



Cómo responder al maltrato infantil

Manual clínico para profesionales de la salud

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
ORGANIZACIÓN REGIONAL PARA LAS Américas

Cómo responder al maltrato infantil

Manual clínico para profesionales de la salud

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
ORGANIZACIÓN REGIONAL PARA LAS Américas

Cómo responder al maltrato infantil: manual clínico para profesionales de la salud

ISBN: 978-92-75-32682-4 (PDF)

ISBN: 978-92-75-12682-0 (versión impresa)

© **Organización Panamericana de la Salud, 2023**

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Organizaciones intergubernamentales de Creative Commons (CC BY-NC-SA 3.0 IGO).



Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra con fines no comerciales, siempre que se utilice la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons y se cite correctamente, como se indica más abajo. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) respalda una organización, producto o servicio específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OPS.

Adaptaciones: si se hace una adaptación de la obra, debe añadirse, junto con la forma de cita propuesta, la siguiente nota de descargo: “Esta publicación es una adaptación de una obra original de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Las opiniones expresadas en esta adaptación son responsabilidad exclusiva de los autores y no representan necesariamente los criterios de la OPS”.

Traducciones: si se hace una traducción de la obra, debe añadirse, junto con la forma de cita propuesta, la siguiente nota de descargo: “La presente traducción no es obra de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La OPS no se hace responsable del contenido ni de la exactitud de la traducción”.

Cita propuesta: Organización Panamericana de la Salud. *Cómo responder al maltrato infantil: manual clínico para profesionales de la salud*. Washington, DC: OPS; 2023. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275326824>.

Datos de catalogación: pueden consultarse en <http://iris.paho.org>.

Ventas, derechos y licencias: para adquirir publicaciones de la OPS, diríjase a sales@paho.org. Para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase www.paho.org/es/publicaciones/permisos-licencias.

Materiales de terceros: si se desea reutilizar material contenido en esta obra que sea propiedad de terceros —como cuadros, figuras o imágenes—, corresponde al usuario determinar si se necesita autorización para tal reutilización y obtener la autorización del titular del derecho de autor. Recae exclusivamente sobre el usuario el riesgo de que se deriven reclamaciones de la infracción de los derechos de uso de un elemento que sea propiedad de terceros.

Notas de descargo generales: las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OPS, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la OPS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La OPS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación. No obstante, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OPS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Nota de agradecimiento	V
A quién está dirigido este manual	VI
Parte I: Comprender el maltrato infantil	1
¿Qué es el maltrato infantil?	2
¿Cuántos niños, niñas y adolescentes se ven afectados por el maltrato?	4
¿Cuáles son las consecuencias del maltrato infantil?	4
Leyes relacionadas con el maltrato infantil	5
Función de los profesionales de la salud en el reconocimiento del maltrato infantil y la respuesta a este	6
Principios básicos en el trabajo con la población infantil y adolescente expuesta al maltrato	8
El principio del interés superior del niño, niña o adolescente	8
El principio de la capacidad evolutiva en la infancia y la adolescencia	10
El principio de la no discriminación	13
El principio de la participación	14
Parte II: Detectar el maltrato infantil	17
Esté alerta a los signos y síntomas del maltrato infantil	18
Pregunte sobre el maltrato infantil si hay alguna sospecha	23
Realice la anamnesis y determine la necesidad de hacer un examen físico y el momento adecuado para hacerlo.	31
Documente cuidadosamente todo signo o síntoma de maltrato infantil	41
Parte III: Cómo responder al maltrato infantil	43
Proporcione apoyo de primera línea: el enfoque ANIMA AA para niños, niñas, adolescentes y sus cuidadores	44

Proporcione apoyo y atención en casos de abuso sexual	58
Ofrezca tratamiento de profilaxis posterior a la exposición (PEP) al VIH y asesoramiento sobre la adhesión (dentro de un plazo de 72 horas)	58
Ofrezca anticoncepción de urgencia a las niñas que han sido violadas (dentro de un plazo de 120 horas)	62
Manejo del embarazo y acceso al aborto sin riesgo	66
Prevención de las infecciones de transmisión sexual	66
Ofrezca tratamiento presuntivo para la clamidiasis, la gonorrea y la sífilis	67
Manejo sindrómico de casos para niños, niñas y adolescentes que presentan síntomas clínicos de ITS	67
Hepatitis B	68
Vacunación contra el VPH para niñas de 9 a 14 años	68
Proporcione atención de salud mental	69
Proporcione psicoeducación y orientación, y apoyo psicosocial básico	70
Detectar los problemas de salud mental más graves y ayudar a resolverlos	73
Apoyo adicional mediante asesoramiento e intervenciones terapéuticas	75
Notificación de sospecha de maltrato infantil	76
Parte IV: Cuidar su propia salud	81
Maneje los problemas de seguridad y el estrés, y cuídese a sí mismo	82
Referencias	87



Nota de agradecimiento

El presente manual se basa en la experiencia de muchas personas de todo el mundo que se dedican a prevenir el maltrato infantil y responder ante él.

Agradecemos la revisión del texto y el asesoramiento realizados por Jennifer Hegle, Nickolas Agathis y Greta Massetti de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos, Harriet MacMillan, Jill McTavish y Christine Kee de la Universidad McMaster; la contribución a las secciones sobre salud mental aportada por Chiara Servili, Aiysha Malik y Mark van Ommeren del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias (MSD) de la OMS; y la contribución a las secciones sobre infecciones de transmisión sexual aportada por Teodora Wi y Olufunmilayo Lesi del Departamento de VIH, Hepatitis e ITS (HHS) de la OMS. Además, quisiéramos agradecer al Grupo de Elaboración de Directrices y al Grupo de revisión externa por las directrices de la OMS para la respuesta del sector de la salud al maltrato infantil. Su labor es la base del presente manual.

Berit Kieselbach, del Departamento de Determinantes Sociales de la Salud (SDH) de la OMS, dirigió la preparación del presente manual. Susanne Carai elaboró la primera versión de este manual. Stephanie Burrows, Sabine Rakotomalala y Alexander Butchart (SDH), y Avni Amin, Megin Reijnders y Claudia García Moreno del Departamento de Salud y Reproductiva e Investigaciones Conexas (SRH) revisaron el manual e hicieron aportes importantes. Angela Burton estuvo a cargo de la edición.

A quién está dirigido este manual

Este manual está destinado principalmente a los prestadores de atención de salud de primera línea que probablemente atiendan a niños y niñas (entre otros pacientes) en su práctica diaria. Estos pueden incluir médicos generales, personal de enfermería, personal de partería, ginecólogos, pediatras, profesionales de la salud mental, personal de respuesta inicial y personal de atención de emergencia.

Este manual también puede ser útil para otros profesionales como asistentes sociales, personas que trabajan en instituciones de bienestar social, personal que presta apoyo psicosocial y quienes trabajan en guarderías y en el sistema educativo.

Además, el contenido beneficiará la labor de los encargados de formular políticas y los administradores para que faciliten y apoyen la prestación de atención clínica a los niños y las niñas que sufren, o han sufrido, maltrato infantil.

El contenido de este manual se basa en las siguientes directrices de la OMS y se actualizará periódicamente cuando surjan nuevas directrices:

WHO Guidelines for the health sector response to child maltreatment (2019) [1]

<https://www.who.int/publications/m/item/who-guidelines-for-the-health-sector-response-to-child-maltreatment>.

Cómo responder a niños, niñas y adolescentes que han sufrido abuso sexual: Directrices clínicas de la OMS (2017) [2]

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52043/9789275221822_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y



Parte I:

Comprender el maltrato infantil

En la parte 1 del presente manual, aprenderá por qué el maltrato infantil suele ocultarse, cuántos niños y niñas se ven afectados en todo el mundo, y las posibles consecuencias sociales y de salud que afrontan. También aprenderá sobre los principios importantes de trabajar con niños y niñas que sufren maltrato y con sus cuidadores, y sobre por qué es importante conocer la regulación jurídica que se aplica al contexto en el que trabaja.

¿Qué es el maltrato infantil?

El maltrato infantil incluye la perpetración de violencia física, sexual y psicológica o emocional, y el descuido de bebés, niños, niñas y adolescentes de 0 a 17 años por parte de progenitores, cuidadores y otras figuras de autoridad, con mayor frecuencia en el hogar, pero también en entornos como escuelas y orfanatos. Es un problema importante de salud pública y una violación de los derechos humanos fundamentales, incluido el derecho a la vida, el derecho a la protección contra todas las formas de violencia y el derecho al goce del grado más alto posible de salud. El maltrato infantil puede tener consecuencias negativas graves y, a menudo, de por vida para la salud mental y física, la salud sexual y reproductiva, el desempeño académico y la vida social.

Abuso físico

Esto incluye traumatismos o daños a un niño o una niña causados por un progenitor o cuidador, por ejemplo, al propinarle golpes, puntapiés o palizas; al usar un objeto o sustancia caliente o una llama para quemarle el cuerpo; o al empujarle, golpearle o infligirle daño con un objeto.

Maltrato emocional

El maltrato emocional implica incidentes aislados, como también el hecho de que un progenitor o cuidador sistemáticamente no proporcione a lo largo del tiempo un entorno apropiado y favorable para el desarrollo. Puede incluir muchos tipos de comportamientos de los progenitores o los cuidadores, por ejemplo:

- ▶ decirle a un niño, niña o adolescente que desean que él o ella nunca hubiera nacido o que estuviera muerto;
- ▶ decirle que no lo aman o que no merece ser amado;
- ▶ amenazarle con herirlo o matarlo;
- ▶ decirle que es estúpido o inútil.

Abuso sexual

El abuso sexual se refiere a la participación de un niño, niña o adolescente en una actividad sexual a la que ha sido forzado o inducido a realizar

mediante engaños, que tal vez no entienda que está mal, y que tal vez tenga miedo de revelar a alguien su experiencia al respecto. El abuso sexual implica la intención de obtener gratificación o satisfacer las necesidades del perpetrador o de un tercero, incluida la búsqueda de ejercer poder sobre el niño o la niña. Este incluye:

- abuso sexual sin contacto (p. ej., amenazas de abuso sexual, acoso sexual verbal, solicitud de favores sexuales, exhibicionismo, exposición del niño o la niña a la pornografía);
- abuso sexual con contacto, que incluye relaciones sexuales (es decir, agresión o violación sexual);
- abuso sexual con contacto que excluye las relaciones sexuales, pero incluye otros actos como contacto inapropiado, estimulación por medio de caricias y besos.

A menudo, el abuso sexual infantil se realiza sin fuerza física, sino más bien mediante algún tipo de manipulación emocional. Los niños y las niñas pueden ser objeto de abuso sexual por parte tanto de adultos como de otros niños o niñas que, en virtud de su edad o etapa de desarrollo, se encuentran en una posición de responsabilidad, confianza o poder sobre la persona sobreviviente.

Descuido

El descuido incluye el hecho de que un cuidador no vele por el desarrollo y el bienestar del niño, niña o adolescente (cuando el progenitor está en condiciones de hacerlo) respecto de:

- la salud;
- la educación;
- el apoyo emocional;
- la nutrición;
- la vivienda y condiciones de vida seguras.

Los progenitores de niños, niñas y adolescentes que han sido objeto de descuido no son necesariamente pobres; pueden estar en una situación financiera holgada.

¿Cuántos niños, niñas y adolescentes se ven afectados por el maltrato?

El maltrato infantil es un problema generalizado, pero suele ocultarse. Casi una cuarta parte de los adultos sufrieron abuso físico durante su infancia [3, 4], el 36% sufrió maltrato emocional [5] y el 16% fue objeto de descuido [6]. En general, el 18% de las niñas y el 8% de los niños han sufrido alguna forma de abuso sexual [7]. Si bien los datos citados se han recopilado principalmente en países de ingresos altos, cada vez se dispone de más datos de países de ingresos bajos y medianos. Las encuestas sobre la violencia contra los niños y las niñas (VACS, por su sigla en inglés), que se han realizado en más de 20 países de África Subsahariana, Asia y América Latina, indican que en la mayoría de los países de estas regiones más del 25% de las niñas y del 10% de los niños revelaron haber sido objeto de violencia sexual infantil. Las tasas de violencia física suelen ser dos veces más altas en casi todos los países estudiados. Se informó que la prevalencia de violencia emocional era de alrededor del 20% al 30% respecto de los niños y las niñas en la mayoría de los países estudiados [8].

¿Cuáles son las consecuencias del maltrato infantil?

Si bien el maltrato infantil rara vez causa la muerte, a nivel mundial se estima que 40 150 menores de 18 años son asesinados cada año [9], de los cuales es probable que una gran proporción haya sufrido maltrato durante su corta vida. Es probable que el número real sea aún mayor, ya que un número significativo de muertes producidas por maltrato infantil se atribuyen incorrectamente a caídas, quemaduras, ahogamientos y otras causas.

El maltrato infantil puede tener consecuencias graves (si no mortales) a corto y a largo plazo para la salud física, sexual y mental [10]. Las consecuencias para la salud física incluyen traumatismos, discapacidades y trastornos gastrointestinales, mientras que las consecuencias para la salud sexual y reproductiva incluyen infecciones de transmisión sexual (ITS), como la infección por el VIH. Las adolescentes pueden afrontar problemas de salud adicionales, como trastornos ginecológicos y

embarazos no deseados. El maltrato infantil también puede coincidir con otras formas de violencia contra la infancia y la violencia de pareja, por ejemplo, en el contexto del matrimonio infantil. Las consecuencias para la salud mental incluyen estrés postraumático, ansiedad, depresión, externalización de síntomas, trastornos de los hábitos alimentarios, problemas con las relaciones interpersonales, trastornos del sueño, comportamientos de autolesión y pensamientos suicidas.

El maltrato infantil puede afectar al desempeño cognitivo y académico, y está fuertemente asociado con el abuso de alcohol y drogas y el consumo de tabaco, factores de riesgo clave para las enfermedades no transmisibles (ENT) como las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades hepáticas, etc. Puede también llevar a comportamientos de riesgo (incluidos comportamientos que aumentan el riesgo sexual) y problemas sociales y de comportamiento como la violencia contra los pares, la delincuencia y el delito. Los cuidadores que sufrieron maltrato durante su infancia tienen más probabilidades de maltratar a sus propios hijos e hijas.

El maltrato infantil ejerce una gran presión sobre los sistemas de salud y de justicia penal y los servicios sociales y de bienestar. Por ejemplo, en Estados Unidos de América, los costos estimados de por vida respecto del maltrato infantil no mortal se situaron entre más de US\$ 200 000 y más de US\$ 830 000, mientras que los costos respecto del maltrato mortal por hijo o hija se situaron entre US\$ 1,3 millones y US\$ 16,6 millones [11]. En la región de Asia Oriental y el Pacífico, la carga económica estimada de maltrato infantil ascendió a US\$ 194 000 millones, lo que representa entre el 1,4% y el 2,5% del producto interno bruto de la región [12].

Leyes relacionadas con el maltrato infantil

El maltrato infantil es una violación de los derechos humanos y esto se refleja en la mayoría de las leyes nacionales. Como profesional de la salud, es importante conocer estas leyes y la manera en que afectan su práctica. Las siguientes leyes pueden influir directamente en la forma en que se prestan los servicios de salud respecto del maltrato infantil:

- ¿Hay disposiciones del derecho penal relacionadas con el maltrato infantil (por ejemplo, en el código penal del país)?
- ¿Existen leyes que protejan a la población infantil contra el maltrato?

- ¿Existen leyes relacionadas con la violencia sexual, incluido el abuso sexual infantil?
- ¿Existen órdenes y regulaciones judiciales que protejan a la población infantil contra los miembros del hogar que son violentos?
- ¿Permite la ley que las niñas víctimas de agresión sexual o violación reciban servicios de aborto?
 - En caso afirmativo, ¿existen otras barreras regulatorias o normativas que limiten el acceso al aborto (por ejemplo, autorización de terceros, edad legal de consentimiento para los servicios de aborto)?
 - ¿Existen barreras regulatorias o normativas que limiten el acceso a la anticoncepción de urgencia para las niñas víctimas de agresión sexual o violación?
- ¿Especifican las leyes la prestación de atención de salud a la población infantil y adolescente que ha sufrido maltrato?
- ¿Exigen las leyes o regulaciones que se notifique cada caso de maltrato infantil a las autoridades de protección infantil o a la policía?
- ¿Qué prestadores de servicios están autorizados para rendir testimonio en un tribunal?
- Edad legal de consentimiento para las decisiones de atención de salud (incluidas las pruebas del VIH, la anticoncepción de emergencia).
- Edad legal de consentimiento para contraer matrimonio.
- Leyes relativas al estupro.

Función de los profesionales de la salud en el reconocimiento del maltrato infantil y la respuesta a este

El maltrato infantil es generalizado en todo el mundo, pero el estigma, la vergüenza o el miedo a las repercusiones (incluido el riesgo de sufrir más daños) hacen que muchas personas sobrevivientes nunca hablen de ello. La mayoría de los niños y niñas sobrevivientes del maltrato nunca tienen

contacto con ningún servicio oficial. Según datos de seis países de África, América Latina y Asia, entre el 23% y el 54 % de los niños y las niñas revela a un amigo o familiar haber estado expuestos a la violencia, hasta un 25% busca ayuda y hasta un 11% recibe algún tipo de apoyo formal [13]. Es aún más raro que lo revelen si los cuidadores están involucrados en el abuso o el descuido. Los bebés y los niños y niñas de muy corta edad también pueden convertirse en sobrevivientes del maltrato infantil y, debido a su edad y etapa de desarrollo, no tienen la capacidad de comunicar lo que les ha pasado.

A las niñas y los niños que están siendo maltratados a menudo les resulta difícil decírselo a alguien por primera vez porque pueden:

- sentir vergüenza y culpa, y ser objeto de estigma;
- no reconocer siempre sus propias experiencias como de abuso o descuido;
- ser coaccionados por (o sentirse apegados a) la persona o las personas que abusan de ellos o los descuidan;
- temer las consecuencias de decírselo a alguien; por ejemplo, pueden:
 - preocuparse de que nadie les crea, de que el abuso o el descuido empeore, de que su familia se divida, de que su comunidad los excluya o de que los ingresen a un centro asistencial;
 - haber sido objeto de amenazas o advertencias de que no cuenten sus experiencias de maltrato;
 - haber tenido experiencias negativas anteriormente con prestadores de servicios sociales o de atención de salud (por ejemplo, no les han creído) o con el sistema de protección infantil.



Sin embargo, los profesionales de la salud se encuentran en una posición privilegiada para detectar y apoyar a los niños y las niñas sobrevivientes del maltrato. La alta prevalencia del maltrato significa que en su práctica diaria se encontrará con niños, niñas y adolescentes que están siendo (o han sido) maltratados incluso cuando el maltrato no se determine como el problema actual. Quienes han sufrido maltrato pueden atraer su atención durante un examen físico de rutina, o en el departamento de urgencias o en la práctica general por eventos médicos conexos o no, u otras enfermedades o dolencias. Las adolescentes también pueden acudir para recibir servicios relacionados con la atención del embarazo y el aborto.

