la atención integral. 				
<ul style="list-style-type: none"> • En este proceso de seguimiento es fundamental la participación de los distintos actores locales integrantes de la Red de Servicios para Atención a la Violencia. 				



X. Bibliografía



Bibliografía citada

- Baca Zinn y Thorton Dill, 1998 citado en SEN G, ASHA G, PIROSKA O., Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y las políticas, 2005.
- Bayatpour, et al. 1992 y Parker, et al., 1994, Los golpes directos al abdomen afectan a la madre y al bebé y pueden ocasionar: muerte fetal, fracturas fetales, ruptura del útero, hígado o baso de la madre, fracturas de pelvis y hemorragia antes del parto.
- Block RW, Krebs NF. Failure to thrive as a manifestation of child neglect. *Pediatrics* 2005 Nov; 116 (5):1234-7.
- CEPAR, Encuesta ENDEMAIN, Ecuador 2004.
- Diaz Huertas JA, Casado Flores J, García E, Ruiz MA, Esteban J. Atención al Maltrato Infantil desde el Ámbito Sanitario. Madrid. Instituto Madrileño del Menor y la Familia; 1998. Pp. 31, 51, 75.
- Ecuador, Código de la Niñez y Adolescencia. Título IV Art. 72, 73 y 80. Ley N°100, Codificación No. 2002-100, R.O. 737 de 3 de Enero del 2003.
- Ecuador, Constitución Política de la República del Ecuador, Título II, Capítulo 4, sección quinta de los grupos vulnerables: niñez y adolescencia, Ecuador 1998.
- Ecuador, Decreto Presidencial No. 620 que declara como política de Estado la Erradicación de la Violencia de Género, Ecuador 1997.
- Ecuador, Ley Contra la Violencia a la Mujer y la Familia. Ley No 103, aprobada el 29 de noviembre de 1995 y publicada en Ecuador en el Registro Oficial No 839 del 11 de diciembre del mismo año.
- Ecuador, Ley Orgánica de Salud, Ley No 67, aprobada el 14 de diciembre del 2006 y publicada en el suplemento del Registro Oficial No. 423 del 22 de Diciembre del 2006, Ecuador, 2006.
- Ecuador, Plan Nacional para combatir la trata, explotación sexual, laboral y otros medios de explotación de personas, noviembre 2007.
- Ecuador, Policía Judicial, Estadística Dirección Nacional de la Policía Judicial, Quito, 2006.
- Elu, María del Carmen, et al., Atención en los servicios de salud de mujeres embarazadas víctimas de violencia. Secretaría de la Salud, México tercera reimpresión, noviembre 2002.
- Manual Básico de Diagnóstico y Tratamiento del Maltrato Infantil, 2da ed., Bogotá: Editores Ltda., 2002.
- Ma. Luisa Catalina Zamora, Síndrome de Munchausen por poderes. En Atención al Maltrato Infantil desde el Ámbito Sanitario, Comunidad de Madrid, 2da Edición, Abril 1999.
- McFarlane, et al., "Abuse during pregnancy: Associations with maternal health and infant birthweight" in *Nursing Research*, 1996.
- McFarlane, et al., "Physical abuse, smoking, and substance use during pregnancy: prevalence, interrelationships and effects on birthweight" in *Journal of Obstetrical and Neonatal Nursing*, 1996.
- MSP, Indicadores de Salud. Sistema Común de información, MSP 2007.
- MSP, Manual Operativo del Modelo de Atención Integral de Salud, Familiar, Comunitario e Intercultural, versión preliminar, MSP 2009.
- MSP, Sistema de Vigilancia Epidemiológica, MSP 2007.
- MSP, Transformación del Sector salud, MSP 2008.
- OPS, Equidad de Género en Salud, Hoja Informativa, Washington D. C. 2001.
- OPS, Guía para el análisis y monitoreo de la equidad de género en las políticas de salud, 2004-2005.
- OMS-OPS, Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, 2003.
- OPS-PMS, La violencia basada en el género: Un problema de salud pública y de derechos humanos, en la violencia contra las mujeres: responde el sector salud.



- Prócel P. Sospecha de Maltrato Infantil y Abuso Sexual, En Memorias de los Seminarios Contra Maltrato Infantil, INNFA 1998.
- Ribe, J, et al. "Blows to the maternal abdomen causing fetal demise: Report of three cases and a review of the literature" in *Journal of Forensic Sciences*, 1993.
- Sirotnak AP, Grisby T, Krugman R. Maltrato Físico Infantil *Pediatrics in Review* en español, Vol. 26 N+ 2, Abril 2005.
- Velzeboer, M, et al. La violencia contra las mujeres: Responde el sector salud-OPS/OMS, 2003.

Bibliografía revisada

- Carpeta informativa: Violencia contra la mujer: Un tema de salud prioritario, OPS/OMS, 1998.
- Centre national d'information sur la violence dans la famille, Arrêter la violence envers les femmes: les hommes peuvent contribuer aux solutions », Vis-à-vis, printemps, 1994.
- Centre national d'information sur la violence dans la famille. Répertoire canadien des programmes de traitement pour les hommes violents envers leur conjointe, Centre canadien de la statistique juridique, 1994
- Centre national d'information sur la violence dans la famille, Décider de réagir: Les adolescents et les agressions sexuelles. De l'obscurité à la lumière: retrouvons notre esprit communautaire, 1995 (aussi disponible en inuktitut et en anglais). Conseil consultatif sur la situation de la femme, Yellowknife (T.N.-O.).
- CEPAL, ¡Ni una más! El derecho a vivir una vida libre de violencia en América Latina y el Caribe, octubre 2007.
- Charles Feltzen Johnson, Profilaxis de las enfermedades de transmisión sexual, *Pediatrics in Review* en español, Vol. 27, Nº 6, Agosto 2006.
- Código de Menores, Artículo 145. Corporación de Estudios y Publicaciones, Enero, 1994.
- Consejo del Observatorio Ciudadano de los derechos de la Niñez y Adolescencia, Estado de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia en el Ecuador 2003, 1ª ed., Quito, UNICEF Ecuador, 2003.
- Convención sobre los Derechos del Niño, Artículos 1; 39. Convención ratificada y suscrita por Ecuador en 1990, Publicación INNFA.
- De l'obscurité à la lumière: retrouvons notre esprit communautaire, 1995 (aussi disponible en inuktitut et en anglais), Conseil consultatif sur la situation de la femme, Yellowknife (T.N.-O.).
- Falconi M, Iñiguez L, Pinos G, Sandoval R, Formas de Maltrato, en: Memorias de los Seminarios Contra Maltrato Infantil, INNFA, Quito 1998.
- Fundación de la Familia, Ministerio de Justicia de Chile, Prevención del maltrato y el abuso sexual infantil en el espacio escolar, Manual de apoyo para profesores, 2004.
- Handbook for the documentation of interpersonal violence prevention programmes, WHO- Geneva 2004.
- Hartigan, P. Gender, environment and health: Incorporating a gender perspective in environment a health. Washington, DC: OPS (Documento de trabajo).
- Hartigan, P. Infectious diseases: The important of a gender lens. Presentación al Congreso de Medicina Tropical, Liverpool School of Tropical Medicine, septiembre 15 de 1998.
- Heger A, Ticson L, Velasquez O, Bernier R. Children referred for possible sexual abuse: medical findings in 2384 children. *Child Abuse Negl.*, 2002.
- Heppenstall-Heger A, McConnell G, Ticson L, Guerra L, Lister J, Zaragoza T. Healing patterns in anogenital injuries: a longitudinal study of injuries associated with sexual abuse, accidental injuries, or genital surgery in the preadolescent child. *Pediatrics*, 2003.
- Instituto CISALVA de la Universidad del Valle, Colombia. Hogares felices: Identifica y notifica, Santiago de Cali-Colombia, Octubre 2003.
- Kellogg ND, Menard SW, Santos A. Genital anatomy in pregnant adolescents: "normal" does not mean "nothing happened". *Pediatrics*, 2004.
- Liz Hart et Wanda Jamieson, La violence faites aux Femmes, Unité de prévention de la violence familiale. Division de la santé des collectivités. Direction générale de la santé de la population et de la santé publique Santé Canada, 2002.
- Loredó Abdalá A. Maltrato en Niños y Adolescentes. México DF: Litográfica Romacolor, 2004.
- Ludwig Stephen, Abuso sexual, manejo en la emergencia pediátrica, Uruguay 2001.

