



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO



PROTOCOLO PARA LA DETECCIÓN Y ATENCIÓN EN CASOS DE VIOLENCIA, EXPLOTACIÓN LABORAL Y DESNUTRICIÓN EN NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES

AGOSTO 2022

Secretaría de Salud
Instituto de Salud del Estado de México

**PROTOCOLO PARA LA DETECCIÓN Y
ATENCIÓN EN CASOS
DE VIOLENCIA, EXPLOTACIÓN LABORAL Y
DESNUTRICIÓN EN NIÑAS, NIÑOS Y
ADOLESCENTES**

AGOSTO 2022

ÍNDICE

Presentación	2
Antecedentes	3
Marco Normativo	5
Objetivo	7
I. CONCEPTUALIZACIÓN DE LA VIOLENCIA	8
¿Qué entendemos por violencia?	8
Tipos de Violencia	8
Factores de Riesgo de Violencia	10
Indicadores o Señales de la Violencia	11
II. VIOLENCIA SEXUAL A NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES	13
Formas de Violencia Sexual en NNA	13
Niveles de Riesgo de Violencia Sexual	14
Características de Niñas, Niños y Adolescentes en Situación de Violencia Sexual	15
Factores Protectores Ante la Violencia Sexual	16
Mitos más Frecuentes sobre la Violencia Sexual	17
Consecuencias a Corto y Mediano Plazo de la Violencia Sexual incluido el Abuso Sexual en Niñas, Niños y Adolescentes	19
III. ACCIONES A SEGUIR EN CASO DE DETECCIÓN DE ABUSO SEXUAL, EN NIÑAS, NIÑOS O ADOLESCENTES	20
Caso Informado por Usuarios	20
Caso Detectado en la Consulta Médica	22
Responsabilidades del Servicio de Psicología	24
Responsabilidades del Área de Trabajo Social	24
Procedimiento Médico Legal	25
IV. ATENCIÓN POR VIOLACIÓN SEXUAL EN NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES	27
Primeras Acciones	27
V. IDENTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE CASOS DE DESNUTRICIÓN	31
Detección Temprana	31
Evaluación Antropométrica	34
Técnicas para la Medición Antropométrica	35
Peso	35
Longitud-Talla	36
Perímetro Cefálico	39
Circunferencia de Cintura	40
Anexos	43
Glosario	49
Bibliografía	51
Directorio	52
Validación	53
Aprobación	54
Créditos	55

PRESENTACIÓN

La sociedad mexiquense exige de su gobierno cercanía y responsabilidad para lograr, con hechos, obras y acciones, mejores condiciones de vida y constante prosperidad.

Es por ello, que se impulsa la construcción de un gobierno eficiente y de resultados, cuya premisa fundamental es la generación de acuerdos y consensos para la solución de las demandas sociales.

El buen gobierno se sustenta en una administración pública más eficiente en el uso de sus recursos y más eficaz en el logro de sus propósitos. La ciudadanía es el factor principal de su atención y la solución de los problemas públicos su prioridad.

En este contexto, la Administración Pública Estatal transita a un nuevo modelo de gestión, orientado a la generación de resultados de valor para la ciudadanía. Este modelo propugna por garantizar la estabilidad de las instituciones que han demostrado su eficacia, pero también por el cambio de aquellas que es necesario modernizar.

La solidez y el buen desempeño de las instituciones gubernamentales tienen como base las mejores prácticas administrativas emanadas de la permanente revisión y actualización de las estructuras organizacionales y sistemas de trabajo, del diseño e instrumentación de proyectos de innovación y del establecimiento de sistemas de gestión de la calidad.

El presente protocolo, documenta la acción organizada para dar cumplimiento a la misión del Instituto de Salud del Estado de México. La estructura de organización, la división del trabajo, los mecanismos de coordinación y comunicación, las funciones y actividades encomendadas, el nivel de centralización o descentralización, los procesos clave de la organización y los resultados que se obtienen, son algunos de los aspectos que delinearán la gestión administrativa del Instituto de Salud del Estado de México.

Este documento contribuye en la planificación, conocimiento, aprendizaje y evaluación de la acción administrativa. El reto impostergable es la transformación de la cultura de las dependencias y organismos auxiliares hacia nuevos esquemas de responsabilidad, transparencia, organización, liderazgo y productividad.

ANTECEDENTES

En 1959 las Naciones Unidas aprobaron la Declaración de los Derechos del Niño que incluía diez principios. Esto supuso un gran avance, pero no era suficiente para proteger los derechos de la infancia porque legalmente no tenía carácter obligatorio. En 1978 el gobierno de Polonia presentó a las Naciones Unidas una versión provisional de una convención sobre los derechos de los niños. Tras diez años de negociaciones con gobiernos de todo el mundo, líderes religiosos, Organizaciones No Gubernamentales (ONG) y otras instituciones, se logró acordar el texto final de la Convención sobre los Derechos del Niño el 20 de noviembre de 1989, cuyo cumplimiento sería obligatorio para todos los países que la suscribieran. Se convirtió en ley en 1990, después de ser firmada y aceptada por 20 países. Hoy la Convención ya ha sido aceptada por prácticamente todos los países del mundo.

En México la Encuesta Nacional de Niñas, Niños y Mujeres 2015, elaborada por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y UNICEF, revela que 63% de niñas, niños y adolescentes de entre 1 a 14 años es sometido a formas de castigo físico o psicológico por algún integrante de su familia, mientras que 6% recibe castigos severos. Datos de ONU Mujeres 2014, señalan que 23 mil adolescentes, de entre 12 y 17 años, sufrieron alguna agresión sexual, así como que 747 mil niñas y adolescentes de 5 a 17 años participaban en alguna actividad económica.

Según el informe de la comisión de los derechos humanos en su análisis sobre los derechos de NNA, menciona que en el Módulo de Trabajo Infantil 2017 del INEGI, se señala que a nivel nacional 3.2 millones de niñas, niños y adolescentes de 5 a 17 años realizaron trabajo infantil, de los cuales 58.2% desempeñaron ocupaciones no permitidas y 36.6% quehaceres domésticos no adecuados. El número de personas en ocupación por debajo de la edad mínima para trabajar era de 802,890 personas (38.7%) y 1,267,543 (61.3%) se dedicaban a actividades peligrosas. El 39.3% de quienes eran personas menores de edad en ocupación no permitida no percibían ingresos por su labor.

Dentro de los 10 principios fundamentales encontramos el PRINCIPIO 2 EL INTERÉS SUPERIOR DE LA NIÑEZ: Cualquier decisión, ley, o política que pueda afectar a la infancia tiene que tener en cuenta qué es lo mejor para los niños y niñas. Es el principio que obliga a las autoridades a adoptar aquellas medidas que mejor promuevan y protejan los derechos de la niñez, y a dar prioridad a estos derechos en la formulación de las políticas públicas, por encima de algunos otros intereses.



Las graves injusticias y agresiones infligidas en la niñez dejan sus marcas para el futuro, dado que la imposibilidad de defenderse y articular su ira y su dolor, hacen que éstas experiencias no puedan ser integradas a su personalidad y habitualmente las dirigen contra sí mismos y mismas; o bien contra su cuerpo a través de somatizaciones crónicas, drogadicción, alcoholismo, trastornos alimenticios, cutting o bien contra su estado emocional de depresiones, ideas suicidas, etc.

Tanto la Convención sobre los Derechos del Niño, como la Ley General de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, obliga a los estados a generar políticas públicas para salvaguardar la integridad de NNA, por tal motivo surge la necesidad de desarrollar el presente protocolo y generar acciones para detección y atención en casos de violencia, explotación laboral y desnutrición en niñas, niños y adolescentes por parte del Instituto de Salud del Estado de México.

Internacional

- Convención sobre los Derechos del Niño.
- Convención Interamericana sobre el Tráfico Internacional de Menores.
- Convención de Obligaciones Alimentarias.
- Convención sobre Protección de Menores y la Cooperación en materia de Adopción Internacional.
- Convenio sobre las peores formas de Trabajo Infantil.
- Declaración de Ginebra sobre los Derechos del Niño.
- Protocolo facultativo de la convención sobre los derechos del niño relativo a la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de los niños en la pornografía;
- Observación General Número 8 del Comité de los Derechos del Niño, sobre la protección del niño contra el castigo corporal y otras formas de trato cruel, inhumano o degradante.
- Observación General No. 13, Derecho del niño a no ser objeto de ninguna forma de violencia.
- Observación General Número 14 sobre el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial.

Federal

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- Ley General de Salud.
- Ley General de Acceso de las Mujeres a una vida libre de Violencia.
- Ley General de Víctimas.
- Ley General de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes.
- Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.
- NOM-032-SSA3-2010 Asistencia Social. Prestación de Servicios de Asistencia Social para Niñas, Niños y Adolescentes en Situación de Riesgo y Vulnerabilidad.
- Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005, Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.
- Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad.
- Normas Oficiales Mexicanas, Guías de Práctica Clínica y Protocolos vigentes en la materia.

ESTATAL

- Constitución Política del Estado Libre y Soberano de México.
- Ley de Víctimas del Estado de México.
- Ley para la Prevención y Erradicación de la Violencia Familiar en el Estado de México.
- Ley de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes del Estado de México.
- Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado de México.

- 
- Reglamento de la Ley de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes del Estado de México.





OBJETIVO

Establecer una herramienta que proporcione los elementos al personal médico para brindar atención de calidad en salud integral y realizar la notificación oportuna de los casos de violencia, explotación laboral y desnutrición en niñas, niños y adolescentes.



I. CONCEPTUALIZACIÓN DE LA VIOLENCIA

La dominación o abuso de poder ocurre cuando el o los sujetos a quienes se aplica el poder están incapacitados de ejercer resistencia, derivado de una relación o vínculo familiar, sentimental, de confianza, de custodia, laboral, formativo, educativo, de cuidado, religioso o de cualquier otro que implique dependencia o subordinación de la persona agredida respecto a la persona que agrede, incluyendo a quien tenga un cargo público o se ostente en él, afectando negativamente su libertad, dignidad y produciendo daño.

¿Qué entendemos por violencia?

La violencia en sus diferentes manifestaciones es un problema que toca a cada uno de los niveles del entramado social. Si bien algunos de sus efectos son muy evidentes, existen otros que permanecen invisibles y forman parte de lo cotidiano.

La naturalización de la violencia responde en gran parte a patrones culturales. Identificar estos patrones ofrece una posibilidad para transfórmalos, así mismo nos permite tener una visión más amplia a la hora de identificar un caso, identificando sus raíces estructurales. La violencia tiene un origen social y está directamente relacionada con la forma en la que se desarrollan los patrones de socialización en nuestra cultura. Estos patrones parten de una idea que conceptualiza, justifica el hacer social, posibilitando ciertas formas de participación que se expresan en tradiciones, ideologías, sentimientos, conceptos, formas de ser, formas de hacer y necesidades sociales. La Organización de las Naciones Unidas plantea que violencia es *“toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual”*, dicha definición está basada en lo que establece el Artículo 19 de la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN).

Tipos de Violencia

Los tipos de violencia más frecuentes contra niñas, niños y adolescentes se dan principalmente en el ámbito intrafamiliar y por adultos. Sin embargo, la violencia también está presente en el resto de los espacios en los que interactúan, incluso en las relaciones que establecen niñas y niños entre sí.

La violencia, de acuerdo al contexto en el que se da, se puede clasificar como: familiar, escolar, institucional, laboral y comunitaria; y por su naturaleza tenemos violencia: Física, Psicológica, Sexual, Económica, Patrimonial y de Abandono.