Por lo tanto, los profesionales de la salud desempeñan una función clave en la prestación de apoyo de primera línea al reconocer el maltrato, mitigar sus consecuencias negativas y prevenir más daños. Esto incluye:

- crear un espacio seguro y de apoyo;
- reconocer los signos y síntomas asociados con el maltrato infantil;
- preguntar de manera sensible acerca de los signos y síntomas;
- atender las necesidades de salud física, mental, sexual y reproductiva;
- servir de enlace con otros servicios (como los servicios jurídicos o de protección infantil) según sea necesario.

Principios básicos en el trabajo con la población infantil y adolescente expuesta al maltrato

Los siguientes principios importantes deben tenerse en cuenta en todas las comunicaciones e interacciones con niños, niñas o adolescentes, especialmente con los que han sufrido maltrato, y con sus cuidadores.

El principio del interés superior del niño, niña o adolescente

Centrarse en el interés superior del niño o la niña significa que todas las decisiones se toman con el objetivo de garantizar el bienestar, la seguridad y el desarrollo emocional infantiles. Se debe priorizar el bienestar infantil, considerando todos los beneficios y daños que puedan producir sus decisiones relativas a la atención, y reducir a un mínimo las consecuencias negativas para el niño, niña o adolescente.

Proteja y promueva la seguridad

La seguridad física y emocional del niño, niña o adolescente debe ser su consideración primordial. Se debe priorizar esta seguridad y considerar cómo mantenerla.

Brinde una atención sensible

Escuche atentamente al niño, niña o adolescente. Absténgase de interpretar o juzgar la versión que proporcionan, incluso cuando esta difiera de la de los cuidadores o de sus propias observaciones. Ofrezca una respuesta empática y sin prejuicios. Asegure al niño, niña o adolescente que no tiene la culpa de lo que le ocurrió y que hizo lo correcto al hablar con usted. Agradézcale por habérselo dicho y dígame que usted está ahí para ayudarle.

Proteja y promueva la privacidad y la confidencialidad

Cerciórese de que toda conversación ocurra en un lugar que sea privado y en el que el niño, niña o adolescente se sienta cómodo. Solo deberá permitirse que estén en la habitación las personas cuya presencia sea necesaria. Si un niño, niña o adolescente revela haber sido víctima de abuso, asegúrese de que él o ella tenga acceso inmediato a la persona que puede tomar la historia y brindar atención, para que no tenga que contar nuevamente lo que le sucedió a varios integrantes del personal de salud. Al comienzo de la prestación de asistencia, explique los límites relativos a la confidencialidad, incluidas las obligaciones de notificar lo sucedido. Comunique la información recopilada de las entrevistas y los exámenes solo cuando sea necesario que se conozca, y después de obtener el consentimiento y el asentimiento informados del niño, niña o adolescente (o del cuidador no abusivo, según corresponda). Guarde la información recopilada de forma segura, por ejemplo, protegida bajo llave o con contraseña.

Respete la autonomía

Respete la autonomía y los deseos del niño, niña o adolescente. No los obligue a dar información o a ser examinados. A veces tendrá que equilibrar esto con la necesidad de proteger y promover su seguridad. En situaciones en las que no es posible priorizar sus deseos, se les debe explicar las razones antes de tomar medidas adicionales. También respete el deseo de los adolescentes respecto de no dar a conocer información a sus cuidadores, a menos que su vida y seguridad corran riesgo, en cuyo caso se debe explicar esto de antemano.

QUÉ HACER

- Determine si al garantizar la privacidad se mantiene la seguridad del niño, niña o adolescente en relación con cualquier revelación que estos hagan.
- Exprese empatía con palabras y gestos no verbales como sonreír, asentir, mirar al niño o la niña y usar un tono y gestos alentadores.
- Establezca una conexión con el niño, niña o adolescente.
- Use un lenguaje apropiado para la edad del niño, niña o adolescente.
- Asegúrese de que haya juguetes u otros objetos, como un asiento apropiado, un vaso de agua, etc., a fin de ayudarles a sentirse cómodos.
- Respete su autonomía y sus deseos.

QUÉ NO HACER

- No juzgue ni culpe al niño o niña cuando revele que ha sufrido maltrato ni dé por sentada su confianza.
- No dé a conocer información sobre el maltrato ocurrido sin informar al niño, a la niña o al cuidador sobre toda obligación de notificar el incidente.
- No ponga los intereses del cuidador por encima de los intereses del niño o la niña.
- NO obligue al niño, niña o adolescente a proporcionar información o someterse a un examen.

El principio de la capacidad evolutiva en la infancia y la adolescencia

La capacidad para tomar decisiones informadas en la infancia y la adolescencia evoluciona de acuerdo con la edad y etapa de desarrollo. Abordar este principio implica:

- proporcionar información de acuerdo con la edad y la etapa de desarrollo y la capacidad del niño o niña;
- solicitar siempre el consentimiento o el asentimiento informado, incluso de las niñas y niños pequeños.

Proporcione información que sea apropiada para la edad y la etapa de desarrollo

Adapte la información a la edad y la etapa de desarrollo del niño, niña o adolescente. Elija sus palabras, instrumentos y ayudas visuales, como dibujos y juguetes, de acuerdo con la capacidad del niño o la niña. Recuerde que los niños y las niñas suelen tomar las palabras muy literalmente, así que evite las expresiones indirectas, la jerga y los modismos. No subestime la capacidad que tienen para entender la información si esta se presenta adecuadamente. También debe ser sincero y abierto si hay algo que no entiende.

Solicite el consentimiento y el asentimiento informados

¿Qué es el consentimiento informado? El consentimiento informado es el resultado de la comunicación entre los pacientes y los prestadores de servicios de salud en la que el paciente tiene derecho a recibir información de salud y hacer preguntas antes de cualquier procedimiento o tratamiento. Este proceso de comunicación a menudo lleva a un acuerdo o permiso para obtener atención, tratamiento o servicios. El consentimiento informado en un contexto jurídico se puede proporcionar una vez que se haya llegado a la edad legal de consentimiento (esta edad puede variar según el país). Familiarícese con las leyes relacionadas con el consentimiento informado y los requisitos de consentimiento de los progenitores respecto de la población infantil y adolescente.

¿Qué es el asentimiento informado? Si bien los niños y niñas menores de la edad legal de consentimiento para procedimientos médicos en su país no pueden dar su consentimiento informado, si tienen la capacidad de entender lo que les está sucediendo (si se les explica de una manera apropiada para su edad utilizando, por ejemplo, gráficos y otras ayudas visuales), pueden proporcionar un “asentimiento” respecto de la investigación y de cualquier tratamiento recomendado. Incluso si son muy pequeños y aún no tienen la capacidad cognitiva para comprender todos los procedimientos y sus implicaciones, pueden tomar algunas decisiones, como dónde serán examinados o quién debe estar en la habitación con ellos.

Si el niño o la niña aún no ha alcanzado la edad legal de consentimiento, se debe obtener su asentimiento y el consentimiento informado de su cuidador. Sin embargo, en algunos casos, la atención puede proporcionarse sin implicar a los cuidadores o representantes legales cuando se considera que hacerlo favorece el interés superior del niño, niña o adolescente. En algunos entornos y en el caso de algunos procedimientos, se pueden prestar servicios a los adolescentes

sin la participación de sus progenitores o cuidadores, de conformidad con las orientaciones de la OMS sobre los servicios de salud adolescente y la legislación nacional, y de conformidad con las normas de derechos humanos. Familiarícese con las leyes relacionadas con el consentimiento informado relativo a la atención médica ofrecida a la población adolescente.

Además, los recién nacidos y bebés pueden convertirse en sobrevivientes del maltrato infantil. En tales situaciones, los cuidadores deben dar su consentimiento para cualquier tratamiento o acción adicional. Explique al cuidador lo que encontró, qué preocupaciones tiene y qué se propone hacer para promover la seguridad y el bienestar del niño o la niña. En la mayoría de los casos, el cuidador prestará su apoyo. Si el cuidador no está actuando en el interés superior del niño o la niña, o se está resistiendo o socavando el tratamiento, consulte con su supervisor, un colega o un especialista, si está disponible, sobre cómo proceder.

QUÉ HACER

- Elija sus palabras según la edad, la madurez y las capacidades cognitivas del niño o la niña.
- Solicite siempre el consentimiento o el asentimiento informado, incluso de los niños y niñas de corta edad.

QUÉ NO HACER

- NO subestime la capacidad del niño, niña o adolescente para comprender la información y dar su asentimiento.
- NO comunique información a otras personas sin su permiso (excepto cuando su vida pueda correr riesgo).



El principio de la no discriminación

Todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a recibir una atención de calidad, independientemente de su sexo, raza, etnia, religión, orientación sexual, identidad de género, discapacidad o nivel socioeconómico. Algunos de ellos (por ejemplo, las adolescentes de comunidades pobres, los niños, niñas o adolescentes con discapacidad, o los que forman parte de minorías étnicas o grupos indígenas, o de otros grupos que afrontan discriminación o exclusión) pueden correr mayor riesgo de maltrato infantil o pueden afrontar obstáculos adicionales para acceder a los servicios. Es importante prestar atención a las necesidades específicas de los grupos que son vulnerables debido a las desigualdades estructurales y cerciorarse de que los servicios sean igualmente accesibles para toda la población infantil de estos sectores de la comunidad. Ello puede incluir formas alternativas de comunicación o el trabajo con un traductor o traductora, si es necesario. Utilice un lenguaje que concuerde con la identidad cultural, religiosa, étnica y de género y las habilidades de la población infantil y adolescente.

QUÉ HACER

- Proporcione asistencia a todos los niños, niñas y adolescentes independientemente de su sexo, raza, etnia, religión, orientación sexual, identidad de género, discapacidad o nivel socioeconómico.
- Preste atención a sus necesidades específicas cuando se encuentran en una situación de vulnerabilidad.

QUÉ NO HACER

- NO discrimine.
- NO juzgue.



El principio de la participación

Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a participar en las decisiones que tengan implicaciones para su vida, de acuerdo con sus capacidades en desarrollo. En la práctica, esto significa que se les debe preguntar qué piensan, que se deben respetar sus opiniones y que deben ser tenidos en cuenta cuando se tomen decisiones relacionadas con su atención clínica. Esto se puede hacer, por ejemplo, preguntándoles dónde prefieren que se realicen los exámenes y quién debe estar presente en la habitación. Debido a que el acto de abuso es una situación que desempodera, usted puede contribuir a restablecer ese poder en cada interacción, por muy pequeña que sea. Por ejemplo, puede preguntar: *¿Te gustaría sentarte en esta silla o en esa? ¿Qué bolígrafo de color prefieres?*

QUÉ HACER

- Pregúntele al niño, niña o adolescente si prefiere hablar o comunicarse por escrito, con imágenes o con muñecos o modelos.
- Pregúntele acerca de sus preferencias o deseos respecto del tratamiento.

QUÉ NO HACER

- No suponga que sabe lo que es mejor para el niño, niña, adolescente o cuidador.

Principios básicos en el trabajo con niños, niñas y adolescentes que se sospecha que han sufrido abuso o han sido objeto de descuido

Actúe basándose en el **INTERÉS SUPERIOR** de los niños, niñas o adolescentes:

- Promueva y proteja la seguridad.
- Brinde una atención sensible.
- Proteja y promueva la privacidad y la confidencialidad.
- Respete la autonomía y los deseos de los niños, niñas y adolescentes, y ofrezca opciones respecto de toda atención médica.

Tenga en cuenta las **CAPACIDADES EVOLUTIVAS** en la infancia y la adolescencia:

- Brinde información que sea apropiada para la edad.
- Solicite el consentimiento o el asentimiento informado.

Practique la **NO DISCRIMINACIÓN**, de modo que cada niño o niña reciba una atención de calidad, independientemente de su sexo, raza, etnia, religión, orientación sexual, identidad de género, discapacidad o nivel socioeconómico.

Asegure la **PARTICIPACIÓN** de los niños, niñas o adolescentes en las decisiones que tengan consecuencias para su vida:

- pídale su opinión y téngala en cuenta;
- implíquelos en el diseño y la prestación de asistencia.

Interactuar con los cuidadores en situaciones de presunto maltrato infantil

En la mayoría de los casos, los niños, niñas y adolescentes estarán acompañados por sus cuidadores cuando busquen servicios de salud. En situaciones en las que el maltrato infantil es motivo de preocupación, los cuidadores pueden haber desempeñado diversas funciones. Ellos mismos pueden haber estado expuestos al abuso también, pueden haber permitido que ocurriera el maltrato infantil o pueden haber sido el perpetrador. Los siguientes principios deben observarse en las interacciones con los cuidadores:

- Establezca una relación con los cuidadores y aliente su colaboración y participación activas en la prestación de atención, siempre que sea seguro y apropiado.
- Trátelos con respeto y sin provocar confrontaciones.
- Evite culparlos o estigmatizarlos y determine lo que están haciendo bien.
- Empodere a los cuidadores no abusivos proporcionándoles la información que necesitan para tomar decisiones fundamentadas junto con su hijo o hija acerca del examen, el tratamiento, la atención y las opciones de derivación.
- Tranquilícelos diciéndoles que el niño o la niña no tiene la culpa.
- Hable con ellos sin que el niño o la niña esté presente, pero sin inferir juicios cuando la versión del niño o la niña y la del cuidador son diferentes.
- No implique al cuidador si un adolescente con capacidad para tomar decisiones, o capaz de dar su consentimiento informado, ha señalado expresamente su deseo de que el cuidador no participe.
- Tenga en cuenta los posibles problemas relativos a la seguridad del niño o la niña. Considere que el cuidador podría ser el perpetrador o, en el caso de un cuidador no abusivo, que el mismo cuidador puede ser objeto de abuso, o puede haber permitido a sabiendas que el maltrato continuara o haberse sentido impotente para detenerlo.
- Considere que el cuidador también podría verse afectado por la violencia en el hogar, y determine y atienda toda necesidad urgente de salud y seguridad de los cuidadores.
- Considere que los cuidadores pueden sufrir estrés intenso, y que el trauma pasado y actual puede estar afectando su estado emocional y su comportamiento.



Parte II: Detectar el maltrato infantil

El maltrato infantil a menudo se oculta y rara vez se revela. La siguiente sección le ayudará a detectar el maltrato infantil y le proporcionará estrategias para indagar más sobre los signos y síntomas asociados sin hacer correr mayor riesgo al niño, niña o adolescente.

Esté alerta a los signos y síntomas del maltrato infantil

Los niños, niñas y adolescentes expuestos al maltrato a menudo no revelan el abuso debido al miedo, al estigma o a la suposición de que nadie puede ayudarlos. Por lo tanto, reconocer el maltrato suele requerir que se reconozcan los signos, síntomas y comportamientos de niños, niñas y adolescentes que se manifiestan con mayor frecuencia en quienes han estado expuestos al maltrato. Esto también puede implicar interacciones entre el niño, niña o adolescente y sus cuidadores. Es importante tener en cuenta que, si bien los signos y síntomas particulares deben hacer que se considere el maltrato infantil como una posibilidad, no pueden verse como una prueba de que haya ocurrido. También es común que varios tipos diferentes de maltrato ocurran al mismo tiempo, por ejemplo, maltrato emocional y abuso físico.

Sobre la base de revisiones sistemáticas, el Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica del Reino Unido (NICE, por su sigla en inglés) ha resumido más de 70 “características de alerta” del abuso físico, abuso sexual, maltrato emocional o descuido que deberían llevar a sospechar que ha habido maltrato (en los cuadros 1 a 4 se describen algunos de estos signos, síntomas y consideraciones). Se puede encontrar una lista más completa en la guía de NICE, [*Child maltreatment: when to suspect maltreatment in under 18s*](#) [maltrato infantil: cuándo sospechar maltrato en menores de 18 años] [14].

Importante:

La ausencia de signos y síntomas no significa que no haya habido maltrato infantil. En algunos casos, no habrá signos o síntomas visibles u observables. Al mismo tiempo, la presencia de signos y síntomas particulares no es prueba de que haya habido maltrato infantil.

Cuadro 1. Signos físicos de posible maltrato

- Cualquier traumatismo grave o inusual sin explicación, o cuya explicación no sea razonable.
- Informes o aparición de una marca de mordedura humana que se cree que es poco probable que haya sido causada por un menor de corta edad.
- Aumento ponderal insuficiente, malnutrición.
- Laceraciones, abrasiones o cicatrices cuya explicación no sea razonable.
- Una o más fracturas en ausencia de una enfermedad que predisponga a un niño o niña a tener huesos frágiles (por ejemplo, osteogénesis imperfecta, osteopenia del prematuro) o si no hay explicación o si esta es inadecuada.
- Signos de una lesión espinal (lesión en las vértebras o dentro del canal espinal) sin que se haya confirmado ningún traumatismo accidental.
- Moretones o petequias (pequeñas manchas rojas o moradas) que no son causadas por ninguna enfermedad (por ejemplo, un trastorno de la coagulación) y si la explicación relativa a los moretones es inadecuada. Algunos ejemplos incluyen:
 - moretones en un niño o niña que no se moviliza independientemente;
 - múltiples moretones o moretones agrupados;
 - moretones de forma y tamaño similares;
 - moretones en forma de mano, de ligadura, de palo, de marca de dientes o de un objeto;
 - moretones en cualquier parte no ósea del cuerpo o la cara, incluidos los ojos, las orejas y las nalgas;
 - moretones en el cuello que parezcan intentos de estrangulamiento;
 - moretones en los tobillos y las muñecas que parezcan marcas de ligadura.
- Quemaduras o escaldaduras sin explicación o cuya explicación no sea razonable, en particular si el niño o la niña no se moviliza independientemente, en una parte de tejido blando que no es probable que entre en contacto con un objeto caliente de manera accidental o que tenga la forma de un objeto (por ejemplo, la punta de un cigarrillo o de una plancha).
- Eventos reiterados que aparentemente puedan ser mortales en un niño o niña, si el inicio es presenciado solo por un cuidador y no se ha determinado ninguna explicación médica.

Fuente: Adaptado de *Child maltreatment: when to suspect maltreatment in under 18s* [12].

Cuadro 2. Signos y síntomas relacionados con el abuso sexual

- Síntomas anales o genitales persistentes o recurrentes que no tienen explicación médica.
- Evidencia de uno o varios cuerpos extraños en la vagina o el ano. Los cuerpos extraños en la vagina pueden manifestarse con flujo vaginal maloliente.
- En niños y niñas prepúberes, la presencia de una infección que puede transmitirse sexualmente sin ninguna señal clara de transmisión no sexual.
- En niños, niñas pospúberes o jóvenes, la presencia de infección sin ninguna señal clara de actividad sexual consensuada con un compañero o sin ninguna señal clara de transmisión no sexual.
- Embarazo en una niña o adolescente joven. (En algunos entornos, los embarazos en adolescentes por relaciones sexuales consensuadas son frecuentes, lo que no sería un signo de maltrato.)

Fuente: Adaptado de Child maltreatment: when to suspect maltreatment in under 18s [12].