- Manual Básico de Diagnóstico y Tratamiento del Maltrato Infantil. 2da ed., Bogotá Editores Ltda, 2002.
- Manual de Normas para la Atención Integral de Salud al Adolescente, Ministerio de Salud Pública, Ecuador, 1992.
- Ministerio de Salud Pública de Uruguay, Guía para el primer nivel de atención: Violencia doméstica hacia la mujer, DIGESA-MSP Uruguay, Julio 2006.
- Moya S. Hernán, Olivari P. Francisco, Ulloa Fresia, Guía Clínica: Maltrato Infantil, Hospital de Niños Roberto del Río - Chile.
- MSP Ecuador. Norma y protocolo materno, proceso de Normalización del SNS-MSP, agosto 2008.
- MSP, Normas y Procedimientos para la Atención de la Salud Reproductiva. Ministerio de Salud Pública, 1999.
- MSP, Manual de Normas y Procedimientos para la Atención Integral de los y las adolescentes, Ministerio de Salud Pública, reimpresión 2008.
- MSP, Normas de Atención a la Niñez, Programa de Atención a la Niñez, Ministerio de Salud Pública, 2003.
- MSP, Programa Nacional de Prevención y Control de VIH/SIDA-ITS, Guía de atención integral a PWS, 2007.
- MSP, Programa Nacional de Control y Prevención del VIH/SIDA-ITS, Manual de Normas para el manejo sindrómico de infecciones de transmisión sexual, 2007.
- Ministerio de Salud Pública de Uruguay, Dirección General de la Salud, Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género, Abordaje de situaciones de violencia doméstica hacia la mujer, Guía de procedimientos en el Primer Nivel de atención de Salud. Uruguay, 2007.
- Pomalima, R. Rolando, Guía práctica clínica de Atención: Abuso Sexual, Instituto especializado de Salud Mental "Honorio Delgado Hildeyo Noguchi", Madrid, España, 2006.
- Prócel, P. Sospecha de Maltrato Infantil y Abuso Sexual, en Memorias de los Seminarios Contra Maltrato Infantil, INNFA, 1998.
- Proyecto Municipios, salud sexual, reproductiva y desarrollo local. Violencia Intrafamiliar y de género, guía de atención para proveedores/ras de salud, Quito-Ecuador, Julio 2001.
- Principios de yogyakarta, principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género, 2007.
- Registro Oficial N° 711; Reglamento al Código de menores. Art. 43, Miércoles, 7 Junio 1995.
- Santé Canada, les hauts et les bas de la lutte contre la violence faite aux femmes aperçues des initiatives et des ressources canadiennes 1989 - 1997.
- Sirotnak AP, Grisby T, Krugman R, Maltrato Físico Infantil, Pediatrics in Review en español, Vol. 26 N. 2, Abril 2005.
- Soriano F. Promoción del buen trato y prevención del Maltrato Infantil. Guías Clínicas. 2001.
- The abuse of parents by their teenager children, Captain William Spry Centre, Halifax (N-É).
- Stevens Lynne, Un enfoque práctico de la violencia de género: Guía Programática para proveedores y encargados de servicios de salud, FNUAP, Edición Piloto, 2001, Nueva York.
- World Health Organization and International Society for prevention of child abuse and neglect, Preventing Child Maltreatment: A guide to taking action a generating evidence, WHO 2006.



XI. Anexos



- Anexo 1: Decreto Presidencial Erradicación VIF
- Anexo 2: CONASA: Unidades homologadas
- Anexo 3: Ficha familiar
- Anexo 4: Formulario EPI-2
- Anexo 5: Salas de acogida
- Anexo 6: Protocolos Fiscalía
- Anexo 7: Plan de emergencia en casos de violencia
- Anexo 8: Glosario de términos



Decreto Presidencial N° 620. Erradicación VIF

N° 620

RAFAEL CORREA DELGADO

PRESIDENTE CONSTITUCIONAL DE LA REPÚBLICA

Que la Constitución Política de la República, dispone la obligación del Estado de garantizar a todas las personas el libre y eficaz ejercicio, y goce de los derechos humanos establecidos en ésta y en las declaraciones, pactos, convenios y más instrumentos internacionales vigentes;

Que dado el grave impacto social que la violencia de género tiene en la sociedad ecuatoriana, con rango de mandato constitucional se establece la obligación del Estado de garantizar el derecho a la integridad personal, prohibir todo procedimiento inhumano, degradante o que implique violencia física, psicológica, sexual o coacción moral, debiendo adoptarse las medidas necesarias para prevenir, eliminar y sancionar la violencia contra los niños, niñas, adolescentes, y mujeres adultas

Que el Gobierno en cumplimiento de lo establecido por la Constitución vigente y los instrumentos internacionales ratificados por el Ecuador, ha asumido la responsabilidad de construir e implementar una política de Estado, prioritaria para la erradicación de la violencia de género, por constituir sustento de diversas formas de discriminación contra las personas en razón de género, edad, etnia, condición social, opción sexual.

En el ejercicio de las atribuciones que le confiere los numerales 3 y 9 del artículo 171 de la Constitución Política de la República y el apartado g) del artículo 11 del Estatuto del Régimen Jurídico Administrativo

DECRETA:

Artículo 1.- Declarar como política de Estado con enfoque de Derechos Humanos para la erradicación de la violencia de género hacia la niñez, adolescencia y mujeres, para lo cual se elaborará un plan que permita generar e implementar acciones y medidas, que incluyan mecanismos de coordinación y articulación interinstitucional en todos los niveles del Estado.

Artículo 2.- Para la construcción e implementación de la política y el plan, las instituciones y organismos responsables diseñarán y ejecutarán programas, proyectos y acciones garantizando las asignaciones presupuestarias suficientes y oportunas, según sus competencias y de manera articulada.

Artículo 3- Para dar cumplimiento a este Decreto Ejecutivo se creará una Comisión de Coordinación Interinstitucional estará integrada por:

- a) El Ministro de Gobierno y Policía o su representante permanente quien lo presidirá;
- b) El Ministro de Educación o su representante permanente;
- c) La Ministra de Salud Pública o su representante permanente;
- d) La Ministra de Inclusión Económica y Social o su representante permanente;
- e) La Directora Ejecutiva del Consejo Nacional de las Mujeres, CONAMU o su representante permanente;

Anexo 1

RAFAEL CORREA DELGADO

PRESIDENTE CONSTITUCIONAL DE LA REPÚBLICA

- f) La Secretaría Ejecutiva del Consejo Nacional de la Niñez y Adolescencia o su representante permanente; y,
- g) El Director Ejecutivo del Instituto Nacional del Niño y la Familia, INNFA, o su representante permanente.

