

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

**CUMPLIMIENTO DE NORMAS TÉCNICAS Y ADMINISTRATIVAS DEL MANEJO DEL
PACIENTE PEDIÁTRICO SUJETO A ABUSO SEXUAL.**

ANA ESTHER CRUZ BOLAÑOS

Tesis

Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Pediatría
Para obtener el grado de
Maestra en Pediatría
Marzo 2012

AGRADECIMIENTO

A mi mamá y familia por su apoyo incondicional.

En memoria de una gran persona, Carlo Cáffaro.

ÍNDICE

I. RESUMEN	1
II. INTRODUCCIÓN	2
III. ANTECEDENTES	4
IV. OBJETIVOS	18
V. MATERIAL Y MÉTODOS.....	19
VI. RESULTADOS	21
VII. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	32
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41
IX. ANEXOS	45

I. RESUMEN

El presente estudio, observacional descriptivo transversal, se realizó con 44 pacientes de ambos sexos, atendidos en consulta externa y área hospitalaria de Pediatría del Hospital General de Enfermedades del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, con abuso sexual o sospecha. El objetivo fue determinar la edad y sexo de los pacientes, y conocer el porcentaje de cumplimiento de las normas técnicas y administrativas del manejo entre enero 2004 a diciembre 2009. Se tomó en cuenta toda la población para la muestra.

El 45% de los pacientes son varones, el 55 % mujeres. Los grupos etáreos más afectados son de 0 a 2 años.

Las denuncias de casos sospechosos se realizaron adecuadamente, y se presentaron a trabajo social y al comité de prevención de maltrato.

Únicamente 9 pacientes estuvieron hospitalizados, con manejo por parte del Comité, sin evaluación por médico forense. El resto tuvo manejo por Consulta Externa.

El personal médico cumplió con las normas, aunque solo 34% cumplió con la evaluación clínica a la familia.

Trabajo social cumplió con el 100% de las normas, pero no se encontraron datos sobre actividades educativas a la familia, trabajo con otras instituciones ni orientación a padres en 31 pacientes.

La labor de psicología no se pudo evaluar adecuadamente ya que la información se encontraba en otro expediente. Únicamente en 38% de los expedientes tuvo seguimiento. Enfermería cumplió al 100% las normas establecidas.

II. INTRODUCCIÓN

El Plan de Acción aprobado por la Asamblea General ONU de 2002 sobre Niñez y Adolescencia tiene como meta entre el año 2002 y el 2010, proteger a todos los niños y niñas de todas las formas de maltrato, abandono, explotación y violencia. (11)

El maltrato infantil es un fenómeno muy grave en el país, sobre todo porque hay un gran sub-registro. En general, se reciben pocas denuncias, especialmente con respecto al abuso sexual y el incesto. (30)

En los registros de 1990 a 1995 de tres hospitales de la ciudad de Guatemala, la mayor proporción de maltrato era el físico con 329 casos, en segundo lugar estaban los casos de abandono que ascendían a 249 casos y en tercer lugar las agresiones sexuales con 120 niños y niñas abusados. (23)

En el Hospital Roosevelt del Departamento de Trabajo Social, en el libro de registro de casos de la atención a niños, se registran del año 1996 al 2003, 129 casos de abuso sexual. (19)

En el Hospital General de Enfermedades IGSS, departamento de Pediatría, se manejaron como sospecha de maltrato infantil durante el 2003, 172 casos; durante 2004, 189 casos; durante 2005, 186 casos; e inicios de 2006, 44 casos. De estos los casos manejados como maltrato sexual fueron durante el 2003, 8 casos; durante 2004, 6 casos; durante 2005, 13 casos; e inicios de 2006, 1 caso.

El tratamiento del abuso sexual se puede dividir en tres grandes grupos: el tratamiento médico, la denuncia y la salud mental. (21)

El seguimiento que se le da a los casos de abuso sexual, es parte muy esencial para que los niños logren superar los traumas psicológicos, a través de terapias psicoterapéuticas; así como la orientación a la familia para que realicen la denuncia al Ministerio Público, dependiendo de la colaboración de la familia, y se le dé un buen tratamiento social al problema. (19)

El tratamiento a nivel hospitalario, en el departamento de Pediatría del Hospital General de Enfermedades IGSS, comienza con el diagnóstico por parte del médico por sospecha de abuso sexual. El ingreso se realiza para el diagnóstico y tratamiento médico, psicológico y social. Trabajo Social entrevista y anota en el expediente como caso probable de maltrato infantil y/o abuso sexual. Al mismo tiempo se solicita evaluar médico forense. Se pide evaluación constante por parte de Psicología y consulta al comité para determinar dos posibles finales: no se judicializa o se judicializa. Si el paciente no es ingresado, se da seguimiento por medio de Trabajo Social. (28)

El abordaje y manejo que se debe de dar al paciente con sospecha de abuso sexual se encuentra escrito en el Reglamento y Manual del Comité de Prevención de Maltrato Infantil del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. En él se indican las normas técnicas y administrativas que se deben de cumplir por parte del equipo multidisciplinario y cuáles son las labores individuales de cada grupo de especialistas. (28)

El objetivo del presente estudio es conocer el porcentaje de cumplimiento de estas normas como primer paso para mejorar la calidad del abordaje de los pacientes con sospecha de abuso sexual.

III. ANTECEDENTES

3.1 LA NIÑEZ

Derechos de la Niñez

Adolescencia tiene como meta entre el año 2002 y el 2010, proteger a todos los niños y niñas de todas las formas de maltrato, abandono, explotación y violencia. (11)

Las estadísticas nacionales y de UNICEF estiman que más de la mitad de la población guatemalteca es menor de 18 años. (1)

En el decreto número 78-1996 del Código de la niñez y la juventud, en la sección VII se contempla el derecho a la protección por el maltrato. El artículo 55 indica que los niños, niñas y jóvenes tienen derecho a ser protegidos contra toda forma de maltrato. El Estado estimulará la creación de instituciones y programas preventivos o psico-sociales necesarios, para dar apoyo y orientación a la familia y a la comunidad. Así mismo deberá proporcionar la asistencia necesaria, tratamiento y rehabilitación a las víctimas, a quienes cuidan de ellas y al victimario. El artículo 56 indica que El Estado deberá adoptar las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger a los niños, niñas y jóvenes contra toda forma de:

- a) Abuso físico o mental
- b) Abuso sexual.
- c) Descuidos o tratos negligentes.
- d) Explotación sexual.

El artículo 57 indica que el personal de las instituciones públicas y privadas, centros educativos, servicios de salud y otros de atención a los niños, niñas y jóvenes, tienen la obligación de denunciar los casos de maltrato que se detecten o atiendan en sus instituciones. (4, 25)

En la sección VIII se contempla el derecho a la protección por la explotación y abuso sexuales. El artículo 58 indica que los niños, niñas y jóvenes tienen derecho a ser protegidos contra toda forma de explotación o abuso sexual, incluyendo:

- a) La incitación o la coacción para que se dedique a cualquier actividad sexual.
- b) Su utilización en la prostitución, espectáculos o material pornográfico.
- c) Promiscuidad sexual.
- d) El acoso sexual de docentes, tutores y responsables. (4)

Grupos de riesgo

Los niños menores de 4 años se encuentran en mayor riesgo de lesiones o muerte. En 2003, en Estados Unidos, el 79% de los niños con fatalidades secundarias a maltrato fueron menores de 4 años, y el 44% de los fallecidos tuvieron edad menor de 1 año. (3)

Factores de riesgo y protectores

Una combinación de factores individuales, relacionales, comunitarios y sociales contribuyen al riesgo de maltrato. Los niños no son responsables del daño que se les inflinge, pero se han encontrado ciertas características individuales que incrementan el riesgo de sufrir maltrato. (3)

En una tesis realizada durante 1999 en varias escuelas de la capital, con una muestra de 100 padres de familia, se realizó una encuesta para determinar que factores psicosociales de riesgo identificaban ellos como causa de maltrato infantil. Se obtuvieron los siguientes resultados: la mayoría consideró que el desconocimiento de las etapas de desarrollo era un factor de riesgo (85%). Luego le siguen: la percepción negativa de los hijos (80%), familia donde la violencia es aceptada (80%), madres sobre trabajadas (75%), familias numerosas (4 o más hijos) (73%), bajo nivel educacional (1-6º primaria) (73%). (22)

LA NIÑEZ EN EL RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL GUATEMALTECA

En el acuerdo 466 del IGSS, capítulo IV se contempla la asistencia pediátrica en general. Se mencionan los beneficios a los que tienen derecho los hijos de los afiliados menores de cinco

años con derecho a servicios de asistencia médica en general. En casos especiales, la atención se extiende hasta los 15 años. (10)

Convención internacional sobre los derechos del niño. Artículo 24: Derecho a la salud.

Artículo 26: Derecho de la seguridad social.