Cuadro 3. Señales comportamentales de un posible maltrato



Comportamiento del niño, niña o adolescente:

- llanto excesivo o retraso del desarrollo;
- miedo y ansiedad;
- problemas de sueño;
- comportamiento regresivo en comparación con lo que se esperaría para la edad del niño, niña o adolescente;
- preocupación o comportamientos sexualizados repetidos o coercitivos (por ejemplo, conversaciones sexuales de un niño o niña prepúber asociadas con conocimientos sobre la actividad sexual o emulación de dicha actividad con otro niño o niña);
- comportamiento sexual indiscriminado, precoz o coercitivo;
- informes o muestras de comportamiento sexualizado en un niño o niña prepúber, como el contacto orogenital con otro niño o niña o un muñeco; solicitar ser tocado en la zona genital; o insertar o intentar insertar un objeto, un dedo o el pene en la vagina de una niña o en el ano de otro niño o niña;
- enuresis nocturna;
- retraimiento social;
- poca autorregulación;

Comportamiento del cuidador e interacciones potencialmente nocivas entre el cuidador y el niño o niña:

- Disponibilidad emocional e insensibilidad por parte del cuidador hacia un niño o niña y, en particular, hacia un bebé.
- Si los cuidadores no solicitan asesoramiento médico para su hijo o hija al punto de que su salud y bienestar corren riesgo, incluso cuando presentan un dolor persistente.
- Negatividad u hostilidad hacia un niño o niña, o su rechazo o su uso como chivo expiatorio.
- Expectativas o interacciones inapropiadas respecto de la etapa del desarrollo infantil, incluidas amenazas o métodos de castigo inapropiados.
- Uso del niño o niña para satisfacer las necesidades del adulto (por ejemplo, en conflictos entre cuidadores).
- No promover la socialización adecuada del niño o niña (por ejemplo, implicar a los niños o niñas en actividades ilegales, aislarlos, no proporcionar estímulo o educación).

Fuente: Adaptado de *Child maltreatment: when to suspect maltreatment in under 18s* [12].

Cuadro 4. Signos relacionados con la apariencia del niño, niña o adolescente y factores ambientales

- El niño o niña presenta sistemáticamente malas condiciones de higiene que se están convirtiendo en un problema de salud (por ejemplo, el bebé permanece con pañales sucios durante largos períodos a pesar de que se tiene acceso a pañales y a recursos adecuados).
- Si los cuidadores no solicitan asesoramiento médico para hijo o hija al punto de que su salud y bienestar corren riesgo, incluso cuando presentan un dolor persistente.
- El niño, niña o adolescente está vestido de manera inapropiada para el clima.
- Disminución del desempeño académico o aumento del ausentismo escolar.
- Falta de atención a las necesidades médicas, al cuidado de heridas o a la administración de medicamentos.
- Si usted observa o escucha repetidamente informes de cualquiera de las siguientes situaciones en el hogar que está bajo el control del cuidador:
 - suministro inadecuado de alimentos;
 - un entorno de vida que no es seguro para la etapa de desarrollo del niño, niña o adolescente.

Nota: Algunos de estos signos pueden ser comunes en situaciones de niveles altos de pobreza y de acceso limitado a la atención de salud. Es importante tener en cuenta el contexto local.

Fuente: Adaptado de *Child maltreatment: when to suspect maltreatment in under 18s* [12].



Pregunte sobre el maltrato infantil si hay alguna sospecha

Si ha notado signos, síntomas o información en la anamnesis que lo llevan a considerar que puede haber ocurrido maltrato infantil, por lo general es necesario obtener más información.

El enfoque recomendado para preguntar sobre el maltrato infantil se denomina **investigación clínica**: cuando un niño, niña o adolescente presenta signos y síntomas de maltrato o enfermedades que pueden ser causadas o verse complicadas por el abuso, el profesional de salud capacitado pregunta de manera segura acerca de la posible exposición al maltrato infantil.

Deben existir los siguientes requisitos mínimos: un entorno privado; confidencialidad garantizada; un protocolo o procedimiento operativo estándar; prestadores de servicios capacitados para preguntar y proporcionar una respuesta mínima, como apoyo de primera línea mediante el enfoque ANIMA AA (Atención al escuchar, No juzgar y validar, Informarse sobre las necesidades y preocupaciones, Mejorar la seguridad, Apoyar; Amigable para los niños, niñas y adolescentes, y Apoyo para los cuidadores) para niños, niñas y adolescentes y sus cuidadores; y un sistema de derivación.

La Organización Mundial de la Salud no recomienda el tamizaje universal para la detección de violencia en todos los niños y niñas que acuden a los servicios de salud. La OMS sí alienta a los prestadores de atención de salud a plantear el tema si los niños o niñas presentan traumatismos o enfermedades que se sospecha que pueden estar relacionadas con la violencia.

Tamizaje universal:

Los profesionales de la salud preguntan a todos los niños y niñas que solicitan cualquier tipo de servicio sobre sus experiencias de violencia. Este enfoque puede causar daños graves y la OMS NO lo recomienda.

Aunque rara vez ocurre, los niños o niñas pueden revelar haber estado expuestos a maltrato sin que se les pida hacerlo. Los profesionales de la salud deben estar preparados para tales situaciones y seguir los pasos del enfoque ANIMA AA.

Al preguntar sobre el maltrato infantil, se deben seguir los pasos que figuran a continuación.

Pregúntele al cuidador si está de acuerdo en que usted vea al niño, niña o adolescente solo

Los cuidadores pueden ser fuentes de apoyo para las niñas o niños afectados por el maltrato o cuando se sospecha que este ha ocurrido. Sin embargo, interactuar con el cuidador puede ser complicado si este es el perpetrador, si tal vez ha permitido que ocurra el maltrato o si también está siendo objeto de violencia en el hogar. Cada una de estas posibles situaciones puede hacer que el cuidador no abusivo niegue el abuso, se sienta culpable o no apoye al niño, niña o adolescente.

Por lo tanto, es útil hablar con el niño, niña o adolescente solo. Usted podría decir: *“Voy a pasar unos minutos a solas con su hijo [o hija]; vendré a buscarle cuando hayamos terminado”* [15].

CONSEJO CLÍNICO

Aclare el carácter confidencial de la conversación.

Indique en qué circunstancias los progenitores u otras personas adultas recibirán información.

Analice la queja presentada con el niño, niña o adolescente y el cuidador.

En algunos casos, el cuidador puede no estar de acuerdo con que la niña o el niño sea visto solo. Si este es el caso, debe subrayar que esta es una práctica común para obtener las opiniones del niño, niña o adolescente. La mayoría de los cuidadores estarán de acuerdo. Si el cuidador continúa en desacuerdo, usted tendrá que tomar una decisión basada en el interés superior del niño o la niña. Si usted insiste en verlo solo, podría alienar al cuidador; si permite que el cuidador esté presente, existe el riesgo de que el niño, niña o adolescente no pueda hablar abiertamente. Su interés principal debe ser determinar el riesgo que este corre si se marcha de la institución de salud con el cuidador.

Explique los límites de la confidencialidad

Antes de comenzar a examinar con el niño, niña o adolescente la posibilidad de que haya habido maltrato, es importante explicar claramente qué información se mantendrá confidencial y si será necesario comunicar alguna información a otras personas. Ello se debe a que este puede sentirse traicionado si la información revelada confidencialmente se comunica más tarde a los organismos de protección infantil, por ejemplo. Lo que usted puede prometer depende de las políticas y la legislación del entorno en el que trabaja.

Consejos y sugerencias: cómo explicar la confidencialidad a un niño, niña o adolescente

A continuación se presentan algunos ejemplos de cómo puede explicar la confidencialidad a los niños, niñas y adolescentes cuando sus cuidadores no están presentes (adaptado de [15]). En diferentes culturas, idiomas y entornos se pueden usar diferentes palabras. En algunos entornos puede ser apropiado usar dibujos, imágenes o juguetes para explicar lo que está describiendo o preguntando.

Explique en qué consiste su trabajo y que le preocupa el bienestar de ellos:

- *“Parte de mi trabajo es ayudar a los niños o niñas a resolver los problemas que afrontan. Me preocupa tu bienestar. Es importante para mí que te encuentres seguro.”*

Explique la confidencialidad y sus límites:

- *“Lo que me digas quedará entre tú y yo. No le contaré a nadie lo que me digas.”*
- *“Sin embargo, hay una excepción: si algo de lo que me digas hace que me preocupe por tu seguridad o la seguridad de otra persona, o si necesitas ayuda que no puedo darte, es posible que tenga que involucrar a otra persona que pueda ayudarte.”*
- *“¿Qué quiere decir para ti la seguridad?” [Deje que el niño o la niña responda.] “Un ejemplo de no estar seguro es cuando un adulto te está lastimando o no te cuida. En estas situaciones, me preocuparía la seguridad y tendría que hablar con alguien para que ayude a mantenerte seguro.”*

Explique cómo involucrará a otras personas si es necesario:

- *“Lo que hablemos ahora queda entre nosotros y no se lo diré a nadie. Sin embargo, si me preocupa mucho tu seguridad o la seguridad de otra persona, es posible que deba hablar con otros colegas al respecto. No obstante, tú y yo conversaremos sobre la mejor manera de hablar con ellos, si es necesario.”*
- *“Antes de hablar con alguien más, siempre te haré saber primero con quién tengo que hablar y qué parte de lo que me dijiste le contaré a esa otra persona.”*

Asegúrese de que el niño, niña o adolescente entienda esto. Espere primero la respuesta antes de hacer otra pregunta. Evite las preguntas compuestas que incluyen varias preguntas y que incluyen “y” u “o”.

- *“¿Entendiste eso?”*
- *“¿Te lo explico de nuevo?”*
- *“¿Tienes alguna pregunta?”*

Obtenga asentimiento

- *“¿Te parece bien?”*

Escuche, observe y establezca una conexión

Es importante escuchar atentamente, observar los indicios no verbales y establecer una relación con el niño, niña o adolescente. Establecer una conexión significa generar confianza mutua con ellos y crear cierta afinidad. Ellos deben confiar en usted y no tener miedo de hablar con usted. Detectar o excluir el maltrato infantil implica considerar la información procedente de muchas fuentes:

- antecedentes;
- informes anteriores de maltrato, o revelación de maltrato;
- síntomas o signos físicos;
- interacción entre el niño o la niña y el cuidador;
- examen físico.

Esté alerta a otros signos y síntomas de maltrato infantil (véase la sección titulada “Esté alerta a los signos y síntomas de maltrato infantil”). Tenga en cuenta que algunas de estas características también se pueden observar en una amplia variedad de niños, niñas y adolescentes por otras razones.

Busque una explicación

Si durante la toma de la historia se observa algún signo o síntoma que pueda ser resultado de maltrato infantil, busque una explicación. Recopile más información sobre el signo o síntoma de manera abierta. Por ejemplo, si nota un moretón, puede preguntar de manera neutral e interesada: *“Acabo de notar este moretón en tu muslo. ¿Quieres contarme cómo sucedió?”* [15].

Esto puede ser más difícil cuando se trata de síntomas de abuso que no son físicos, como señales de comportamiento como agresión, ojos llorosos o retraimiento. En este caso puede hacer algunas preguntas sobre la situación en el hogar y si las personas se llevan bien entre sí, o si el niño, niña o adolescente está preocupado por algo. Recuerde que puede alentar a las niñas y los niños más pequeños a dibujar, usar imágenes o demostrar su respuesta usando muñecos, preguntando, por ejemplo:

“Cuéntame con quién vives en este momento.”

“¿Tienes miedo de algo o de alguien en tu casa?”

“¿Qué pasa si te metes en problemas o si no obedeces a tus cuidadores?”

“¿Qué es lo peor que sucede?”[15]

No haga ninguna pregunta sugerente como: *“Noté [síntoma]. ¿Fue tu padre el que te hizo daño?”*

Las explicaciones razonables son las que indican que determinado signo físico se debe a una lesión que se describió claramente, y en las que el síntoma coincide con el tipo de lesión y con el momento en que esta ocurrió. Podría haber otras explicaciones del comportamiento de un niño, niña o adolescente, por ejemplo, haber perdido un miembro de la familia, vivir la experiencia del divorcio de sus progenitores, mudarse de casa o cambiar de escuela, que (entre otros) pueden ser eventos que causan estrés.

Las explicaciones poco razonables son:

- inverosímiles, inapropiadas o incongruentes con factores como la forma en que el niño, niña o adolescente se presenta; las actividades normales del niño, niña o adolescente; la enfermedad del niño, niña o adolescente (si existe); su edad; la descripción de cómo aparecieron los signos o síntomas, como la presentada a) por los cuidadores, b) entre los cuidadores, o c) entre descripciones a lo largo del tiempo;
- las basadas en una práctica cultural, o en las propias experiencias del cuidador de haber sido golpeado durante su infancia, que pueden usarse erróneamente para justificar el daño a un niño o niña.

Mantenga un registro

Registre con exactitud:

- lo que se observa;
- quién dijo qué y cuándo lo dijo;
- por qué esto es motivo de preocupación.

Excluir o sospechar el maltrato

Toda la información recopilada puede utilizarse para excluir la posibilidad de que haya habido maltrato; sospechar activamente la posibilidad de que haya habido maltrato; o seguir investigando mediante indagaciones adicionales con el niño, niña o adolescente. Para determinar los siguientes pasos, es útil distinguir entre estas tres opciones (consulte la figura 1, en la que aparece una descripción general de este proceso).

Exclusión del maltrato infantil

Puede excluir el maltrato infantil cuando se haya encontrado una explicación congruente y razonable para los síntomas que desencadenaron las alertas de maltrato infantil en primer lugar, y no se hayan observado otros signos y síntomas. Esta puede ser la decisión que se tome después de examinar el caso con un colega que tenga más experiencia.



Sospecha de maltrato infantil

Puede sospechar maltrato infantil si, durante el proceso de la investigación clínica, ha ocurrido alguna de las siguientes cosas (en algunos países, una sospecha de maltrato infantil requiere que el caso se notifique a una autoridad designada):

- No escuchó una explicación razonable para los signos y síntomas que observó.
- Observó otros signos o síntomas que también podrían estar relacionados con maltrato infantil.
- El niño, niña o adolescente o el cuidador reveló que había ocurrido maltrato infantil.
- Su grado de preocupación respecto del maltrato infantil aumentó durante la interacción.
- Observó signos y síntomas para los cuales cualquier otra explicación que no sea el maltrato infantil es poco probable (p, ej., traumatismos corporales en niños o niñas que no se movilizan, una infección de transmisión sexual en niños o niñas prepúberes).

Cuando sospeche maltrato infantil, explíquelo al niño, niña, adolescente o al cuidador que le preocupa su salud o bienestar, y realice una evaluación exhaustiva. Esto podría implicar sugerir un examen físico completo. Además, brinde apoyo de primera línea mediante la aplicación del enfoque ANIMA AA, descrito en la parte III, “Cómo responder al maltrato infantil”.

Consideración de la posibilidad de que haya habido maltrato infantil

Si no hay otros signos y síntomas presentes, pero aún no está seguro de descartar el maltrato infantil, organice una consulta de seguimiento con el niño, niña o adolescente en una fecha apropiada. También debe considerar:

- hablar de sus inquietudes con un colega que tenga experiencia en la materia, enfermera pediátrica, pediatra o especialista en salud mental, si está disponible en su lugar de trabajo;
- recopilar información adicional, si está disponible, ya sea de otros organismos (de educación, de protección infantil) u otras especialidades de salud;
- estar atento para ver si los signos o síntomas de alerta o cualquier otra característica motivo de preocupación se presentan nuevamente durante la consulta de seguimiento.

Figura 1. Pasos para determinar si ha habido maltrato infantil o adolescente

Escuchar y observar

Tenga en cuenta todas las fuentes de información disponibles, que incluyen:

- todo antecedente informado;
- informes de maltrato, o revelación hecha por un niño, niña o adolescente o por otra persona;
- apariencia del niño, niña o adolescente;
- comportamiento del niño, niña o adolescente;
- síntomas;
- signos físicos;
- resultados de toda investigación;
- interacción entre el cuidador y el niño, niña o adolescente.

Buscar una explicación

Busque una explicación para todo tipo de traumatismo, signo o síntoma del niño, niña o adolescente, o cuidador, de manera abierta y sin prejuicios. Una explicación poco razonable es:

- inverosímil respecto de la presentación de los signos, síntomas o comportamientos del niño, niña o adolescente;
- inverosímil respecto de su edad o etapa de desarrollo;
- incongruente con las descripciones dadas por los cuidadores, o entre los cuidadores, y por el niño, niña o adolescente;
- incongruente si el síntoma se explica de manera diferente en diferentes momentos.

Registrar

Anote en el registro clínico del niño, niña o adolescente exactamente lo que se escucha y se observa respecto de quién y cuándo, y por qué esto es motivo de preocupación.

Si un signo o síntoma le hace considerar la posibilidad de que haya habido maltrato infantil

- Busque otras características de alerta de maltrato.
- Solicite más información.
- Hable con un colega o compañero que tenga experiencia en la materia.
- Asegúrese de ver al niño, niña o adolescente dentro de un plazo apropiado.

Si un signo o síntoma le hace sospechar que ha habido maltrato infantil

- Organice una evaluación integral.
- Proporcione apoyo de primera línea (enfoque ANIMA AA).
- Considere la posibilidad de derivar a otros servicios (dependiendo de las reglas, regulaciones y servicios existentes en su entorno).

Excluir el maltrato infantil

- Si se encontró una explicación adecuada para el signo o síntoma de alerta.
- Esto podría suceder después de hablar con un colega que tenga más experiencia en la materia.

Registrar

- Todas las medidas adoptadas.
- Todos los resultados posteriores.

Fuente: Adaptado de [14].

Realice la anamnesis y determine la necesidad de hacer un examen físico y el momento adecuado para hacerlo.

Realizar la anamnesis y un examen físico completo no debe limitarse a buscar evidencia de un tipo de maltrato presunto en particular porque, incluso cuando un informe inicial indica un posible abuso sexual y no indica ningún otro tipo de maltrato, un examen puede revelar signos de abuso físico o descuido, o consecuencias en la salud física y mental causadas por el estrés relacionado con el abuso, o un problema médico no diagnosticado anteriormente.

Ahora bien, en los casos que parecen ser de abuso sexual, se puede requerir un examen detallado que incluya un examen anogenital. La razón principal para realizar el examen físico es determinar la atención médica necesaria. También se puede utilizar para completar cualquier documentación requerida por el ámbito jurídico.

Los aspectos importantes al tomar la anamnesis incluyen:

- datos demográficos básicos;
- información básica sobre el entorno en el que vive el niño, niña o adolescente;
- antecedentes médicos, incluidos (respecto de las niñas) el inicio de la menstruación (o no) y la salud mental;
- si se revela que ha habido abuso, entonces pregunte de manera sensible acerca de los detalles específicos (p. ej., dónde fueron lastimados o tocados) para que sepa dónde examinarlos en detalle a fin de determinar síntomas adicionales.

Averiguar si ha habido maltrato infantil no es un proceso lineal. A veces, una investigación clínica puede realizarse tras el descubrimiento de un signo o síntoma de maltrato infantil durante un examen médico de rutina. Alternativamente, un examen completo podría realizarse tras una conversación en la que el niño, niña o adolescente ha revelado que había ocurrido violencia o abuso. Cuando se sospeche que ha ocurrido maltrato, los niños y las niñas deben tener acceso a una evaluación integral de salud para determinar cualquier otra necesidad de atención de salud (véase el cuadro 5).