Artículo 4.- La Comisión de Coordinación Interinstitucional conformará una Secretaría Técnica responsable de la gestión y ejecución de las decisiones emanadas por la Comisión que será conformada por funcionarios y servidores de las entidades de la Función Ejecutiva que constituyen la Comisión.

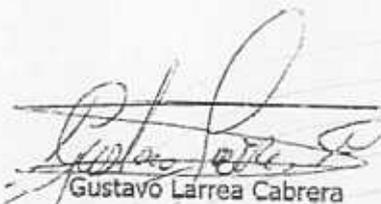
Artículo Final.- El presente decreto regirá a partir de su suscripción sin perjuicio de su publicación en el Registro Oficial y de la ejecución encárguese los Ministros de Gobierno, Educación, Salud Pública y de Inclusión Económica y Social.

Dado en el Palacio Nacional en San Francisco de Quito, Distrito Metropolitano el día de hoy 10 de septiembre de 2007



Rafael Correa Delgado

PRESIDENTE CONSTITUCIONAL DE LA REPUBLICA



Gustavo Larrea Cabrera

MINISTRO DE GOBIERNO Y POLICIA



Raúl Vallejo Coral

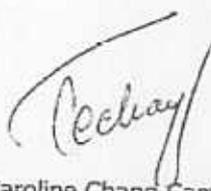
MINISTRO DE EDUCACION PUBLICA



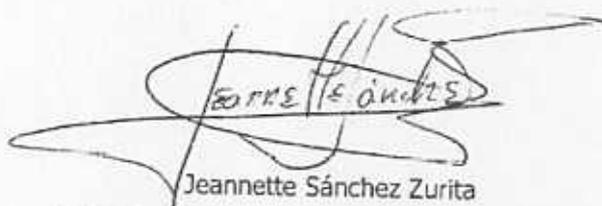
Nº 620

RAFAEL CORREA DELGADO

PRESIDENTE CONSTITUCIONAL DE LA REPÚBLICA



Caroline Chang Campos
MINISTRA DE SALUD PÚBLICA



Jeannette Sánchez Zurita
MINISTRA DE INCLUSIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL

Anexo 1

Homologación de Unidades Operativas del sector salud por niveles de atención y complejidad

SERVICIOS INSTITUCIÓN	I NIVEL	II NIVEL	III NIVEL
MINISTERIO DE SALUD	P.S. S.C.S. C.S.	HOSP. BASIC. HOSP. GEN.	HOSP. ESP. HOSP. ESPEC.
SEGURIDAD SOCIAL	D.S.S.C. Un.ATA C.A.L.A.	HOSP. NIV. I HOSP. NIV. II	HOSP. TERCER NIV.
FUERZAS ARMADAS	DISPENSARIO POLICLINICO	CLINICA HOSP. BRIGADA	HOSP. GENERAL
POLICÍA	S.C.S. C.S.	HOSP. PROV.	HOSP. NAC.
MUNICIPIO	DISPENSARIO C.S.	HOSP. PATRONATO	
ORGANISMOS NO GUBERNAMENT.	DISPENSARIO COMITE	HOSP. LOCAL	HOSP. ESP. HOSP. ESPEC.
SERVICIOS PRIVADOS	CONSULTORIO C. C. MEDICO	CLINICA POLICLIN.	HOSPITAL LIN. ESPEC.

SCL/30-11-05

P.S. Puesto de Salud
 S.C.S. Subcentro de Salud
 C.S. Centro de Salud
 C.A.L.A. Centro de Atención Ambulatoria

Un.ATA. Unidad de Atención Ambulatoria
 HOSP. ESP. Hospital de Especialidades
 HOSP. ESPEC. Hospital Especializado

Nota: 1- En el MSP, Consejo Provincial y algunos municipios disponen de unidades móviles para la prestación de atención ambulatoria y son homologables a S.C.S.
 2- La Junta de Beneficencia y SOLCA se incluyen dentro de las organizaciones no gubernamentales

Elaboración: Dr. José Castro L., Dirección de Normalización del SNS - MSP.



Formulario EPI-2



REPÚBLICA DEL ECUADOR
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
SUBPROCESO DE EPIDEMIOLOGÍA



NOTIFICACIÓN DE ENFERMEDADES DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Provincia : _____	Cantón : _____
Parroquia : _____	Área de Salud N° : _____
Nombre del Establecimiento : _____	Mes de : _____
Tipo de Establecimiento : _____	Año : 2009 _____
Institución : _____	

ENFERMEDADES	CASOS NUEVOS CONFIRMADOS EN CONSULTA EXTERNA Y EMERGENCIA								SEXO		ACUMULADO			
	Grupos de edad								Total	FALLEC	FEM.	MASC.	TOTAL	FALLEC
	+1	1-4	5-14	15-24	25-49	50-64	65 y +							
A	B	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL														
1	Sífilis Congénita													
2	Sífilis Primaria y Secundaria													
3	Sífilis en Embarazadas													
4	Gonoreas: conf. con laboratorio													
5	Herpes Genital													
6	SIGA													
7	VIH													
8	Otras ITS													
ENFERMEDADES CRÓNICAS														
9	Enf. Pulm. Obr. Crón.(EPOC)													
10	Síndrome Metabólico													
11	Obesidad													
12	Diabetes Mellitus													
13	Hiperlipemia Arterial													
ENFERMEDADES CRÓNICAS CÁNCER														
14	Cá. Uterino													
15	Cá. Mamario													
16	Cá. Gástrico													
17	Cá. Prostático													
18	Cá. Pulmonar													
19	Leucemias													
ENFERMEDADES TROPICALES														
20	Paludismo no complicado													
21	Vivax (falceparum)													
22	Mordedura de serpiente													
23	Lepos													
24	Leishmaniasis													
25	Picadura de Arácnidos													
ENFERMEDADES ZOOZÓNICAS														
26	Esquistosomiasis													
27	Fasciolosis													
28	Cisticercosis Humana													
ENFERMEDADES TUBERCULOSAS														
29	Tuberculosis Pulmonar	IR + (conf)												
30		IR- (no conf)												
31	Meningitis Tuberculosa													
32	Otras formas de Tuberculosis													
COMPORTAMIENTO HUMANO														
33	Ansiedad													
34	Depresión													
35	Fascia													
36	Telarañas													
37	Alcoholismo (bebedor problemático)													
38	Fármaco-dependencia													
39	Demencia													
40	Retardo mental													
41	Víctimas de violencia y Maltrato													
42	Colectora													
43	Suicidas	Intento												
44		Consumido												
45	Homicidios													
OTROS EVENTOS														
46	EDA													
47	IRA													
48	Fiebre Reumática													
49	Paragonimiasis													
50	Intoxicación por plaguicidas													
ACCIDENTES														
51		Terrorismo												
52		Marítimo												
53	Accidentes	Aéreo												
54		Laborales												
55		Domésticos												

Fuente: EPI-2 Vigilancia Epidemiológica

Anexo 4



Salas de primera acogida para la atención de VIF y casos de violencia sexual

Son espacios físicos que permiten atender en forma privada a personas víctimas de violencia intrafamiliar: física, psicológica o sexual, brindar atención de emergencia o inmediata hasta estabilizar a la víctima de los riesgos vitales. La atención la brinda un equipo interdisciplinario debidamente entrenado de la unidad de atención de segundo y tercer nivel de complejidad en donde se encuentre la sala, que generalmente será parte de los servicios integrados de Salud Sexual y Salud reproductiva en donde se atenderá con enfoque de derechos y mediante principios bioéticos, calidad, calidez, equidad, solidaridad e interculturalidad.