Constitución Política de la República de Guatemala: 51, 100. (28)

Decreto No. 295 Ley orgánica. (28)

El Acuerdo de Gerencia No. 65-2005 es el instructivo de los Comités de prevención y tratamiento del maltrato infantil. Este acuerdo es el que regula las responsabilidades de cada miembro del comité. También es donde se encuentran las normas, obligaciones y reglamentos del comité. (28)

3.2 MALTRATO INFANTIL

El Centro Internacional de la Infancia de París define al maltrato infantil como: cualquier acto por acción u omisión realizado por individuos, por instituciones o por la sociedad en su conjunto y todos los estados derivados de estos actos o de su ausencia que priven a los niños de su libertad o de sus derechos correspondientes y/o que dificulten su óptimo desarrollo. (14)

El maltrato infantil es un fenómeno muy grave en el país, sobre todo porque hay un gran sub-registro, una cultura y costumbres autoritarias que justifica el maltrato a la niñez como un castigo y una forma de inculcar la disciplina. En general, se reciben pocas denuncias, especialmente con respecto al abuso sexual y el incesto, cuya mención sigue siendo tabú. En el año 2005, en el Ministerio Público se recibieron 11.900 denuncias por violencia intrafamiliar, abuso sexual contra niños y niñas, y trata. (4)

En Colombia, durante el año 2000 se registraron 68.585 casos de violencia intrafamiliar, de los cuales 10.900 fueron por maltrato infantil, 43.210 por maltrato conyugal y los restantes involucraron a ambos. 2 millones de niños y niñas fueron maltratados al año en sus hogares, 850 mil de ellos, en forma severa. 361 niños y niñas de cada 1.000 sufrieron de algún tipo de maltrato. En promedio, murieron 7 niños y niñas por homicidio diariamente. (11)

Según el Sistema Nacional de Datos de Abuso y Negligencia Infantil de Estados Unidos (The National Child Abuse and Neglect Data System), casi 12 de cada 1000 niños sufrieron de algún tipo de maltrato infantil durante el 2002. Los datos más altos en encontraron en edades desde el nacimiento hasta los 3 años de edad. (9) El sistema investigó más de 2 millones de denuncias e identificó a casi 1 millón de víctimas de maltrato infantil durante 1996 (16) y 896,000 durante el 2002. (9)

En una tesis realizada durante el año 1999, en escuelas de la capital con población clase socio-económica baja, se evidenció que las niñas y los niños sujetos al estudio fueron víctimas de maltrato físico y emocional en un alto porcentaje por sus padres/madres o encargados. También se identificó que la madre, por permanecer más tiempo en la casa y por la función social que ejerce en el hogar, es la que con mayor frecuencia participa en la aplicación de medidas correctivas de los hijos. Los padres utilizan la violencia para corregir a sus hijos por no estar capacitados emocional ni intelectualmente, repitiendo los patrones de crianza de sus progenitores. Los niños abusados provenían de familias numerosas en las que se ignoran aspectos referentes a la responsabilidad y necesidades para la adecuada procreación y formación de los hijos. (22)

Existen diferentes tipos de maltrato, definidos de múltiples formas, entre los que se encuentran el maltrato físico, el abandono físico, el abuso sexual, el maltrato emocional, el abandono emocional, el síndrome de Münchhausen por poderes, maltrato institucional. (14) El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social maneja seis tipos de maltrato infantil, el físico, el emocional, el maltrato por negligencia o descuido el abuso sexual, el síndrome de Münchhausen y el maltrato prenatal o fetal. (28)

Entre los niños confirmados de sufrir maltrato infantil en EEUU, 61% experimentó negligencia, 19% abuso físico, 10% abuso sexual, y 5% abuso emocional o psicológico. (3)

De total de casos (142) investigados por Trabajo Social de Pediatría del Hospital General de Enfermedades, de enero a octubre del año 2007; 134 (94%) fue maltrato físico, asociado a descuido o negligencia; y 8 (6%) abuso sexual. 65% de los casos fue perpetuado por la madre, el 22.5 %por el padre y el 6.4% por otros. (28)

3.3 ABUSO SEXUAL

Definición

Específicamente, el abuso sexual infantil se puede definir como cualquier actividad con un niño antes de la edad de consentimiento legal o fuera de la comprensión del niño, con el objetivo de obtener placer sexual por parte de un adulto o un niño significativamente mayor. (7)

Epidemiología

Detectar el abuso sexual es difícil porque muchos niños no mencionan abuso y los hallazgos físicos tienden a estar ausentes o ser inespecíficos. (4)

Se desconoce la verdadera cantidad de víctimas de abuso sexual, y las estimulaciones varían según las diferentes definiciones, edad y sexo de las personas (por incapacidad de comunicación, ignorancia hacia los actos ocurridos). Los niños pueden olvidar o reprimir recuerdos, cooperar o temer reproches. (7)

Durante agosto a diciembre del 2002, se realizó un estudio en el Norte y Sur de Carolina, EEUU. Se reportó que casi 11 de 1000 niños sufrieron abuso sexual durante ese año. La incidencia de abuso físico determinada por los reportes de las madres fue 40 veces mayor que la de los datos oficiales, y la incidencia de abuso sexual fue 15 veces mayor. Se concluyó que las estadísticas oficiales tiene un sub-registro marcado, y que se deberían de considerar estrategias alternativas para obtener información y asistir las necesidades de la comunidad. (26)

Respecto a la incidencia anual se dispone de datos de varios países. En España se instruyen cada año aproximadamente tres millones y medio de diligencias previas, de ellas 11.000 (0,3%) corresponden a delitos contra la libertad sexual, de los cuales 3.500 son por delitos contra menores. Estas 3.500 diligencias en los 7.313.424 menores de 18 años suponen una incidencia anual del 0,5%. Y se calcula que sólo se denuncian el 10%. (21)

En un estudio danés se encontró una incidencia en 1993 de 300 casos (de los que 55 eran abuso sexual) en una población de 111.000 niños de 0 a 17 años, lo que supone una incidencia anual de nuevos casos del 0,5%. (21)

La National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect (EEUU) publica estadísticas anuales a partir de información brindada por organismos estatales de servicios de protección infantil. En el año 2002, aproximadamente el 10% de los 896 000 niños con diagnóstico de maltrato infantil fueron víctimas de abuso sexual. Como en los estudios de prevalencia, los datos de los estudios de incidencia varían según la ciudad, el estado y el país. En Groenlandia para el 2002, fueron el 11% (8 mujeres y 3 varones). En Europa fue el 37- 51% (36 mujeres, 1-15 varones). En Estados Unidos fue el 0,21% (0,17 mujeres, 0,04 varones). (7)

En Colombia, en el 2001, Medicina Legal practicó 13.352 dictámenes sexológicos. El 86% de todos los dictámenes se hicieron en menores de 18 años, siendo la edad más afectada la de 10 a 14 años (37%), seguida por la de 5 a 9 años (25%), la de 15 a 17 años (14%) y la de 1 a 4 años (10%). Se detectó también un aumento de las denuncias en los últimos años; 10,716 dictámenes en 1997, 12.485 en 1999 y 13.352 en 2001. (29)

En Bolivia, estudios revelan que el 18,9% de pacientes encuestados sufrió abusos sexuales durante la infancia, un 15% de los varones y un 22% de las mujeres. En otro estudio se encontró que el 9% de los varones y el 19% de las mujeres habían sido abusados sexualmente en su infancia. (21)

Un trabajo canadiense en el que se encuestó a 9.953 personas de más de 15 años proporcionó unas cifras de prevalencia del 12,8% en mujeres y 4,3% en hombres. (21)

Se menciona que en cuanto a la explotación sexual y la trata en Guatemala, aún es muy difícil estimar cifras. Ha habido estudios aislados y otros que se enfocan sólo en la niñez explotada sexualmente, pero sin identificar una problemática más amplia. Durante su visita a Guatemala en el año 2000, Ofelia Calcetas, Relatora Especial de Naciones Unidas sobre la Venta de Niños denunció que en 1996 y 1997 había 2000 niñas, niños y adolescentes que trabajaban en 600 prostíbulos, sólo en la capital. De ellos, 1200 eran salvadoreños, 500 hondureños y 300 guatemaltecos. (18)

Según datos publicados por CONACMI (Asociación Nacional Contra el Maltrato Infantil), en el departamento de Jalapa fueron atendidos durante el año 2005, 11 pacientes, durante el año 2006, 76 pacientes, y durante el 2007 92 pacientes. (6)

En los registros de 1990 a 1995 de tres hospitales de la ciudad de Guatemala, según la fuente de información, la mayor proporción de maltrato era el físico con 329 casos, en segundo lugar estaban los casos de abandono que ascendían a 249 casos y en tercer lugar las agresiones sexuales con 120 niños y niñas abusados. (23)

En el Hospital Roosevelt del Departamento de Trabajo Social, en el libro de registro de casos de la atención a niños, se registran del año 1996 al 2003, 129 casos de abuso sexual. (19)

En el Hospital General de Enfermedades IGSS, departamento de Pediatría, se manejaron como sospecha de maltrato infantil durante el 2003, 172 casos; durante 2004, 189 casos; durante 2005, 186 casos; e inicios de 2006, 44 casos. De estos los casos manejados como maltrato sexual fueron durante el 2003, 8 casos; durante 2004, 6 casos; durante 2005, 13 casos; e inicios de 2006, 1 caso. Dividiéndose los casos de abuso sexual entre las edades de 0-12 meses, 13-48 meses y 49-60 meses.

Aspectos clínicos

El paciente presenta tanto cambios en la conducta (7, 24), como signos físicos, aunque estos últimos en menor cantidad de casos. (7)

Conducta ante el abuso sexual

El tratamiento se puede dividir en tres grandes grupos: el tratamiento médico, la denuncia y la salud mental. (21)

- Tratamiento médico

El abuso sexual es detectado ocasionalmente en el ambiente clínico. La detección es crítica para asegurar la seguridad del niño y proveer el tratamiento adecuado. (12)

Se menciona que se debe realizar un informe oral ante los servicios de protección infantil. Éste es seguido dentro de las 24-48 horas por un informe detallado por escrito. Ese informe debe incluir fotografías y dibujos. Un informe detallado puede evitar comparecer ante un tribunal al facilitar la negociación de la condena. (7)

Todas las víctimas deben ser derivadas para recibir tratamiento psicológico. Puede ser necesaria terapia familiar. (7)

- Denuncia

Un análisis de la legislación guatemalteca sobre maltrato infantil realizado en el 2000, indica que en cuanto a la denuncia, indica lo siguiente:

Las personas que les consta casos de maltrato infantil, un profesional o no profesional que se relaciona con menores de edad, de forma constante y personal y que por lo tanto son propicios para detectar a niños víctimas de maltrato y abuso sexual (maestros, docentes, trabajadores sociales, médicos, psicólogos, bomberos, paramédicos y policías) tienen la obligación de presentar las denuncias. En Guatemala, la omisión de denuncias es un hecho punitivo. En virtud que para los funcionarios y empleados públicos que conozcan el hecho en ejercicio de sus funciones, por razón de su cargo, deben denunciar el conocimiento que tiene sobre un delito de Acción Pública, con excepción de los que requieren instancia, denuncia o autorización para su persecución, sin demora alguna. (5)