Cuestiones importantes que se deben tener en cuenta al realizar un examen completo

Recuerde:

sufrir maltrato es una experiencia traumática. Los niños, niñas y adolescentes que han sido maltratados pueden ser muy sensibles a ser examinados o tocados. Los profesionales de la salud deben tratar de reducir al mínimo el trauma y el malestar psicológico adicionales para los niños, niñas y adolescentes reduciendo al mínimo el número de evaluaciones que se les realizan, lo que incluye evitar hacerles las mismas preguntas más de una vez. Pedirle a una niña o un niño repetidamente que cuente lo que le ha ocurrido puede traumatizarlo de nuevo.

Durante el examen debe tenerse en cuenta lo siguiente:

- Explique el examen en un lenguaje adecuado para el niño o niña, utilizando palabras según la etapa del desarrollo infantil en que se encuentre. Recuerde que los niños y niñas suelen interpretar las afirmaciones de manera muy literal. Puede utilizar muñecos o dibujos para explicar los procedimientos a los más pequeños.
- Demuestre al hablar y en sus gestos que a usted le interesa lo que el niño o niña está diciendo y que le cree. Cuando hable con el niño o niña, no se quede de pie, más bien siéntese para quedar a su misma altura.
- Permita que el niño, niña o adolescente haga preguntas en cualquier momento.
- Considere cuidadosamente quién puede apoyarle mejor durante un examen físico. Si el cuidador acompañante podría estar involucrado en el posible maltrato, otro prestador de servicios de salud, como un miembro del personal de enfermería o asistente social, podría brindar apoyo al niño, niña o adolescente durante el examen.
- Obtenga el consentimiento y el asentimiento informados del niño, niña o adolescente y de los cuidadores, según corresponda.
- Permita al niño, niña o adolescente tomar decisiones en todas las interacciones y participar en la toma de decisiones.
- Preste atención a su apariencia y su estado emocional. En cada paso del examen, dígame lo que usted va a hacer y pídale permiso primero.

- Respete los límites personales y tóquelo solo si es necesario para el examen.
- Intente que no haya demoras, pero no lo apresure.
- No use medidas de contención médica ni fuerza de ningún tipo durante el examen.
- En todos los casos, las necesidades médicas y emocionales del niño, niña o adolescente deben tener prioridad sobre los aspectos del examen que atañen a consideraciones jurídicas, por ejemplo, la recopilación de evidencia.
- Explique claramente qué esperar después del examen y proporcione instrucciones para el seguimiento en un lenguaje adecuado para la etapa de desarrollo. Haga un seguimiento de todo lo que se le diga al niño, niña, adolescente o cuidador.



Cuadro 5. Lista de verificación del examen físico

Apariencia	Documente la apariencia y el estado emocional del niño, niña o adolescente.
Crecimiento	Mida y registre (en una gráfica de crecimiento estandarizada) la estatura y el peso del niño, niña o adolescente y, en menores de 2 años, el perímetro cefálico.
Piel	Verifique si hay moretones, marcas de mordeduras, abrasiones, laceraciones, quemaduras u otras lesiones dermatológicas. Describa el tamaño, la forma, el color y la ubicación de lo que encuentre. Tome nota del grado de curación de una abrasión.
Boca	Verifique si hay lesiones o infecciones de transmisión sexual. Tome nota de moretones en los labios, la mucosa bucal, las encías, el paladar, desgarros en la mucosa o traumatismos dentales.
Cabeza, ojos, orejas y oídos	Examine la fontanela anterior en los bebés, palpe la cabeza para determinar si hay hematomas o fracturas; examine los ojos para determinar si hay lesiones en el globo ocular o fractura orbitaria. Examine las orejas y los oídos para determinar si hay hematomas en el pabellón auditivo, hemotímpano, perforación de la membrana timpánica y otorrea de líquido cefalorraquídeo. Determine si hay parches de alopecia, que podrían verse en un bebé descuidado o en una niña o niño víctima de abuso. Realice un examen fundoscópico de los ojos para determinar si hay hemorragias retinianas.
Cuello	Determine si hay marcas de ligaduras u otras marcas de estrangulamiento.
Pecho	Determine si hay dolor a la palpación costochondral o deformidad torácica. En las mujeres, registre el estadio de Tanner del desarrollo mamario (véase la página 51).
Abdomen	Determine si hay moretones; palpe el abdomen para detectar ruidos intestinales, dolor a la palpación, masas.
Espalda	Determine si hay moretones y dolor a la palpación.
Extremidades	Determine si hay dolor a la palpación, hinchazón o deformidad.
Estado neurológico	Examine el estado mental y otros síntomas neurológicos.
Desarrollo	Determine la etapa de desarrollo.

Fuente: Adaptado de [16]

Examen anogenital en casos de sospecha de abuso sexual

En casos de sospecha de abuso sexual, se puede indicar un examen anogenital para asegurar que los niños, niñas o adolescentes reciban atención de salud y apoyo adecuados. Solo las personas con capacitación especializada y experiencia en el trabajo con niños y niñas deben realizarles exámenes anogenitales. Un niño, niña o adolescente nunca debe ser sometido a un examen contra su voluntad, salvo si el examen es indispensable para prestarle atención de salud. No se deben realizar exámenes que sean innecesarios desde el punto de vista médico o que puedan agravar los daños o el malestar psicológico.

Todos los profesionales que trabajan con la población infantil deben conocer las leyes y políticas pertinentes vigentes en el entorno (incluidas las relacionadas con el consentimiento, la notificación obligatoria, las definiciones de violencia sexual contra los niños y las niñas) y las personas autorizadas para recopilar y presentar pruebas medicolegales en los tribunales.

Inspección de los genitales

El examen genital del niño o la niña prepúber consiste principalmente en una visualización externa. En el caso de las niñas, observe la ubicación de todo desgarro reciente o curado en la vulva, el introito y la vagina sosteniendo los labios en el borde posterior entre el dedo índice y el pulgar y tirando suavemente hacia afuera y hacia abajo. Rara vez se necesitan instrumentos. No se requiere habitualmente el uso de espéculos o anoscopios ni los exámenes bimanuales de la vagina o el recto de las niñas prepuberales. No realice ningún examen digital para evaluar el tamaño del orificio vaginal o el tono del esfínter anal. Puede utilizarse un espéculo solo cuando se sospecha que hay una lesión vaginal penetrante y sangrado interno. Dependiendo del entorno, es posible que la niña deba ser derivada a un nivel más alto de atención de salud. Si se requiere el uso de un espéculo, use el tamaño más pequeño posible. Ocasionalmente puede ser necesario hacer el examen con anestesia general, pero solo debe procederse así por motivos de salud. Respecto de los niños, verifique si hay lesiones en el frenillo del prepucio y si hay secreción anal o uretral (adaptado de [16]).

Posicionamiento

El decúbito supino se usa con mayor frecuencia en exámenes genitales en preadolescentes. Las niñas y los niños más pequeños pueden colocarse en el regazo del cuidador no abusivo, si esto es cómodo para ellos. Las niñas mayores pueden ser examinadas en la posición de litotomía supina con estribos si están de acuerdo con ello. La posición prona de pecho-rodillas se usa más comúnmente para los exámenes perineales y anales (adaptado de [16]).

Tenga en cuenta que estas posiciones pueden causar vergüenza a algunos sobrevivientes o evocar recuerdos de abuso anterior. Siempre asegúrese de que la niña o el niño esté en control del posicionamiento y tranquilícelo continuamente. Véanse los cuadros 6 a 9 para saber qué buscar y evaluar, y las figuras 2 y 3, en las que se presentan las definiciones de términos clave.

Cuadro 6. Qué evaluar en un examen anogenital, niños y niñas

Desarrollo del vello púbico	Determine el estadio de Tanner.
Adenopatía inguinal	Estime el diámetro de los ganglios si están agrandados.
Muslo	Determine si hay secreciones secas o húmedas, marcas de agarre, marcas de mordedura o evidencia de otras heridas. Determine si hay cicatrices, lesiones por infecciones de transmisión sexual (ITS) u otros hallazgos anormales.
Perineo	Determine si hay laceraciones recientes o curadas, lesiones por ITS, piojos púbicos, erupciones cutáneas u otros hallazgos inusuales.
Flujo vaginal o secreción uretral	Determine si hay flujo o secreción, y evalúe la cantidad, el color y la presencia de olor. Determine el origen, es decir, si es la vagina o la uretra.
Infecciones de transmisión sexual	Determine si hay condilomas acuminados, condilomas planos, herpes o sífilis primaria.



Cuadro 7. Qué evaluar en un examen anogenital, niñas

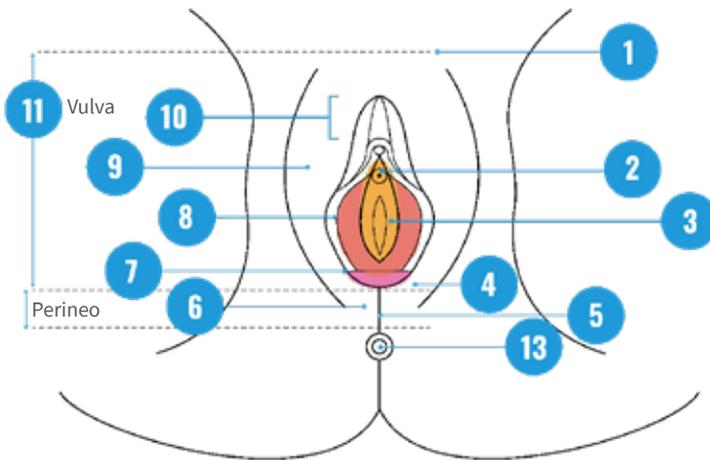
Examen genital femenino	
Labios mayores y menores	Determine si hay lesiones cutáneas, pigmentaciones inusuales u otros cambios cutáneos.
Clítoris	Determine si el clítoris o el capuchón tienen un tamaño inusual o si presentan algún cambio.
Meato uretral	Determine si hay signos de inflamación, edema u otras lesiones del tejido periuretral.
Tejido perihimenal	Determine si hay laceraciones recientes o curadas, lesiones por ITS, piojos púbicos, erupciones cutáneas u otros hallazgos inusuales.
Himen ¹	Determine si hay algún signo de traumatismos o lesiones por ITS. Determine si hay distorsión significativa de la forma del himen, desgarros recientes, transecciones, hemorragias recientes, abrasiones y moretones.
Horquilla posterior y fosa navicular	Determine si hay laceraciones o cicatrices, moretones, zonas excoriadas en proceso de curación, lesiones por ITS o neovascularización.
Vagina	Determine si hay sangrado, secreción, lesiones por ITS, cuerpos extraños, patrón vascular anormal, petequias u otras lesiones en las paredes vaginales.
Cuello del útero	Determine si hay sangrado, secreción, lesiones por ITS, cervicitis, desgarros u otros signos de traumatismo.

Fuente: Adaptado de [16].

¹ Recuerde que no se deben realizar exámenes de antecedentes sexuales o pruebas de virginidad, ya que estas pruebas no tienen validez científica y son perjudiciales para la niña o adolescente.



Figura 2. **Definiciones relativas a los genitales femeninos**



Definiciones

1. Monte de Venus: lugar donde los labios mayores se juntan al frente y que está cubierto de vello después de la pubertad.
2. Orificio uretral: orificio de la uretra hacia el exterior para permitir expeler la orina.
3. Himen (sombreado): membrana situada en el introito (u orificio vaginal), que casi siempre presenta una abertura visible.
4. Horquilla o comisura posterior: lugar en el que los labios menores se unen en la parte posterior en la línea media.
5. Rafe perineal: la línea visible que va desde los genitales hasta el ano.
6. Perineo: zona entre los muslos delimitada por la vulva al frente y el ano en la parte de atrás.
7. Fosa navicular: zona cóncava entre la parte posterior de la pared vaginal y la horquilla posterior.
8. Labios menores: pliegues cutáneos que cubren total o parcialmente el himen y la vagina.
9. Labios mayores: pliegue cutáneo amplio que rodea los labios menores (que se cubre de vello después de la pubertad).
10. Clítoris: tejido eréctil que se expande cuando es estimulado.
11. Vulva: todos los componentes de los genitales externos, incluidos el monte de Venus, los labios mayores, los labios menores, el clítoris y el orificio vaginal.
12. Vagina (no se muestra): canal tubular entre el cuello uterino y el himen.
13. Ano: orificio de salida de las heces.

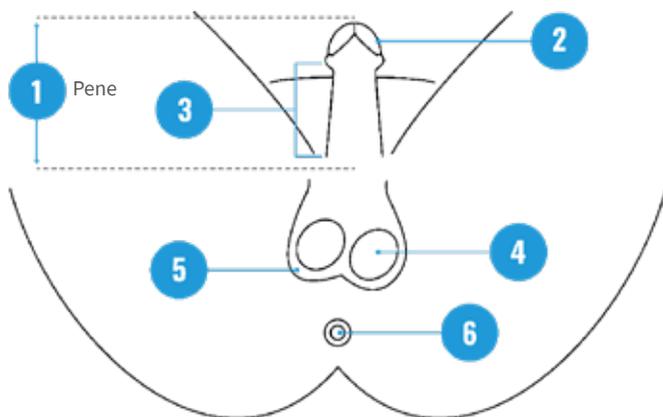
Fuente: [17]

Cuadro 8. Qué evaluar en un examen anogenital, niños

Examen genital masculino	
Pene	Lesiones por ITS, marcas de mordeduras, edema, hematomas, laceraciones, abrasiones o secreciones secas. Determine el estadio de Tanner.
Meato uretral	Cicatrices, lesiones por ITS, secreción o sangrado.
Escroto	Eritema, equimosis, lesiones por ITS, abrasiones o marcas de mordeduras. Determine el estadio de Tanner.
Testículos	Presencia de testículos descendidos, todo signo de atrofia o diferencias en la firmeza del tejido. Determine el estadio de Tanner.

Fuente: Adaptado de [16].

Figure 3: Definitions for male genitalia



Definiciones

1. Pene: órgano masculino para la cópula y la micción.
2. Glándula (cabeza): cabeza expandida del pene.
3. Cuerpo: cilindro de tejido entre el organismo y la cabeza del pene.
4. Testículo: glándulas en forma de huevo alojadas dentro del escroto.
5. Escroto: bolsa de piel que contiene las glándulas reproductivas masculinas (testículos).
6. Ano: orificio de salida de las heces.

Cuadro 9. Qué evaluar en un examen anorrectal

Nalgas	Heridas recientes o curadas, secreciones secas, equimosis, erupciones cutáneas, lesiones por ITS, huellas de manos o huellas dactilares.
Piel perianal	Inflamación, secreciones secas, moretones, fisuras, desgarros o laceraciones.
Borde/pliegues/arrugas anales	Prominentes, normales o aplanados.
Tono	Determine si está dentro de los límites normales.
Laxitud anal	Calcule el diámetro de toda dilatación anal, registre la presencia o ausencia de heces en la ampolla rectal.

Fuente: Adaptado de [16].

QUÉ HACER

- Maximice todos los esfuerzos para que se minimice el número de exámenes que se hace al niño, niña o adolescente a fin disminuir el riesgo de retraumatizarlos.
- Explique lo que se hará antes de cada paso.
- Ofrezca opciones en cuanto al sexo de la persona que hará el examen, siempre que sea posible.
- Asegúrese de que haya otro adulto presente durante el examen. Lo ideal sería que este adulto fuera alguien que el niño, niña o adolescente haya elegido para recibir apoyo emocional. Puede ser el cuidador no abusivo u otro miembro del personal.

QUÉ NO HACER

- El personal de salud (u otro) no debe realizar la prueba de la virginidad ni la reconstrucción del himen, las cuales carecen de fundamento científico y ético.
- Las niñas prepuberales no deben ser examinadas con un espéculo, ya que este provoca dolor y puede lastimar.
- No deben realizarse exámenes digitales del recto para valorar el tono del esfínter anal, ya que no tienen ninguna validez.
- No deben recogerse pruebas forenses, a menos que puedan guardarse de forma segura y haya sistemas accesibles para su análisis.

Documente cuidadosamente todo signo o síntoma de maltrato infantil

Documente los hallazgos de la anamnesis y el examen físico de manera rigurosa y completa. Esto es importante porque los prestadores de atención médica a veces pueden tener que responder preguntas de la policía, los abogados o los tribunales sobre lesiones u otras enfermedades de los niños o niñas que han tratado. La documentación cuidadosa de los hallazgos hará que sea más fácil para usted responder con exactitud. Incluya en el historial médico toda explicación dada por el niño, niña o adolescente relativa a la lesión u otra enfermedad, utilizando sus palabras exactas cuando sea posible.

En muchos países, las leyes medicolegales o forenses exigen un formato para documentar la anamnesis y los hallazgos del examen físico. Es posible que deba utilizar estos formularios con fines medicolegales o de prueba forense. Si dicho formulario no está disponible o no es obligatorio, puede usar y adaptar la siguiente lista para documentar la anamnesis y los hallazgos del examen físico de manera sistemática.

Recuerde: documentar el abuso y sus consecuencias para la salud no solo es importante para proporcionar una atención de buena calidad (incluido el seguimiento del niño, niña o adolescente sobreviviente), sino que también puede ser fundamental para permitirles tener acceso a la justicia.

Recuerde:

La ausencia de evidencia física NO significa que no haya habido abuso.

También tenga en cuenta que ningún estado emocional en particular es indicativo de abuso.

Documente todas las observaciones de manera exacta.

Para la documentación de sus hallazgos:

- Utilice un formato estructurado.
- Documente tanto la presencia como la ausencia de hallazgos físicos.
- Anote o registre las declaraciones literales del niño, niña o adolescente y del cuidador.
- Si hay discrepancias entre la versión del niño, niña o adolescente de lo que sucedió y la de los cuidadores, anótelas cuidadosamente, pero no incluya su propia interpretación.
- Registre una descripción detallada y exacta de todos los síntomas, lesiones y otras enfermedades.
- Documente la posición del niño o la niña durante el examen.

- Evite usar la frase “dentro de los límites normales”, porque esto deja demasiado margen para interpretación.
- Describa el comportamiento del niño, niña o adolescente de manera objetiva, como “paciente en llanto” en lugar de “paciente alterado”.
- Evite usar términos que puedan malinterpretarse.
- Recuerde que su función como prestador de servicios es documentar de manera objetiva y sencilla todos los hallazgos, observaciones y antecedentes. Su función no es investigar si ocurrió o no abuso. Esto debe dejarse en manos de las autoridades jurídicas y de protección infantil.
- Solicite el consentimiento o el asentimiento informados para tomar fotografías o videos anonimizados tras explicar el uso que se les dará.
- Maneje confidencialmente toda la información, por ejemplo, comunique la información solo después de haber obtenido el permiso del niño, niña o adolescente y del cuidador, y solo si es necesario que esta se conozca (es decir, a las personas que se ocupen directamente del caso, por ejemplo, un trabajador de salud mental) para poder prestar los servicios.
- Guarde la información de forma segura y, si la información está en formato digital, es preferiblemente que sea un archivo protegido con contraseña o en un armario cerrado con llave en un lugar fresco y seco con acceso a la llave restringido y registrado.
- Anonimice los datos de identificación.
- No divulgue información que permita la identificación de un caso concreto a quienes no necesitan conocerla y, en particular, no la divulgue a los medios de difusión.
- Tenga en cuenta las leyes y directrices nacionales sobre la notificación y documente la información que pueda comunicarse.