1. Violencia Física: Cualquier acción, única o repetida, no accidental, perpetrada por una persona mayor contra una niña, niño o adolescente, que puede causarle daño físico. El daño puede variar de una lesión leve hasta la consecuencia extrema de la muerte. Una de las formas de esa violencia son los castigos físicos, que comprenden actos que agreden el cuerpo, provocando dolor, eso incluye pegar con la mano o con

un objeto (vara, cinturón, látigo, zapato, cuerdas, etc.); dar puntapiés, provocar quemaduras, sacudirlo o empujarlo, pellizcarlo o tirarle del cabello, obligarlo a permanecer en posiciones incómodas o indecorosas o hacer esfuerzos físicos excesivos. Este tipo de violencia puede tener consecuencias físicas y psicológicas, dejando o no marcas aparentes.

2. Violencia Psicológica: Es toda acción que causa o puede causar daño a la autoestima, a la identidad o al desarrollo de quien la vive o que la atestigua. Incluye amenazas, humillaciones, agresiones verbales, discriminación, destrucción de pertenencias u objetos de estima y apego para la niña, niño o adolescente, así como castigos humillantes, involucra el uso de insultos y chantajes, así como el acto de causar vergüenza, ridiculizar, aislar o ignorar a la niña, niño o adolescente. La violencia psicológica es más difícil de ser identificada, a pesar de acontecer con frecuencia y tiene implicaciones importantes a nivel psicológico y afectivo, obstaculizando el desarrollo pleno y sano de niñas, niños y adolescentes.

3. Violencia Sexual: La violencia sexual se define como la imposición de actos de carácter sexual contra la voluntad de la otra persona. Como por ejemplo; exposición a actividades sexuales no deseadas, la manipulación a través de la sexualidad, tocamientos, miradas, caricias que quien las recibe no las desea, violación; es decir la consumación del acto sexual por la fuerza. Incluye el abuso sexual (intra y extrafamiliar) y la explotación sexual comercial en sus distintas modalidades (explotación sexual en sí misma, tráfico para fines sexuales, turismo sexual y pornografía infantil). Este tipo de violencia tiene consecuencias importantes a nivel físico, emocional y espiritual en los niños.

- **Abuso Sexual:** Es la utilización del cuerpo del niño para estimularlo sexualmente o para obtener satisfacción sexual, por parte de un adulto o de un adolescente en etapa de desarrollo psicosexual más avanzada. Puede ocurrir con o sin el uso de la violencia física, con o sin penetración. El abuso es cometido a través de fuerza, engaño, soborno, violencia psicológica o moral. Desnudar, tocar, acariciar las partes íntimas, llevar a mirar o a participar de prácticas sexuales de cualquier naturaleza son consideradas formas de abuso sexual.
- **Explotación Sexual Comercial:** Se refiere a la práctica sexual con niños con fines comerciales. Son considerados explotadores el cliente que paga por los servicios sexuales, y los intermediarios, o sea, aquellos que inducen, facilitan u obligan los niños a someterse a esas prácticas. La explotación sexual comercial de niños en la primera infancia puede suceder incluso en el ámbito doméstico, siendo perpetrada por las personas más cercanas al niño.

4. Violencia Económica: Es toda acción u omisión del Agresor que afecta la supervivencia económica de la víctima. Se manifiesta a través de limitaciones encaminadas a controlar el ingreso de sus percepciones económicas, así como la percepción de un salario menor por igual trabajo, dentro de un mismo centro laboral. (Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia DOF: 01-06-2021)

5. Violencia Patrimonial: Es cualquier acto u omisión que afecta la supervivencia de la víctima. Se manifiesta en la transformación, sustracción, destrucción, retención o distracción de objetos, documentos personales, bienes y valores, derechos patrimoniales o recursos económicos destinados a satisfacer sus necesidades y puede abarcar los daños a los bienes comunes o propios de la víctima. (Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia DOF: 01-06-2021)

6. Violencia Pasiva por negligencia o abandono físico/cognitivo: Las necesidades físicas y psicológicas básicas de niñas, niños y adolescentes (alimentación, higiene, protección y vigilancia en situaciones potencialmente peligrosas, educación y cuidados médicos) no son atendidas temporalmente o permanentemente por ningún miembro del grupo que convive con él. Éste puede causar atraso o perjuicio al desarrollo infantil o incluso generar problemas de salud. A este nivel, es importante establecer una diferencia entre la negligencia y la situación de carencia de recursos de la familia, sean materiales o emocionales, para proveer las condiciones adecuadas para el desarrollo infantil.

7. Explotación Laboral: Los padres, madres o cuidadores y cuidadoras asignan a las niñas, niños o adolescentes con carácter obligatorio, y para la obtención de beneficios económicos o similares, la realización continuada de trabajos (domésticos o no) que exceden de los límites de lo habitual, deberían ser realizados por personas adultas e interfieren de manera clara en sus actividades y necesidades sociales y/o escolares.

Factores de Riesgo de Violencia

A continuación se presentan algunos de los aspectos y categorías que componen estos factores, así como las condiciones del entorno que pueden poner en vulnerabilidad a niñas, niños y adolescentes.

1. Personales: Características individuales como discapacidades, retrasos del desarrollo madurativo, carencia de las competencias emocionales, comportamientos problemáticos precoces y acoso entre iguales.

2. Familiares: Tensión familiar, malos tratos y maltrato de género, estructura familiar conflictiva y violenta, enfermedades mentales en familiares, migraciones forzadas – por trabajo o inseguridad– pertenencia étnica y/o lingüística, recursos disponibles, adicciones, abandono en todas sus esferas, discriminación, diversidad sexual, conflictos legales familiares, entre otros.

3. Del Grupo de Iguales: Rechazo o discriminación por razones de género, diversidad, etnia, discapacidad, bullying, presión negativa de los compañeros, rezago educativo, delincuencia y adicciones.

4. Escolares: Fracaso escolar, descontento, clima conflictivo y agresividad en el plantel, zonas de riesgo, pobreza, violencia escolar, abuso sexual y discriminación.

5. De la Comunidad: Desorganización, delincuencia, accesibilidad a las armas, adicción a las drogas, desempleo, escasas oportunidades de desarrollo, alerta de género por feminicidio o desaparición forzada, pobreza.

6. De la Cultura: Aquéllos que favorecen conductas competitivas, agresivas y son permisivas con la violencia en general, usos y costumbres que vulneren derecho de acuerdo al principio del bien superior de la niñez.

Indicadores o Señales de la Violencia

Las consecuencias que tiene a corto y mediano plazo en niños y niñas vivir condiciones de violencia, pueden ser muy variadas y dependen de las formas de violencia experimentadas, su severidad, la cronicidad, la capacidad de respuesta de la víctima, la peligrosidad del agresor y el acceso a sistemas de procuración de justicia.

Sin embargo, con frecuencia puede hablarse de que las consecuencias son serias, impactan directamente sus posibilidades de desarrollo y generan mayor susceptibilidad a sufrir problemas sociales, emocionales y cognitivos de por vida, así como a presentar comportamientos que son perjudiciales para la salud, como adicciones y conductas sexuales de riesgo. El informe de Naciones Unidas sobre Violencia, señala que hay algunos signos que permiten captar cuando niñas y niños están viviendo situaciones de violencia de manera sistemática. Entre estos signos, destacan los siguientes:

1. A Nivel Físico: Dolores de cabeza y estómago, enuresis (incontinencia urinaria), encopresis (incontinencia fecal), trastornos alimenticios (obesidad o desnutrición), decoloraciones en la piel, golpes y heridas, somatización, pesadillas y otros problemas de sueño, infecciones de transmisión sexual y/o de vías urinarias, embarazos en niñas y adolescentes, fracturas, caída de pelo, mala higiene, siendo éstas enunciativas más no limitativas.

2. A Nivel Cognitivo: Problemas de atención y retención, alteraciones de la memoria, deficiente desempeño escolar, regresión en funciones de habla o expresión previamente aprendidas.

3. En su Conducta: Hiperactividad, miedo, hostilidad, agresión, ansiedad, angustia, falta de interés, retraimiento, trastornos depresivos y otros síntomas de estrés post-traumático como exageración del peligro, conductas no acordes al desarrollo y/o conductas sexuales inapropiadas con sus pares.



4. En sus Prácticas: Falta de higiene personal, baja autoestima, ausentismo, incapacidad para relacionarse, reacciones emocionales intensas, acciones perjudiciales para su salud como consumo de drogas, conductas sexuales de riesgo considerando la edad, tendencias suicidas y daño auto-infringido.

II. VIOLENCIA SEXUAL A NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES

Hablar del término etiología del abuso sexual no es preciso, en la medida en que el abuso sexual no es un diagnóstico clínico, sino una condición o evento externo a un niño, una niña o adolescente.

La Organización Mundial y la Organización Panamericana de la Salud en su Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud (2002) define la violencia como: “El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones” Divide a la violencia en tres grandes categorías según el autor del acto violento: violencia dirigida contra uno mismo, violencia interpersonal y violencia colectiva.

La violencia interpersonal se divide en dos subcategorías:

1. Violencia Familiar o de Pareja: En la mayor parte de los casos se produce entre miembros de la familia o compañeros sentimentales, y suele acontecer en el hogar, aunque no exclusivamente. Incluye formas de violencia como el maltrato a niñas y niños, la violencia contra la pareja y el maltrato de los ancianos.

2. Violencia Comunitaria: Se produce entre individuos no relacionados entre sí y que pueden conocerse o no; acontece generalmente fuera del hogar, como la violencia juvenil, los actos violentos azarosos, los actos violentos casuales, las violaciones y las agresiones sexuales por parte de extraños, y la violencia en establecimientos como escuelas, lugares de trabajo, prisiones y residencias de ancianos.

Formas de Violencia Sexual en NNA

- Tocar los genitales de una niña, niño o adolescente por parte de la persona agresora.
- Tocar otras partes del cuerpo de la niña, niño o adolescente por parte de la persona agresora.
- Observar el cuerpo semidesnudo o desnudo de una niña, niño o adolescente.
- Besar los genitales de una niña, niño o adolescente
- Auto erotización de la persona agresora en presencia de una niña, niño o adolescente.
- Incitación por parte de la persona agresora para que la niña, niño o adolescente toquen sus propios genitales.
- Exhibición de los genitales por parte de la persona agresora al niño, niña o adolescente.
- Penetración vaginal, oral o anal o intento de ella ya sea con los propios genitales, con otras partes del cuerpo (Ej.: dedos), o con objetos (Ej.: palos), por parte de la persona agresora.

- Engañar u obligar a una niña, niño o adolescente a ver material pornográfico (Ej.: revistas, películas, fotos, etc.).
- Explotación sexual o trata de niñas, niños o adolescentes.
- Exposición de imágenes del cuerpo de niñas, niños o adolescentes y/o comercializar

Fuente: Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud: Resumen. Washington, D.C., 2002. Pp. 6 y 7

Niveles de Riesgo de Violencia Sexual

Los niveles de abuso son las condiciones del entorno que pueden hacer a niñas, niños y adolescentes vulnerables de encontrarse en alguna situación de violencia:

- Situación de desprotección, falta de satisfacción de las necesidades básicas.
- Retrasos del desarrollo
- Carencia afectiva.
- Crecimiento en un entorno de relaciones violentas.
- Condiciones de aislamiento, carencia de redes familiares y sociales de apoyo.
- Ausencia prolongada de los padres.
- Insuficientes ingresos económicos y condiciones laborales precarias e inestables.
- Falta de vivienda o que no reúne las condiciones adecuadas.
- Delincuencia y exposición a drogas.
- Condiciones de vulnerabilidad.