Las instancias a las que se puede presentar las denuncias son las siguientes:

Organismos de protección al menor

Ministerio Público (Fiscalía de menores o de la niñez)

Procuraduría de los Derechos Humanos

Magistratura de Menores

Procuraduría General de la Nación

Otros organismos en casos especiales (Policía Nacional, Cuerpo de Bomberos, Juzgados de Paz, La Oficina del Menor Trabajador). (27)

La denuncia es obligatoria en el marco jurídico (Código Penal: Artículo 457 (Omisión de la denuncia); Código procesal penal: Artículo 298(denuncia obligatoria); Ley de protección integral de la niñez y la adolescencia: Artículo 29 (comunicación de casos de maltrato), Artículo 44 y 55 (obligación de denuncia). El personal de las instituciones públicas y privadas, centros educativos, servicios de salud y otros de atención a los niños, niñas y

adolescentes, tienen la obligación de denunciar los casos de maltrato que se detecten o atiendan en sus instituciones. Artículo 55 Ley de protección integral de la niñez y adolescencia. (28)

- Salud mental

Una vez conocido el abuso empiezan a actuar más profesionales, y esto puede crear un estado de confusión en el niño al ver que tantas personas se preocupan de él. Puede estar confundido, disgustado y avergonzado de tener que hablar de sus intimidades. El sistema sanitario debe dar una respuesta a esta familia, tanto a corto, como a largo plazo. El médico debe apoyar a la familia a reconocer los variados aspectos emocionales que puedan surgir. (21)

En el Hospital Roosevelt, el Departamento de Trabajo Social junto con la Comisión de Prevención de Maltrato Infantil, ésta última estando integrada por profesionales de diferentes disciplinas de dicho hospital, es el encargado de que se le brinde la protección necesaria las víctimas de abuso sexual y absoluta determinación de última instancia por el Ministerio Público y el médico Forense quien realiza el examen médico correspondiente o los Jueces quienes dictaminan a quién le corresponde el cuidado y protección de los menores, en calidad de depósito para su cuidado y protección, siempre y cuando no esté en riesgo el niño. (19)

Control

Se debe dar control mensual al paciente para comprobar curación física y asegurar que está protegido y que se realizan las intervenciones terapéuticas. Se debe asegurar minimizar la interrupción de la continuidad de la atención médica. (7)

El seguimiento que se le da a los casos de abuso sexual, es parte muy esencial para que los niños logren superar los traumas psicológicos, a través de terapias psicoterapéuticas. (19)

La atención que reciben los niños atendidos en el departamento de Pediatría del Hospital Roosevelt es la siguiente. Los niños son atendidos y examinados por médicos que se encuentran en la emergencia de pediatría. Son ingresados de acuerdo al diagnóstico que se

elabore, para ser hospitalizados en un servicio de atención médica con el fin de protegerlos de cualquier otra agresión. (19)

Los casos de abuso sexual son estudiados por el Comité Contra el Maltrato Infantil con el fin de llevar a cabo las actividades necesarias para el abordaje integral y multidisciplinario de los casos de maltrato infantil. Dichos comités dependen de la Comisión Nacional Contra el Maltrato Infantil y de la Defensoría de los Derechos de la Niñez de la Procuraduría de los Derechos Humanos. (19)

El abordaje de estos casos se basa en los procedimientos fundamentales de prevención, detección temprana, diagnóstico y tratamiento de urgencia y seguimiento y rehabilitación. (19)

El seguimiento lo realiza Trabajo Social. Inicia el tratamiento de la familia y la dinamización de los recursos, supervisada y seguimiento a los casos que son reintegrados a sus hogares. Si es necesario realizar la denuncia en forma conjunta con el equipo multidisciplinario, elaboran el informe socio-económico que deberá ser adjuntado al informe clínico y psicológico. Articula las acciones entre el equipo de salud y la justicia y otras instituciones o servicios como escuelas, hogares transitorios, obras sociales, etc. Poner la denuncia y mantenerse en constante contacto con los profesionales de asesoría de menores y juzgados; coordinando con el resto del equipo. (19)

3.4 COMITÉ DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DEL MALTRATO Y ABUSO SEXUAL INFANTIL DEL HOSPITAL IGSS

El Comité es un equipo interdisciplinario con el objetivo de conocer y realizar actividades necesarias para el abordaje integral de los casos de sospecha de síndrome de maltrato infantil, sustentado en la protección integral de los Derechos de la niñez y adolescencia. (28)

Historia

En 1990, en relación con los Derechos del Niño, en múltiples oportunidades se planteó la necesidad de proporcionar una protección especial a los menores (Declaración de Ginebra,

1924; Naciones Unidas, 1959) Estos planteamientos fueron ratificados en la Convención sobre los Derechos del Niño (Naciones Unidas, 1989). En esa época, esos principios en Guatemala no se habían aplicado. Este hecho estimuló a realizar acciones concretas de personas que se interesaban en velar por que los niños nazcan, crezcan y se desarrollen en libertad y paz. (28)

El Taller sobre Situación y Perspectivas del Niño en Circunstancias Difíciles en Guatemala, organizado por los médicos residentes de la Unidad de Pediatría del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, llevado a cabo del 22 al 24 de agosto de 1990 fue producto del interés por contribuir a resolver el problema. A partir de ese evento, a fin de cumplir con los propósitos del mismo, se recomendó crear un organismo multidisciplinario que permitiera identificar, evaluar y atender en forma integral a los niños afectados que son beneficiarios del Régimen de Seguridad Social. (28)

El 21 de septiembre de 1994, la Gerencia autorizó la integración del Comité de Prevención de Maltrato Infantil del Departamento de Pediatría y del resto de las Unidades, donde funciona el Programa Materno Infantil. (28)

Desde ese entonces el Comité inicia oficialmente sus labores, regidos bajo un Reglamento Interno del Comité, cuya última actualización fue en noviembre 2000. Consta de varios artículos en donde se discute la integración del comité, las obligaciones de cada uno, y el manejo integral que se da. (28)

Integración

El Comité está integrado por un médico, una trabajadora social, una psicóloga, una enfermera graduada y un director médico. La organización del comité es la siguiente:

- a. Coordinador
- b. Subcoordinador
- c. Secretario
- d. Vocal I
- e. Vocal II (28)

Manejo

Los objetivos del comité son prevenir los casos de maltrato infantil por medio de actividades educativas que concienticen y sensibilicen sobre el problema; detectar los casos de maltrato infantil dentro de su área de influencia; promover la participación de todo el personal de la institución para la detección y referencia de casos; divulgar las características del Síndrome de maltrato infantil para favorecer su detección identificación y referencia; tratar por medio de un abordaje integral en forma individual y confidencial cada uno de los casos referidos al Comité; denunciar los casos de maltrato infantil que requieran la intervención legal con el criterio y recomendación del estudio, tratamiento integral y análisis efectuado por el Comité; capacitarse constantemente sobre el tema para actualizarse y responder oportunamente a las necesidades de la niñez. (28)

La intervención del médico es la siguiente: es el responsable directo del paciente, de realizar historia clínica completa, interconsultar al Comité, confirmar el diagnóstico, proveer de tratamiento médico, evaluación clínica a familia, elaborar informe, dar información a la familia e informar del egreso. (28)

La intervención de la trabajadora social es de realizar entrevistas a fuentes colaterales y visita domiciliaria, trabajar la situación que presenta la familia, iniciar tratamiento social, realizar actividades educativas, coordinar acciones interinstitucionales y extrainstitucionales, realizar la denuncia, orientar y dar información a los padres. (28)

La intervención de la psicóloga es de realizar evaluación psicológica al niño, niña o padres, aportar elementos diagnósticos para confirmar la sospecha de maltrato, apoyar al niño y familia para la resolución del problema, elaborara el informe y dar terapia de seguimiento. (28)

La intervención de enfermería es de contribuir en la detección de los casos que ingresen con sospecha de Maltrato Infantil, atender al o la ingresado/a, proporcionándole la atención y el cuidado necesario, durante su permanencia en la Unidad; reportar al médico, miembros del Comité o Jefe inmediato la sospecha en cualquier caso; asistir a las reuniones y representar al Comité en actividades dentro y fuera de la Institución. (28)

Se considera como caso con sospecha de Maltrato Infantil, a cualquier niño/a que se presente a la Unidad, con diagnóstico compatible a tal, siendo algunos de los indicadores fracturas, quemaduras, contusiones, laceraciones, hematoma u otros. También se sospecha cuando hay factores de riesgo como son niño acompañado de alguien que no es familiar, sin explicación adecuada; incompatibilidad entre los resultados del examen físico inicial y la historia, además de un comportamiento extraño; que la familia viva en situación precaria y negligencia en la atención del paciente, entre otros. (28)

La denuncia del caso, debe contener datos exactos del número de afiliación, nombres y apellidos completos del menor, padres y/o encargados, dirección exacta del domicilio o lugar donde ocurrió el hecho, fecha de nacimiento y edad del niño, fecha del ingreso, diagnóstico, servicio y número de cama donde permanece, así como una breve explicación de la historia que motivó su ingreso. La misma se hace ante la Magistratura coordinadora de Menores, con copia a la oficina de Atención a la Víctima del Ministerio Público, a la Sección de Menores de la Procuraduría General de la Nación, a la Dirección Ejecutiva y Jefatura de Pediatría del Hospital General de Enfermedades, al Expediente Médico y al Expediente Social del Caso. (28)

Inmediatamente después de sospechar de un caso, se debe notificar a Trabajo Social a través de la Hoja de Consulta a otras Especialidades (Form DGMH-12) quien a su vez lo hará al Comité de Prevención y Tratamiento de Maltrato Infantil. (28)