Ambientes

Dependiendo del nivel y capacidad resolutive de la unidad de salud, se estima la existencia de tres ambientes:

1. Sala de espera (Incluida área de secretaria)
2. Sala para entrevista
3. Sala para atención, seguimiento y control (consejería pre y post consulta e insumos)

1. SALA DE ESPERA

Espacio donde la persona agredida y el/a acompañante esperan la atención dentro de un ambiente de privacidad, tratando de evitar el hacinamiento y la incomodidad.

2. SALA PARA ENTREVISTA

Espacio donde el/a usuario/a puede recibir apoyo emocional inmediato, en forma tranquila y sin interrupción y en donde en caso de ser necesario el fiscal puede tomar la declaración a la víctima, recibe información de sus derechos y del proceso legal.

La sala puede tener una CÁMARA DE GESELL, que es una habitación acondicionada para atender a personas víctimas de trata y permitir la observación con personas que están en el caso. Esta cámara esta conformada por dos ambientes separados por un vidrio de visión unilateral, los cuales cuentan con equipo de audio y video para la declaración o atención a la víctima.

3. SALA PARA ATENCIÓN/CONSULTORIO MÉDICO

Es un espacio para la atención preferencial a la víctima en donde se realizarán las siguientes actividades:

- Atención clínica general, ginecológica y/o proctológica
- Toma de muestras y exámenes necesarios

En todo este proceso se recomienda siempre hacerlo en compañía de un segundo profesional.

Es importante que estas salas estén dotadas de un baño con ducha independiente, medicamentos insumos y materiales para la toma de muestras.

Equipo de salud multidisciplinario para la atención de víctimas de violencia

Médico/a legista y/o médico/a gineco-obstetra capacitado en estos procedimientos, psicólogo/a clínico/a, trabajadora social, enfermera, residente, asistente administrativo.

Personal que debe realizar el llenado de forma correcta y completa la Historia Clínica, protocolo, Parte Diario, ficha de referencia y contrareferencia. Tomar muestras y ordenar exámenes complementarios dependiendo el caso.

Equipamiento mínimo para salas de acogida

1. SALA DE ESPERA	
1	Televisor
1	Pedestal para televisor
1	Reproductor DVD
6	Sillas para pacientes y familiares
1	Mesa central
1	Basurero metálico pequeño
a) Secretaria	
1	Estación de trabajo tipo oficina
1	Computadora SERVIDOR ROUTER INALÁMBRICO (conexión Internet)
1	Impresora a blanco y negro con sus respectivos cartuchos de repuesto
1	Teléfono fax
1	Silla giratoria
3	Sillas para los pacientes y acompañantes.
1	Archivador de un solo cuerpo y cuatro secciones
1	Sello de tinta (MSP/SALA DE ACOGIDA)
1	Sello fechador
3	Rollo de maskin
3	Porta scotch con su cinta adhesiva
1	Regla
3	Resaltadores (varios colores)
1	Engrapadora
1	Perforadora
1	Quita grapas
10	Carpetas archivadoras
2	Basureros metálicos pequeños
4	Resmas de papel bond



2. SALA PARA ENTREVISTA

a) Mobiliario

2	Gabinete metálico 2 secciones
1	Armario metálico un solo cuerpo de cuatro secciones
1	Escritorio (estación de trabajo)
1	Computadora SERVIDOR ROUTER INALÁMBRICO (conexión internet)
1	Impresora a color multiusos con sus respectivos cartuchos de repuesto
1	Teléfono fax
1	Cámara digital de 12 mega píxeles PROFESIONAL
1	Silla giratoria
3	Sillas para los pacientes y acompañantes.
2	Basureros metálicos pequeños
1	Camilla con gradilla (para examen médico)
1	Biombo

b) Equipos

1	Tensiómetro
1	Fonendoscopio para adulto
1	Fonendoscopio para niño
1	Equipo de diagnóstico
1	Negatoscopio
1	Lámpara cuello de ganso
1	Infocus
1	Filmadora
1	Cámara para video conferencia
10	Cámaras IP

c) Materiales e insumos

1	Sello de tinta (MSP/Medicina Legal)
1	Sello fechador



3	Rollo de maskin
3	Porta scotch con su cinta adhesiva
1	Regla
3	Resaltadores (varios colores)
1	Engrapadora
1	Perforadora
1	Quita grapas
1	Archivador un solo cuerpo y cuatro secciones
10	Carpetas archivadoras
6	Resmas de papel bond
100 unidades	Jeringas 10 ml.
1	Caja de tubos de ensayo tapa roja
50	Frascos recolectores de muestra

3. SALA PARA ATENCIÓN / CONSULTORIO MÉDICO

a) Mobiliario y equipos

1	Camilla para atención clínica que disponga de perversas ginecológicas
1	Lámpara de cuello de ganso
1	Espejo frontal con luz directa incorporada o simple
1	Banco giratorio con garruchas
1	Dispensador de agua caliente y fría
1	Refrigeradora pequeña con llave
2	Basureros metálicos pequeños

b) Materiales e insumos

2 unidades por cada médico	Mandiles con el emblema MSP/Medicina legal
6	Sábanas para camilla
3	Batas para los pacientes
4	Toallas medianas



3	Dispensadores de jabón líquido
6	Paquetes de toallas desechables
1 paquete	Mascarillas desechables
3 paquetes de 100 unidades	Gasas y apósitos estériles.
2 paquetes de 50 unidades	Guantes desechables talla 7 1/2
3 paquetes de 50 unidades	Guantes estériles diferentes tallas
2 frascos	Lubricante urológico y vaselina.
100 unidades	Espéculos desechables
3 unidades	Fijadores de muestras citológicas
20 unidades	Medios de cultivo
100 unidades	Portaobjetos con banda esmerilada
1 paquete de 100 unidades	Hisopos de mango largo
10	Equipos de curación quirúrgica
7 unidades de cada una	Pinzas de aro, porta gasa, Nelly y Kocher

4. SEGUIMIENTO Y CONTROL

Debido a la ayuda y apoyo que necesitan y/o solicitan las personas que acuden a la sala de acogida, existe la necesidad de que se realicen los diferentes procesos psicoterapéuticos a la persona violentada, al agresor/a, la pareja y el entorno familiar.