Se pueden distinguir distintos niveles de riesgo social a los que pueden estar expuestos niñas, niños y adolescentes, los que demandarán prioridades y estrategias para prever, prevenir, detectar e intervenir en casos de violencia incluidos el abuso sexual infantil y maltrato. Así mismo, el riesgo podrá determinarse a través de 3 criterios a considerar: la severidad de la violencia, la capacidad de respuesta de la persona en situación de violencia y la peligrosidad de la o el agresor.



NIVELES DE RIESGO DE VIOLENCIA SEXUAL

Niñas, niños y adolescentes con nivel de riesgo alto

- Con malos tratos físicos y psicológicos.
- En situación de abandono.
- En relación con el sistema penal. Institucionalizados, con pocas o nulas posibilidades de volver con su familia biológica y con problemas de inadaptación.
- Procedentes con un elevado grado de desestructuración en todos los niveles.
- En contacto con las drogas, como consumidores o porque trafican con ellas.
- Vinculados con la prostitución y la pornografía.
- En situación de calles que no asisten a la escuela o con altos niveles de ausentismo y fracaso escolar.
- Con problemas de salud graves, fundamentalmente de tipo psicológico.

Niñas, niños y adolescentes con nivel de riesgo medio

- Institucionalizados con posibilidades de regresar a su familia biológica.
- Procedentes multi-problemáticas donde el nivel de desestructuración no es muy grave.
- En acogimiento familiar.

Niñas, niños y adolescentes con nivel de riesgo bajo

- Con problemas de habilidades sociales.
- Pertenecientes a minorías étnicas o culturales.
- Con inadaptación escolar y fracaso escolar.
- Con problemas de salud.

Fuente: Protocolos para la prevención, detección y actuación en casos de abuso sexual infantil, acoso escolar y maltrato en las escuelas de educación básica del subsistema educativo estatal, 2017. Rediseñado por ISEM 2022.

Características de Niñas, Niños y Adolescentes en Situación de Violencia Sexual

La Guía Básica de Prevención del Abuso Sexual Infantil establece: “Puede ser víctima de abuso sexual cualquier niña y niño. No existe un perfil o característica específica que determine la presencia del abuso en un tipo de niña o niño y en otros. El abuso sexual infantil, se da en todas las clases sociales, religiones, niveles socioculturales, y afecta a niñas, niños y adolescentes de diferentes edades”. No obstante se han identificado algunas características que constituyen factores que ponen en riesgo a niñas, niños y adolescentes de ser víctimas de violencia sexual:



CARACTERÍSTICAS DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES VIOLENTADOS SEXUALMENTE

Características individuales	Características familiares y sociales	Características sociales
<ul style="list-style-type: none">• Baja autoestima.• Actitud pasiva.• Dificultades en el desarrollo asertivo.• Tendencia a la sumisión.• Baja capacidad de toma de decisiones.• Timidez o retraimiento.	<ul style="list-style-type: none">• Vivir aparte de los padres.• Vivir en el aislamiento.• Escasa o nula educación sexual.• Necesidad de afecto y/o atención no satisfechas.• Con alguna discapacidad.• Adultos viviendo transitoriamente en la casa.	<ul style="list-style-type: none">• Ejercicio de la prostitución.• Huérfanos.• Institucionalizados.• Pertenecientes a minorías étnicas.• Vivir o trabajar en la calle.• Abuso de drogas y/o alcohol.• Violencia social.



Fuente: Protocolo de Prevención del Abuso Sexual Infantil a Niñas, Niños y Adolescentes. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia DIF, octubre 2017. Reediseñado por ISEM 2022.

Factores Protectores Ante la Violencia Sexual

En cuanto a los factores protectores se han identificado las áreas que niñas, niños y adolescentes pueden potencializar para desarrollarse óptimamente. (RodicioGarcía e Iglesias-Cortizas, 2011; Castro Santander, 2016)

Las habilidades sociales y emocionales tienen un papel preventivo y amortiguador de riesgos futuros, prevenir implica maximizar los factores protectores que posibilitan el desarrollo de la dimensión personal y la dimensión social, los valores éticos y morales.



FACTORES PROTECTORES DE LA VIOLENCIA SEXUAL

Áreas	Necesidades	Efectos al no ser cubiertas
Fisiológicas	Nutrición, sueño, salud, higiene, vestido.	Enfermedades, deficiencias, trastornos físicos y psicológicos, entre otros.
Socio-afectivas	Estabilidad emocional, interacción positiva con la familia, dar y recibir afecto, autoestima, ser respetado y reconocido.	Conductas y comportamientos asociales, retraimiento, introversión.
Relaciones	Interacciones con los padres, hermanos, amigos, docentes, vecinos, compañeros, entre otros.	Dificultades en las relaciones y en los procesos de socialización, sentimiento de exclusión.
Socioeducativas	Escolarización, prevención del absentismo, ausentismo y del fracaso escolar, estimulación, atención a la diversidad, inclusión, no discriminación.	Fracaso escolar, inadaptación, hiperactividad, déficits de atención, dificultades en la proyección social, pobre desarrollo intelectual, entre otros.
Lúdico-recreativas	Necesidad de que niñas, niños y adolescentes jueguen y tengan los medios para hacerlo con otras personas.	Diferencias en el desarrollo relacional, físico, afectivo, psicomotor, entre otros.
Axiológicas	Adquisición de normas y hábitos, respetar y ser respetado, ser solidarios, comportamiento ético en todos los planos.	Ausencia de valores positivos, inadaptación, irrespetuosidad, falta de dirección y referentes que apoyen la formación integral.

Fuente: Protocolos para la prevención, detección y actuación en casos de abuso sexual infantil, acoso escolar y maltrato en las escuelas de educación básica del subsistema educativo estatal, 2017. Reediseñado por ISEM 2022.

Mitos más Frecuentes sobre la Violencia Sexual

Existen algunas ideas erróneas que residen en el imaginario colectivo social acerca del abuso sexual y violación contra personas menores de edad que son producto de prejuicios, la discriminación que existe hacia niñas, niños y adolescentes, el no reconocimiento de su dignidad y capacidad o, incluso, como un mecanismo de defensa para evitar ocuparnos de esa problemática, incluidos aquellos relacionados con el acceso a sistemas eficientes de restitución de derechos.



LOS MITOS MÁS FRECUENTES ACERCA DE LA VIOLENCIA SEXUAL A NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES.

- 1) La persona que abusa sexualmente de un niño/niña es generalmente un extraño.
FALSO: Estamos acostumbrados a cuidar y decirles a nuestros hijos que se cuiden de los extraños; pero en el caso del abuso sexual, según todas las estadísticas nacionales e internacionales se confirma que la mayoría de los abusadores son familiares o personas cercanas y de confianza.
- 2) Siempre que una niña(o) es víctima de abuso sexual presenta señales de trauma físico (moretones, sangre, etc.).
FALSO: En general, un alto porcentaje de niños y niñas que viven abuso sexual, no fueron víctimas de violencia física.
- 3) Muchas(os) niñas y niños inventan historias en las que relatan haber sido abusados sexualmente.
FALSO: Los niños y las niñas no tienen los elementos cognitivos (conocimientos) y emocionales para inventar un hecho de esta naturaleza. Lo primero es creer en ellos, después averiguar.
- 4) Muchas(os) niñas(os) después de haber señalado una situación de abuso sexual cambian su historia y niegan el hecho. Esto demuestra que mentían.
FALSO: Realmente esto sucede poco. Pero cuando sucede es que se ha culpado al niño o niña y se genera la creencia que la familia se puede fracturar por su causa. La pérdida de memoria puede ser producto del trauma vivido
- 5) Sólo las niñas son vulnerables al abuso sexual.
FALSO: Ya hemos presentado las estadísticas. Los niños también son víctimas de abuso sexual infantil
- 6) Un niño o niña abusados sexualmente serán agresores sexuales en el futuro.
FALSO: No existe evidencia científica que confirma esta afirmación
- 7) El abusador sexual de niñas y niños, tienen características muy identificables o Solo los pedófilos violan a niñas y niños.
FALSO: En la mayoría de los casos la persona que comete un abuso sexual es un adolescente o adulto, funcional y en aparente buen estado de salud, como cualquier persona.
- 8) Sólo los niños y las niñas son vulnerables al abuso sexual
FALSO: Todos los grupos etáreos (infancia, adolescencia, adultez y vejez), pueden ser vulnerables al abuso sexual, al acoso y a la violencia sexual 1. El abuso sexual infantil no es frecuente, porque las niñas y los niños hoy conocen ya sus derechos.
- 9) El abuso sexual, es un fenómeno relacionado con la pobreza
FALSO: el abuso sexual se da en todos los estratos socioeconómicos
- 10) Se necesita mucho tiempo para abusar sexualmente de niñas y niños. **FALSO:** el abuso sexual es frecuentemente un acto que se da en secreto de forma repentina y veloz

FUENTE: Manual de Prevención del Abuso Infantil, Madres y Padres de Familia. Fundación PAS, México 2013. Rediseño ISEM 2022.

Consecuencias a Corto y Mediano Plazo de la Violencia Sexual incluido el Abuso Sexual en Niñas, Niños y Adolescentes

La violencia sexual en su modalidad de abuso sexual genera una serie de consecuencias emocionales, cognitivas y conductuales, así como en la salud física y mental de niñas, niños y adolescentes.



CONSECUENCIAS A CORTO Y MEDIANO PLAZO DE LA VIOLENCIA SEXUAL A NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES

Consecuencias emocionales	Consecuencias cognitivas	Consecuencias conductuales
CORTO PLAZO O EN PERÍODO INICIAL A LA AGRESIÓN		
<ul style="list-style-type: none"> • Sentimientos de tristeza y desamparo. • Cambios bruscos de estado de ánimo. • Irritabilidad y rebeldía. • Temores diversos. • Vergüenza y culpa. • Ansiedad. • Miedo generalizado. • Baja autoestima. • Rechazo del propio cuerpo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Baja en rendimiento escolar. • Dificultades de atención y concentración. • Desmotivación por tareas escolares y por actividades en general. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conductas agresivas. • Rechazo a figuras adultas. • Hostilidad hacia el agresor. • Temor al agresor. • Embarazo precoz. • Consumo de drogas o alcohol. • Huidas del hogar. • Conductas auto lesivas o suicidas.
MEDIANO PLAZO		
<ul style="list-style-type: none"> • Depresión enmascarada o manifiesta. • Trastornos ansiosos, del sueño (terrores nocturnos, insomnio) y alimenticios (anorexia, bulimia, obesidad). • Distorsión del desarrollo sexual. • Intentos de suicidio o ideas suicidas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Repitencias escolares. • Trastornos del aprendizaje. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fugas del hogar. • Deserción escolar e inserción en actividades delictuales. • Ingestión de drogas y alcohol. • Interés excesivo por juegos sexuales y masturbación compulsiva. • Embarazo precoz. • Enfermedades de Transmisión Sexual.



Fuente: Protocolo de Prevención del Abuso Sexual Infantil a Niñas, Niños y Adolescentes. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia DIF, octubre 2017. Reediseñado por ISEM 2022.

III. ACCIONES A SEGUIR EN CASO DE DETECCIÓN DE ABUSO SEXUAL, EN NIÑAS, NIÑOS O ADOLESCENTES

En la práctica diaria de las actividades dentro de las unidades de salud, nos podemos encontrar con situaciones de violencia sexual y/o abuso sexual que pueden ser detectadas a través de hallazgos físicos o psicológicos dentro de la revisión médica o por quejas directas de las y los usuarios, ya sean padres o madres de familia, cuidadoras o cuidadores del menor o las mismas niñas, niños o adolescentes que asisten a consulta.