Entre los criterios de hospitalización se encuentran cuando el menor presenta condiciones médicas o quirúrgicas; en horas o días no hábiles para evitar que el caso se pierda; cuando el ofensor está dentro de la familia, próximo o de fácil acceso al menor; cuando viene referido por otra Unidad Médica que no cuente con servicio de encamamiento; cuando el personal médico y de enfermería observan conductas y actitudes sospechosas tales como: manipulación, agresividad, evasión, negación y contradicción, indiferencia, insistencia por llevarse al menor, otros; y ante la ausencia de progenitores o tutores. (28)

El tratamiento a nivel hospitalario comienza con la sospecha por parte del médico de la existencia de abuso sexual. El ingreso se realiza por emergencia como medida de protección, para el diagnóstico y tratamiento médico, psicológico y social y para consulta con especialistas. Si padres se oponen al ingreso se solicita a la Procuraduría General de la

Nación orden de depósito, en horarios de lunes a viernes de 0800-1530 horas. En días festivos, fines de semana y luego de las 1600 horas con la Procuraduría de Derechos Humanos. (28)

Ya ingresado el paciente, éste recibe un manejo multidisciplinario por parte del Comité. Al mismo tiempo se solicita evaluación del médico forense y se da aviso a las autoridades. Por último se determina como caso y se individualiza la atención. (28)

Entre los criterios para el tratamiento en consulta externa se encuentran los siguientes: cuando no amerita atención médica o quirúrgica; cuando los padres o tutores estén presentes; cuando el agresor está fuera del núcleo familiar y hay una actitud de preocupación e involucramiento responsable de los padres; y cuando después de la evaluación inicial se determina que no hay riesgo social elevado. (28)

IV. OBJETIVOS

4.1 GENERAL

- 4.1.1** Conocer el porcentaje de cumplimiento de las normas técnicas y administrativas del manejo multidisciplinario que se brinda al paciente pediátrico con abuso sexual en consulta externa y área hospitalaria del departamento de Pediatría del Hospital General de Enfermedades del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, del 01 de enero del 2004 al 31 de diciembre del 2009.

4.2 ESPECÍFICOS

- 4.2.1** Determinar la edad y sexo de los pacientes con sospecha o sujetos a abuso sexual.
- 4.2.2** Establecer el cumplimiento de las normas técnicas del manejo multidisciplinario del paciente con sospecha o sujeto a abuso sexual.
- 4.2.3** Definir el cumplimiento de las normas administrativas del manejo multidisciplinario del paciente con sospecha o sujeto a abuso sexual.

V. MATERIAL Y MÉTODOS

5.1 TIPO DE ESTUDIO

Estudio observacional descriptivo transversal.

5.2 UNIDAD DE ANÁLISIS

Niños de sexo masculino y femenino manejados por el Comité de Prevención de Maltrato Infantil y Abuso sexual sin límite de edad.

5.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

Población: Niños de sexo masculino y femenino, atendidos en consulta externa y área hospitalaria del departamento de Pediatría del Hospital General de Enfermedades del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, con abuso sexual, tratados por el Comité de Prevención de Maltrato Infantil y Abuso Sexual.

Muestra: Todos los pacientes pediátricos con diagnóstico de sospecha o de abuso sexual anotados en el Libro de Control de Casos de Pediatría manejado por Trabajo Social. Selección de la muestra: por conveniencia.

5.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de inclusión:

Se consideraron dentro del estudio todos los pacientes de ambos sexos, con sospecha o diagnóstico de abuso sexual evaluados en Consulta Externa y en Área Hospitalaria, que se encontraron anotados en el Libro de Control de Casos de Pediatría manejado por Trabajo Social. También se tomaron en cuenta pacientes con reporte a Trabajo Social por enfermedades venéreas. Todos los pacientes tuvieron que contar con expediente clínico presente en el Archivo de Pediatría.

Criterios de exclusión:

Se consideraron fuera del estudio todos los casos que no contaron con expediente. Se excluyeron del estudio a pacientes que fueron reportados a Trabajo Social por enfermedades venéreas, pero la transmisión fue diferente a la sexual.

5.5 TÉCNICAS, PROCEDIMIENTOS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS**TÉCNICAS:**

Para el cumplimiento de todos los objetivos del trabajo, se realizó revisión documental de todos los archivos y expedientes. Se registró el cumplimiento de los requisitos básicos en la ficha de recolección de datos. Se revisaron expedientes clínicos de los pacientes que se encuentran apuntados en el Libro de Control de Casos de Pediatría manejado por Trabajo Social.

INSTRUMENTOS:

Se utilizó la ficha de recolección de datos directamente con los expedientes clínicos. Solamente son posibles respuestas si y no.

5.6 ANÁLISIS, USO DE PROGRAMAS Y TRATAMIENTO ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

Se elaboraron cuadros de frecuencias.

Se utilizaron escalas y se calcularon porcentajes para determinar el grado de cumplimiento de las normas en el manejo de los pacientes.

Se utilizó Excel para el procesamiento de los datos.

5.7 ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

Se garantizó la confidencialidad en el manejo de la información.

VI. RESULTADOS

6.1 EDAD Y SEXO DE PACIENTES CON SOSPECHA O ABUSO SEXUAL

Cuadro 1

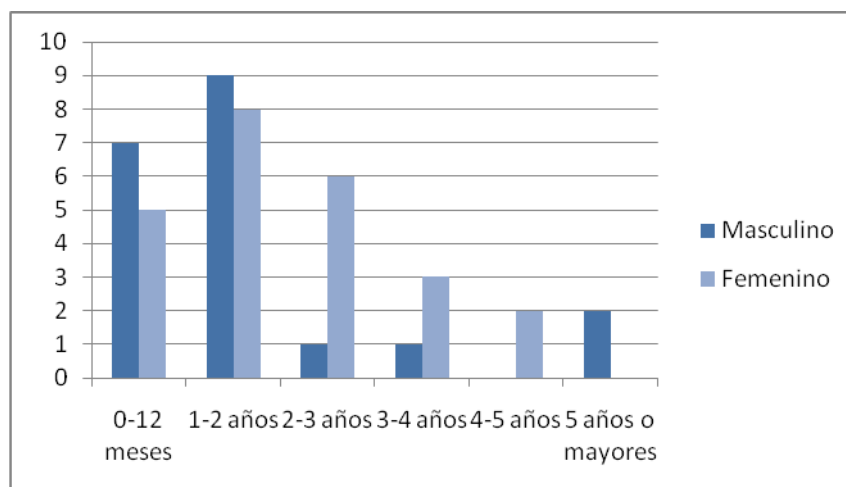
Edad y sexo de los pacientes pediátricos con sospecha o diagnóstico de abuso sexual.
Departamento de Pediatría, IGSS Zona 9. Enero 2004 a diciembre 2009.

EDADES	Masculino	Femenino	Total	Porcentaje
0-12 meses	7	5	12	27.3%
1-2 años	9	8	17	38.6%
2-3 años	1	6	7	15.9%
3-4 años	1	3	4	9%
4-5 años	0	2	2	4.5%
5 años o mayores	2	0	2	4.5%
TOTAL	20	24	44	100

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Gráfica 1

Edad y sexo de los pacientes pediátricos con sospecha o diagnóstico de abuso sexual.
Departamento de Pediatría, IGSS Zona 9. Enero 2004 a diciembre 2009.



Fuente: Cuadro 1.

6.2 CUMPLIMIENTO DE NORMAS TÉCNICAS DE MANEJO

6.2.1 CONTENIDO DE DENUNCIA

Cuadro 2

Contenido de denuncia con los datos exactos de los pacientes pediátricos con sospecha o diagnóstico de abuso sexual. Departamento de Pediatría, IGSS Zona 9.

Enero 2004 a diciembre 2009.

NORMAS TÉCNICAS	SI	NO	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
La denuncia del caso contiene datos exactos de			
el número de afiliación	43	1	97.7
Nombres y apellidos completos del menor	43	1	97.7
Nombres y apellidos completos de padreo y/o encargados	43	1	97.7
dirección exacta del domicilio o lugar donde ocurrió el hecho	43	1	97.7
fecha de nacimiento y edad del niño	43	1	97.7
fecha del ingreso	9	0	100
Diagnóstico	9	0	100
servicio y número de cama donde permanece	9	0	100
una breve explicación de la historia que motivó su ingreso	9	0	100

Fuente: Ficha de recolección de datos.

6.2.2 INSTANCIAS ANTE LAS QUE SE PRESENTÓ DENUNCIA

Cuadro 3

Instancias ante las cuales se presentaron las denuncias de los pacientes pediátricos con sospecha o diagnóstico de abuso sexual. Departamento de Pediatría, IGSS Zona 9. Enero 2004 a diciembre 2009.

NORMAS TÉCNICAS se realizó la denuncia	SI	NO	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
ante la magistratura coordinadora de menores	0	44	0
la oficina de atención a la víctima del ministerio público	0	44	0
la sección de menores de la procuraduría general de la nación	0	44	0
la dirección ejecutiva y jefatura de pediatría del hospital	0		0
		44	0
el expediente médico	43	1	97.7
el expediente social del caso	43	1	97.7

Fuente: Ficha de recolección de datos.

6.2.3 ACCIÓN INMEDIATA ANTE UN CASO SOSPECHOSO DE ABUSO SEXUAL

Cuadro 4

Acción inmediata luego de sospechar caso. Pacientes pediátricos con sospecha o diagnóstico de abuso sexual. Departamento de Pediatría, IGSS Zona 9.

Enero 2004 a diciembre 2009.