Fiscalía, Protocolos de Violencia Intrafamiliar



MINPEC

MINISTERIO PÚBLICO
SISTEMA NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES
DIRECCION NACIONAL DE POLITICA PENAL

PROTOCOLO DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Fecha:		Caso N°	-DML-2008
Autoridad: Dr.	Hora	M	
FISCAL DEL DISTRITO DE			
Lugar del Examen: Casa de Salud	Gros:		

I. DATOS GENERALES DE LA VÍCTIMA

Nombres y Apellidos:	
Lugar de Nacimiento:	Fecha de Nacimiento:
Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Edad: años meses	Estado Civil: C <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> UL <input type="checkbox"/>
C.I.:	Teléfono:
Dirección Domiciliaria:	
Instrucción: Ninguna <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Técnica <input type="checkbox"/>	
Profesión u Oficio:	
Ocupación: QDD <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Jubilada/o <input type="checkbox"/> Empleado Público/a <input type="checkbox"/> Empleado/a privado/a <input type="checkbox"/> Desempleado/a <input type="checkbox"/> Trabajador/a Independiente <input type="checkbox"/>	
Embarazo Actual: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Usa algún medicamento: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Tipo de Violencia: Física <input type="checkbox"/> Psicológica <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/>	
Lugar de los Hechos: Hogar <input type="checkbox"/> Lugar de Trabajo <input type="checkbox"/> Vía Pública <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Especifique:	
Nombres del Acompañante:	Teléfono:
Dirección:	CIN°:

II. DATOS DEL PRESUNTO AGRESOR

Nombres del Presunto Agresor:	Relación con la
Dirección Habitual del Presunto Agresor:	Victima:
Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Teléfono:
	Estado Civil: C <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> UL <input type="checkbox"/>

Anexo 6



III DECLARACIÓN DE HELSINKI

Yo _____ con cédula de identidad N° _____ Declaro conocer el método investigativo, porque ha sido muy bien informada y reconozco que el Dr. _____ me ha explicado muy claramente que el propósito de los chequeos y estudios de laboratorio son únicamente válidas para el proceso judicial. Doy mi consentimiento con esta declaración.

FIRMA DE LA PERSONA ATENDIDA
O PERSONA QUE CONSCIENTE



PROTOCOLO DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

I. HISTORIA MÉDICO LEGAL

¿Que ocurrió?

¿Dónde Ocurrió?

Fecha: H ora:

Con que le agredieron:

Fue violentada sexualmente SI NO Si la respuesta es afirmativa llene el formato de Delitos Sexuales

Cómo: (Explique)

Nivel de conciencia:

Estado Emocional:

Estado General:

Tratamiento Recibido:

Tratamiento Prescrito:

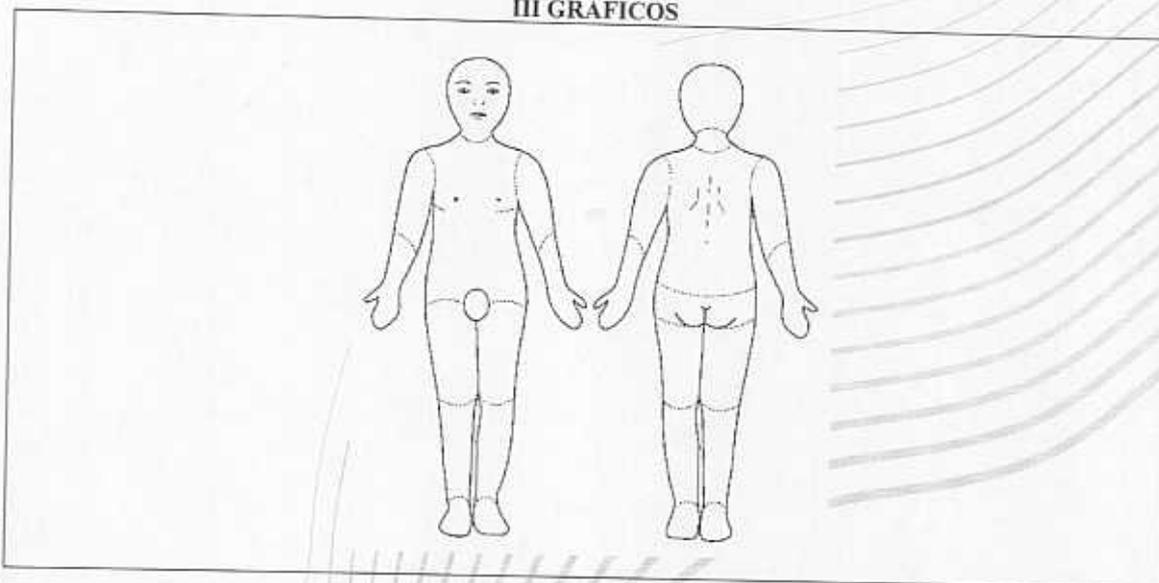
Vestigio de droga o alcohol:

	En la víctima	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Alcohol <input type="checkbox"/>	Droga <input type="checkbox"/>
	En el presunto agresor	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Alcohol <input type="checkbox"/>	Droga <input type="checkbox"/>

II EXAMEN GENERAL

Equimosis <input type="checkbox"/>	Quemaduras <input type="checkbox"/>	Fracturas <input type="checkbox"/>
Excoriaciones <input type="checkbox"/>	Heridas <input type="checkbox"/>	Luxación <input type="checkbox"/>
Dolor <input type="checkbox"/>	Hematoma <input type="checkbox"/>	Otros: <input type="checkbox"/>

III GRÁFICOS



IV MUESTRAS RECOLECTADAS AL INGRESO DEL A VÍCTIMA AL EXAMEN FÍSICO

VESTIGIOS RECOLECTADOS

Estudio Solicitado	Resultado
Vestigios Orgánicos <input type="checkbox"/>	
Vestigios Inorgánicos <input type="checkbox"/>	
Especifique:	

Antecedente de Violencia

a. ¿Ha tenido agresiones anteriores?S	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
b. ¿Denuncio?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
c. ¿Dónde realizó la denuncia:		
d. Fecha aproximada:		

Observaciones:

Al examen físico presenta:.

Conclusiones:

1. Dichas lesiones son provenientes de la acción traumática de un cuerpo contundente duro, que le determinan una enfermedad e incapacidad física para el trabajo de . A contarse desde la fecha de su producción.

Dr.
PERITO MÉDICO LEGISTA
Código Profesional N°
Acreditación MINPEC N°

Fiscalía, Protocolos de lesiones por agresión



MINISTERIO PÚBLICO
SISTEMA NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES
DIRECCION NACIONAL DE POLITICA PENAL

PROTOCOLO DE LESIONES POR AGRESIÓN

Reconocimiento Médico Legal N° -DML-2008

Señor.
DR.
AGENTE FISCAL DE
Fecha.- Hora.-
Sitio del Examen: DML, QUITO ZONA SUR
Domicilio Dirección:
Casa de Salud Servicio Cama N° HC N°
Otros:

DATOS PERSONALES

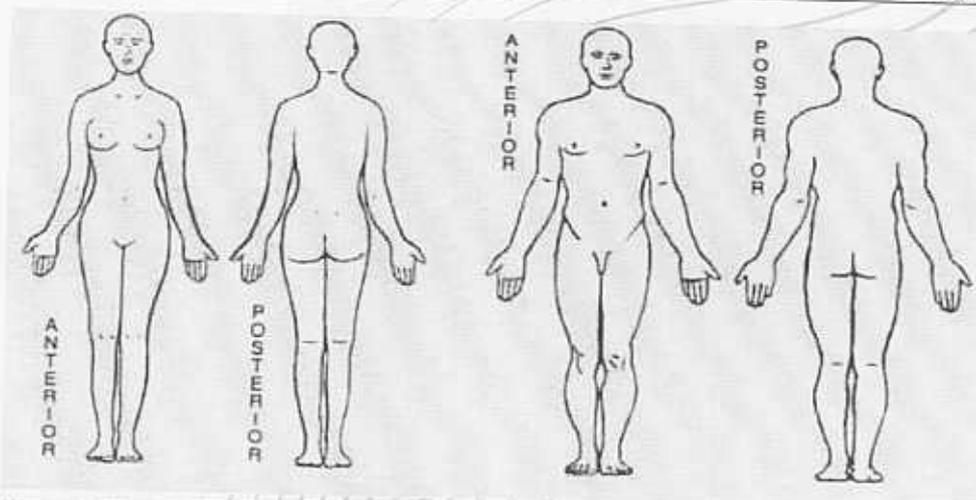
Nombres y Apellidos:
Sexo: M F Edad: 31 años meses Estado Civil: S C V D UL
Número De Cédula Teléfono
Dirección Domiciliaria:
Instrucción: Ninguna Primaria Secundaria Superior Técnica
Profesión u Oficio:
Ocupación: Oficios del hogar Estudiante Jubilado Empleado Público
Empleado Privado Desempleado Trabajador Independiente