Manejo confidencial de la información

- No revele a otros colegas la identidad de un niño, niña, adolescente o cuidador.
- Cerciórese de guardar toda la información personal en un gabinete cerrado con llave o en archivos cifrados.
- No agregue ninguna información sobre la exposición a la violencia en los archivos del paciente que el niño, niña o adolescente se lleva a casa.

A close-up photograph of a young child with light blonde, curly hair. The child's face shows signs of physical trauma, with red, irritated skin on the right cheek and forehead. The child is holding a piece of light pink fabric over their mouth. The background is a soft, out-of-focus grey.

Parte III:

Cómo responder al maltrato infantil

En las siguientes secciones se describe el enfoque de ANIMA AA (Atención al escuchar, No juzgar y validar, Informarse sobre las necesidades y preocupaciones, Mejorar la seguridad, Apoyar; Amigable para los niños, niñas y adolescentes, y Apoyo para los cuidadores). El enfoque ANIMA AA establece el apoyo mínimo que todos los niños y niñas que revelan haber sido víctimas de maltrato infantil deben recibir de cualquier prestador de servicios de atención de salud. En esta sección se describen algunos problemas de salud específicos que pueden ser consecuencia del maltrato infantil. Se analiza cómo responder a los traumatismos corporales y al abuso sexual, y cómo abordar los problemas de salud mental.

Proporcione apoyo de primera línea: el enfoque ANIMA AA para niños, niñas, adolescentes y sus cuidadores

¿Qué es el apoyo de primera línea?

El apoyo de primera línea es un enfoque práctico, centrado en el niño y la niña, y empático para responder a quienes son (posibles) sobrevivientes de la violencia y, en algunos casos, puede ser la única atención posible cuando no hay otros servicios de salud. El apoyo de primera línea es uno de los elementos más importantes de la asistencia prestada a los sobrevivientes del maltrato y se basa en los primeros auxilios psicológicos. Responde a las necesidades emocionales, de seguridad y de apoyo de un niño o una niña, respetando su privacidad. En los casos de maltrato infantil, es posible que sea necesario prestar apoyo de primera línea tanto al niño, niña o adolescente como al cuidador no abusivo, y debe ofrecerse inmediatamente después de que se revele o se sospeche que ha habido violencia.

Este apoyo de primera línea, que también se brinda a los adultos sobrevivientes de la violencia, consta de cinco componentes diferentes. Se han propuesto dos componentes adicionales para tener en cuenta las necesidades específicas de los niños, niñas y adolescentes que sufren maltrato. Estos componentes no siguen un orden particular. Deben estar entrelazados en la conversación que usted sostiene con el niño, niña o

A tención al escuchar	Escuche atentamente al niño, niña o adolescente con empatía y sin juzgar, en un espacio privado.
N o juzgar y validar	Demuéstrele que usted lo entiende y le cree, y que no tiene la culpa de lo sucedido.
I nformarse sobre las necesidades y preocupaciones	Evalúe y responda a los deseos, necesidades, y preocupaciones emocionales, físicas, sociales y prácticas.
M ejorar la seguridad	Proteja al niño, niña o adolescente de más daños. Aumente su seguridad.
A poyar	Facilite el apoyo conectando a los niños, niñas y adolescentes con servicios de apoyo formales e informales.
[Entorno] A migable para niños, niñas y adolescentes	Establezca un entorno amigable para niños, niñas y adolescentes al capacitar a los prestadores de servicios y mejorar la preparación del servicio para brindar atención centrada en el sobreviviente.
A poyo a los cuidadores	Brinde apoyo a los cuidadores no abusivos para apoyar al niño, niña o adolescente.

adolescente. El acrónimo “ANIMA AA” (el enfoque ANIMA dirigido a niños, niñas, adolescentes y sus cuidadores) puede recordarle estos componentes clave para responder a los niños, niñas y adolescentes cuando se ha revelado que ha ocurrido maltrato: el enfoque ANIMA AA se puede aplicar independientemente de si el niño, niña o adolescente, o el cuidador ha revelado que ha ocurrido violencia.

ATENCIÓN AL ESCUCHAR

El propósito es escuchar activamente y entender lo que es más importante para el niño, niña o adolescente. Mientras escucha, preste atención a lo que le dice acerca de sus necesidades y preocupaciones. Tome nota de la interacción entre el cuidador y el niño, niña o adolescente. También preste atención a su lenguaje corporal. Trate de determinar las necesidades físicas, emocionales o económicas, las preocupaciones relativas a la seguridad o el apoyo social que el niño, niña o adolescente pueda necesitar.

Considere que el cuidador no abusivo también puede formar parte del proceso del enfoque ANIMA AA. El cuidador puede estar conmocionado por la revelación y también puede estar expuesto a la violencia del perpetrador, o puede sentirse culpable por no haber podido proteger al niño, niña o adolescente.

Qué hacer

- Sea paciente y manténgase tranquilo. No presione al niño, niña o adolescente para que hable.
- Hágale saber que usted está escuchando. Puede, por ejemplo, asentir con la cabeza o decir algo afirmativo como “ajá...” (dependiendo de lo que se use habitualmente en su idioma).

Qué no hacer

- No mire el reloj, no conteste el teléfono, no mire su computadora ni escriba.
- No hable demasiado rápido.
- No juzgue lo que el niño, niña o adolescente ha hecho o no ha hecho.

- Colóquese a la misma altura del niño, niña o adolescente y sea consciente de su postura corporal. Manténgase lo suficientemente cerca del niño, niña o adolescente para demostrar preocupación y atención, pero no tan cerca como para incomodarle.
- Reconozca cómo se está sintiendo el niño, niña o adolescente, por ejemplo, diciendo *“Parece que sientes rabia por lo que sucedió”*.
- Deje que el niño, niña o adolescente hable a su ritmo.
- Deje que decida cómo expresarse, por ejemplo, dibujando, escribiendo, mostrando.
- Haga preguntas abiertas para alentarle a hablar en lugar de decir sí o no, por ejemplo, preguntando *“¿Cómo te sientes al respecto?”*
- Refleje los sentimientos del niño o la niña, por ejemplo, diciendo *“Parece que sientes rabia por eso”*. o *“Parece que te sientes molesto”*. Preste atención a las señales no verbales y al lenguaje corporal.
- Diríjase directamente al niño, niña o adolescente.
- Permita que haya momentos de silencio. Dele el tiempo que necesite para pensar.

- No diga cosas como: *“No deberías sentirte así”*, o *“Deberías sentirte afortunado de haber sobrevivido”*, o *“Pobrecita”*.
- No suponga que ya sabe lo que es mejor para él o ella.
- No hable con el cuidador sobre el niño, niña o adolescente en tercera persona.
- No interrumpa ni haga preguntas antes de que estos hayan terminado de hablar.
- No trate de terminar las ideas en lugar del niño, niña, adolescente o cuidador.
- No le cuente al niño, niña o adolescente lo que le ocurrió a otra persona ni hable de cómo interactúa usted con sus propios hijos.

Fuente: Adaptado de [18].

INFORMARSE SOBRE LAS NECESIDADES Y PREOCUPACIONES

Mientras escucha, pregunte sobre las necesidades de apoyo físico, emocional y social del niño, niña o adolescente, y toda preocupación relativa a la seguridad. Estas pueden ser planteadas por ellos o por el cuidador no abusivo. Las preguntas tendrán que ser matizadas respecto de la situación y la edad o la etapa de desarrollo del niño, niña o adolescente. Preste atención a las palabras o al lenguaje corporal. Puede usar las técnicas que figuran a continuación para ayudar al niño, niña o adolescente a expresar lo que necesita y para asegurarse de que usted lo entienda.

CONSEJOS Y SUGERENCIAS



- Formule sus preguntas como invitaciones a hablar, por ejemplo, preguntando “*¿Cómo puedo ayudarte hoy?*”
- Ayude al niño, niña o adolescente a reconocer y expresar necesidades y preocupaciones, por ejemplo, preguntándole “*¿Hay algo que necesitas o que te preocupa?*”
- Indague según sea necesario, por ejemplo, preguntando “*¿Puedes hablarme un poco más de lo que quieres decir cuando dices...?*”
- Pida que le aclare si hay algo que no entiende, por ejemplo, preguntando “*¿Puedes por favor explicar eso?*”
- Resuma y repita lo que entendió, usando las mismas palabras que el niño, niña o adolescente ha usado.

NO JUZGAR Y VALIDAR

Validar la experiencia del niño, niña o adolescente significa hacerle saber que usted está escuchando atentamente, que entiende lo que él o ella está diciendo y que cree lo que le dice sin juzgarle. El propósito es hacerle saber que sus sentimientos son normales, que puede expresarlos sin riesgo y que tiene derecho a vivir sin violencia ni miedo.

Palabras que puede utilizar para demostrar su comprensión

“Te creo”.

“Esto no es tu culpa. No eres culpable de esto”.

“Me alegra mucho que me hayas contado esto”.

“Está bien hablar”.

“Lamento que esto te haya ocurrido”.

“Has sido muy valiente al contármelo”.

Ayudar a los niños, niñas y adolescentes a superar los sentimientos negativos	
Sentimiento	Lo que usted puede decir
Desesperanza	<i>“Muchos niños, niñas o adolescentes sienten lo que estás sintiendo después de una experiencia como esta. Estoy aquí para ayudarte, y hay formas en que podemos apoyarte para que te sientas mejor.”</i>
Impotencia y pérdida de control	<i>“Te explicaré cómo procederemos hoy. También puedes tomar algunas decisiones por ti mismo.”</i>
Culpabilidad y vergüenza	<i>“No tienes la culpa de lo que te sucedió. No eres responsable del comportamiento de los demás.”</i>
Miedo	<i>“En este momento estás en un lugar seguro.”</i>
Rabia	<i>“Está bien sentir rabia.” Reconozca que este es un sentimiento válido.</i>

MEJORAR LA SEGURIDAD

Si bien como profesional de salud usted quizás no pueda garantizar la seguridad de un niño, niña o adolescente (especialmente si no es posible dar una respuesta coordinada), sí puede hacer algo para empoderarlos, analizar todo riesgo inmediato en materia de seguridad y sus recursos para mantenerlos seguros. El propósito de esta actividad no es elaborar un plan de seguridad integral para el niño, niña o adolescente, ya que esto suele ser responsabilidad de los servicios de protección infantil. Pero usted puede tomar las primeras medidas importantes para contribuir a la seguridad del niño, niña o adolescente al:

- determinar si ellos y también el cuidador no abusivo están seguros en el hogar o en su entorno inmediato;
- elaborar una estrategia (junto con ellos) para proteger al niño, niña o adolescente de más daños.

Los riesgos inmediatos en materia de seguridad para los niños, niñas y adolescentes pueden incluir, entre otros, los siguientes:

- Maltrato infantil por parte de familiares que tienen acceso al niño o niña.
- Un cuidador que no quiere o no puede protegerlos del abuso físico, sexual o emocional.
- Un cuidador que ha amenazado con hacerles daño o tomar represalias contra ellos, o teme que le vaya a hacer daño al niño o niña.
- Un cuidador que se niega o no puede atender las necesidades inmediatas del niño o niña (por ejemplo, proporcionando alimentos, ropa, refugio, atención de salud, supervisión, apoyo emocional, cualquier necesidad especial).
- Un cuidador que tiene un problema de abuso de sustancias psicoactivas que afecta gravemente a su capacidad para supervisar, proteger o cuidar al niño o niña.
- Un cuidador con problemas de salud mental o discapacidad que afectan su capacidad actual para supervisar, proteger o cuidar al niño o niña.
- Episodios anteriores de abuso o descuido.
- Hay violencia doméstica en el hogar, que representa un peligro inminente de daño físico o emocional grave para el niño o niña.

Puede analizar junto con el niño, niña o adolescente y el cuidador no abusivo estrategias para aumentar la seguridad. Estas deben tener en cuenta la edad del niño, niña o adolescente, y las circunstancias específicas en las que estos viven. No todas las estrategias (o combinaciones de ellas) serán apropiadas para cada niño, niña o adolescente, pero incluyen:

- estrategias y recursos que están bajo el control del adolescente o del cuidador no abusivo, por ejemplo, los niños o niñas mayores o adolescentes pueden tener una estrategia de seguridad limitada y específica propia, como salir de la habitación cuando un cuidador comienza a gritar o a golpear a otro cuidador;
- atender las necesidades de seguridad emocional: esto incluye estrategias para acceder a relaciones, actividades y oportunidades que fomenten la resiliencia;
- elaborar un plan para el contacto de seguimiento con el niño o niña o los cuidadores, incluido lo que sucederá si el niño o niña no puede ser contactado para la atención de seguimiento;
- ayudar al niño, niña o adolescente y al cuidador no abusivo a elegir a una persona segura a quien recurrir o un lugar seguro a donde ir si necesita salir de casa de prisa;
- conectar a un niño, niña o adolescente que está sufriendo o corre el riesgo de sufrir violencia con otros recursos para su salud, seguridad y apoyo social, si así lo desea (véase el apartado “Apoyar” que figura a continuación). Es importante hacer un seguimiento SIEMPRE de todas las derivaciones.
- En algunos casos, podría ser apropiado considerar períodos breves de hospitalización. En este caso, es importante asegurarse de que el niño, niña o adolescente pueda mantenerse seguro en ese momento y pueda recibir apoyo emocional de un adulto o un cuidador no abusivo.



Las necesidades del niño, niña o adolescente suelen estar fuera de lo que se puede proporcionar en su consultorio o práctica. El propósito de esta estrategia es vincular al niño, niña o adolescente y al cuidador con otros recursos para su salud, seguridad y apoyo social. Estos pueden incluir su derivación a:

- servicios de salud especializados que se presten en otra institución;
- servicios de atención de salud mental;
- servicios de bienestar social, refugio o apoyo a la vivienda;
- un organismo de apoyo especializado para sobrevivientes de la violencia o teléfonos de asistencia infantil;
- un defensor o servicios jurídicos.

Conozca las funciones y responsabilidades de los prestadores de servicios pertinentes en su región

Hay acuerdos oficiales entre prestadores de servicios o sistemas de derivación en algunos entornos, en los que todos los organismos y servicios pertinentes acuerdan quién presta qué servicio y cómo se organiza la derivación entre diferentes servicios. En otros entornos, los servicios se ofrecen utilizando el enfoque de centro de atención integral, donde un equipo multisectorial presta en un solo lugar todos los servicios para responder al maltrato infantil. Y en otros lugares es posible que no haya ninguna coordinación oficial entre diferentes servicios ni estructuras de coordinación informales.

Para poder realizar una derivación se debe contar con un mapa de servicios completo y actualizado en forma de cuadro. Este cuadro debe incluir:

- qué instituciones ofrecen servicios pertinentes, y cuándo y cómo se puede recurrir a ellas;
- la persona de contacto en cada institución;
- si estas ofrecen servicios a niños, niñas y adolescentes de todos los grupos etarios;
- qué apoyo ofrecen;
- una estructura de derivación acordada (esto sería lo ideal).

Si aún no hay ningún mapa completo de los servicios, usted debe tener, como mínimo, una persona de contacto en otros servicios de apoyo. También debe determinar si la calidad de los servicios que se prestan es adecuada y si los servicios se proporcionan al grupo etario del niño, niña o adolescente en cuestión. Si no tiene suficiente información sobre un servicio en particular, sea sincero con ellos y su cuidador diciendo “*No lo sé*”. Es importante que el servicio sea apropiado, de alta calidad y accesible; de lo contrario, se corre el riesgo de que la derivación haga más daño que bien.

Tenga en cuenta los protocolos y políticas de comunicación de la información

Puede ser traumático para un niño, niña o adolescente volver a contar innecesariamente sus experiencias de maltrato, o enterarse de que más personas de lo que debería ser conocen su experiencia. Para evitar estas situaciones, muchos entornos han establecido protocolos de comunicación de la información que regulan cómo y cuándo se realizan las entrevistas con niños, niñas y adolescentes sobrevivientes del maltrato, y quiénes las realizan. Los protocolos también deben establecer cuándo y cómo se puede comunicar esta información de manera confidencial y respetuosa, y cómo obtener el consentimiento o el asentimiento del niño, niña, adolescente o cuidador.

Si no hay protocolos de este tipo, asegúrese de obtener el consentimiento y el asentimiento cada vez que comunique información personal a otro servicio o persona, y comuníquela solo si su homólogo aplica los mismos principios.

Conozca a sus homólogos

Es más probable que los procesos de derivación den un resultado satisfactorio y sean más rápidos si conoce personalmente a sus homólogos. Esto también le ayudará a entender mejor los servicios que se pueden prestar y le ayudará a informar mejor a sus pacientes. También puede ayudarlo a hacer un seguimiento de la persona a fin de saber cómo avanza la derivación.

Derivación personalizada

Su meta siempre debe ser realizar una “derivación personalizada”. Esto incluye, por ejemplo, hacer la llamada en nombre del cuidador y presentarlo, y presentar al niño, niña o adolescente. También puede ofrecer hacer una llamada utilizando la función de altavoz del teléfono, para que

estos se sientan completamente implicados en el proceso y puedan hacer cualquier pregunta mientras usted está presente. Si lo desea, también puede programar una cita inicial conjunta con el nuevo prestador de servicios para ayudar a facilitar la transición. También puede decirle al cuidador cómo llegarán a la cita.

Para facilitar el proceso de derivación, usted debe:

- ofrecer llamar para pedir una cita;
- describir el lugar, cómo llegar allí y exactamente a quién verá el niño, niña o adolescente;
- ofrecer dar información por escrito, como la hora, el lugar, cómo llegar allí y el nombre de la persona de contacto, y asegurarse de que el perpetrador no tenga acceso a esta información;
- verificar siempre si hay alguna inquietud y si se entendió toda la información.

No se debe dejar que los niños, niñas y adolescentes se comuniquen por su cuenta con los organismos de derivación. Los niños más pequeños, en particular, deben estar acompañados de una persona de confianza, como un cuidador no abusivo o un trabajador social del hospital, si está disponible. Los adolescentes deben tener la oportunidad de ir por su cuenta si así lo prefieren. La derivación debe hacerse discretamente con confidencialidad garantizada. En algunos entornos, los asistentes sociales que se ocupan de casos de violencia contra los niños o niñas o de violencia doméstica pueden ser conocidos en la comunidad y su implicación puede despertar la curiosidad de los miembros de la comunidad. Por lo tanto, es importante elegir a la persona adecuada para acompañar al niño, niña o adolescente.

Posibles obstáculos

Si el niño o niña o el cuidador no abusivo expresa preocupación respecto de acudir a un servicio de derivación por cualquier motivo, piense con ellos de manera creativa cómo encontrar una solución. Entre los problemas típicos figuran:

- La persona que comete el acto de violencia puede enterarse y tratar de impedir el contacto con un servicio. Solución: ofrézcase a contactar el servicio desde el establecimiento de salud o programar la primera reunión en una sala del establecimiento.