Caso Informado por Usuarios

1. Mantén la calma: Lo primero que se debe de hacer ante la detección o denuncia de un caso de violencia sexual y/o abuso sexual hacia un menor, es mantener la calma, debemos reconocer que el mero hecho de ser personal de salud nos obliga a permanecer lo más tranquilamente posible ante situaciones de estrés. La denuncia o detección de un caso es un acontecimiento estresante para quien lo padece o para quien está confiando en nosotros para denunciar el hecho, así que por ningún motivo ni circunstancia se debe generar más estrés al usuario, evitando en todo momento emitir discursos, opiniones o juicios de valor que revictimicen o minimicen el dicho de la persona en situación de víctima o de la o el denunciante.

2. Escucha activa: Estar disponible para escuchar a la niña, niño o adolescente en el momento que lo solicite, con tiempo y la privacidad adecuados. Se debe tener especial cuidado en NO buscar interrogarlos. Se debe escuchar primero sin interrumpir todo lo que la o el denunciante tenga que decir o quiera expresar y luego organizar, en el caso, sus preguntas.

3. NO juzgues: Cree en el relato de quien este denunciando el hecho más si quien te lo denuncia son las propias niñas, niños o adolescentes, demuéstrelas que confías en ella o él y en lo que cuenta, explícale que no tiene la culpa de lo que le sucede, entendiendo este actuar bajo el principio de buena fe, establecido en el Art. 5° de la Ley General de Víctimas. La transmisión de estos mensajes aliviarán la angustia que está sintiendo la niña, niño o adolescente le ayudarán a sentirse protegido y generarán un ambiente de confianza para que pueda hablar de lo sucedido.

4. No evidencia audiovisual: Durante la consulta en ningún caso se podrá tomar evidencia de video, foto o audio hacia las niñas, niños o adolescentes, asentando todo únicamente en el expediente clínico, el cual funge como documento médico-legal.

5. Reporta el caso: Comunícale que va a platicar con personal especializado para protegerlo y apoyarlo en estos hechos, expresándole que estará bien y respaldado por personal de salud. Infórmale que estos hechos serán comunicados a la autoridad para que las o los responsables tengan la sanción que establece la ley y salvaguardar su bienestar, haciendo de conocimiento que este es un proceso obligatorio que se debe hacer como institución, pues se trata de un delito cometido hacia una persona menor

de edad, sí y siempre sí el nivel de riesgo de la o el menor no sea grave, puesto que puede omitirse este paso si se considera que el peligro puede aumentar y será necesario notificar sin hacerlo de conocimiento de la o el tutor y en algunos caso de la misma víctima.

6. Agradece: Agradécele por contar lo sucedido, hazle notar que ha sido muy valiente en hacerlo, porque de esa forma se le protegerá y podrá ayudar a que no siga sucediendo el hecho. Si la violencia sexual o el abuso sexual ocurrió fuera del ambiente familiar, comunicarse con la madre, padre o tutores para manifestar lo narrado por la niña, niño o adolescente. Si el abuso sexual se cometió por algún integrante de la familia, se sugiere comunicarse con algún adulto referente protector que indique el agredido y/o en su caso establecer comunicación con las instituciones pertinentes (Procuraduría de niñas, niños y adolescentes, DIF municipal o estatal y/o la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas de la Entidad), la cuales podrán fungir como protectoras y representantes de la o el menor, en casos de controversia familiar.



Fuente: Elaboración ISEM 2022.

Caso Detectado en la Consulta Médica

Este tipo de casos se detectan cuando el tutor demanda la consulta para la o el menor por diferentes motivos y son detectados a través de hallazgos físicos o psicológicos. Si dentro de la consulta médica identificas signos de alarma tales como:



INDICADORES DE LA VIOLENCIA SEXUAL A NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES

Manifestaciones físicas

- Ropa interior rota, manchada o con sangre.
- Picazón, hinchazón, dolor, lesiones o sangrados en las áreas genitales o anales.
- Dolor, golpes, quemaduras o heridas en la zona genital o anal.
- Infecciones urinarias frecuentes, dolor al orinar.
- Secreción en el pene o la vagina.
- Enuresis o encopresis (orina o defeca la ropa o la cama).
- Olor extraño en el área genital.
- Enfermedades de transmisión sexual.
- Presencia de semen en los genitales (espermatozoides, líquido seminal, fosfatasa ácida prostática) en la boca o en la ropa.
- Dificultad para andar o sentarse.
- Enfermedades psicosomáticas.
- Embarazo infantil y adolescente.
- Infecciones de transmisión sexual.



Manifestaciones comportamentales, emocionales y psicológicas

- Cambios repentinos y bruscos en la conducta.
- Problemas escolares o rechazo a la escuela.
- Relaciones deficientes con los compañeros.
- Llantos frecuentes, sobre todo en referencia a situaciones afectivas o eróticas.
- Miedo a estar sola/o a los hombres o a un determinado miembro de la familia.
- Rechazo al padre o a la madre de forma repentina.
- No le gusta cambiar de ropa en actividades grupales (gimnasia).
- Conductas y conocimientos sexuales inadecuados para la edad (comportamiento muy seductor, uso de palabras obscenas, etc.).
- Regresión a una etapa de desarrollo anterior.
- Relatos indirectos o directos de ser o haber sido víctima de abuso sexual.
- Excesivo interés en temas sexuales.
- Temores nocturnos y/o pesadillas.
- Conductas de evitación como: resistencia a regresar a la casa después de la escuela, huidas de casa.
- Miedo excesivo a tener contactos con personas del sexo opuesto.
- Comportamientos relacionados al estrés.
- Disturbios del sueño.
- Comportamiento hiperactivo, hipervigilancia, inseguro.
- Comportamientos agresivos o francamente hostiles.
- Quejas somáticas, sin una explicación física.
- Depresión con o sin ideación de suicidio.

Fuente: Protocolo de Prevención del Abuso Sexual Infantil a Niñas, Niños y Adolescentes. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia DIF, octubre 2017. Reediseñado por ISEM 2022.

1. Mantén la calma: Nuevamente lo primero que se debe de hacer ante la detección o un caso de abuso sexual hacia un menor, es mantener la calma.

2. Informa: Informa a la persona responsable del menor los hallazgos encontrados, haciendo mención de que el caso deberá ser reportado a trabajo social, y que se deberá llenar un formato de notificación de la instancia legal correspondiente, valorando el riesgo que represente esta información. Trata en todo momento de no juzgar, ni expresar agresión hacia el paciente y su familiar.

3. Reporta el caso: Atiende al paciente e identifica la lesión, así como la gravedad de la misma, si es necesario refiere a hospitalización y/o urgencias. Se debe tener presente que si se trata de violación sexual, debe tratarse como una urgencia y aplicar el protocolo pertinente, con énfasis en los casos que se detecten o presente dentro de las primeras 72 horas de ocurrida la agresión, para la ministración de profilaxis para la prevención de VIH/ITS y embarazos forzados. Debe registrarse a través de los formatos oficiales el tipo de lesiones y/o violencia, así mismo, deberá realizar el formato de aviso a instancias de procuración de justicia y se dará el trámite oficial.

4. Evalúa: Ratifica con el Área de Trabajo Social o la persona responsable del caso, si la o el paciente puede egresar según lo preestablecido por la instancia legal o en su caso se le informa. Si el paciente queda libre, verifica la condición legal y autoriza salida del paciente.



CUANDO EL CASO ES DETECTADO DENTRO DE LA CONSULTA A TRAVÉS DE HALLAZGOS FÍSICOS O PSICOLÓGICOS (CASO MÉDICO LEGAL)



Fuente: Elaboración ISEM 2022.

En caso de que la unidad de medicina cuente con servicio de psicología y área de trabajo social, se deberán de realizar las siguientes acciones de su competencia:

Responsabilidades del Servicio de Psicología

- Valorar el estado emocional de la niña, niño o adolescente.
- Apoyar psicológicamente a la niña, niño o adolescente.
- Brindar contención al familiar.
- Proporcionar orientación sobre sus derechos.
- Mantener coordinación con personal médico tratante para el seguimiento del caso.
- Elaborar informe psicológico.
- Solicitar apoyo a al área de trabajo social para el seguimiento del procedimiento de caso médico legal.

Responsabilidades del Área de Trabajo Social:

- Registrar los datos de la paciente o del paciente al ingresar en la Bitácora Interna de Ingresos y Egresos de Pacientes de Trabajo Social.
- Brindar atención oportuna a pacientes lesionados por atropellamiento, choque, riña, caída, agresión por terceras personas, disparo de arma de fuego, agresión sexual o situaciones derivadas de violencia mediante la notificación oportuna de Caso Médico-Legal y entregará al personal médico tratante el formato de “Notificación de Caso Médico-Legal”.
- Agregar al expediente clínico el formato original de “Notificación de Caso Médico-Legal” y resguardar copia para soporte.
- En caso de reportar la lesión vía telefónica, durante la llamada se registrará en el formato original de “Notificación de Caso Médico-Legal” el nombre de quien recibe reporte, con fecha y hora y resguardará temporalmente el formato.
- En caso de que el paciente acuda sin familiares y/o responsables, deberá iniciar de manera inmediata la búsqueda y localización de familiares o redes de apoyo.
- Registrar en la Bitácora Interna de Manejo de Pertenencias y Valores, las pertenencias de valor de los pacientes desconocidos, indigentes y sin familiares y/o responsables, y las entregar al Área de Caja para su resguardo quien entregará al familiar.
- Elaborará el “Estudio Socio-Económico” en original y copia mediante el cual identificará la problemática socio-familiar y archivará en expediente clínico y resguarda copia.
- El equipo de salud deberá informar cualquier problemática socio-familiar que detecte del paciente.

- Si la unidad médica no cuenta con los recursos para realizar los estudios solicitados, localizará vía telefónica a la unidad médica que cuenta con los estudios y costos requeridos para el paciente.

Procedimiento Médico Legal

Si las o los pacientes que hayan sufrido lesiones y daños a la salud tipificados en el Código Penal, se considera Caso Médico Legal y deberá ser notificado a las autoridades correspondientes.

PROCEDIMIENTO: CASO MÉDICO LEGAL.

NO.	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
1	Paciente	-Ingresa al servicio de urgencias lesionado.
2	Médico	-Atiende al paciente e identifica la lesión. -Informa el caso a trabajo social y solicita formato de notificación de la instancia legal correspondiente.
3	Trabajo Social	-Registra los datos del paciente.
4	Médico	-Elabora por escrito la notificación de lesiones, misma que firmará y anotará el número de su cédula profesional. -Entrega el documento a Trabajo Social.
5	Trabajo Social	-Reporta vía telefónica a la Instancia Legal correspondiente. -Registra el Nombre de quien recibe reporte, con fecha y hora. -Si existen los recursos necesarios; Trabajo Social acude a Instancia Legal a entregar reporte Médico – Legal.
6	Instancia Legal	-Recibe las indicaciones dadas por Trabajo Social. -Acude a la Instancia Legal correspondiente. -Sino está presente el familiar o responsable, Trabajo Social hará los trámites correspondientes.
7	Trabajo Social	- Verifica que en el expediente clínico esté integrada una copia del reporte, sino la anexa. -¿Hay familiar o acompañantes? -Si: Realiza entrevista específica, informa sobre los trámites que deberán efectuarse dada la circunstancia del paciente. -No: Completa datos con la información disponible. -Si el caso Médico Legal presenta problemática social: -Avisa a la instancia legal correspondiente. (Ministerio Público, Procuraduría u otros).
8	Familiar o responsable	-Recibe las indicaciones dadas por Trabajo Social. -Acude a la Instancia Legal correspondiente. -Sino está presente el familiar o responsable, Trabajo Social hará los trámites correspondientes.
9	Instancia Legal	-Recibe notificación médico legal. -Toma conocimiento del caso. -Sella y firma de recibido la notificación. -Entrega acuse.