HISTORIA MÉDICO LEGAL

Que Ocurrió?
Donde Ocurrió?
Cuando Ocurrió? Fecha Hora:
Con que le agredieron?
Recibió atención médica? SI NO Lugar:
Tratamiento:

CÓDIGO DE COLORES

Equimosis, Hematoma	azul	Heridas contuso - cortante	verde
Excoriaciones	njo	Heridas cortantes	rojo
Fracturas	negro	Heridas punzo cortantes	celeste
Fracturas expuestas	café	Quemaduras	r osado
Heridas contusas	morado	Otras	rosado



EXAMEN MÉDICO LEGAL

1. Al examen externo presenta:
2. **CONCLUSIONES.** Dichas lesiones son producto de la acción traumática de un objeto contundente, que le determine un tiempo de enfermedad e incapacidad física para el trabajo de A contarse desde la fecha de su producción.

Dr.
PERITO MÉDICO LEGISTA
Código Profesional N°
Acreditación MINPEC N°

Fiscalía, Tránsito



MINPECE

MINISTERIO PÚBLICO
SISTEMA NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES
DIRECCION NACIONAL DE POLITICA PENAL

TRÁNSITO

Reconocimiento Médico Legal N° -DML-2008

Señor.

Fecha.-
Sitio del Examen: DML, ZONA Hora.-
Domicilio Dirección:
Casa de Salud Servicio
Cama N° HC N°
Otros:

DATOS PERSONALES

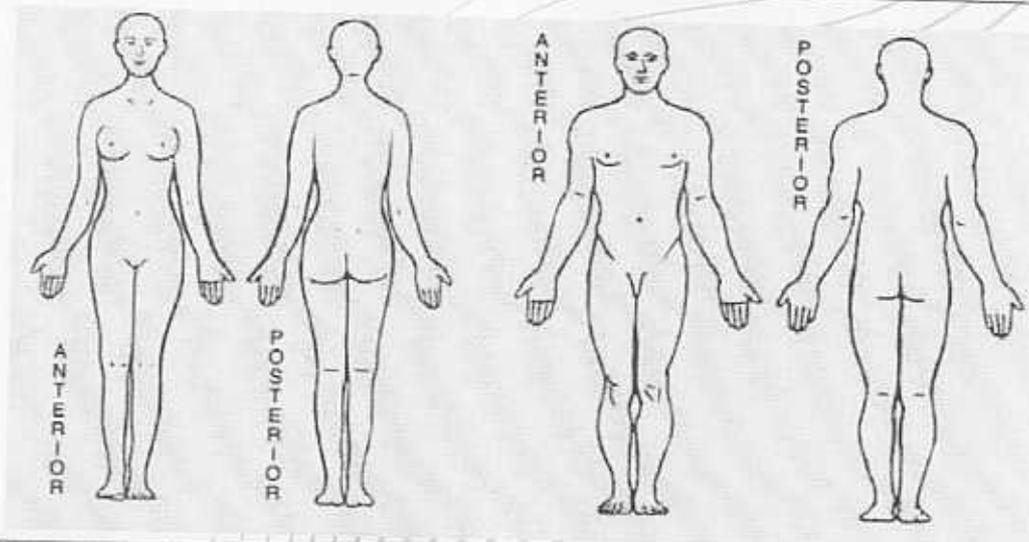
Nombres y Apellidos:
Sexo: M F Edad: años meses Estado Civil: S C V D UL
Número De Cédula Teléfono
Dirección Domiciliaria:
Instrucción: Ninguna Primaria Secundaria Superior Técnica
Profesión u Oficio:
Ocupación: Oficios del hogar Estudiante Jubilado Empleado Público Empleado Privado
Desempleado Trabajador Independiente

HISTORIA MÉDICO LEGAL

Que Ocurrió?
Donde Ocurrió?
Cuando Ocurrió? Fecha Hora:
Tipo de accidente?
Recibió atención médica? SI NO Lugar:
Tratamiento.

CÓDIGO DE COLORES

Equimosis, Hematoma	azul	Heridas contuso - cortante	verde
Excoriaciones	rojo	Heridas cortantes	rojo
Fracturas	negro	Heridas punzo cortantes	celeste
Fracturas expuestas	café	Quemaduras	rosado
Heridas contusas	morado	Otras	rosado



Anexo 6



EXAMEN MÉDICO LEGAL

Al examen externo: _____

CONCLUSIONES:

1. Dichas lesiones son provenientes de los traumatismos sufridos en un probable suceso de tránsito que le determinan una enfermedad e incapacidad física para el trabajo de _____, a contar desde la fecha de su producción.

Dr.
PERITO MÉDICO LEGISTA
Código Profesional N°
Acreditación MINPEC N°

Plan de emergencia en casos de violencia

La violencia intrafamiliar y hacia la mujer no es un problema nuevo, aunque sin duda es cada vez más próximo. A continuación encontrará algunos aspectos que usted deberá tener en cuenta para preparar con la usuaria afectada de violencia, un **Plan de Seguridad y/o de Emergencia** o salida del hogar, cuando esté en riesgo su integridad y vida o la de alguno de los miembros de su familia.

Una primera tiene que ver con la información que usted debe proporcionar a la usuaria sobre **la ley vigente en el país** y los mecanismos para realizar una **denuncia**, considerando que esta es la medida más efectiva para protegerse y evitar un nuevo acto violento.

Aquí algunas condiciones de seguridad relacionadas con este plan que la usuaria debe realizar:

1. Sacar cualquier arma de la casa.
2. Memorizar los números de teléfonos de emergencia y de familiares.
3. Habilitar al menos una habitación para que pueda cerrarse por dentro.
4. Preparar un bolso con equipaje de emergencia como ropa, zapatos, copias de documentos importantes, dinero en efectivo, direcciones y medicamentos. El bolso debe guardarse en un lugar seguro fuera de la casa.
5. Identificar un lugar (hogar) a donde pueda ir en caso de que tenga que escapar.
6. Identificar una ruta de escape hacia las ventanas y puertas por las que sea factible salir de su casa.
7. Coordinar con los vecinos en los cuales confía señales o claves que le indiquen cuando llamar a la policía.
8. Enseñar a sus hijos e hijas, familiares dependientes, a no interferir en una pelea, ponerse a salvo, llamar a la policía y dar su dirección y número telefónico.

Si la persona está ante una agresión inminente, explíquese que es necesario que:

- Se aleje de la cocina o de donde se guarden cuchillos que puedan ser utilizados como armas.
- Se aparte de los espacios cerrados o habitaciones pequeñas donde la puedan atrapar.
- Corra y utilice inmediatamente la ruta de escape previamente planificada. Si ésta ha sido bloqueada debe dirigirse a la habitación habilitada para cerrarse por dentro y encerrarse.
- Alerte y llame a los niños u otros familiares
- Llame a la policía.
- Como último recurso, si todo le ha fallado y está siendo golpeada, debe ponerse en una esquina contra la pared y agacharse, acercando la cabeza lo más posible a las rodillas y protegiéndose la cara y cabeza con las manos y brazos. Debe utilizar los codos para cubrir las costillas, ya que al estar contra la pared podrá proteger su espalda, parte trasera de las costillas y órganos como los riñones.
- Ante la menor oportunidad debe correr y ejecutar el plan de acción.
- Si ha sido víctima de maltrato físico, debe buscar ayuda médica y denunciar el hecho (si no lo ha realizado).
- En cuanto reciba atención debe tomarse fotos de las heridas o lesiones que tenga.