- Falta de disponibilidad de transporte. Solución: averigüe si es posible ponerse en contacto con el servicio de forma remota por teléfono desde un lugar seguro y si hay posibilidades de que se otorguen subvenciones de transporte.
- El cuidador no abusivo o el acompañante no puede ausentarse del trabajo o dejar de ocuparse de sus deberes. Solución: averigüe si existe la posibilidad de obtener servicios de cuidado infantil. Ofrézcase a hablar con el empleador del cuidador. Averigüe si el servicio se puede prestar más cerca del hogar del niño o niña o del lugar de trabajo y si hay posibilidades o subvenciones para reemplazar los ingresos perdidos.

Elaborar un plan de seguimiento

Es importante asegurarse de que haya un plan de seguimiento. Siempre haga un seguimiento de las derivaciones realizadas a los organismos competentes (véase la figura 4, en la que se presenta un modelo de un formulario del directorio de derivaciones). En situaciones en las que no haya un mecanismo jurídico para colocar a los niños o niñas en un entorno protegido, especialmente cuando la situación se ha considerado insegura, el seguimiento por parte de los trabajadores de salud puede ser vital para garantizar la seguridad o el bienestar de un niño, niña o adolescente.

Figura 4. Modelo de un formulario del directorio de derivaciones

Necesidad	Nombre del organismo y de la persona de contacto	Información de contacto	Responsable del seguimiento
Unidad de protección familiar o asistente social		Teléfono: Correo electrónico:	
Centro de asesoramiento o asistencia en casos crisis		Teléfono: Correo electrónico:	
Grupos de apoyo		Teléfono: Correo electrónico:	
Atención de salud mental		Teléfono: Correo electrónico:	
Atención de salud reproductiva		Teléfono: Correo electrónico:	
Servicios de laboratorio		Teléfono: Correo electrónico:	
Protección infantil		Teléfono: Correo electrónico:	
Educación/escuela		Teléfono: Correo electrónico:	
Policía		Teléfono: Correo electrónico:	
Servicios forenses		Teléfono: Correo electrónico:	
Refugio/vivienda/acogida en hogares de guarda		Teléfono: Correo electrónico:	
Ayuda financiera		Teléfono: Correo electrónico:	
Asistencia jurídica		Teléfono: Correo electrónico:	
Otro		Teléfono: Correo electrónico:	

Fuente: Adaptado de [19].

ENTORNO AMIGABLE PARA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

Hay diversos obstáculos que dificultan el acceso a los servicios para los niños, niñas y adolescentes que han sufrido maltrato. Estos incluyen el estigma, obstáculos administrativos, la falta de conocimientos sobre la existencia de servicios y la falta de opciones de transporte. Es importante esforzarse por superar estos obstáculos y facilitar que los niños, niñas y adolescentes obtengan los servicios de salud que necesitan. El personal de salud puede contribuir a que los servicios sean más amigables para ellos, al:

- hacer que su espacio de trabajo sea atractivo y “amigable” para los niños, niñas y adolescentes;
- actuar sin prejuicios y ser considerado en su trato;
- tener las competencias necesarias para prestarles los servicios de salud adecuados de manera correcta;
- informarles acerca de dónde pueden obtener los servicios de salud que necesitan.

QUÉ HACER

- Utilice un lenguaje sencillo, sin jerga y fácil de entender para los niños y niñas.
- Utilice imágenes, muñecos o modelos para demostración.
- Bríndeles la opción de responder de la manera que deseen.
- Tenga juguetes y otros materiales para ayudarles a relajarse, participar y establecer una buena conexión.
- Tómese el tiempo necesario para establecer una buena conexión, y haga preguntas triviales y amigables para implicarles.

QUÉ NO HACER

- No se apresure a realizar un examen.
- No les obligue a responder a nada que no deseen.
- No averigüe detalles que es evidente que los hacen sentir incómodos.
- No les haga preguntas capciosas.
- No les pida que repitan información que ya han proporcionado.

APOYAR A LOS CUIDADORES

Los cuidadores no abusivos pueden desempeñar una función importante para ayudar a la recuperación de los niños y niñas que han sufrido maltrato infantil. La revelación de maltrato por parte de un niño o niña puede tener profundos efectos emocionales en el cuidador no abusivo y también puede tener graves repercusiones en la forma en que funciona toda la familia. Por consiguiente, es importante apoyar la capacidad del cuidador para apoyar al niño o la niña, como también apoyar al cuidador mismo.

- Hable con el cuidador no abusivo sin que el niño, niña o adolescente esté presente, si corresponde.
- Pregúntele al cuidador no abusivo cómo se le puede apoyar.
- Proporcione apoyo emocional para ayudarle a sobrellevar la situación.
- Los cuidadores no abusivos pueden haber sido víctimas en el pasado y también pueden presentar síntomas de estrés extremo. Si es posible, proporcione la asistencia que necesitan mediante apoyo psicosocial o servicios de salud mental.
- Pregúnteles cómo perciben la seguridad en el hogar para el niño, niña o adolescente, y para ellos mismos.
- Proporcione información sobre el examen y la atención, las consecuencias a largo plazo del maltrato infantil, cómo apoyar más al niño, niña o adolescente y las consecuencias que tiene la revelación en la familia más amplia.
- Algunos niños o niñas pueden manifestar problemas para dormir, aumento de la rabia o comportamientos regresivos. Proporcione orientación sobre la crianza infantil para hacer frente a estos comportamientos.
- Al enviar al niño, niña o adolescente a casa, explíquelo los pasos de seguimiento que se requerirán y a lo que deben estar atentos respecto de signos y síntomas y medicamentos.

Proporcione apoyo y atención en casos de abuso sexual

Si atiende al niño, niña o adolescente dentro de los 5 días posteriores al abuso sexual, es necesario seguir varios pasos además de los indicados en el enfoque ANIMA AA en la respuesta de primera línea.

1. Preste atención al escuchar, no juzgue y valide, infórmese sobre las necesidades y preocupaciones (véanse los tres primeros pasos del enfoque ANIMA AA).
2. Tome la anamnesis y realice el examen.
3. Proporcione tratamiento de toda lesión corporal.
4. Proporcione anticoncepción de urgencia (cuando corresponda, dentro de un plazo de 120 horas).
5. Prevenga las ITS.
6. Prevenga la infección por el VIH mediante la PEP (cuando corresponda, dentro de un plazo de 72 horas).
7. Planifique el autocuidado.
8. Mejore la seguridad y organice el apoyo (los pasos cuarto y quinto del enfoque ANIMA AA).

Ofrezca tratamiento de profilaxis posterior a la exposición (PEP) al VIH y asesoramiento sobre la adhesión (dentro de un plazo de 72 horas)

La violación de un niño, niña o adolescente (es decir, agresión sexual con penetración) que implica relaciones sexuales orales, vaginales o anales conlleva el riesgo de transmisión del VIH. Se sabe que estos corren un riesgo biológico mayor de transmisión del VIH que los adultos. Los factores que aumentan aún más las probabilidades de transmisión del VIH son la presencia de lesiones y traumatismos genitales por relaciones sexuales forzadas y la participación de múltiples perpetradores. Si atiende al sobreviviente de la agresión sexual dentro de un plazo de **72 horas**, se debe considerar la profilaxis posterior a la exposición (PEP, por su sigla en inglés) al VIH.

¿Cuándo se debe ofrecer la PEP?

Se deben cumplir las siguientes dos condiciones:

- Cuando el niño, niña o adolescente ha sido violado con penetración oral, vaginal o anal con un pene, o cuando ha estado expuesto a sangre o semen a través de heridas u otras membranas mucosas.
- Cuando el niño, niña o adolescente se presenta hasta 72 horas después del incidente (si fueron múltiples incidentes, considere el más reciente).

Las exposiciones que no requieren PEP incluyen:

- Cuando el niño, niña o adolescente expuesto ya es seropositivo para el VIH. Si no se conoce el estado serológico, ofrezca un análisis de detección del VIH y asesoramiento.
- Cuando se establece que el perpetrador es seronegativo para el VIH.
- Cuando la exposición a líquidos corporales no representa un riesgo considerable, como lágrimas, saliva sin sangre, orina y sudor.

Prescripción y dispensación de PEP

- La elección de los medicamentos de PEP debe basarse en protocolos y directrices nacionales, y se prefiere un esquema terapéutico de tres medicamentos.
- Se debe proporcionar una prescripción de medicamentos antirretrovirales (ARV) para 28 días después de la evaluación inicial del riesgo, teniendo en cuenta las exposiciones anteriores y las tasas de prevalencia locales.
- Para aumentar la aceptación y la finalización de la PEP, proporcione todos los medicamentos para los 28 días en la primera consulta y no pida al paciente que regrese varias veces para obtener prescripciones.

Para los niños, niñas y adolescentes de 11 años o más (que pesen más de 30 kg), la OMS recomienda lo siguiente:

- Un esquema antirretroviral con tres medicamentos, aunque un esquema con dos medicamentos también es efectivo.

- El fumarato de disoproxilo de tenofovir (TDF) + lamivudina (3TC) (o FTC/emtricitabina) como esquema preferido de base para la PEP contra el VIH.
- El lopinavir/ritonavir (LPV/r) o el atazanavir/ritonavir (ATV/r) como tercer medicamento para la PEP contra el VIH.

Para los niños y niñas de 10 años o menos, la OMS recomienda:

- La zidovudina (AZT) + lamivudina (3TC) como esquema preferido para la PEP contra el VIH.
- El abacavir (ABC) + lamivudina (3TC) o fumarato de disoproxilo de tenofovir (TDF) + lamivudina (3TC) (o FTC/emtricitabina) pueden considerarse esquemas terapéuticos alternativos.
- El lopinavir/ritonavir (LPV/r) como tercer medicamento preferido para la PEP contra el VIH.
- Puede elegirse otro esquema terapéutico apropiado para la edad entre el atazanavir/ritonavir (ATV/r), raltegravir (RAL), daruvanir (DRV), evavirenz (EFV) y nevirapina (NVP).

Explique los siguientes puntos al niño, niña o adolescente o al cuidador no abusivo:

- La PEP puede reducir las probabilidades de contraer la infección por el VIH, pero no es 100% eficaz.
- El niño, niña o adolescente tendrá que tomar el medicamento durante 28 días, ya sea una o dos veces al día, dependiendo del esquema terapéutico utilizado.
- Alrededor de la mitad de las personas que toman la PEP presentan efectos secundarios como náuseas, cansancio y dolor de cabeza. En la mayoría de las personas, los efectos secundarios desaparecen en unos pocos días.

Apoyo a la adhesión

Es muy difícil lograr la adhesión. Dado el estigma asociado con el abuso sexual, la primera cita con el prestador de atención de salud puede ser la única y, por lo tanto, puede ser también la única oportunidad de proporcionar asesoramiento sobre la adhesión al niño, niña o adolescente o al cuidador acompañante.

- Comunique los efectos secundarios con claridad, pero sin causar miedo.
- Considere las repercusiones del evento traumático.
- Respecto de los niños y niñas de corta edad, el asesoramiento sobre la adhesión debe implicar a los cuidadores. Respecto de los adolescentes, implíquelos en la elaboración de un plan de adhesión, con mensajes adaptados a su edad y respetando su autonomía (p. ej., determine si desean implicar a sus cuidadores).

Hable de los siguientes puntos:

- Es importante recordar tomar cada dosis, por lo que es útil tomarla a la misma hora todos los días, como en el desayuno y la cena. Tomar las píldoras a intervalos regulares asegura que el nivel en la sangre se mantenga casi igual.
- La alarma de un teléfono celular o algún otro dispositivo puede servir de recordatorio para tomar las píldoras, o un familiar o persona amiga puede ayudarles a recordar.
- Si olvidan tomarse el medicamento a tiempo, aún deben tomarlo, si el retraso es de menos de 12 horas.
- Si el retraso es de más de 12 horas, deben esperar y tomar la siguiente dosis a la hora habitual.
- No deben tomar dos dosis al mismo tiempo.
- Deben regresar al centro de salud si los efectos secundarios no desaparecen en unos pocos días, si no pueden tomar los medicamentos según lo prescrito o si tienen algún otro problema.

Ofrezca anticoncepción de urgencia a las niñas que han sido violadas (dentro de un plazo de 120 horas)

La anticoncepción de urgencia es un método anticonceptivo que se puede usar para prevenir el embarazo después de las relaciones sexuales o la agresión sexual que entrañen relaciones sexuales con penetración. Se recomienda que se use dentro de un plazo de 5 días (120 horas), pero es más eficaz si se utiliza lo más pronto posible después de ocurrido el acto sexual.

A las niñas que ya han tenido su primera menstruación puede preocuparles quedar embarazadas. Usted puede preguntarle a la adolescente si ha estado usando algún método anticonceptivo como píldoras, inyectables, implantes o un dispositivo intrauterino (DIU). De ser así, no es probable que quede embarazada. Además, si su último período menstrual comenzó dentro de los 7 días anteriores al ataque, no es probable que quede embarazada. Las niñas que ya han pasado por la menarquia, o las que se encuentran en los estadios iniciales de la pubertad (es decir, en el estadio 2 o 3 de Tanner; véase la figura 5) deben ser informadas y asesoradas acerca del riesgo de embarazo, y se les debe ofrecer la opción de usar la anticoncepción de urgencia poco después del abuso sexual para evitar el embarazo.

Figura 5. Estadios de Tanner



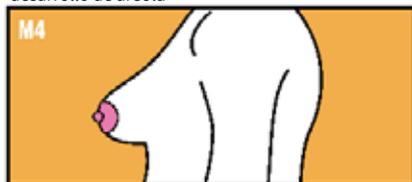
Prepuberal



Botón mamario



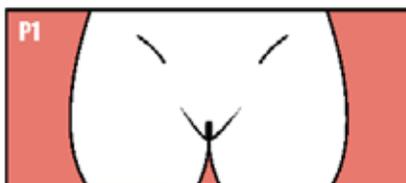
Tejido mamario palpable fuera de la areola, sin desarrollo de areola



Areola elevada por encima del contorno de la mama



Contorno adulto



Prepuberal, sin vello púbico



Vello suave



Vello rizado más oscuro y grueso



Vello rizado como en los adultos, sin incluir aún los muslos



Vello adulto en cantidad y calidad, extendido hasta los muslos

Nota: Al comienzo de la pubertad, las niñas que llegan al estadio 2 de Tanner (o “telarquia”, es decir, el inicio del desarrollo mamario secundario) o al estadio 3 de Tanner (es decir, cuando el desarrollo mamario es mayor) pueden correr el riesgo de tener un embarazo no deseado como consecuencia de una agresión sexual o violación porque es probable que estén ovulando incluso antes del inicio de la menstruación.

Puntos de asesoramiento sobre la anticoncepción de urgencia

Explique en qué consiste la anticoncepción de urgencia:

- La anticoncepción de urgencia puede ayudar a la niña a evitar el embarazo, pero no es 100% eficaz.
- Las píldoras anticonceptivas de urgencia previenen el embarazo al prevenir o retrasar la ovulación y no inducen un aborto. El DIU de cobre previene la fecundación al producir un cambio químico en los espermatozoides y el óvulo antes de que estos se encuentren. Si es necesario, explique cómo funciona la concepción.
- Las píldoras anticonceptivas de urgencia no causarán aborto.
- Las píldoras anticonceptivas de urgencia no prevendrán el embarazo la próxima vez que se tengan relaciones sexuales. Los anticonceptivos orales combinados, los preservativos o un DIU de cobre sí lo prevendrán.
- Las píldoras anticonceptivas de urgencia no están destinadas para uso regular en vez de un método anticonceptivo más eficaz y continuo.
- La niña o adolescente no tiene que hacerse una prueba de embarazo antes de tomar las píldoras anticonceptivas de urgencia. Si ya está embarazada, las píldoras anticonceptivas de emergencia no perjudicarán el embarazo. Sin embargo, una prueba de embarazo puede determinar si ya está embarazada, y puede hacérsela si ella así lo desea.

Proporcione las siguientes píldoras anticonceptivas de urgencia:

- acetato de ulipristal (AUP): comprimido de 30 mg (una sola dosis)
- o levonorgestrel solo (LNG): comprimido de 1,5 mg (se prefiere una sola dosis; pero también se puede dividir: una dosis de 0,75 mg, seguida de una segunda dosis de 0,75 mg 12 horas después).

Si no se dispone de AUP ni LNG, proporcione anticonceptivos orales combinados de estrógeno y progestágeno (AOC):

- 100 µg de etinilestradiol/0,50 mg de LNG, seguido de una segunda dosis de 100 µg de etinilestradiol/0,50 mg de LNG después de 12 horas;
- y antieméticos si están disponibles.

Cualquier niña puede tomar píldoras anticonceptivas de urgencia. No es necesario realizar pruebas para detectar enfermedades ni una prueba de embarazo. Si se realiza una prueba de embarazo y el resultado es positivo, no proporcione anticoncepción de urgencia.

Instrucciones

- La niña o adolescente debe **tomar las píldoras anticonceptivas de urgencia cuanto antes**. Puede tomárselas hasta 5 días después de la agresión sexual, pero pierden su eficacia con cada día que pasa.
- Las píldoras anticonceptivas de urgencia pueden causar náuseas y vómito. Si vomita dentro de las 2 horas después de tomarse las píldoras anticonceptivas de emergencia, debe regresar para recibir otra dosis cuanto antes. Si está tomando píldoras combinadas para la anticoncepción de urgencia, puede tomar medicamentos (clorhidrato de meclazina) entre 30 minutos y 1 hora antes de tomarse las píldoras anticonceptivas de urgencia para reducir las náuseas.
- Es posible que presente manchado o sangrado unos días después de tomarse las píldoras anticonceptivas de urgencia, lo que no indica que se haya producido un aborto inducido o espontáneo, ni cambios en su próxima menstruación.
- Si tuvo otras relaciones sexuales sin protección desde su período menstrual más reciente, es posible que ya esté embarazada. Las píldoras anticonceptivas de urgencia no surtirán efecto, pero tampoco perjudicarán el embarazo.
- Debe regresar si su próximo período menstrual se retrasa más de 1 semana para que se determine si está embarazada y, de ser así, ella tenga acceso a un aborto sin riesgo si así lo desea y si lo permite la ley.

DIU de cobre (DIU-Cu) de urgencia

- Las sobrevivientes que ya han tenido la menarquia (es decir, que están en la posmenarquia) también pueden usar la anticoncepción de urgencia hasta 5 días (120 horas) después de ocurrido el incidente más reciente.
- Se debe considerar el mayor riesgo de contraer ITS tras una violación si se usa un DIU de cobre. Si se estima que el riesgo es alto, solo debe considerarse la posibilidad de usar el DIU-Cu si no hay otros métodos disponibles o aceptables.

- El DIU-Cu es una buena opción para la anticoncepción de acción prolongada muy eficaz si una adolescente está interesada en este dispositivo y si se le puede colocar inmediatamente.

Manejo del embarazo y acceso al aborto sin riesgo

Si una niña o adolescente queda embarazada como consecuencia de una violación, se le debe ofrecer la opción de realizarse un aborto sin riesgo según lo que permita la ley. Familiarícese con todos los motivos por los cuales se puede ofrecer el aborto a las niñas menores de 18 años. Se puede obtener información detallada de la OMS en <https://abortion-policies.srhr.org/> [en inglés].