PROCEDIMIENTO: CASO MÉDICO LEGAL.

NO.	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
10	Trabajo Social	-Registra en la libreta correspondiente datos específicos de los documentos (averiguación previa, folio de entrega de oficios y otros). -Anexa en el expediente clínico la copia sellada y firmada por la instancia legal.
11	Instancia Legal	-Por vía telefónica llama secuencialmente al trabajador social del Hospital para informarse si el paciente se encuentra en condiciones de declarar.
12	Trabajo Social	-Le informa sobre la condición de salud en que se encuentra el paciente.
13	Médico	-Avisa oportunamente a Trabajo Social que el paciente pronto será dado de alta.
14	Trabajo Social	-¿Puede egresar el paciente del servicio? -Informa a la instancia legal correspondiente que el paciente será dado de alta y si puede egresar sin ningún problema. -Recibe indicaciones.
15	Médico	-Ratifica con Trabajo Social si el paciente puede egresar según lo preestablecido por la instancia legal o en su caso se le informa. -El paciente queda libre o detenido. -Queda libre: Verifica la condición legal en la que egresará. -Autoriza salida del paciente al completarse los trámites médico legales en la instancia legal correspondiente.
16	Instancia Legal	-Queda detenido: Le informa al médico que no procede el alta. -Decide enviar agentes.
17	Paciente	-Egresa del servicio.
18	Trabajo Social	-Cierra el caso en las notas de seguimiento integradas en el expediente clínico.

Fuente: Manual de Políticas de Trabajo Social ISEM, 2019. Reediseñado por ISEM 2022.

IV. ATENCIÓN POR VIOLACIÓN SEXUAL EN NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES

Si en las unidades médicas de primer nivel de atención se detecta un caso de violación sexual, se deberá referir inmediatamente al hospital más cercano para su atención.

Primeras Acciones

Los casos de violación sexual constituyen urgencias médicas y requieren atención inmediata. Hay que considerar que existe la posibilidad de lesiones externas e internas, riesgo de ITS y VIH y daño emocional. Aun cuando en apariencia no exista un riesgo físico letal, el daño en las diferentes esferas de la persona es profundo y se requiere la total atención del equipo de salud, una vez que el o la sobreviviente decidió buscar atención en unidades médicas.

En el proceso de atención a sobrevivientes de violación se requiere la participación del personal médico, de trabajo social, de enfermería y de psicología. Es recomendable preguntar a la persona quién desea que la acompañe durante la revisión. Conviene tener en cuenta el momento cuando se presenta la persona, antes o después de 72 horas, pues de eso dependen las acciones a realizar. A continuación se enuncian los lineamientos básicos a seguir por el equipo de salud.



ALGUNOS LINEAMIENTOS GENERALES:

1. Asegurarse que el equipo está preparado antes de iniciar la revisión.
2. Observar siempre al o la sobreviviente antes de tocarle, evaluando su apariencia física y mental.
3. Explicar cualquier procedimiento a realizar y solicitar su autorización antes de hacerlo.
4. Asegurarle que puede preguntar y detener la revisión en el momento en que así lo desee.
5. Tomar los signos vitales: pulso, presión, temperatura, frecuencia cardíaca y respiratoria.
6. El estado inicial puede revelar complicaciones médicas que tengan que ser tratadas con urgencia y que requieran el ingreso a un hospital, tales como: trauma extenso (en región genital, cabeza, tórax o abdomen); hinchazón asimétrica de articulaciones (artritis séptica); déficit neurológico; dolor al respirar.
7. Obtener consentimiento informado para la exploración y la recolección de muestras para examen forense (según el protocolo legal local).

Para la recolección de evidencias legales es importante contar con el oficio de solicitud, expedido por las instancias correspondientes en cada entidad.

Fuente: Guía de Atención a Personas Violadas, 2007. Reediseñado por ISEM 2022.



TAMBIÉN DEBE TENERSE EN CUENTA:

- Explicar a la persona violada o a la persona legalmente responsable (en caso de menores de edad o a quienes cursen con alguna discapacidad mental), su situación y posibles consecuencias, así como la posibilidad de prevenirlas.
- Ofrecer medicamentos para la prevención del embarazo forzado, informar de los posibles riesgos de infecciones de transmisión sexual y evaluar la profilaxis para el VIH/SIDA.
- Evaluar el riesgo para su vida y ayudarlo para hacer un plan de seguridad en caso necesario.
- Elaborar el Aviso al Ministerio Público y registrar el caso de violencia en los formatos oficiales que aparecen en la Norma Oficial Mexicana NOM-046 y anexos a este folleto.
- Brindar orientación médico-legal, que incluya el derecho a denunciar, prevenir o interrumpir el embarazo como consecuencia de la violación, previa autorización informada y por dictamen judicial en donde éste sea un requisito.
- Realizar contención y brindar primeros auxilios psicológicos para estabilizar a la usuaria. Una vez estable, referirse a los servicios de atención especializada en violencia de acuerdo con las necesidades de cada caso.

Fuente: Guía de Atención a Personas Violadas, 2007. Reediseñado por ISEM 2022.

No es tarea del personal que presta los servicios de salud influir en la decisión de la persona afectada, de presentar o no denuncia por violación. Sin embargo, si en el seguimiento se detecta embarazo, la mujer o los tutores de menores de 12 años podrán solicitar la Interrupción Voluntaria del Embarazo, sin necesidad de presentar denuncia previa, bajo protesta de decir la verdad, de conformidad con lo dispuesto en la Ley General de Víctimas y la NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención, en su última modificación en marzo de 2016.

No todos los casos de violación que se presentan a los servicios médicos son inmediatos a la agresión. Se consideran:

- **Casos inmediatos.** Aquellas personas que acuden en busca de atención en servicios médicos dentro de las primeras 72 horas de ocurrido el ataque sexual. En esta situación se cuenta con el tiempo suficiente para recurrir a la profilaxis de ITS y del VIH, para recabar evidencias médico-legales y para ofrecer anticoncepción de emergencia.

- **Casos tardíos.** Sobrevivientes que acuden a su atención por consecuencias de violación sexual después de 72 horas. Recordar que si se presenta dentro de las primeras 120 horas (cinco días), todavía puede ofrecerse anticoncepción de emergencia. Pueden transcurrir largos períodos (semanas, meses, años), desde ocurrida la violación. En muchos casos se pierde la evidencia médico-legal, aunque algunas pueden perdurar por años (por ejemplo lesiones, cicatrices y rastros en la ropa siempre que no se haya lavado, además de las secuelas emocionales).

Dependiendo del tiempo transcurrido, podrá recurrirse a profilaxis o tratamiento contra ITS y VIH.



SIGNOS DE ALERTA Y BÚSQUEDA DE LESIONES

Evaluación de Riesgos

1. Exploración física general

- Naturaleza y características de las lesiones.
- Dimensiones y morfología de las lesiones.
- Localización exacta en región anatómica.

2. Exploración ginecológica

- Desgarro o laceración de himen (localización en horario de reloj, forma de desgarro, profundidad, longitud).
- Lesiones genitales internas y externas (con espejo vaginal lubricado con agua).
- Recolección de evidencias médico-legales (debidamente rotulado en sobre, SIN el nombre de la sobreviviente sólo con iniciales, fecha, responsable de recolectar la muestra, área del cuerpo a la que corresponde. Ej. Mano izquierda, cabello, etc).

3. Exploración ano-rectal

- Desgarros ano-rectales.
- Espasmo postraumático del esfínter anal (en casos recientes).
- Relajación del esfínter anal (en ocasiones de agresión crónica).
- Recolección de evidencias médico-legales.

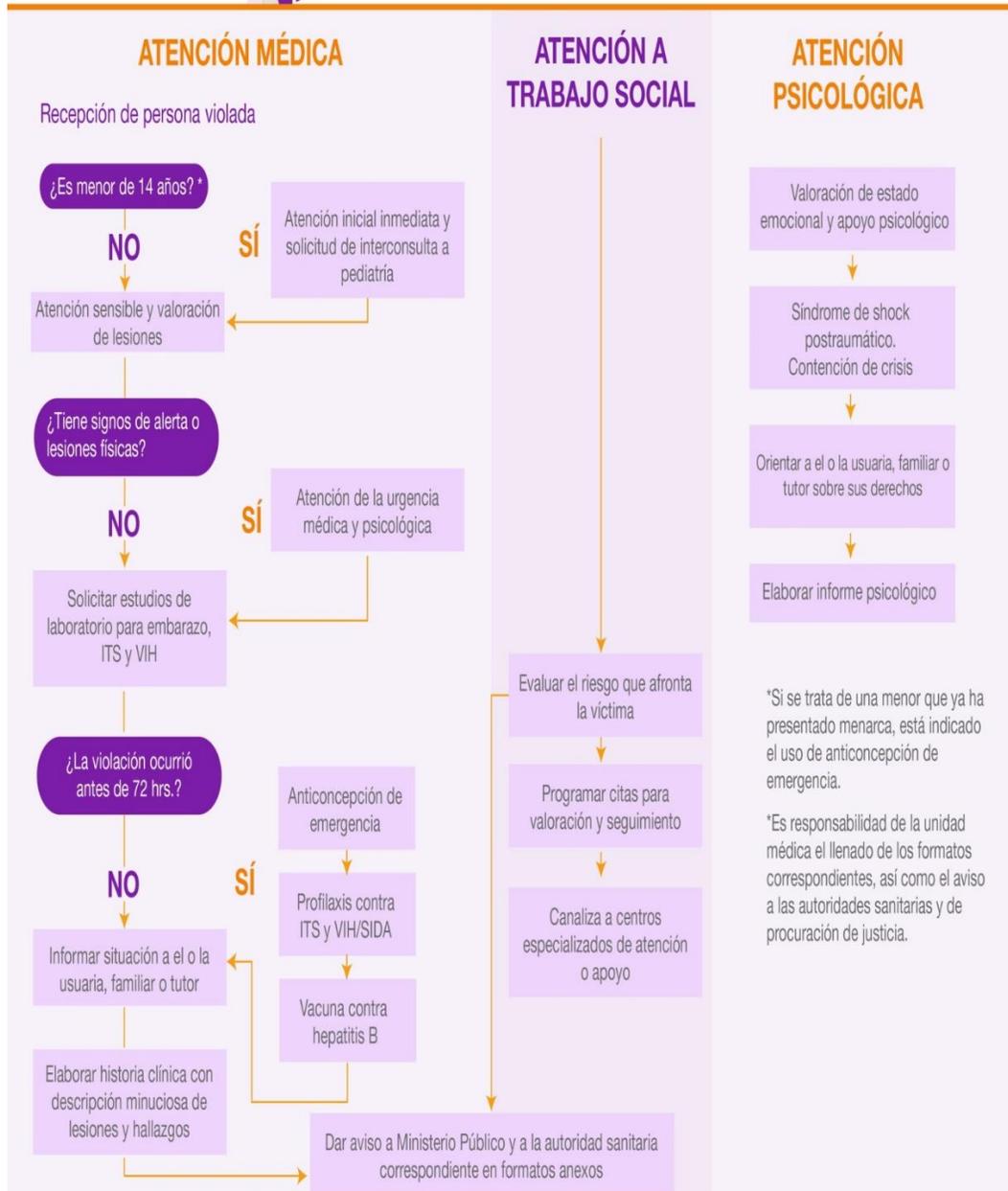
4. Exploración de cavidad oral

- (en caso necesario).

Fuente: Guía de Atención a Personas Violadas, 2007. Reediseñado por ISEM 2022.



Flujograma para la atención a personas violadas.



Fuente: Secretaría de Salud. Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2006, retomado de la Guía de Atención a Personas Violadas, 2007. Reediseñado por ISEM 2022.

V. IDENTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE CASOS DE DESNUTRICIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la malnutrición como “el desequilibrio celular entre el suministro de nutrientes y energía y la demanda de ellos para garantizar el crecimiento, mantenimiento y las funciones específicas del organismo”. La malnutrición abarca una variedad de trastornos nutricionales que incluyen tanto la desnutrición como la sobrealimentación (sobrepeso/obesidad) y es, por lo tanto, un término ambiguo si no se aclara la dirección del desequilibrio. El término «malnutrición» se refiere a las carencias, los excesos y los desequilibrios de la ingesta calórica y de nutrientes de una persona. Abarca tres grandes grupos de afecciones:

- La desnutrición que incluye la emaciación (un peso insuficiente respecto de la talla), el retraso del crecimiento (una talla insuficiente para la edad) y la insuficiencia ponderal (un peso insuficiente para la edad).
- La malnutrición relacionada con los micronutrientes, que incluye las carencias de micronutrientes (la falta de vitaminas o minerales importantes) o el exceso de micronutrientes.
- El sobrepeso, la obesidad y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación (como las cardiopatías, la diabetes y algunos cánceres).

DetECCIÓN TEMPRANA

El personal de salud del primer nivel de atención deberá realizar las siguientes actividades:

- Conocer el contenido de los documentos básicos técnicos y normativos necesarios.
- Realizar somatometría y evaluación del estado nutricional a niñas y niños menores de diez años y en su caso incorporación a un programa de recuperación nutricional.
- Fomentar la alimentación correcta y promover la lactancia materna, mediante la aplicación de la normativa existente.
- Administrar suplementos de micronutrientes para la madre y el niño cuando estén indicados.
- Detectar e ingresar a un programa de control nutricional a las niñas y niños menores de diez años diagnosticados con algún tipo de malnutrición.
- Promover la alimentación adecuada de las niñas y niños menores de diez años con algún tipo de malnutrición, pertenecientes a poblaciones vulnerables.
- Brindar el diagnóstico nutricional adecuado a la madre o responsable del menor.
- Promover la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses y lactancia materna y alimentación complementaria a partir de los 6 meses de edad.

- Promover el cumplimiento de las acciones establecidas en la Cartilla Nacional de Salud para los menores de diez años de edad.
- Promover la detección oportuna de malnutrición.
- Informar a los padres o cuidadores de las niñas y niños ingresados a control nutricional, la periodicidad de consultas obligatorias de los menores.
- Llevar el registro del diagnóstico nutricional en la tarjeta de control nutricional de los menores de 10 años y en la cartilla nacional de Salud.
- Llevar el seguimiento del tarjetero de control nutricional.
- Llevar el registro estadístico de las defunciones por deficiencias de la nutrición.
- Distribuir material de difusión y campañas de prevención en materia de nutrición a madres y responsables de menores de 10 años de edad.
- Administrar micronutrientes en la población de niñas y niños menores de 5 años de edad, de acuerdo al esquema establecido.



NUTRICIÓN
Peso y estatura de acuerdo con la edad



NUTRICIÓN
Peso y estatura de acuerdo con la edad

SI EL PESO Y/O LA ESTATURA DE SU NIÑA SE ENCUENTRA EN LAS COLUMNAS AMARILLA O ROJA, ACUDA A CONSULTA MEDICA						SI EL PESO Y/O LA ESTATURA DE SU NIÑO SE ENCUENTRA EN LAS COLUMNAS AMARILLA O ROJA, ACUDA A CONSULTA MEDICA							
EDAD	NIÑAS					EDAD	NIÑOS						
	PESO (Kg)		ESTATURA (cm)				PESO (Kg)		ESTATURA (cm)				
	RIESGO DE DESNUTRICIÓN	NORMAL	SOBREPESO	OBESIDAD	RIESGO DE ESTATURA BAJA		NORMAL	RIESGO DE DESNUTRICIÓN	NORMAL	SOBREPESO	OBESIDAD	RIESGO DE ESTATURA BAJA	NORMAL
Al nacer	< 2.8	3.2	> 3.7	> 4.2	< 47.3	49.1	Al nacer	< 2.9	3.3	> 3.9	> 4.4	< 48.0	49.9
1 mes	< 3.6	4.2	> 4.8	> 5.5	< 51.7	53.7	1 mes	< 3.9	4.5	> 5.1	> 5.8	< 52.8	54.7
2 meses	< 4.5	5.1	> 5.8	> 6.6	< 55.0	57.1	2 meses	< 4.9	5.6	> 6.3	> 7.1	< 56.4	58.4
3 meses	< 5.2	5.8	> 6.6	> 7.5	< 57.7	59.8	3 meses	< 5.7	6.4	> 7.2	> 8.0	< 59.4	61.4
4 meses	< 5.7	6.4	> 7.3	> 8.2	< 59.9	62.1	4 meses	< 6.2	7.0	> 7.8	> 8.7	< 61.8	63.9
5 meses	< 6.1	6.9	> 7.8	> 8.8	< 61.8	64.0	5 meses	< 6.7	7.5	> 8.4	> 9.3	< 63.8	65.9
6 meses	< 6.5	7.3	> 8.2	> 9.3	< 63.5	65.7	6 meses	< 7.1	7.9	> 8.8	> 9.8	< 65.5	67.9
7 meses	< 6.8	7.6	> 8.6	> 9.8	< 65.0	67.3	7 meses	< 7.4	8.3	> 9.2	> 10.3	< 67.0	69.2
8 meses	< 7.0	7.9	> 9.0	> 10.2	< 66.4	68.7	8 meses	< 7.7	8.6	> 9.6	> 10.7	< 68.4	70.6
9 meses	< 7.3	8.2	> 9.3	> 10.5	< 67.7	70.1	9 meses	< 8.0	8.9	> 9.9	> 11.0	< 69.7	72.0
10 meses	< 7.5	8.5	> 9.6	> 10.9	< 69.0	71.5	10 meses	< 8.2	9.2	> 10.2	> 11.4	< 71.0	73.3
11 meses	< 7.7	8.7	> 9.9	> 11.2	< 70.3	72.8	11 meses	< 8.4	9.4	> 10.5	> 11.7	< 72.2	74.5
1 año	< 7.9	8.9	> 10.1	> 11.5	< 71.4	74.0	1 año	< 8.6	9.6	> 10.8	> 12.0	< 73.4	75.7
1 año 6 meses	< 9.1	10.2	> 11.6	> 13.2	< 77.8	80.7	1 año 6 meses	< 9.8	10.9	> 12.1	> 13.7	< 79.6	82.3
2 años	< 10.2	11.5	> 13.0	> 14.8	< 83.2	86.4	2 años	< 10.8	12.2	> 13.6	> 15.3	< 84.8	87.8
2 años 6 meses	< 11.2	12.7	> 14.4	> 16.5	< 87.1	90.1	2 años 6 meses	< 11.8	13.3	> 15.0	> 16.9	< 88.5	91.9
3 años	< 12.2	13.9	> 15.8	> 18.1	< 91.2	95.1	3 años	< 12.7	14.3	> 16.2	> 18.3	< 92.4	96.1
3 años 6 meses	< 13.1	15.0	> 17.2	> 19.8	< 95.0	99.0	3 años 6 meses	< 13.6	15.3	> 17.4	> 19.7	< 95.9	99.9
4 años	< 14.0	16.1	> 18.5	> 21.5	< 98.4	102.7	4 años	< 14.4	16.3	> 18.6	> 21.1	< 99.1	103.3
4 años 6 meses	< 14.9	17.2	> 19.9	> 23.2	< 101.6	106.2	4 años 6 meses	< 15.2	17.3	> 19.8	> 22.7	< 102.3	106.7
5 años	< 15.8	18.2	> 21.2	> 24.9	< 104.7	109.4	5 años	< 16.0	18.3	> 21.0	> 24.2	< 105.3	110.0

NUTRICIÓN

ÍNDICE DE MASA CORPORAL (kg / m²)

Pasos para calcular el IMC:

Ejemplo: Niña de 7 años, peso 22 kg y mide 1,22 m.
 Paso 1: Se multiplica la estatura por la estatura.
 Paso 2: Se divide el peso sobre el valor obteniendo el paso 1.
 Paso 3: IMC =

$1,22 \times 1,22 = 1,25$
 $22 \div 1,25 = 17,6$
 17,6

SI EL IMC DE SU NIÑA/NIÑO SE ENCUENTRA EN LAS COLUMNAS AMARILLA O ROJA, ACUDA A CONSULTA MÉDICA

VERDE = NORMAL

AMARILLA = RIESGO

ROJA = PELIGRO

NIÑAS				
EDAD	BAJO PESO	NORMAL	SOBREPESO	OBESIDAD
5 años 6 meses	≤ 12,7	15,2	≥ 16,9	≥ 19,0
6 años	≤ 12,7	15,3	≥ 17,0	≥ 19,2
6 años 6 meses	≤ 12,7	15,3	≥ 17,1	≥ 19,5
7 años	≤ 12,7	15,4	≥ 17,3	≥ 19,8
7 años 6 meses	≤ 12,8	15,5	≥ 17,5	≥ 20,1
8 años	≤ 12,9	15,7	≥ 17,7	≥ 20,6
8 años 6 meses	≤ 13,0	15,9	≥ 18,0	≥ 21,0
9 años	≤ 13,1	16,1	≥ 18,3	≥ 21,5
9 años 6 meses	≤ 13,3	16,3	≥ 18,7	≥ 22,0

NIÑOS				
EDAD	BAJO PESO	NORMAL	SOBREPESO	OBESIDAD
5 años 6 meses	≤ 13,0	15,3	≥ 16,7	≥ 18,4
6 años	≤ 13,0	15,3	≥ 16,8	≥ 18,5
6 años 6 meses	≤ 13,1	15,4	≥ 16,9	≥ 18,7
7 años	≤ 13,1	15,5	≥ 17,0	≥ 19,0
7 años 6 meses	≤ 13,2	15,6	≥ 17,2	≥ 19,3
8 años	≤ 13,2	15,7	≥ 17,4	≥ 19,7
8 años 6 meses	≤ 13,4	15,9	≥ 17,7	≥ 20,1
9 años	≤ 13,5	16,0	≥ 17,9	≥ 20,5
9 años 6 meses	≤ 13,6	16,2	≥ 18,2	≥ 20,9

NUTRICIÓN

EVALUACIÓN Y VIGILANCIA DEL ESTADO NUTRICIONAL

EDAD	FECHA	PESO (kg)	ESTATURA (cm)	EVALUACIÓN			
				REGISTRO DE DESNUTRICIÓN	NORMAL	SOBREPESO	OBESIDAD
AL NACER				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 MESES				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 MESES				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 MESES				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 MESES				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 MESES				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 AÑO				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 AÑO 6 MESES				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 AÑOS				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 AÑOS 6 MESES				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 AÑOS				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 AÑOS 6 MESES				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 AÑOS				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 AÑOS 6 MESES				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 AÑOS				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EVALUACIÓN Y VIGILANCIA DEL ESTADO NUTRICIONAL

MEDICIÓN DE PESO Y ESTATURA POR LO MENOS UNA VEZ AL AÑO

EDAD	PESO (kg)	ESTATURA (cm)	ÍNDICE DE MASA CORPORAL (kg/m ²)	EVALUACIÓN			
				BAJO PESO	NORMAL	SOBREPESO	OBESIDAD
6 AÑOS				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 AÑOS				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 AÑOS				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 AÑOS				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Evaluación Antropométrica

La antropometría es una técnica que se ocupa de medir las dimensiones físicas del ser humano en diferentes edades y estados fisiológicos. Es un método apropiado, sencillo, confiable y de bajo costo para la vigilancia y seguimiento del crecimiento y el estado de nutrición de los niños, niñas y adolescentes; su correcta aplicación requiere de personal capacitado, técnicas específicas e instrumentos calibrados.