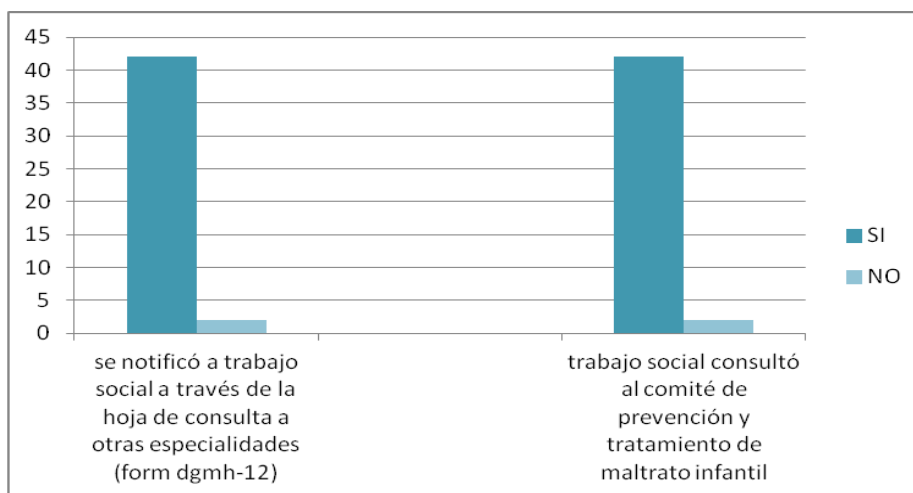
NORMAS TÉCNICAS inmediatamente después de sospechar de un caso	SI	NO	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
se notificó a trabajo social a través de la hoja de consulta a otras especialidades (form dgmh-12)	42	2	95.5%
trabajo social consultó al comité de prevención y tratamiento de maltrato infantil	42	2	95.5%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Gráfica 2

Acción inmediata luego de sospechar caso. Pacientes pediátricos con sospecha o diagnóstico de abuso sexual. Departamento de Pediatría, IGSS Zona 9.

Enero 2004 a diciembre 2009.



Fuente: Cuadro 4.

6.2.4 CRITERIO DE HOSPITALIZACIÓN

Cuadro 5

Criterios de hospitalización de los pacientes pediátricos con sospecha o diagnóstico de abuso sexual. Departamento de Pediatría, IGSS Zona 9.

Enero 2004 a diciembre 2009.

NORMAS TÉCNICAS criterio de hospitalización	SI	NO	PORCENTAJE DE HOSPITALIZACIÓN
condiciones médicas o quirúrgicas	9	35	20.5%
horas o días no hábiles	--	--	--
el ofensor está dentro de la familia, próximo o defácil acceso al menor	--	--	--
referido por otra unidad médica	--	--	--
el personal médico y de enfermería observan conductas y actitudes sospechosas tales como: manipulación, agresividad, evación, negación y contradicción, indiferencia, insistencia por llevarse al menor, otros	--	--	--
la ausencia de progenitores o tutores	--	--	--

Fuente: Ficha de recolección de datos.

6.2.5 MANEJO INTRAHOSPITALARIO

Cuadro 6

Manejo a nivel hospitalario de los pacientes pediátricos con sospecha o diagnóstico de abuso sexual. Departamento de Pediatría, IGSS Zona 9.

Enero 2004 a diciembre 2009.

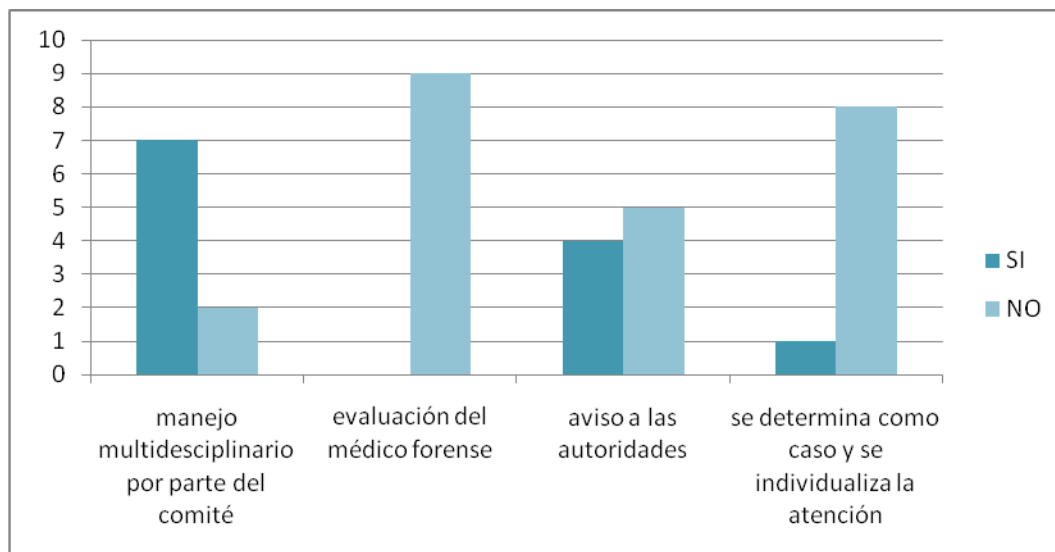
NORMAS TÉCNICAS nivel hospitalario	SI	NO	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
manejo multidisciplinario por parte del comité	7	2	77.7%
evaluación del médico forense	0	9	0%
aviso a las autoridades	4	5	44.4%
se determina como caso y se individualiza la atención	1	8	11%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Gráfica 3

Manejo a nivel hospitalario de los pacientes pediátricos con sospecha o diagnóstico de abuso sexual. Departamento de Pediatría, IGSS Zona 9.

Enero 2004 a diciembre 2009.



Fuente: Cuadro 6.

6.2.6 CRITERIO DE TRATAMIENTO POR CONSULTA EXTERNA

Cuadro 7

Criterios de manejo por consulta externa de pacientes pediátricos con sospecha o diagnóstico de abuso sexual. Departamento de Pediatría, IGSS Zona 9.

Enero 2004 a diciembre 2009.

NORMAS TÉCNICAS consulta externa	SI	NO	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
no amerita atención médica o quirúrgica	35	0	100%
padres o tutores presentes	--	--	--
agresor fuera del núcleo familiar	--	--	--
actitud de preocupación e involucramiento	--	--	--
responsable de los padres después de la evaluación inicial se determina que no hay riesgo social elevado	--	--	

Fuente: Ficha de recolección de datos.

6.3 CUMPLIMIENTO DE NORMAS ADMINISTRATIVAS DE MANEJO

6.3.1 INTERVENCIÓN DEL MÉDICO

Cuadro 8

Intervención del médico en el tratamiento de pacientes pediátricos con sospecha o diagnóstico de abuso sexual. Departamento de Pediatría, IGSS Zona 9.

Enero 2004 a diciembre 2009.

NORMAS ADMINISTRATIVAS Intervención del médico	SI	NO	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
Responsabilidad directa del paciente	44	0	100%
se realizó historia clínica completa	44	0	100%
se interconsultó al comité	44	0	100%
se confirmó el diagnóstico	44	0	100%
se dio tratamiento médico	44	0	100%
se realizó evaluación clínica a familia	15	29	34%
se elaboró informe	44	0	100%
se dió información a la familia	44	0	100%
se informó del egreso	44	0	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

6.3.2 INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

Cuadro 9

Intervención de Trabajo Social en el tratamiento de pacientes pediátricos con sospecha o diagnóstico de abuso sexual. Departamento de Pediatría, IGSS Zona 9. Enero 2004 a diciembre 2009.

NORMAS ADMINISTRATIVAS Intervención de trabajo social	SI	NO	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
se realizó entrevistas a fuentes colaterales	44	0	100%
se realizó visita domiciliaria	44	0	100%
se trabajó la situación que presenta la familia	44	0	100%
se inició tratamiento social	44	0	100%
se realizó actividades educativas	13	31	29.5%
se coordinó acciones interinstitucionales y extrainstitucionales	13	31	29.5%
se realizó la denuncia	13	31	29.5%
se orientó e informó a los padres	40	4	91%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

6.3.3 INTERVENCIÓN DE PSICOLOGÍA

Cuadro 10

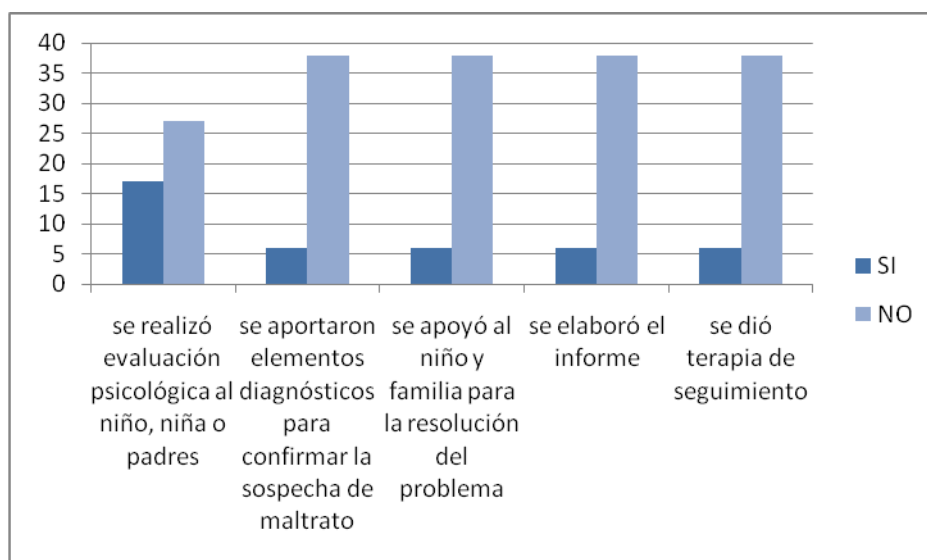
Intervención de Psicología en el tratamiento de pacientes pediátricos con sospecha o diagnóstico de abuso sexual. Departamento de Pediatría, IGSS Zona 9. Enero 2004 a diciembre 2009.

NORMAS ADMINISTRATIVAS	SI	NO	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
Intervención de psicología	SI	NO	
se realizó evaluación psicológica al niño, niña o padres	17	27	38.6
se aportaron elementos diagnósticos para confirmar la sospecha de maltrato	6	38	13.6
se apoyó al niño y familia para la resolución del problema	6	38	13.6
se elaboró el informe	6	38	13.6
se dió terapia de seguimiento	6	38	13.6

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Gráfica 4

Intervención de Psicología en el tratamiento de pacientes pediátricos con sospecha o diagnóstico de abuso sexual. Departamento de Pediatría, IGSS Zona 9. Enero 2004 a diciembre 2009.