Debe reducirse al mínimo todo requisito administrativo (p. ej., evidencia forense, informes policiales, firmas de terceros) que sea necesario para realizarse un aborto sin riesgo. Se debe hacer todo lo posible para asegurarse de que la niña o adolescente tenga acceso oportuno a los servicios de aborto sin riesgo, dentro de los límites de tiempo gestacional.

En entornos donde el aborto no esté permitido, o cuando el embarazo esté demasiado avanzado para el aborto cuando la niña o adolescente busca servicios, esta debe recibir apoyo durante todo su embarazo y para que tenga un parto sin riesgo. Otras opciones, como la adopción, deben analizarse con ella, si ella así lo desea.

Prevención de las infecciones de transmisión sexual

Los niños, niñas y adolescentes que son objeto de abuso sexual pueden contraer una ITS. En muchos entornos no es factible realizar pruebas de ITS a niños, niñas y adolescentes que han sido agredidos sexualmente, ya sea porque no se dispone de pruebas o porque es muy poco probable que regresen al establecimiento de salud por segunda vez para recibir tratamiento debido a los obstáculos que dificultan el acceso a los servicios de salud. Por lo tanto, en muchos casos, particularmente cuando las pruebas de laboratorio no sean factibles, se recomiendan tratamientos presuntivos o profilácticos. Sin embargo, lo ideal es que, siempre que sea posible, se procure realizar una prueba molecular (p. ej., la prueba de amplificación de ácidos nucleicos [PAAN]) para detectar la clamidiasis y la gonorrea) y proporcionar tratamiento para las ITS de acuerdo con los resultados.

Ofrezca tratamiento presuntivo para la clamidiasis, la gonorrea y la sífilis

La gonorrea, la clamidiasis y la sífilis no detectadas ni tratadas pueden provocar complicaciones reproductivas y sexuales. Si los niños, niñas y adolescentes han sido objeto de abuso sexual con contacto oral, genital o anal, proporcione tratamiento, según las directrices nacionales, para prevenir y tratar la clamidiasis, la gonorrea y, si es común en la región, la sífilis.

En entornos donde se dispone de pruebas rápidas para la sífilis, la gonorrea y la clamidiasis en el lugar de atención de salud, realice pruebas para detectar estas infecciones antes de ofrecer tratamiento.

- Ofrezca tratamiento contra las ITS en su primer encuentro.
- Si no se dispone de pruebas o no parece probable que el niño, niña o adolescente regrese, no es necesario realizar pruebas para detectar ITS antes de tratarlas. Sin embargo, se puede tomar una muestra para diagnóstico o uso forense.
- Administre tratamiento preventivo para las ITS comunes en la zona (por ejemplo, clamidiasis, gonorrea y sífilis).
- Administre los tratamientos más cortos disponibles en el protocolo local o nacional, ya que estos son más fáciles de tomar.
- Las pautas farmacológicas y las dosis para el manejo sintromico de casos y el tratamiento presuntivo de ITS deben basarse en las directrices nacionales.

Para más información, véanse también las directrices de la OMS [en inglés] sobre la [gonorrea](#), la [clamidiasis](#), la [sífilis](#) y la infección por el [virus del herpes simple](#).

Manejo sintromico de casos para niños, niñas y adolescentes que presentan síntomas clínicos de ITS

Si los niños, niñas y adolescentes presentan síntomas clínicos indicativos de ITS, por ejemplo, síndrome de úlcera genital, síndrome de flujo vaginal y secreción uretral y anorrectal, o verrugas anogenitales, proporcione tratamiento para la infección subyacente a estos síntomas. Esto se recomienda particularmente en entornos donde no son factibles las pruebas de laboratorio.

Para obtener más información, véanse también las directrices de la OMS para el tratamiento de las ITS sintomáticas. (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240024168>)

Hepatitis B

La hepatitis B puede transmitirse sexualmente. Por lo tanto, a los niños, niñas y adolescentes que han sufrido violencia sexual se les debe ofrecer la inmunización contra la hepatitis B.

- Pregunte si él o ella ha recibido una vacuna contra la hepatitis B.
- Actúe basándose en el cuadro que figura a continuación.
- Habitualmente no se recomienda realizar primero las pruebas. Si se dispone de pruebas y si estas son rentables, realice una prueba de inmunidad cuando no sepa si el niño, niña o adolescente ha sido vacunado. Si ya es inmune, no se necesita ninguna vacuna adicional. Si no es posible realizar pruebas, administre la vacuna.

¿Ha sido vacunado el niño, niña o adolescente contra la hepatitis B?

Estado de vacunación	Directrices para el tratamiento
No, nunca ha sido vacunado contra la hepatitis B	1. ^a dosis de la vacuna: en la primera consulta 2. ^a dosis: de 1 a 2 meses después de la primera dosis (o en la consulta a los 3 meses si esta no se realiza antes) 3. ^a dosis: de 4 a 6 meses después de la primera dosis
Comenzó, pero aún no ha completado ningún esquema vacunal contra la hepatitis B	Completar el esquema según el calendario de vacunación
Sí, completó el esquema vacunal contra la hepatitis B	No es necesario que se vacune nuevamente

Vacunación contra el VPH para niñas de 9 a 14 años

A las niñas de 9 a 14 años se les debe ofrecer la vacuna contra el VPH de conformidad con las orientaciones nacionales. No es necesario realizar pruebas de detección antes de administrar la vacuna. Si bien la vacuna contra el VPH está destinada a las niñas antes del inicio de la actividad sexual que entrañe penetración vaginal, las niñas que han sido violadas aún pueden beneficiarse de la vacuna, ya que pueden estar infectadas por una cepa no cubierta por la vacuna o por una de las cuatro cepas de la vacuna tetravalente.

Proporcione atención de salud mental

Existe una fuerte asociación entre ser objeto de violencia y sufrir problemas de salud mental. La exposición al maltrato infantil aumenta el riesgo de muchos trastornos mentales, como la depresión, la ansiedad, el abuso de sustancias psicoactivas, el comportamiento disruptivo y antisocial, y el comportamiento suicida. Recuerde también que algunos niños y niñas con problemas de salud mental preexistentes tienen más probabilidades de ser objeto de abuso y descuido.

Incluso si usted no es especialista en salud mental, puede desempeñar una función muy importante en la mejora del bienestar mental de los niños, niñas y adolescentes expuestos a la violencia. Si bien en general no se espera que los trabajadores de salud realicen intervenciones terapéuticas de varias sesiones, se pueden realizar las siguientes intervenciones breves, que por sí solas pueden mejorar el bienestar mental.

- Prestar apoyo de primera línea como se describe en el enfoque ANIMA AA.
- Proporcionar psicoeducación o apoyo psicosocial básico.
- Determinar si existen problemas de salud mental de moderados a graves.
- Administrar tratamiento o derivar a especialistas en salud mental, cuando sea necesario.

Sin embargo, algunos niños y niñas no sufrirán problemas de salud mental después de la exposición a la violencia, mientras que otros pueden presentar síntomas que se resuelvan por sí solos después de algún tiempo o con un apoyo mínimo para volver a su rutina normal. Algunos sufrirán problemas de salud mental más graves y requerirán apoyo adicional.

Recursos útiles:

Si sospecha que un niño, niña o adolescente que está atendiendo tiene algún problema de salud mental, utilice la guía de intervención del mhGAP, disponible en <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34071>, o descargue la aplicación mhGAP en su teléfono celular

Entre los niños y niñas que sufren problemas de salud mental más graves, no todos presentarán los mismos síntomas. Es importante entender que el maltrato infantil es una exposición, no un diagnóstico. Los niños y niñas deben recibir apoyo basado en sus síntomas de salud mental, no basado en su exposición a la violencia.

Proporcione psicoeducación y orientación, y apoyo psicosocial básico

La psicoeducación puede empoderar a los niños, niñas y adolescentes que han estado expuestos al maltrato a fin de que comprendan mejor los síntomas que pueden sentir y mejorar su capacidad para vivir su vida. La meta es proporcionarles una base de conocimientos más sólida con la que puedan salir adelante y prosperar. Los cuidadores no abusivos pueden desempeñar una función importante en este proceso.

Se pueden realizar las siguientes intervenciones breves, incluso en entornos donde se dispone de tiempo limitado para las intervenciones psicosociales.

Proporcione orientación sobre el bienestar del niño, niña o adolescente

Las siguientes sugerencias básicas son importantes para restablecer los hábitos diarios y pueden mejorar el bienestar de todos los niños, niñas y adolescentes, tengan o no un problema de salud mental.

Anímeles y ayúdeles a hacer lo siguiente:

- Dormir lo suficiente. Promover hábitos de sueño regulares y sacar los dispositivos electrónicos con pantalla del lugar donde se duerme o del dormitorio.
- Comer regularmente. Todos los niños, niñas y adolescentes necesitan tres comidas (desayuno, almuerzo y cena) y algunos refrigerios cada día.
- Mantenerse físicamente activos. Si pueden, los niños, niñas y adolescentes de 5 a 17 años deben dedicar 60 minutos o más a actividad física cada día mediante actividades, juegos o deportes diarios.
- Participar en actividades escolares, comunitarias y de otro tipo, en la mayor medida posible.
- Pasar tiempo con familiares y personas amigas de confianza.
- Evitar el consumo de drogas, alcohol y nicotina.

Fuente: Adaptado de [21].

Proporcione orientación sobre la mejora del comportamiento

Si el niño o la niña manifiesta problemas de comportamiento, por ejemplo, comportamiento agresivo, ausentismo escolar, etc., aconseje al cuidador no abusivo:

- expresar afecto, por ejemplo jugando con ellos todos los días;

- fomentar el juego apropiado para la edad (p. ej., deportes, dibujo u otros pasatiempos) en los adolescentes y ofrecer apoyo adecuado para la edad de manera práctica (p. ej., con las tareas u otras competencias para la vida);
- no presionar al niño, niña o adolescente para que hable;
- ser congruente en lo que les permite y no les permite hacer;
- dar instrucciones claras, sencillas y breves sobre lo que el niño o niña debe y no debe hacer, por ejemplo, “Por favor, no me grites, quiero que intentes hablar conmigo con una voz calmada”;
- asignar al niño, niña o adolescente tareas domésticas sencillas que coincidan con su nivel de habilidades y elogiarle inmediatamente después de que realice la tarea;
- elogiar cada vez que observe un comportamiento apropiado o deseado;
- servir de modelo del comportamiento apropiado que quiere ver en su hijo o hija (p. ej., hablar cortésmente con otras personas, mantener todo ordenado y limpio);
- buscar formas de evitar enfrentamientos graves o situaciones previsiblemente difíciles.
- responder solo a los comportamientos problemáticos más importantes y hacer que la corrección sea leve (p. ej., denegar recompensas y actividades divertidas) e infrecuente en comparación con la cantidad de elogios;
- posponer las conversaciones con el niño, niña o adolescente hasta que este se haya tranquilizado;
- en todos los casos, evitar etiquetarlos negativamente o llamarlos por nombres ofensivos;
- NO avergonzarles ni culparles;
- NO usar amenazas ni castigo corporal.

Fuente: Adaptado de [22].

Analice la disponibilidad de apoyo social

El apoyo social es una de las protecciones más importantes para las personas con problemas relacionados con el estrés. Cuando los niños o niñas son objeto de abuso, pueden sentirse sin energías o avergonzados.

Usted puede preguntar:

- *“Cuando no te sientes bien, ¿con quién te gusta estar?”*
- *“¿Con quién te sientes más cómodo al hablar de tus problemas?”*

Fortaleza los mecanismos de afrontamiento positivo para niños, niñas y adolescentes que tienen problemas emocionales

La siguiente guía psicoeducativa se puede utilizar para alentar a los cuidadores de niños, niñas y adolescentes que presentan algún trastorno emocional o depresión. Al interactuar con ellos y sus cuidadores, usted puede:

- explicar que los trastornos emocionales son comunes y pueden sucederle a cualquier persona (la aparición de trastornos emocionales no significa que la persona sea débil o perezosa; los trastornos emocionales pueden causar pensamientos injustificados de desesperanza y sensación de no valer nada; explique que es probable que estos sentimientos mejoren una vez que los trastornos emocionales disminuyan);
- hacer que la persona sea consciente de que si nota pensamientos suicidas o de autolesión, debe decírselo a una persona de confianza y regresar en busca de ayuda inmediatamente;
- abordar toda situación estresante en el entorno familiar, como discordia entre los progenitores o trastorno mental de estos;
- considerar la posibilidad de enseñarle al niño, niña o adolescente y al cuidador ejercicios de respiración o relajamiento.

Aconseje a los cuidadores lo siguiente:

- Brindar oportunidades para que pasen tiempo de calidad en el seno de la familia.
- Ayudar al niño, niña o adolescente a continuar (o reiniciar) actividades divertidas y sociales. Animarles a practicar actividad física regular y a aumentar gradualmente la duración de las sesiones.
- Llevar a cabo actividades rutinarias predecibles por la mañana y a la hora de acostarse.
- Promover hábitos de sueño regulares.
- Programar el día con horarios regulares para comer, jugar, estudiar y dormir.
- Cuando el niño, niña o adolescente siente miedo excesivo e infundado: elogiarlo o darle pequeñas recompensas cuando pruebe cosas nuevas o actúe con valentía.

- Ayudar al niño o niña a que practique cómo afrontar la situación difícil paso a paso (p. ej., si tiene miedo de separarse del cuidador, ayudarle a aumentar gradualmente el tiempo que juega solo mientras el cuidador está cerca).
- Reconocer sus sentimientos y preocupaciones y animarle a afrontar sus miedos.
- Ayudarle a elaborar un plan para ayudarle a superar la situación en caso de que ocurra una situación temida.

Fuente: Adaptado de [21].

Detectar los problemas de salud mental más graves y ayudar a resolverlos

Los problemas de salud mental relacionados con el maltrato infantil a menudo incluyen trastornos emocionales como la depresión, la ansiedad, el trastorno por estrés postraumático y los problemas de comportamiento como el trastorno de comportamiento disocial.

Los síntomas típicos de los **trastornos emocionales** incluyen los siguientes:

- Sentirse a menudo irritable, deprimido o triste, o molestarse con facilidad.
- Mostrarse insensible o incapaz de sentir placer.
- No interesarse en actividades ni disfrutar de ellas, incluido el retraimiento de actividades (p. ej., escolares o sociales).
- Sentirse a menudo preocupado y asustarse fácilmente.
- Sentir muchos tipos de miedo, en particular el miedo contextualizado en relación con una persona o lugares relacionados con el abuso.
- Tener dolor de cabeza o de estómago, o enfermedades frecuentes.
- Evitar ciertas situaciones o sentir una fuerte aversión contra ellas (p. ej., separarse de una persona adulta de confianza, conocer gente nueva o estar en espacios cerrados).

Si estos síntomas están presentes en adolescentes, es importante determinar la presencia de depresión. La depresión es un factor de riesgo importante para el comportamiento suicida.

Los síntomas típicos de los **problemas comportamentales** incluyen los siguientes:

- Discutir con adultos.
- Desafiar o negarse a hacer lo que se les pide o a cumplir las reglas.
- Irritabilidad o ira extrema.
- Rabietas frecuentes e intensas.
- Dificultad para llevarse bien con los demás.
- Comportamiento provocador.
- Niveles excesivos de peleas o acoso.
- Crueldad hacia los animales o las personas.
- Comportamiento destructivo grave de la propiedad, provocación de incendios.
- Robar, mentir repetidamente, faltar a la escuela, huir de casa.
- Comportamiento sexualizado no apropiado para la etapa de desarrollo.

Los síntomas típicos del **trastorno por estrés postraumático** incluyen los siguientes:

- Revivir la experiencia traumática como si estuviera ocurriendo aquí y ahora (p. ej., en pesadillas sin contenido claro, terrores nocturnos, escenas retrospectivas o recuerdos intrusivos acompañados de miedo intenso o terror, reconstrucciones específicas del trauma en dibujos o juegos repetitivos).
- Evasión deliberada de pensamientos, recuerdos, actividades o situaciones que le recuerden la persona o el evento.
- Síntomas relacionados con una sensación de una mayor amenaza actual. Estos entrañan hipervigilancia (alerta excesiva ante amenazas posibles) o respuestas exageradas de sobresalto (p. ej., sobresaltarse fácilmente o sentirse nervioso por miedo).
- Comportamientos regresivos, como sufrir enuresis nocturna, aferrarse o sentirse desconsolado cuando se enoja o se molesta.
- Comportamientos de riesgo (comportamientos sexuales de riesgo, consumo de sustancias psicoactivas).

Fuente: Adaptado de [21].

Si detecta problemas que indican la presencia de trastornos emocionales, trastornos del comportamiento o trastorno por estrés postraumático que dificulten o imposibiliten que el niño, niña o adolescente funcione en su vida diaria, es posible que este tenga problemas de salud mental más graves. Además de proporcionar apoyo de primera línea y psicoeducación básica, considere la posibilidad de derivarlos a un prestador de atención de salud capacitado en salud mental o a un especialista en salud mental.

Apoyo adicional mediante asesoramiento e intervenciones terapéuticas

En este manual no se proporcionan protocolos específicos para realizar intervenciones psicológicas, como capacitación para la crianza, terapia interpersonal y terapia comportamental. Si hay servicios que permiten la derivación para una intervención comportamental, se recomiendan las siguientes intervenciones terapéuticas:

- La terapia cognitivo-conductual enfocada en el trauma podría proporcionarse a niños, niñas o adolescentes que presentan síntomas de trastorno por estrés postraumático.
- La terapia cognitivo-conductual se puede proporcionar a quienes presenten trastornos comportamentales o emocionales.
- Cuando sea seguro y apropiado implicar al menos a un cuidador no abusivo, se debe considerar la terapia cognitivo-conductual enfocada en el trauma para a) niños, niñas y adolescentes que han sido objeto de abuso sexual y presentan síntomas de TEPT; y b) su cuidador no abusivo (o cuidadores no abusivos).

Notificación de sospecha de maltrato infantil

El alcance, el carácter y el estado de los mecanismos disponibles para los profesionales para notificar casos de violencia contra los niños o las niñas difieren considerablemente en todo el mundo. En algunos países, el personal de salud que sospeche que ha ocurrido maltrato infantil tienen la obligación legal de presentar una notificación a los servicios de protección infantil o a los servicios de bienestar infantil, mientras que en otros países hay mecanismos de notificación, pero no son obligatorios.

Tómese el tiempo necesario para conocer las obligaciones relativas a la notificación en su entorno

Es importante comprender exactamente las leyes y políticas de notificación en su contexto. Esto también puede depender de su posición profesional específica. Debe determinar las obligaciones legales de los prestadores de atención de salud en relación con el manejo del maltrato infantil. Estas incluyen, entre otras, lo siguiente:

- ¿Especifican las leyes la prestación de atención de salud a los niños y niñas que son objeto de abuso físico, maltrato emocional, abuso sexual o descuido?
- ¿Hay leyes o regulaciones que establezcan la obligación de notificar cada caso de maltrato infantil a las autoridades de protección infantil o a la policía?
- ¿Exigen las leyes que se presenten datos o estadísticas sobre el maltrato infantil a las autoridades de salud o de otro tipo?
- ¿Qué prestadores de servicios están autorizados a rendir testimonio en un tribunal, si se les solicita?