La información básica para evaluar el estado de nutrición es:

- **Edad:** En el menor de un año se debe registrar en meses cumplidos; en el mayor de un año, en años y meses.
- **Peso:** Registrar en kilogramos (kg) y gramos (g).
- **Longitud o talla:** Registrar en centímetros (cm).
- **Perímetro cefálico:** Registrar en centímetros (cm).
- **Circunferencia de cintura:** Registrar en centímetros (cm).

Con esas mediciones y la edad del individuo es posible crear los índices: peso para la edad, talla para la edad, peso para la talla e índice de masa corporal. Otras mediciones que también proporcionan información valiosa son la circunferencia de cintura (a partir de los 2 años de edad) y para los menores de 2 años, el perímetro cefálico. El peso para la edad es un índice útil para vigilar la evolución del niño o niña menor de 5 años, a través del seguimiento de su curva de crecimiento.

- **La talla para la edad:** Es un índice que identifica desnutrición crónica, con retraso en talla. La medición de la talla se compara con la esperada para la edad del menor. Su vigilancia periódica es un buen indicador de crecimiento.
- **El peso para la talla:** Es un índice ideal para evaluar el estado de nutrición en el corto plazo, sus valores por debajo de lo normal indican una alteración reciente (aguda) del estado de nutrición y también permite identificar sobrepeso u obesidad.
- **El índice de masa corporal (IMC):** Se obtiene a partir del peso (Kg) y la estatura (m²) y se correlaciona con la adiposidad en los adultos. Este índice se ha incluido para menores de 18 años de edad, ya que relaciona el valor de peso con la estatura y la edad.

Técnicas para la Medición Antropométrica

Para realizar una correcta valoración antropométrica, es importante que la persona que tome las mediciones esté capacitada en el uso adecuado del equipo (báscula, estadímetro, infantómetro, cinta métrica, entre otras). Esto es importante porque un niño o niña mal medido o mal pesado puede convertirse en un niño o niña mal diagnosticado:

Peso

1. Pedir la colaboración a la madre o responsable del menor.
2. Quitar la mayor parte de la ropa posible, pañal, cobijas o cualquier objeto que la o el menor lleve.
3. Pesar a las y los menores de dos años en la báscula para bebés.

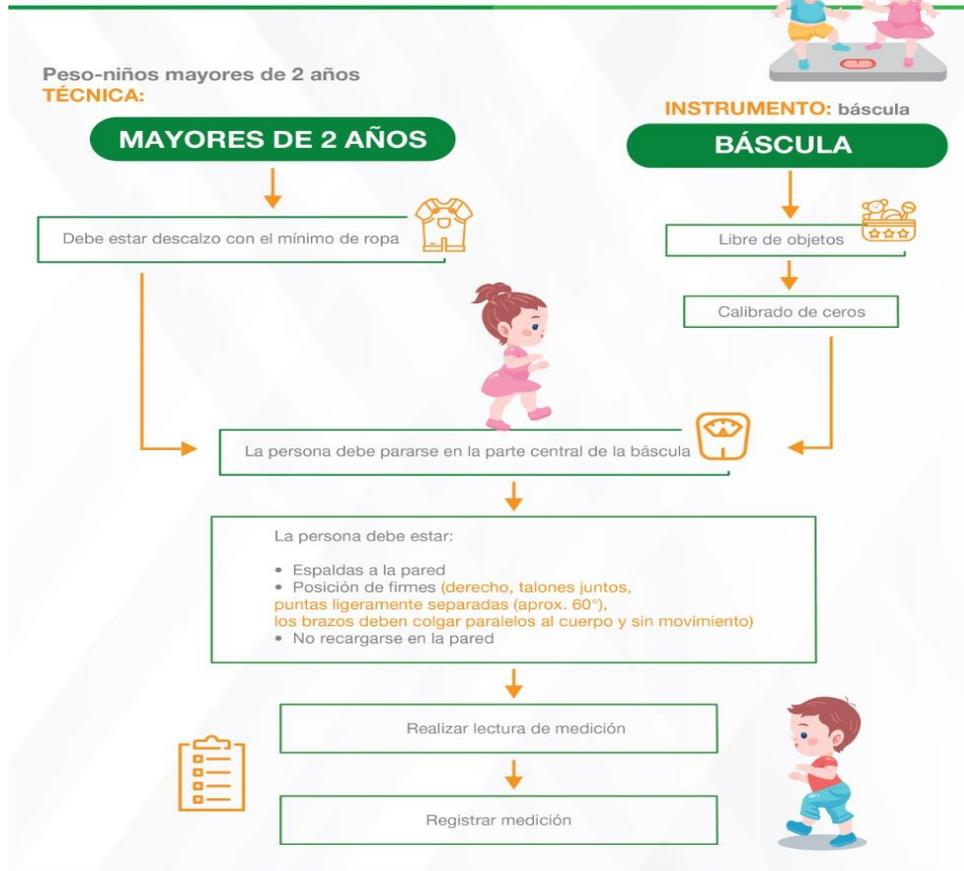


Fuente: Manual de Nutrición, Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia. México 2012. Rediseñado por ISEM 2022.

4. A partir de los dos años de edad, se puede pesar de pie en la báscula de plataforma con los talones de los pies juntos, puntas de los pies ligeramente separadas, en posición de firmes, con los hombros y brazos relajados a los lados del cuerpo y la

cabeza mirando al frente. Es importante que las básculas estén en una superficie lisa y firme, que no contengan bultos ni otros objetos encima mientras no se usan y que siempre se deje la báscula marcando en cero. Debe procurarse que las básculas sean revisadas y calibradas diariamente para garantizar su adecuado funcionamiento. Es importante que las básculas siempre permanezcan en el mismo lugar para evitar su descalibración.

Técnica de medición del peso de niños y niñas mayores de 2 años de edad.



Fuente: Manual de Nutrición, Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia. México 2012. Rediseñado por ISEM 2022.

Longitud-Talla

1. Pedir ayuda a la madre o responsable del menor.
2. Quitar al menor los zapatos, adornos de la cabeza, gorros, sombreros, trenzas, peinados y cualquier otro objeto que estorbe la medición.
3. En los menores de dos años se mide la longitud en posición decúbito dorsal (es la posición supina con la persona tendida y descansando sobre nalgas, espalda, cabeza y hombros):

- 
- a) Deslizar la parte móvil del infantómetro para asegurar que ésta corra fácilmente.
 - b) Colocar a la o al menor boca arriba con la cabeza tocando el tope fijo del infantómetro.
 - c) Pedir a la madre que tome al menor suavemente colocando ambas manos sobre las orejas, para sostener la cabeza contra el tope fijo del infantómetro, de manera que el menor vea hacia arriba. Cuidar que mantenga esta posición.
 - d) Cuidar que el niño o niña no doble las rodillas, para ello, oprímalas con suavidad y firmeza junto con la cadera.
 - e) Cuidar que la o el menor esté tranquilo, deslizar la paleta móvil hasta topar con las plantas de los pies.
 - f) Asegurarse que las plantas de los pies del menor queden en ángulo recto con la paleta móvil del infantómetro.
 - g) Hacer la medición y registrar los centímetros en los formatos correspondientes.

Técnica de medición de la longitud de niños y niñas menores de 2 años de edad.

LONGITUD: niños menores de 2 años

TÉCNICA:

NOTA: se necesitan dos personas para la medición



MENOR DE 2 AÑOS

INSTRUMENTO: : Infantómetro

INFANTÓMETRO

Debe estar sin zapatos y en la cabeza sin gorros, diademas, pasadores o algo que interfiera con la medición



Acostado sobre el tablero con la cabeza pegada en la base fija, con los ojos mirando hacia arriba y la barbilla ligeramente levantada



El ayudante debe sostener la cabeza del niño con sus dos manos. La línea del cuerpo deberá coincidir con la parte central del infantómetro. Los brazos deberán descansar a los lados del cuerpo del niño.

Las piernas deberán estar completamente extendidas, tanto al nivel del muslo como de las rodillas

El antropometrista debe ejercer presión suficiente y firme sobre las rodillas para hacer que al nivel del muslo

El antropometrista debe estar del lado donde se encuentra la escala métrica; preferentemente desde donde puede sostener la pieza móvil con alguna de las manos

Este debe presionar con la otra mano las piernas para asegurar que estén bien estirados y en contacto con la base móvil

Las plantas deben quedar en un ángulo de 90° y toda la planta del pie en contacto directo con la base móvil

Realizar lectura de medición

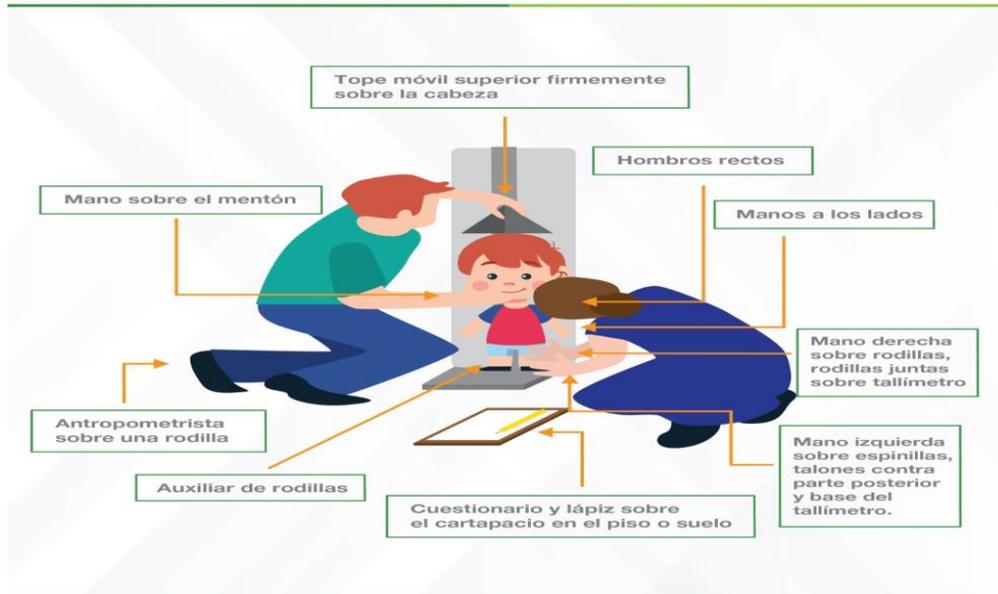
Registrar medición



Fuente: Manual de Nutrición, Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia. México 2012. Rediseñado por ISEM 2022.

1. A partir de los dos años de edad se mide la estatura con el menor de pie.
 - a) Poner al menor en el centro de la báscula con los talones juntos y puntas de los pies ligeramente separadas, la cabeza y hombros relajados, brazos colgando a los lados del cuerpo; espalda, nalgas y piernas bien pegados a la pared y la cabeza con la mirada hacia el frente, procurando que la línea media del cuerpo forme un ángulo de 90° entre el lóbulo de la oreja y la punta de la nariz.
 - b) Subir la escala hasta la punta de la cabeza, procurando que la escuadra quede justamente en contacto con la parte más alta de la cabeza (no del peinado).
 - c) En caso de que se cuente con un estadímetro portátil, se debe asegurar que la instalación del mismo sea correcta:
 - I. Poner la base del flexómetro en el piso y jalarlo hacia arriba por la pared hasta que aparezca la línea correspondiente al cero y poner una marca en la pared en ese punto.
 - II. En el punto marcado en la pared fijar un clavo y colgar el estadímetro.
 - III. Cerciorarse de que el menor se quite los zapatos y no tenga algún peinado que pueda estorbar la toma de las medidas.
 - IV. Verificar que los pies del menor estén juntos; sus talones y glúteos que toquen la pared, con los brazos colgados a los costados que tenga la mirada al frente.
 - V. Bajar la escuadra del estadímetro y apoyarla sobre la cabeza del menor (no del peinado). Realizar la lectura y registrar el valor en los formatos correspondientes.