Es muy importante, que la persona violentada sepa que **no debe utilizar estas medidas para enfrentar reiteradas agresiones**, ya que en la próxima ocasión el agresor conocerá su modo de operar y se adelantará a sus acciones.

Tenga en cuenta que las agresiones más violentas y, en muchos casos aquellas que acaban con la vida de una persona, suceden cuando se están realizando los trámites de separación o cuando la mujer decide abandonar el domicilio conyugal.

Si la persona violentada ha decidido abandonar el hogar, debe tener en cuenta lo siguiente:

1. Elegir un momento en que la situación en el hogar sea tranquila.
2. No dar ningún indicio de la intención de huida.
3. Conocer previamente los lugares donde puede acudir.
4. No difundir la dirección del lugar en el que se va a alojar.



5. Evitar los lugares donde pueda encontrarse con el agresor.
6. Cambiar constantemente las rutas para ir y venir cuando salga de casa o trabajo.
7. Informar a la escuela, colegio, la guardería, sobre quién tiene autorización para recoger a sus hijos e hijas.
8. Desarrollar un plan de seguridad con los hijos e hijas para cuando no se esté con ellos.
9. Identificar a uno o más vecinos a quienes pueda hablarles y pedirles ayuda.
10. Preparar una lista de teléfonos de amigos y familiares.
11. Guardar en algún lugar de confianza:
 - Medicinas habituales
 - Ropa
 - Agenda de direcciones
 - Certificados médicos
 - Cédula de identidad, y otras documentaciones de valor
 - Dinero para cubrir las necesidades básicas
 - Duplicado de las llaves de la casa
 - Actas de nacimiento
 - Acta de matrimonio
 - Carnet del seguro social
 - Certificado de votación
 - Tarjeta de teléfono
 - Directorio telefónico de las personas que puedan ayudarle
 - Objetos con valor afectivo
12. Mantener comunicación con el/a psicólogo/a, sobre todo si sus hijos e hijas están afectados por las secuelas psicológicas que deja el hecho de ser testigos de la violencia ejercida contra su madre.

Glosario

Para efectos de facilitar el abordaje integral y dar una atención integral con calidad y calidez se presenta una serie de conceptos básicos que el profesional de salud debe manejar.

Abuso sexual (Niños, Niñas/adolescentes)¹. Sin perjuicio de lo que dispone el Código Penal sobre la materia, para los efectos del presente Código constituye abuso sexual todo contacto físico, sugerencia de naturaleza sexual, a los que se somete un niño, niña o adolescente, aun con su aparente consentimiento, mediante seducción, chantaje, intimidación, engaños, amenazas, o cualquier otro medio.

Acogida. Es una ACTITUD de recibimiento cálido, abierto a escuchar, sanar, facilitar, y responder a la demanda de ayuda de una persona que ha vivido violencia y que acude al servicio de salud. Una buena acogida demuestra respeto, trato digno, no discriminatorio y sin prejuicios.

Acoso Sexual². El que solicitare favores de naturaleza sexual para sí o para un tercero prevaliéndose de una situación de superioridad laboral, docente o análoga con el anuncio expreso o tácito de causar a la víctima un mal relacionado con las legítimas expectativas que pueda tener en el ámbito de dicha relación.

Contención. Procedimiento terapéutico con el fin de tranquilizar y estimular la confianza del/a afectado/a por una crisis emocional

Crisis. La crisis es un período de alto riesgo físico y/o psicológico, caracterizado por una situación temporal de desequilibrio emocional, cognitivo y conductual, que se manifiesta por una sintomatología variada en donde predominan niveles altos de ansiedad, que impiden al individuo manejar determinadas situaciones con sus mecanismos psicológicos habituales. Se manifiesta con:

- Llanto fácil
- Nerviosismo
- Baja autoestima
- Dificultad para tomar decisiones

Ante una crisis emocional, acompañada de potenciales riesgos relacionados con conductas autodestructivas como ideaciones suicidas e intentos de suicidio, el caso debe manejarse como **URGENCIA PSIQUIÁTRICA** (hospitalización de usuaria/o).

Identidad de Género³. La identidad de género se refiere a la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente profundamente, la cual podría corresponder o no al sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo (que podría involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de medios médicos, quirúrgicos o de otra índole, siempre que la misma sea libremente escogida) y otras expresiones de género, incluyendo la vestimenta, el modo de hablar y los modales.

Las violaciones a los derechos humanos basadas en la **orientación sexual** o la **identidad de género** reales o percibidas de las personas constituyen un patrón global y arraigado que es motivo de seria preocupación. Entre estas violaciones, se encuentran los asesinatos extra judiciales, la tortura y los malos tratos, las agresiones sexuales y las violaciones, las injerencias en la privacidad, las detenciones arbitrarias, la negación de empleo o de oportunidades educativas así como una grave discriminación en el goce de otros derechos humanos. Estas violaciones a menudo se ven agravadas por la vivencia de otras formas de violencia, odio, discriminación y exclusión, como aquellas basadas en la raza, la edad, la religión, la discapacidad o la condición económica, social, de salud o de otra índole. Dicha violencia, hostigamiento, discriminación, exclusión, estigmatización y prejuicios menoscaban la integridad e dignidad de las personas que son objeto de estos abusos; podrían debilitar su sentido de estima personal y de pertenencia a su comunidad y conducen a muchas a ocultar o suprimir su identidad y a vivir en el temor y la invisibilidad⁴.

Discriminación sexual⁵. "oda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera."

1. Art. 68. Código de la Niñez y Adolescencia Aprobada el 17 de diciembre del 2002 y Publicado el 3 de enero de 2003.
2. Art.511.1.Código Penal Publicado en Registro Oficial de 28 de septiembre de 2001.
3. Principios de Yogyakarta Principios sobre la aplicación de la legislación internacional de Derechos Humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género, 2007.
4. *Ibidem*.
5. CEDAW Art.1.



Explotación Sexual Infantil. Constituyen formas de explotación sexual la prostitución y la pornografía infantil. Prostitución infantil es la utilización de un niño, niña o adolescente en actividades sexuales a cambio de remuneración o de cualquier otra retribución.

Feminicidio. Es el asesinato de la mujer por el hecho de serlo. Se basa en las relaciones desiguales de poder entre los hombres y las mujeres y puede darse en espacios privados o públicos. Es el continuo de la violencia de género que se manifiesta en violaciones, torturas, mutilaciones, esclavitud sexual, incesto y abuso sexual de niñas y mujeres dentro y fuera de la familia.

Maltrato⁶. Se entiende por maltrato toda conducta, de acción u omisión, que provoque o pueda provocar daño a la integridad o salud física, psicológica o sexual de un niño, niña o adolescente, por parte de cualquier persona, incluidos sus progenitores, otros parientes, educadores y personas a cargo de su cuidado; cualesquiera sean el medio utilizado para el efecto, sus consecuencias y el tiempo necesario para la recuperación de la víctima. Se incluyen en esta calificación el trato negligente, o descuido grave o reiterado en el cumplimiento de las obligaciones para con los niños niñas y adolescentes, relativas a la prestación de alimentos, alimentación, atención médica, educación o cuidados diarios; y su utilización en la mendicidad.