Informe a los niños, niñas, adolescentes y cuidadores sobre toda obligación de notificar

Cuando haya leyes relativas a la notificación obligatoria, debe explicar toda obligación de comunicar información tan pronto como empiece a proporcionar atención y tratamiento. Esto puede efectuarse junto con el procedimiento del asentimiento o consentimiento informado inicial para los servicios que se ofrecen.

Si se requiere la notificación obligatoria, comunique la siguiente información al niño, niña o adolescente y al cuidador no abusivo:

- El organismo o la persona que recibirá la notificación.
- La información específica que se notifica.
- Cómo se debe notificar la información (escrita, verbal, etc.).
- El resultado probable de la notificación.
- Los derechos que tienen el niño, la niña, el adolescente y el familiar en el proceso.

Cuando usted no tiene la obligación legal de notificar

En entornos en los que no está obligado por ley a notificar casos presuntos de maltrato infantil a las autoridades de protección infantil, tiene el deber moral de hacer todo lo posible para garantizar la seguridad del niño, niña o adolescente y del cuidador no abusivo, y tener en cuenta el interés superior de ese niño, niña o adolescente y su capacidad evolutiva para tomar decisiones autónomas.

Sin embargo, la seguridad del niño, niña o adolescente debe ser su máxima prioridad. Considere lo siguiente cuidadosamente:

- Evalúe las consecuencias que la notificación puede tener en la salud y la seguridad del niño, niña o adolescente y tome medidas para promover su seguridad; puede haber situaciones en las que la notificación no sea en el mejor interés del niño, niña o adolescente.
- Defina a quién se informará sobre la revelación del maltrato infantil y a quién no.
- Debe haber reglas claras en el establecimiento respecto de quién tendrá acceso a información específica. Solo las personas directamente implicadas en el caso deben tener acceso a la información.
- Considere si el cuidador se enterará de lo que reveló el niño, niña o adolescente, y qué tan probable es que él o ella comunique alguna información al perpetrador, lo cual podría poner al niño, niña o adolescente en mayor riesgo.
- Reconozca los obstáculos psicológicos para el seguimiento del caso, como las suposiciones hechas sobre los cuidadores en función de su comportamiento o apariencia, o las relaciones que usted pueda tener con los cuidadores en su comunidad.

- Informe al niño, niña o adolescente y al cuidador no abusivo acerca de los servicios de protección infantil y los servicios jurídicos disponibles, y examine con ellos las opciones de derivación o notificación, considerando las siguientes preguntas con ellos:
 - ¿Cuáles son los efectos positivos y negativos de la notificación?
 - ¿Aumentará el riesgo de daño para el niño o niña la notificación?

Documente las razones de la notificación; o bien documente los problemas de seguridad y protección que descartan la necesidad de la notificación.

Cómo notificar casos presuntos de maltrato infantil

Al notificar casos de maltrato infantil, ya sea porque hay una obligación de notificar o sobre la base de una conversación y una consulta con el niño, niña o adolescente y el cuidador (según corresponda), usted debe:

- Informar a los cuidadores que se notificará el caso y a quiénes debe informar (p. ej., servicios de protección infantil, policía). Explique su deber de notificar y las razones por las que le preocupa la seguridad y la salud del niño, niña o adolescente. Explique que usted estará presente para bienestar de toda la familia.

Excepción: si le preocupa que hacerlo pondrá en riesgo al niño, niña u otro miembro de la familia (p. ej., si se teme que el cuidador pueda huir con el niño o la niña).

- Explicar las funciones de otros organismos y ayudarles a comunicarse con los profesionales del organismo proporcionando asistencia y números de teléfono.
- Mantener la máxima discreción y confidencialidad.
- Documentar el procedimiento de notificación y mantener la confidencialidad de la información documentada con precauciones adicionales cuando el perpetrador sea un cuidador que pueda tener acceso al archivo del niño, niña o adolescente.
- Elaborar informes orales o escritos (según lo indique la ley) dentro de un plazo específico (generalmente de 24 a 48 horas).
- Evitar prometer al niño, niña o adolescente o familiar que usted podrá protegerlos o “mejorar las cosas”. No diga cosas como “todo saldrá bien”. No se puede predecir el resultado de una posible investigación. A menudo es un proceso largo y que tiene una carga emocional. Los

niños o niñas pueden sentir mucho miedo y preocupación de que el perpetrador vaya a la cárcel.

- Es importante informar a los servicios de protección infantil acerca de su intención de proporcionar tratamiento continuo o derivar al niño, niña o familiar, ya que esto puede facilitar la colaboración y la continuidad de la atención.

Ejemplo de cómo hablar con los cuidadores acerca de la obligación que usted tiene de notificar o acerca de su sugerencia de hacerlo [15]:

“Entiendo que hay momentos en los que está teniendo dificultades con el comportamiento de su hijo o hija. La crianza puede ser realmente difícil. Al reunirme con usted y su hijo o hija, me preocupa la seguridad de él

o ella, y creo que su familia podría recibir alguna ayuda. Mi responsabilidad es llamar a los servicios de protección infantil cuando me preocupa la seguridad de un niño o niña.”

“Me preocupa el bienestar de su hijo o hija y las dificultades que usted está afrontando. Cuando tengo esta preocupación, debo hablar con los servicios de protección infantil sobre la mejor manera de apoyarle.”

Los requisitos de la notificación obligatoria pueden plantear problemas éticos y de seguridad cuando las estructuras de gobernanza fallan y hay leyes en teoría, pero no en la práctica. En situaciones urgentes, en las que posiblemente no haya mecanismos seguros para notificar el maltrato infantil y en las que la seguridad pueda ser inestable o estar en peligro, la notificación obligatoria puede desencadenar una serie de eventos que pueden exponer a los niños y niñas a sufrir más daño. Por ejemplo, los investigadores pueden presentarse en el hogar de un niño o niña y, por lo tanto, posiblemente violar su confidencialidad a nivel familiar o comunitario (y posiblemente provocar represalias). Además, podría no haber servicios infantiles, lo que crea un riesgo adicional (p. ej., separación de la familia, ingreso en instituciones).

Si le preocupa que los servicios de protección infantil puedan perjudicar el bienestar del niño, niña o familiar, hay estrategias que puede utilizar para mitigar los posibles daños:

- Determine los puntos de contacto del organismo local de protección infantil y reúnase con esas personas regularmente. También puede permitir que el cuidador elabore un informe (cuando sea seguro y apropiado hacerlo).
- Informe al organismo local de protección infantil sobre las necesidades del niño, niña o adolescente y del cuidador no abusivo durante el proceso de notificación.

Sus decisiones siempre deben guiarse por el interés superior del niño o la niña. Esto es particularmente importante cuando

- las autoridades carecen de directrices y procedimientos claros para la notificación obligatoria;
- el entorno carece de protección y servicios jurídicos eficaces para ocuparse adecuadamente de una denuncia;
- la notificación podría poner más en peligro la seguridad de un niño o niña en el hogar o en su comunidad.

Consejos y sugerencias: ¿Qué notificar al organismo de protección infantil designado?

(adaptado de [15])

Cuando notifica a los servicios de protección infantil, pueden pedirle los siguientes detalles. Solo se debe dar información que se relacione directamente con la preocupación de que haya habido maltrato cuando se comunique con los servicios de protección infantil.

Información sobre el niño, niña o adolescente	
Nombre completo	
Fecha de nacimiento	
Dirección	
Número de teléfono de contacto	
Problemas que requieren atención médica (física, psicológica)	
Información sobre el entorno del niño, niña o adolescente	
Hermanos que corren riesgo de ser objeto de abuso o descuido	
Condiciones físicas (hogar, guardería, escuela) que presentan peligro para el niño o la niña	
Apoyo social disponible	
Información sobre el cuidador	
Factores que influyen en la capacidad de cuidar o proteger al niño, niña o adolescente (p. ej., preocupaciones graves acerca del consumo de sustancias psicoactivas)	
Interacciones inquietantes entre el cuidador y el niño o la niña	



Parte IV: **Cuidar su propia salud**

Trabajar con niños y niñas en casos de presunto maltrato infantil también puede ser un reto personal y requiere que el personal de salud cuide su propia salud y bienestar.

Maneje los problemas de seguridad y el estrés, y cuídese a sí mismo

Su seguridad y bienestar personales son una prioridad. Solo si se siente seguro y bien en su lugar de trabajo podrá ayudar a los niños, niñas y adolescentes a quienes está prestando asistencia. Es posible que tenga reacciones o emociones fuertes al escuchar o hablar acerca del maltrato. Esto es especialmente cierto si usted mismo ha sido objeto de abuso o violencia, o lo está siendo ahora. Sea consciente de sus emociones y aproveche la oportunidad para entenderse mejor. Asegúrese de obtener la ayuda y el apoyo que usted mismo necesita.

Protéjase del comportamiento agresivo y la violencia

Las situaciones en las que se sospecha maltrato infantil pueden ser estresantes y emotivas para los cuidadores y para los niños, niñas y adolescentes expuestos al maltrato infantil. Aunque la mayoría de sus encuentros resultarán bien, en raras ocasiones puede encontrarse con niños, niñas o cuidadores que están agitados o se comportan agresivamente.

A continuación figuran algunos consejos sobre cómo prevenir y manejar estas situaciones:

- La comunicación desempeña una función importante en la disminución de la intensidad de las situaciones acaloradas. Asegúrese de mantener siempre informado al niño, niña o adolescente y al cuidador sobre los próximos pasos, mantenga la calma y demuéstrelles que los está cuidando y que comprende sus emociones.
- Trate de reducir al mínimo el tiempo de espera en salas abarrotadas, ya que esto puede ser muy estresante.
- El alcohol y las drogas suelen inhibir los comportamientos normales y pueden funcionar como desencadenantes de comportamientos agresivos. Obtenga apoyo de un colega si tiene que tratar con una persona que está embriagada o bajo los efectos de drogas. Trate a la persona con respeto.
- Si le preocupa su seguridad en una situación particular, no trabaje por su cuenta y pida ayuda a un colega inmediatamente.

- Asegúrese de llevar siempre su teléfono con usted para pedir ayuda si una situación se torna peligrosa inesperadamente. Asegúrese de que guarda el número al que puede llamar para recibir apoyo de manera que lo pueda encontrar rápidamente (servicio de seguridad, etc.).
- No dude en hablar de situaciones difíciles con colegas e intercambiar consejos entre sí. A veces puede ser útil obtener la opinión de un colega que no ha estado directamente implicado en la situación.
- Trate de no tomar ninguna acusación o comportamiento agresivo como algo personal. Sus pacientes se encuentran en una situación sumamente difícil y emocional.
- Hable con el supervisor o gerente del establecimiento acerca de qué medidas están disponibles para preservar la seguridad del prestador de servicios en situaciones de riesgo. Estas pueden incluir pedir que se adopten medidas de seguridad o medidas adicionales de seguridad que se pueden agregar en los establecimientos.
- Examine con sus colegas un plan sobre cómo se puede respaldar la seguridad de todos los colegas en los centros de salud que atienden casos de maltrato infantil. Esto podría incluir tener un colega cerca, o una aplicación de mensajes cortos (SMS) o mensajería para comunicarse con un colega en caso de que se necesite ayuda.

Protéjase del estrés

El estrés continuo en el lugar de trabajo puede causar agotamiento, falta de motivación, comportamientos laborales disfuncionales, desgaste profesional, abuso del alcohol o consumo de drogas y enfermedades psicosomáticas si el estrés no se maneja de manera proactiva. A menudo, estos problemas son estructurales y no son su responsabilidad. Algunas formas que pueden ayudar a manejar su estrés de manera positiva incluyen las siguientes:

- **Trate de hacer pausas regularmente para recuperar fuerzas.**
- **Trate de cuidar su cuerpo.**
 - Respire profundamente, estírese o medite cuando se sienta estresado.
 - Trate de comer regularmente comidas saludables y bien balanceadas.
 - Haga ejercicio regularmente.

- Duerma lo suficiente.
- Evite el consumo excesivo de alcohol y tabaco, y el consumo de sustancias psicoactivas.
- **Dedique tiempo después del trabajo para realizar las actividades que disfruta.** Trate de realizar otras actividades que disfruta regularmente.
- **Conéctese con otras personas.** Dedique tiempo para conectarse con sus amistades y familiares. Hable con personas de confianza sobre sus preocupaciones y cómo se siente.
- **Conéctese con organizaciones comunitarias o confesionales.**
- **Reconozca cuándo necesita más ayuda.** Si sigue sintiendo un alto grado de malestar psicológico durante un largo período, si recurre cada vez más a estrategias de afrontamiento poco saludables como el alcohol, si se siente deprimido o está pensando en suicidarse, no dude en buscar ayuda de un psicólogo, asistente social o consejero profesional.

Trauma indirecto

Además del estrés, el personal de salud que tiene contacto con niños, niñas y adolescentes sobrevivientes del maltrato puede escuchar historias detalladas y desgarradoras sobre las experiencias traumáticas que han sufrido. Como resultado de ello, corre riesgo de sufrir un trauma indirecto, lo que a veces también se denomina traumatización secundaria. Esto ocurre si alguien que no fue testigo inmediato de la experiencia traumática también tiene una reacción traumática. El trauma indirecto puede tener repercusiones graves y duraderas en la vida personal y profesional de los trabajadores de salud.

Además de los consejos para manejar el estrés, que también ayudan a prevenir el trauma indirecto, los siguientes consejos pueden ser útiles:

- **Preste atención a su estado mental.** Lleve un registro de todo síntoma de trauma que pueda sentir, como intrusiones (escenas retrospectivas, pesadillas), evasión o sentirse de repente sumamente alerta (hiperactivación).
- **Apártese.** Puede ser difícil mantener un equilibrio entre la empatía y la distancia profesional.

- **Limítese.** Asegúrese de mantener los límites adecuados con sus pacientes y su lugar de trabajo.
- **Ayúdese.** Sea consciente de cuándo necesita buscar ayuda profesional. Esto es completamente normal y no hay nada de qué avergonzarse. Está haciendo frente a situaciones muy difíciles. Recuerde que esto en última instancia hará que sea un mejor profesional.
- **Empodérese.** Asista regularmente a sesiones de capacitación profesional para mantener sus habilidades y conocimientos lo más actualizados posible.
- **Obtenga apoyo** de un supervisor o de colegas, o ayuda profesional.



Conclusiones

No importa dónde trabaje, como personal de salud es probable que tenga contacto con niños y niñas durante sus actividades laborales normales. Usted se encuentra en una posición privilegiada para detectar signos de abuso o descuido, o cambios en el comportamiento que pueden indicar que un niño o niña está sufriendo abuso o descuido. En algunos casos, por ejemplo, cuando se trata de niños y niñas de muy corta edad, lo más probable es que usted represente a la única institución oficial con la que tendrán contacto.

En la actualidad, son muy pocos niños y niñas expuestos a maltrato grave que son detectados por algún servicio oficial. Si todo el personal de salud hace un esfuerzo conjunto para reconocer a los niños y niñas sobrevivientes del maltrato y brindar apoyo inmediato, aplicando el enfoque de apoyo de primera línea, ANIMA AA, juntos podemos lograr un cambio profundo en la vida de millones de niños y niñas.

Referencias

1. WHO Guidelines for the health sector response to child maltreatment. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019.
2. Cómo responder a niños, niñas y adolescentes que han sufrido abuso sexual: Directrices clínicas de la OMS. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2020.
3. Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., Alink, L. R. Cultural–geographical differences in the occurrence of child physical abuse? A meta-analysis of global prevalence. *International Journal of Psychology*. 2013;48(2):81–94.
4. Moody, G., Cannings-John, R., Hood, K., Kemp, A., Robling, M. Establishing the international prevalence of self-reported child maltreatment: a systematic review by maltreatment type and gender. *BMC Public Health*. 2018;18(1):1164.
5. Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., Alink, L. R., Van IJzendoorn, M. H. The universality of childhood emotional abuse: a meta-analysis of worldwide prevalence. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*. 2012;21(8):870–90.
6. Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., Van IJzendoorn, M. H. The neglect of child neglect: a meta-analytic review of the prevalence of neglect. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2013;48(3):345–55.
7. Stoltenborgh, M., Van IJzendoorn, M. H., Euser, E. M., Bakermans-Kranenburg, M. J. A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreatment*. 2011;16(2):79–101.
8. Chiang, L. F., Kress, H., Sumner, S. A., Gleckel, J., Kawemama, P., Gordon, R. N. Violence Against Children Surveys (VACS): towards a global surveillance system. *Injury Prevention*. 2016;22:17–22.
9. Global Health Estimates 2020: Deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2019. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020.
10. Gilbert, R., Widom, C. S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., Janson, S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*. 2009;373(9657):68–81.
11. Peterson, C., Florence, C., Klevens, J. The economic burden of child maltreatment in the United States, 2015. *Child Abuse & Neglect*. 2018;86:178–83.

12. Fang, X., Fry, D. A., Brown, D. S., Mercy, J. A., Dunne, M.P., Butchart, A. R. et al. The burden of child maltreatment in the East Asia and Pacific region. *Child Abuse & Neglect*. 2015;42:146–62.
13. Pereira, A., Peterman, A., Neijhoft, A. N., Buluma, R., Daban, R. A., Islam, A. et al. Disclosure, reporting and help seeking among child survivors of violence: a cross-country analysis. *BMC Public Health*. 2020;20(1):1–23.
14. Child maltreatment: when to suspect maltreatment in under 18s. Clinical Guideline. Londres: National Institute for Health and Care Excellence; 2009.
15. VEGA: Violence, Evidence, Guidance, and Action (VEGA) project [sitio web]. Hamilton, Ontario: McMaster University; 2020 (<https://vegaproject.mcmaster.ca/>, consultado el 16 de marzo del 2022).
16. Botash A. S. Child abuse evaluation and treatment for medical providers [sitio web]. Nueva York: SUNY Upstate Medical University (<http://www.childabuseemd.com/>, consultado el 16 de marzo del 2022).
17. Strengthening the medico-legal response to sexual violence. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015.
18. Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual: Manual clínico. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2016.
19. Fortalecimiento de los sistemas de salud para responder a las mujeres que sufren violencia de pareja o violencia sexual: Manual para gerentes de salud. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2020.
20. Guidelines on post-exposure prophylaxis for HIV and the use of co-trimoxazole prophylaxis for HIV-related Infections among adults, adolescents and children: recommendations for a public health approach. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014.
21. Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Versión 2.0. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2016.
22. Dawson, K. S., Watts, S., Carswell, K., Shehadeh, M. H., Jordans, M. J., Bryant, R. A., et al. Improving access to evidence-based interventions for young adolescents: Early Adolescent Skills for Emotions (EASE). *World Psychiatry*. 2019;18(1):105.

Para más información, diríjase a:
Departamento de Enfermedades
no Transmisibles y Salud Mental
Organización Panamericana de la Salud
525 23rd St, NW Washington, D.C. 20037
www.paho.org/violencia