Fuente: Cuadro 10.

6.3.4 INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Cuadro 11

Intervención de Enfermería en el tratamiento de los pacientes pediátricos con sospecha o diagnóstico de abuso sexual. Departamento de Pediatría, IGSS Zona 9. Enero 2004 a diciembre 2009.

NORMAS ADMINISTRATIVAS Intervención de enfermería	SI	NO	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
contribuyó en la detección de los casos que ingresen con sospecha de maltrato infantil	44	0	100%
se atendió al o la ingresado/a, proporcionándole la atención y el cuidado necesario durante su permanencia en la unidad	44	0	100%
se reportó al médico, miembros del comité o jefe inmediato la sospecha en cualquier caso	44	0	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

VII. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

El tratamiento del abuso sexual se puede dividir en tres grandes grupos: el tratamiento médico, la denuncia y la salud mental. (21)

El seguimiento que se le da a los casos de abuso sexual, es parte muy esencial para que los niños logren superar los traumas psicológicos, a través de terapias psicoterapéuticas; así como la orientación a la familia para que realicen la denuncia al Ministerio Público, dependiendo de la colaboración de la familia, y se le de un buen tratamiento social al problema. (19)

De lo indicado anteriormente se logra entender que el tratamiento no solamente depende del médico, sino es multidisciplinario. De allí la importancia de establecer como se están abordando los casos y como se está cumpliendo las normas establecidas como primer paso para mejorar la calidad del abordaje de los pacientes con sospecha de abuso sexual.

7.1 EDAD Y SEXO DE PACIENTES CON SOSPECHA O ABUSO SEXUAL

Se han estudiado en total 44 expedientes pertenecientes al período 2004-2009. En el período estudiado se encuentran pocos casos, lo cual se correlaciona con estadísticas mundiales por ser una patología de escaso registro.

En el Hospital Roosevelt del Departamento de Trabajo Social, en el libro de registro de casos de la atención a niños, se registran del año 1996 al 2003, 129 casos de abuso sexual. (19)

En el Hospital General de Enfermedades IGSS, departamento de Pediatría, se manejaron como sospecha de maltrato infantil durante el 2003, 172 casos; durante 2004, 189 casos; durante 2005, 186 casos; e inicios de 2006, 44 casos. De estos los casos manejados como maltrato sexual fueron durante el 2003, 8 casos; durante 2004, 6 casos; durante 2005, 13 casos; e inicios de 2006, 1 caso.

Del total estudiado 20 pertenecen al sexo masculino, y 24 al sexo femenino. Esto se correlaciona con lo indicado en casi todas las estadísticas (7,11); como las de Colombia,

Bolivia, Groenlandia; en las que se indica que el sexo más afectado es el femenino. Únicamente en la estadística europea (7) se indica mayor afección al sexo masculino.

La mayoría de pacientes estudiados se encuentran en los grupos etáreos de 1-2 años con el 38.6% de los pacientes vistos y luego 0-12 meses con el 27.3%.

Los niños menores de 4 años se encuentran en mayor riesgo de lesiones o muerte. En 2003, en Estados Unidos, el 79% de los niños con fatalidades secundarias a maltrato fueron menores de 4 años, y el 44% de los fallecidos tuvieron edad menor de 1 año. (3)

En Colombia, en el 2001 (29), la edad más afectada la de 10 a 14 años (37%), seguida por la de 5 a 9 años (25%), la de 15 a 17 años (14%) y la de 1 a 4 años (10%).

La razón fundamental por la que no se correlaciona el grupo etáreo de la muestra con el de las estadísticas es por la asistencia que brinda el IGSS a la población pediátrica. En el acuerdo 466 del IGSS, capítulo IV se contempla la asistencia pediátrica, con los beneficios a los que tienen derecho los hijos de los afiliados menores de cinco años con derecho a servicios de asistencia médica en general. En casos especiales, la atención se extiende hasta los 15 años. (10). Únicamente se encontraron 2 casos mayores de 5 años.

7.2 CUMPLIMIENTO DE NORMAS TÉCNICAS DE MANEJO

7.2.1 CONTENIDO DE DENUNCIA

En el 97.7% (43) de los casos la denuncia se realizó de una forma adecuada, cumpliendo con las normas técnicas. Esto indica que se cuenta en la denuncia con los datos exactos de número de afiliación, nombres y apellidos completos del menor y encargados, dirección, fechas de nacimiento, ingreso, diagnóstico, servicio al que ingresa y breve historia en los casos en los que se ameritó.

7.2.2 INSTANCIAS ANTE LAS QUE SE PRESENTÓ DENUNCIA

Un análisis de la legislación guatemalteca sobre maltrato infantil realizado en el 2000, indica que en cuanto a la denuncia, indica lo siguiente:

Las personas que les consta casos de maltrato infantil, un profesional o no profesional que se relaciona con menores de edad, de forma constante y personal y que por lo tanto son propicios para detectar a niños víctimas de maltrato y abuso sexual (maestros, docentes, trabajadores sociales, médicos, psicólogos, bomberos, paramédicos y policías) tienen la obligación de presentar las denuncias. En Guatemala, la omisión de denuncias es un hecho punitivo. En virtud que para los funcionarios y empleados públicos que conozcan el hecho en ejercicio de sus funciones, por razón de su cargo, deben denunciar el conocimiento que tiene sobre un delito de Acción Pública, con excepción de los que requieren instancia, denuncia o autorización para su persecución, sin demora alguna. (5)

Las instancias a las que se puede presentar las denuncias son las siguientes:

Organismos de protección al menor

Ministerio Público (Fiscalía de menores o de la niñez)

Procuraduría de los Derechos Humanos

Magistratura de Menores

Procuraduría General de la Nación

Otros organismos en casos especiales (Policía Nacional, Cuerpo de Bomberos, Juzgados de Paz, La Oficina del Menor Trabajador). (27)

La denuncia es obligatoria en el marco jurídico (Código Penal: Artículo 457 (Omisión de la denuncia); Código procesal penal: Artículo 298(denuncia obligatoria); Ley de protección integral de la niñez y la adolescencia: Artículo 29 (comunicación de casos de maltrato), Artículo 44 y 55 (obligación de denuncia). El personal de las instituciones públicas y privadas, centros educativos, servicios de salud y otros de atención a los niños, niñas y adolescentes, tienen la obligación de denunciar los casos de maltrato que se detecten o atiendan en sus instituciones. Artículo 55 Ley de protección integral de la niñez y adolescencia. (28)

Las instancias a las que se le realizó la consulta solamente fueron a expediente social y médico. Solamente en un expediente no se encuentra información sobre la denuncia ni hoja de trabajo social. No se realizó ninguna denuncia a otras instituciones, ya que el diagnóstico final no fue abuso sexual. Solamente fueron sospecha de abuso sexual en la totalidad de los casos.

Todos los casos fueron evaluados por el comité de abuso sexual encontrándose nota en el expediente.

7.2.3 ACCIÓN INMEDIATA ANTE UN CASO SOSPECHOSO DE ABUSO SEXUAL

Se considera como caso con sospecha de Maltrato Infantil, a cualquier niño/a que se presente a la Unidad, con diagnóstico compatible a tal, siendo algunos de los indicadores fracturas, quemaduras, contusiones, laceraciones, hematoma u otros. También se sospecha cuando hay factores de riesgo como son niño acompañado de alguien que no es familiar, sin explicación adecuada; incompatibilidad entre los resultados del examen físico inicial y la historia, además de un comportamiento extraño; que la familia viva en situación precaria y negligencia en la atención del paciente, entre otros. (28)

Todas las denuncias se realizaron a trabajo social y al comité de prevención de maltrato. En la mayoría de expedientes no se encontró la forma dgmh-12. En 2 expedientes no se encuentran por escrito las hojas de consulta, o respuestas en expediente.

7.2.4 CRITERIO DE HOSPITALIZACIÓN

Nueve pacientes cumplieron criterios para ser hospitalizados, todos con una condición médica para el ingreso. Ninguno de los ingresos presentó otra razón para ingreso.

7.25 MANEJO INTRAHOSPITALARIO

La atención que reciben los niños atendidos en el departamento de Pediatría del Hospital Roosevelt es la siguiente. Los niños son atendidos y examinados por médicos que se encuentran en la emergencia de pediatría. Son ingresados de acuerdo al diagnóstico que se elabore, para ser hospitalizados en un servicio de atención médica. Los casos de abuso sexual son estudiados por el Comité Contra el Maltrato Infantil con el fin de llevar a cabo las actividades necesarias para el abordaje integral y multidisciplinario de los casos de maltrato infantil. Dichos comités dependen de la Comisión Nacional Contra el Maltrato Infantil y de la Defensoría de los Derechos de la Niñez de la Procuraduría de los Derechos Humanos. El seguimiento lo realiza Trabajo Social. (19)

En el IGSS el tratamiento a nivel hospitalario comienza con la sospecha por parte del médico de la existencia de abuso sexual. El ingreso se realiza por emergencia como medida de protección, para el diagnóstico y tratamiento médico, psicológico y social y para consulta con especialistas. Si padres se oponen al ingreso se solicita a la Procuraduría General de la Nación orden de depósito, en horarios de lunes a viernes de 0800-1530 horas. En días festivos, fines de semana y luego de las 1600 horas con la Procuraduría de Derechos Humanos. Ya ingresado el paciente, éste recibe un manejo multidisciplinario por parte del Comité. Al mismo tiempo se solicita evaluación del médico forense y se da aviso a las autoridades. Por último se determina como caso y se individualiza la atención. (28) Como se puede observar el manejo es el mismo ya que en los dos nosocomios los pacientes son evaluados por comité multidisciplinario.

En el presente estudio todos tuvieron manejo multidisciplinario. Ninguno fue evaluado por médico forense, todos contaron con aviso a autoridades y se individualizó la atención.