Maltrato psicológico. Es el que ocasiona perturbación emocional, alteración psicológica o disminución de la autoestima en el niño, niña o adolescente agredido. Se incluyen en esta modalidad las amenazas de causar un daño en su persona o bienes o en los de sus progenitores, otros parientes o personas encargadas de su cuidado.

Trata de Personas. Según el Código Penal Ecuatoriano, constituye delito de trata de personas, aunque medie el consentimiento de la víctima, el promover, inducir, participar, facilitar o favorecer la captación, traslado, acogida, recepción o entrega de personas recurriendo a la amenaza, violencia, engaño o cualquier otra forma fraudulenta, con fines de explotación ilícita, con o sin fines de lucro.

Para efectos de esta infracción, se considera explotación toda forma de trabajos o servicios forzados, esclavitud laboral, venta y/o utilización de personas para mendicidad, conflictos armados o reclutamiento para fines delictuosos.

No existe ninguna definición universalmente aceptada de trata con fines de explotación sexual. El término abarca el movimiento organizado de personas, por lo general mujeres, entre países y en los países, para obligarlas a ejercer la prostitución. Este tipo de tráfico también incluye el acto de obligar a un inmigrante a realizar un acto sexual como condición para permitir o tramitar su inmigración.

Para el tráfico sexual se emplea la coacción física, el engaño y el sometimiento logrado mediante una deuda forzada. En la trata de mujeres y niños, por ejemplo, muchas veces se les promete un empleo en el servicio doméstico u otro tipo de servicios, pero en cambio generalmente se los lleva a burdeles donde se los despoja de su pasaporte u otros documentos de identidad. Puede ocurrir que se los golpee o encierre, y se les prometa la libertad solo después de que ganen, mediante la prostitución, el precio pagado por su compra, así como los costos de viaje y de visado⁷.

Violencia de género. En 1993, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la "Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la Mujer". En su artículo No. 1 la define como "todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada⁸.

La Declaración reconoce que "la violencia contra la mujer constituye una manifestación de relaciones de poder históricamente desiguales entre el hombre y la mujer, que han conducido a la dominación de la mujer y a la discriminación en su contra por parte del hombre e impedido el adelanto pleno de la mujer, y que la violencia contra la mujer es uno de los mecanismos sociales fundamentales por los que se fuerza a la mujer a una situación de subordinación respecto del hombre"⁹.

Violencia Intrafamiliar¹⁰. Se considera violencia intrafamiliar toda acción u omisión que consista en maltrato físico psicológico o sexual ejecutado por un miembro de la familia en contra de la mujer o demás integrantes del núcleo familiar.

Formas de violencia intrafamiliar:

- **Violencia física,** todo acto de fuerza que cause daño, dolor o sufrimiento físico en las personas agredidas, cualquiera que sea el medio empleado y sus consecuencias, sin considerar el tiempo que se requiere para su recuperación.

6. CDNA Art 67 Con definiciones similares el Código de la Niñez y Adolescencia utiliza el concepto homónimo de maltrato y violencia, en concordancia con el CIE-10(Ley Nº100. R.O. 737 de 3 de Enero del 2003). Para efectos de aplicación de esta Norma se considera esta homologación.

7. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, 2003.

- **Violencia psicológica**, constituye toda acción u omisión que cause daño, dolor, perturbación emocional, alteración psicológica o disminución de la autoestima de la mujer o el familiar agredido. Es también la intimidación o amenaza mediante la utilización de apremio moral sobre otro miembro de familia infundiéndole miedo o temor a sufrir un mal grave e inminente en su persona o en la de sus ascendientes, descendientes o afines hasta el segundo grado.
- **Violencia sexual**, sin perjuicio de los casos de violación y otros delitos contra la libertad sexual, se considera violencia sexual todo maltrato que constituya imposición en el ejercicio de la sexualidad de una persona y que la obligue a tener relaciones u otras prácticas sexuales con el agresor o con terceros, mediante el uso de fuerza física, intimidación, amenazas o cualquier otro medio coercitivo.

Para efecto de esta norma se considerará y utilizarán los términos maltrato o violencia como equivalentes en sínderesis con los marcos legales y la CIE 10.

Violencia Patrimonial o Económica. Constituye una forma más de violencia psicológica que, en ocasiones, coarta la libertad física porque impide a la persona el ejercicio de su libertad de movimiento y acción; consiste en privar a la persona de los medios económicos de subsistencia para ella y sus hijos o de afectarla patrimonialmente, ejemplo, vender los bienes sin el consentimiento de la persona, negarle o privarle de los recursos económicos para el sostenimiento de los hijos, quitarle el sueldo o el dinero.

Pornografía Infantil. Es la producción, publicación o comercialización de imágenes pornográficas, materiales visuales, audiovisuales, informáticos, electrónicos o de cualquier otro soporte físico o formato, u organización de espectáculos en vivo, con escenas pornográficas en que participen menores de edad.

Orientación Sexual. Se refiere a la capacidad de cada persona de sentir una profunda atracción emocional, afectiva y sexual por personas de un género diferente al suyo, o de su mismo género, o de más de un género, así como a la capacidad de mantener relaciones íntimas y sexuales con estas personas¹¹.

Victimización. Se entiende por victimización el conjunto de efectos y secuelas que se producen en la víctima o sujeto pasivo de un delito como consecuencia del mismo. A ese sentimiento de dolor, en toda su extensión, producido directamente por el delito se denomina **Victimización Primaria**.

Así las víctimas de un delito de violación sufrirían las consecuencias físicas y psicológicas del impacto violento y de índole sexual contra su libertad y con efectos perdurables en mayor o menor intensidad en el tiempo dependiendo de la fortaleza psicológica o emocional de dicho sujeto pasivo y las circunstancias del hecho violento.

Victimización Secundaria: Son los efectos posteriores en la víctima en el momento de enfrentarse con la propia administración de justicia y revivir el hecho cruento y desagradable que supuso el acto violento o delito sufrido.

En este sentido, la víctima de un delito contra la libertad sexual volverá a repetir la experiencia dolorosa sufrida al tener que relatar los hechos en la comisaría, ante el Juzgado, etc., o al enfrentarse a los interrogatorios capciosos de las defensas en el acto del juicio en los que, a menudo, habrá de «probar» su no culpabilidad por provocación en la consumación del delito.

Desde otro punto de vista, podemos hablar de **Victimización Secundaria** en el entendido de terceras personas que, sin ser víctimas primarias de los hechos violentos, son testigos del mismo y sufren los efectos psicológicos de dicho crimen. Es el caso de los llamados «niños-testigos». Niños que vivieron en un entorno de violencia doméstica y que, en ocasiones, asumirán dicha conducta observada o aprendida y la trasladarán como normal a su entorno vital de adultos, continuando el ciclo de la victimización.



8. Declaración de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, Resolución de la Asamblea General 48/104 del 20 de diciembre de 1993.
 9. Declaración de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, Resolución de la Asamblea General 48/104 del 20 de diciembre de 1993.
 10. Art.2 Ley Contra la Violencia a la Mujer y la Familia (Ley 103 RO No.839 1995).
 11. Principios de Yogyakarta Principios sobre la aplicación de la legislación internacional de Derechos Humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género, 2007.