7.2.6 CRITERIO DE TRATAMIENTO POR CONSULTA EXTERNA

Entre los criterios para el tratamiento en consulta externa se encuentran los siguientes: cuando no amerita atención médica o quirúrgica; cuando los padres o tutores estén presentes; cuando el agresor está fuera del núcleo familiar y hay una actitud de preocupación e involucramiento responsable de los padres; y cuando después de la evaluación inicial se determina que no hay riesgo social elevado. (28)

Treinta y cinco pacientes fueron manejados por consulta externa por no encontrar riesgo social elevado. Un paciente era evaluado por consulta externa dermatología, quienes realizaron la denuncia, y se encontró adecuadamente realizada.

7.3 CUMPLIMIENTO DE NORMAS ADMINISTRATIVAS DE MANEJO

7.3.1 INTERVENCIÓN DEL MÉDICO

El manejo por parte del médico se cumplió al 100% casi en todos los aspectos de los que es responsable, solamente la evaluación clínica a la familia se realizó en el 34% de los casos (no se encuentran datos en el expediente clínico).

7.3.2 INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

Por parte de Trabajo social se cumplió el 100% de las normas. No se encontraron datos escritos sobre actividades educativas a familia, trabajo con otras instituciones ni orientación a padres en 31 pacientes, revelando esto únicamente 29% de cumplimiento. Esto se determinó, ya que no se encontraron datos al respecto en los expedientes. Es posible que estos datos se encuentren en expedientes aparte pero no se investigó ya que se sale de los fines del presente estudio.

7.3.3 INTERVENCIÓN DE PSICOLOGÍA

El seguimiento que se le da a los casos de abuso sexual, es parte muy esencial para que los niños logren superar los traumas psicológicos, a través de terapias psicoterapéuticas; así como la orientación a la familia para que realicen la denuncia al Ministerio Público, dependiendo de la colaboración de la familia, se le de un buen tratamiento social al problema. (19)

No se puede valorar la intervención por parte de psicología, ya que no se encuentra por escrito el aporte solamente un 38.6% de los pacientes fue evaluado por psicología y en 13% se aportaron elementos diagnósticos y apoyo al paciente, además de terapia de seguimiento. Esto fue en parte a que la mayoría de pacientes no fueron ingresados y por consiguiente no se encontraron datos en los expedientes. Todas las evaluaciones por parte de psicología se encuentran en expedientes de pacientes hospitalizados.

7.3.4 INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Se observó el 100% de cumplimiento de normas por parte de enfermería.

7.4 CONCLUSIONES

- 7.4.1** El estudio se realizó con 44 pacientes con sospecha de abuso sexual. El total de casos se correlaciona con estadísticas mundiales en las que los casos de sospecha o de abuso sexual son muy bajos.
- 7.4.2** El 45% de casos corresponden al sexo masculino, y el 55% al femenino.
- 7.4.3** Los grupos etáreos más afectados son de 1 – 2 años en un 38.6% y luego 0-12 meses con el 27.3%. Se observa mayor incidencia en pacientes menores de 2 años, en un 65.9%, mostrándolos como es el grupo etáreo más vulnerable.
- 7.4.4** Las denuncias de casos sospechosos se realizaron adecuadamente en el 97.7% de los casos, cumpliendo con los requisitos de exactitud de los datos del paciente, familia, fechas, etc.
- 7.4.5** En los expedientes únicamente se pudo determinar que las denuncias se presentaron en el expediente social y al médico. No hubo datos dentro de los expedientes que indicaran que se realizaron las denuncias a otras instancias.
- 7.4.6** Todas las denuncias se realizaron a trabajo social y al comité de prevención de maltrato.
- 7.4.7** Únicamente 9 pacientes estuvieron hospitalizados, con manejo multidisciplinario por parte del Comité. No se encontraron datos que indicaran evaluación por médico forense. Los restantes treinta y cinco pacientes tuvieron manejo por Consulta Externa.
- 7.4.8** Dentro de la labor del personal se puede indicar que los médicos cumplieron con las normas. Únicamente se encontró en expedientes que el 34% realizó la evaluación clínica a la familia.
- 7.4.9** Trabajo social cumplió con el 100% de las normas en la mayoría de ellas. No se puede indicar bien el cumplimiento en cuanto a las actividades educativas a la

familia, trabajo con otras instituciones ni orientación a padres en 31 pacientes, porque no se encontró información en las papeletas.

7.4.10 La labor de psicología no se pudo evaluar bien ya que los expedientes no contaron con información escrita, únicamente en 38% de los expedientes. Aunque se toma en cuenta que la mayoría de pacientes no contó con ingreso sino seguimiento por Consulta Externa por parte de Trabajo Social.

7.4.11 Enfermería cumplió al 100% las normas establecidas.

7.5 RECOMENDACIONES

- 7.5.1** Al Comité de Prevención de Maltrato Infantil y Abuso Sexual: realizar estudios para evaluar conocimientos del personal que se encuentra en contacto con pacientes sobre el mecanismo de reporte de casos de abuso sexual para no perder oportunidades de diagnóstico.
- 7.5.2** Al Comité de Prevención de Maltrato Infantil y Abuso Sexual: realizar educación médica continua al personal de salud involucrado en la atención de casos de abuso sexual (médicos, trabajo social, psicología, enfermería).
- 7.5.3** A los médicos y estudiantes de medicina: conocer los mecanismos de reporte de casos en los lugares de trabajo.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Banco Mundial. "Poverty in Guatemala". Informe 24221-GU Guatemala: feb 2003: 10.
2. Boche, C.; et. al. "Aplicación de la ludoterapia a niños (as) de 5 a 12 años de edad víctimas de abuso sexual atendidos en Pediatría del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, durante el período de 1990 a 1995." Guatemala, Universidad de San Carlos de Guatemala, 1996. Tesis Licenciatura en Psicología.
3. CONACMI. "Estadísticas". www.conacmi.org
4. Department of Health and Human Services, Administration on Children, Youth, and Families. "Child maltreatment 2003" [online]. Washington (DC): [citado Abril 5, 2005]. URL: www.acf.hhs.gov/programs/cb/pubs/cm03/index.htm.
5. El Congreso de la República de Guatemala. "Código de la Niñez y la Juventud." Decreto numero 78-1996. 27 Septiembre 1996.
6. El Congreso de la República de Guatemala. "Código Procesal Penal."
7. Felzen, C. "Abuso sexual infantil". Pediatrics in Review. 2006; 27(1): 17-27.
8. Friedlaender, D.; et. al. "Patterns of health care use that may identify young children who are at risk for maltreatment." Pediatrics dec 2005; 116 (6):1303-1308.
9. Hussey, J.; et. al. "Child maltreatment in the united states: prevalence, risk factors, and adolescent health consequences." Pediatrics sept 2006; 118(3): 933-942.
10. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. "Acuerdo 466 reglamento de asistencia médica."
11. Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Casos registrados de violencia intrafamiliar, 2000. "Frecuencia de maltrato en hogares, muertes de niños y niñas por homicidio." Informes Medicina Legal 2000 y Defensoría del Pueblo 2001.

12. Kellogg, N.; et. al. "Children with anogenital symptoms and signs referred for sexual abuse: evaluations." Arch Pediatr Adolesc Med 2001; 152: 634-641.
13. Lansford, J.; et. al. "A 12-year prospective study of the long-term effects of early child physical maltreatment on psychological, behavioral, and academic problems in adolescence." Arch Pediatr Adolesc Med 2002; 156: 824-830.
14. López, E.; et. al. "Maltrato infantil. asociación murciana de apoyo a la infancia maltratada." Facultad de Psicología. Universidad de Murcia. 2002. <http://www.um.es/facpsi/maltrato/>
15. MacMillan, H. "Preventive health care, 2000 update: prevention of child maltreatment." CMAJ nov 2000; 163 (11): 1451-1458.
16. Markenson, D.; et. al. "A national assessment of knowledge, attitudes, and confidence of prehospital providers in the assessment and management of child maltreatment." Pediatrics jan 2007; 119(1): e103-e108.
17. Moreno, E.; et al. "Reflexiones acerca del proceso de normatización". Salud Perinatal 1986; 2(6): 49-64.
18. Organización Panamericana de la Salud. Comisión Interamericana de Mujeres. "Tráfico de mujeres y niños para la explotación sexual en las Américas". Hoja Informativa jul 2001. <http://www.oas.org/CIM/Spanish/Traffickingfactsheetfinal.pdf>
19. Orozco, M. "Estudio de casos de abuso sexual en el hospital Roosevelt, departamento de pediatría. Guatemala, universidad de san Carlos de Guatemala, 2005." Tesis Licenciatura en Psicología.
20. Pérez, M. "Descripción del maltrato físico en niños y niñas: estudio retrospectivo descriptivo realizado con expedientes clínicos de niños menores de 5 años atendidos en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en el período comprendido entre 1994 y 1998. Guatemala, Universidad de San Carlos de Guatemala, 1999. Tesis Licenciatura en Ciencias Médicas y Cirugía.

21. Redondo, C.; et. al. "Revisión: el abuso sexual infantil." Bol Pediatr 2005; 45: 3-16.
22. Reyes, L. "Acciones preventivas del maltrato infantil a través de la modificación de patrones de crianza e identificación de factores psicosociales de riesgo y sus efectos emocionales en la conducta escolar." Guatemala, Universidad de San Carlos de Guatemala, 2001. Tesis Licenciatura en Psicología.
23. Rodas, B.; et. al. "Guía metodológica: el maltrato y abuso sexual infantil. Guatemala, Noviembre 2001." Pág 9
24. Rodas, B.; et. al. "Guía metodológica 2: el maltrato y abuso sexual infantil, definición y clasificación." Guatemala, noviembre 2003.
25. Santos, L. "Atención psicosocial en niñas, niños y adolescentes referidos por maltrato y abuso sexual que asisten a la asociación nacional contra el maltrato infantil – CONACMI- de la ciudad capital de Guatemala." Guatemala, Universidad de San Carlos de Guatemala, 2007. Tesis Licenciatura en Psicología.
26. Theodore, A., et. al. "Electronic article: epidemiologic features of the physical and sexual maltreatment of children in the Carolinas." Pediatrics march 2005; 115(3) e331-e337.
27. Tobar, B. "Análisis de la legislación guatemalteca sobre el maltrato infantil y sus causas sociales." Guatemala, Universidad de San Carlos de Guatemala, 2000. Tesis Licenciatura en Ciencias Jurídicas y Sociales.
28. Trabajo social. Registro. "Reglamento y manual comité de prevención de maltrato infantil." Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.
29. UNICEF, Bogotá. "Renacer: una experiencia para volver a nacer"; defensoría del pueblo." Informe sobre los derechos de la niñez, 2000-2001.
<http://www.unicef.org/spanish/>

30. UNICEF, Guatemala; “Violencia y maltrato infantil” 2006.
<http://www.unicef.org/spanish/>

IX. ANEXOS

ANEXO No 1
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

No _____

Instrucciones:

La presente encuesta debe ser realizada al 100 % de los casos se sospeche o confirme abuso sexual en el paciente pediátrico y que consulten o ingresen a los diferentes servicios del departamento de pediatría, que cuenten con expediente clínico.

HOSPITAL GENERAL DE ENFERMEDADES IGSS
DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA

No de registro clínico. _____ Fecha de llenado _____

Nombre paciente: _____

Fecha de nacimiento _____

Edad _____ años _____ meses Sexo Femenino ☐ Masculino

☐

Afiliación: _____

DATOS PACIENTE

FUERON LLENADOS ADE CUADAMENTE LOS DATOS DEL PACIENTE Si ☐ No ☐

DATOS FAMILIA

FUERON LLENADOS ADE CUADAMENTE LOS DATOS DE LA FAMILIA Si ☐ No ☐

DATOS DEL PADRE

FUERON LLENADOS ADE CUADAMENTE LOS DATOS DEL PADRE Si ☐ No ☐

DATOS DE LA MADRE:

FUERON LLENADOS ADE CUADAMENTE LOS DATOS DE LA MADRE Si ☐ No ☐

DATOS DEL AGRESOR

FUERON LLENADOS ADE CUADAMENTE LOS DATOS DEL AGRESOR Si ☐ No ☐

CUMPLIMIENTO DE NORMAS

a. TÉCNICAS

LA DENUNCIA DEL CASO CONTIENE DATOS EXACTOS DE:

EL NÚMERO DE AFILIACIÓN	Si ☐	No ☐
NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS DEL MENOR		
NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS DE PADRES Y/O ENCARGADOS	Si ☐	No ☐
DIRECCIÓN EXACTA DEL DOMICILIO O LUGAR DONDE OCURRIÓ EL HECHO	Si ☐	No ☐
FECHA DE NACIMIENTO Y EDAD DEL NIÑO	Si ☐	No ☐
FECHA DEL INGRESO	Si ☐	No ☐
DIAGNÓSTICO	Si ☐	No ☐
SERVICIO Y NÚMERO DE CAMA DONDE PERMANECE	Si ☐	No ☐
UNA BREVE EXPLICACIÓN DE LA HISTORIA QUE MOTIVÓ SU INGRESO	Si ☐	No ☐

SE REALIZÓ LA DENUNCIA

ANTE LA MAGISTRATURA COORDINADORA DE MENORES	Si ☐	No ☐
CON COPIA A		
LA OFICINA DE ATENCIÓN A LA VÍCTIMA DEL MINISTERIO PÚBLICO	Si ☐	No ☐
LA SECCIÓN DE MENORES DE LA PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN	Si ☐	No ☐
LA DIRECCIÓN EJECUTIVA Y JEFATURA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL GENERAL DE ENFERMEDADES	Si ☐	No ☐
EL EXPEDIENTE MÉDICO	Si ☐	No ☐
EL EXPEDIENTE SOCIAL DEL CASO	Si ☐	No ☐

INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE SOSPECHAR DE UN CASO

SE NOTIFICÓ A TRABAJO SOCIAL A TRAVÉS DE LA HOJA	Si ☐	
No ☐		
DE CONSULTA A OTRAS ESPECIALIDADES (FORM DGMH-12)		
TRABAJO SOCIAL CONSULTÓ AL COMITÉ DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE MALTRATO INFANTIL	Si ☐	No ☐

CRITERIO DE HOSPITALIZACIÓN

CONDICIONES MÉDICAS O QUIRÚRGICAS	Si ☐	No ☐
HORAS O DÍAS NO HÁBILES	Si ☐	No ☐

EL OFENSOR ESTÁ DENTRO DE LA FAMILIA, PRÓXIMO O DE FÁCIL ACCESO AL MENOR	Si ☐	No ☐
--	-----------------------------	-----------------------------

REFERIDO POR OTRA UNIDAD MÉDICA	Si ☐	No ☐
---------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

EL PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA OBSERVAN CONDUCTAS Y ACTITUDES SOSPECHOSAS TALES COMO: MANIPULACIÓN, AGRESIVIDAD, EVASIÓN, NEGACIÓN Y CONTRADICCIÓN, INDIFERENCIA, INSISTENCIA POR LLEVARSE AL MENOR, OTROS	Si ☐	No ☐
--	-----------------------------	-----------------------------

LA AUSENCIA DE PROGENITORES O TUTORES	Si ☐	No ☐
---------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

NIVEL HOSPITALARIO

MANEJO MULTIDISCIPLINARIO POR PARTE DEL COMITÉ	Si ☐	No ☐
--	-----------------------------	-----------------------------

EVALUACIÓN DEL MÉDICO FORENSE	Si ☐	No ☐
-------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

AVISO A LAS AUTORIDADES	Si ☐	No ☐
-------------------------	-----------------------------	-----------------------------

SE DETERMINA COMO CASO Y SE INDIVIDUALIZA LA ATENCIÓN	Si ☐	No ☐
---	-----------------------------	-----------------------------

CRITERIOS PARA SER TRATADO POR CONSULTA EXTERNA

NO AMERITA ATENCIÓN MÉDICA O QUIRÚRGICA	Si ☐	No ☐
---	-----------------------------	-----------------------------

PADRES O TUTORES PRESENTES	Si ☐	No ☐
----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

AGRESOR FUERA DEL NÚCLEO FAMILIAR	Si ☐	No ☐
-----------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

ACTITUD DE PREOCUPACIÓN E INVOLUCRAMIENTO RESPONSABLE DE LOS PADRES	Si ☐	No ☐
---	-----------------------------	-----------------------------

DESPUÉS DE LA EVALUACIÓN INICIAL SE DETERMINA QUE NO HAY RIEGO SOCIAL ELEVADO	Si ☐	No ☐
---	-----------------------------	-----------------------------

b. ADMINISTRATIVAS

INTERVENCIÓN DEL MÉDICO

RESPONSABILIDAD DIRECTA DEL PACIENTE	Si ☐	No ☐
--------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

SE REALIZÓ HISTORIA CLÍNICA COMPLETA	Si ☐	No ☐
--------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

SE INTERCONSULTÓ AL COMITÉ	Si ☐	No ☐
----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

SE CONFIRMÓ EL DIAGNÓSTICO	Si ☐	No ☐
----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

SE DIO TRATAMIENTO MÉDICO	Si ☐	No ☐
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------

SE REALIZÓ EVALUACIÓN CLÍNICA A FAMILIA	Si ☐	No ☐
---	-----------------------------	-----------------------------

SE ELABORÓ INFORME	Si ☐	No ☐
SE DIÓ INFORMACIÓN A LA FAMILIA	Si ☐	No ☐
SE INFORMÓ DEL EGRESO	Si ☐	No ☐

INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

SE REALIZÓ ENTREVISTAS A FUENTES COLATERALES	Si ☐	No ☐
SE REALIZÓ VISITA DOMICILIARIA	Si ☐	No ☐
SE TRABAJÓ LA SITUACIÓN QUE PRESENTA LA FAMILIA	Si ☐	No ☐
SE INICIÓ TRATAMIENTO SOCIAL	Si ☐	No ☐
SE REALIZÓ ACTIVIDADES EDUCATIVAS	Si ☐	No ☐
SE COORDINÓ ACCIONES INTERINSTITUCIONALES Y EXTRAINSTITUCIONALES	Si ☐	No ☐
SE REALIZÓ LA DENUNCIA	Si ☐	No ☐
SE ORIENTÓ E INFORMÓ A LOS PADRES	Si ☐	No ☐

INTERVENCIÓN DE PSICOLOGÍA

SE REALIZÓ EVALUACIÓN PSICOLÓGICA AL NIÑO, NIÑA O PADRES	Si ☐	No ☐
SE APORTARON ELEMENTOS DIAGNÓSTICOS PARA CONFIRMAR LA SOSPECHA DE MALTRATO	Si ☐	No ☐
SE APOYÓ AL NIÑO Y FAMILIA PARA LA RESOLUCIÓN DEL PROBLEMA	Si ☐	No ☐
SE ELABORÓ EL INFORME	Si ☐	No ☐
SE DIÓ TERAPIA DE SEGUIMIENTO	Si ☐	No ☐

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

CONTRIBUYÓ EN LA DETECCIÓN DE LOS CASOS QUE INGRESEN CON SOSPECHA DE MALTRATO INFANTIL	Si ☐	No ☐
SE ATENDIÓ AL O LA INGRESADO/A, PROPORCIONÁNDOLE LA ATENCIÓN Y EL CUIDADO NECESARIO DURANTE SU PERMANENCIA EN LA UNIDAD	Si ☐	No ☐
SE REPORTÓ AL MÉDICO, MIEMBROS DEL COMITÉ O JEFE INMEDIATO LA SOSPECHA EN CUALQUIER CASO	Si ☐	No ☐

La autora concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada: "Cumplimiento de normas técnicas y administrativas del manejo del paciente pediátrico sujeto a abuso sexual. Estudio observacional efectuado en consulta externa y área hospitalaria del departamento de pediatría del Hospital General de Enfermedades del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, del 01 de enero del 2004 al 31 de diciembre del 2009" para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.