Técnica de medición de la talla de niños y niñas

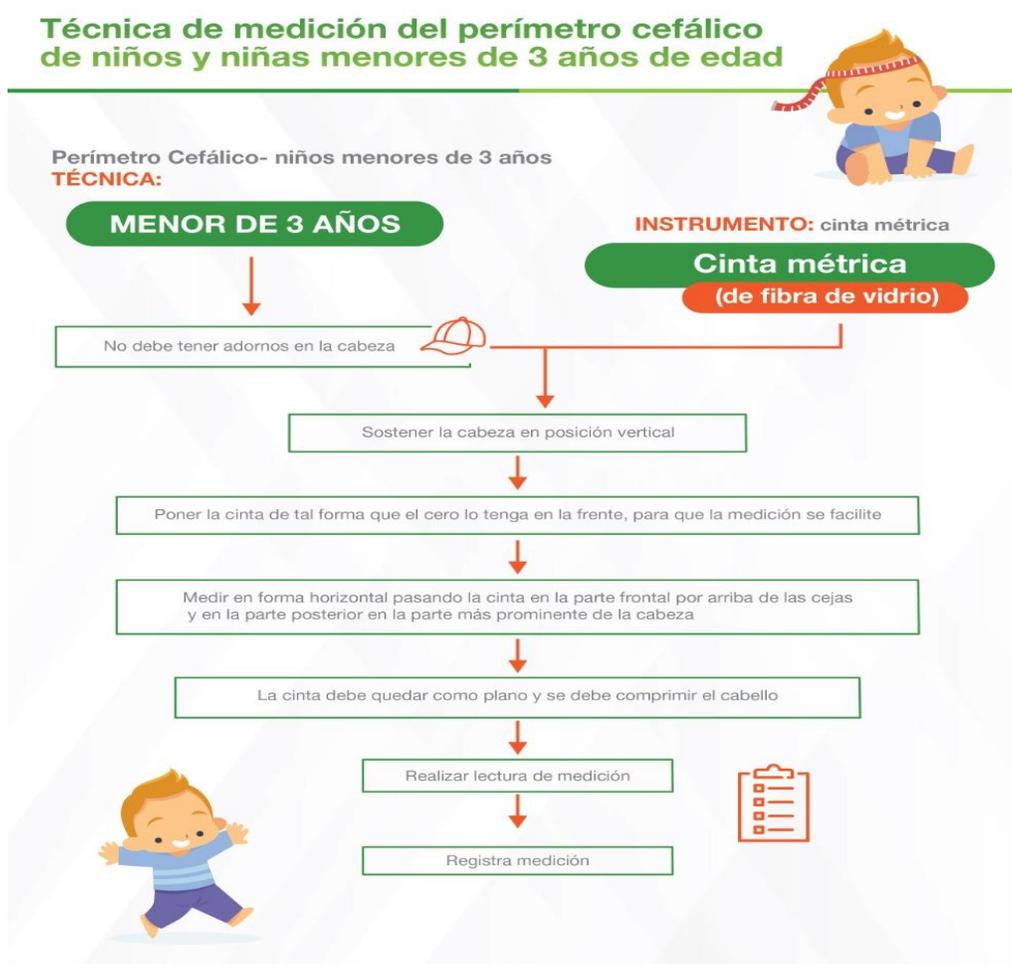


Fuente: Manual de Nutrición, Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, México 2012. Rediseñado por ISEM 2022.

Perímetro Cefálico

La medición se realiza con una cinta métrica flexible pasando por atrás de la cabeza sobre la parte más prominente de ésta y por enfrente de la cabeza, arriba de las cejas. Aunque las curvas de la OMS evalúan el perímetro cefálico desde el nacimiento hasta los cinco años, en general se recomienda su medición desde el nacimiento y hasta los tres años de edad en las visitas periódicas del niño sano.

La medición sirve para evaluar el crecimiento craneano, por lo que al sospechar un incremento o disminución del perímetro cefálico se debe referir al niño o la niña a una unidad de segundo nivel para su evaluación correspondiente.



Fuente: Manual de Nutrición, Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, México 2012.
Rediseñado por ISEM 2022.

Circunferencia de Cintura

Debe realizarse ubicando el punto medio entre la última costilla y la cresta iliaca, normalmente pasando arriba de la cicatriz umbilical. Posteriormente medir con ayuda de una cinta métrica la circunferencia en este punto, cuidando que la cinta este recta.

El cuadro que se presenta a continuación provee un resumen de las definiciones de problemas de crecimiento en términos de puntuación z. Note que un indicador se incluye en una determinada definición si al ser marcado se ubica por encima de o por debajo de una línea de puntuación z en particular. Si el punto marcado cae exactamente en la línea de puntuación z, se clasifica en la categoría menos severa.

Por ejemplo, un peso para la edad exactamente sobre la línea 3 se considera “bajo peso” y no “bajo peso severo.” Compare los puntos marcados en la curva de crecimiento de niños con las líneas de puntuación z para determinar si indican un problema de crecimiento en el cuadro que se presenta a continuación. Las mediciones en los recuadros sombreados se encuentran en el intervalo normal.

Indicadores de crecimiento



INDICADORES DE CRECIMIENTO				
Puntuaciones Z	Longitud/talla para la edad	Peso para la edad	Peso para la longitud/talla	IMC para la edad
Por encima de 3	Ver nota 1	Ver nota 2	Obeso	Obeso
Por encima de 2			Sobrepeso	Sobrepeso
Por encima de 1				
0 (mediana)				
Por debajo de -1			Ver nota 4	Ver nota 4
Por debajo de -2	Baja talla (ver nota 5)	Desnutrición moderada	Desnutrición moderada	Bajo peso
Por debajo de -3	Baja talla (ver nota 5)	Desnutrición grave	Desnutrición grave	Bajo peso severo

Fuente: Manual de Nutrición, Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia. México 2012. Rediseñado por ISEM 2022.

Antes de usar las tablas, se debe considerar:

1. Registrar fecha de nacimiento y edad exacta del menor.
2. Medir la talla o longitud del menor y registrarla.
3. Obtener el peso del menor en una báscula pesa bebé o de plataforma, y registrarlo.
4. En las tablas de índice de peso para la edad, longitud/ talla para la edad, peso para la longitud, peso para la talla, ubicar al menor en la primera columna de acuerdo a su edad o longitud (según corresponda la tabla).
5. Buscar el peso, longitud o talla del niño(a) que presenta actualmente siguiendo la misma fila (en horizontal) en la que se encontró la información de la primera columna.
6. Ubicar si el valor que actualmente presenta el menor se encuentra dentro de los valores mínimo y máximo en el caso del índice de talla para la edad, o bien, en desnutrición, ideal, sobrepeso u obesidad para el índice peso para la edad o peso para la talla.

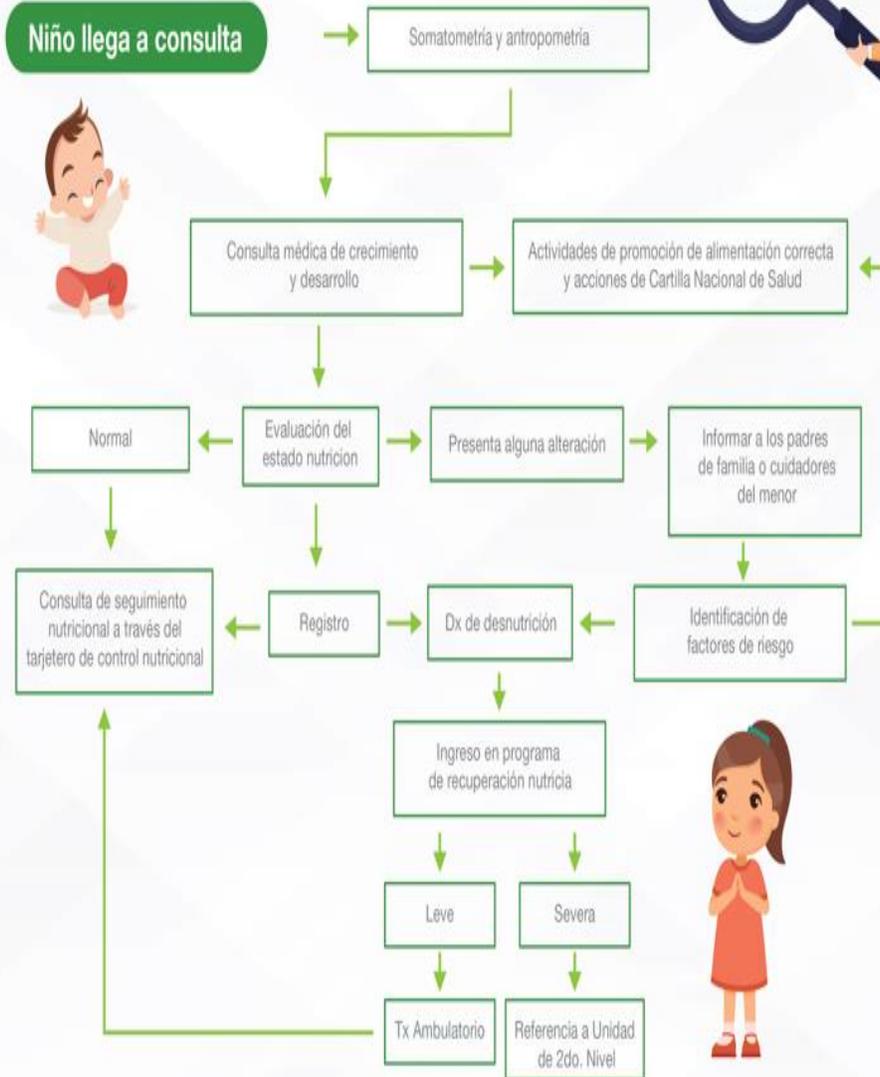
Valores de circunferencia de cintura de acuerdo a edad y sexo en población mexicana.

Edad (año)	Circunferencia de cintura(cm)			
	Niños		Niñas	
	Percentila 50	Percentila 75	Percentila 50	Percentila 75
2*				
3*				
4*				
5*				
6	54.7	61.3	52.4	59.0
7	57.0	64.0	55.0	61.7
8	59.3	66.8	57.6	64.3
9	61.6	69.5	60.3	67
10	63.8	72.3	62.9	69.7
11	66.1	75.0	65.5	72.3
12	68.4	77.8	68.1	75.0
13	70.7	80.5	70.8	77.7
14	73.0	83.3	73.4	80.3
15	75.2	86.0	76.0	83.0
16	77.5	88.8	78.6	85.7
17				
18		<95		<85
19		<95		<85



Fuente: Manual de Nutrición, Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia. México 2012. Rediseñado por ISEM 2022.

Detección de casos de desnutrición en consulta de primer nivel



Fuente: Isem 2022.



Notificación de Caso Médico-Legal

1/ UNIDAD MÉDICA:

2/ _____ a ____ de _____ de 20 ____

C. AGENTE DEL MINISTERIO PÚBLICO 3/ _____
ADSCRITO A 4/ _____

5/ Me permito informar a usted que, siendo las _____ horas del día _____ fue
presentado al Servicio de Urgencias de esta Unidad Hospitalaria, el (la):

6/ NOMBRE COMPLETO DE LA O EL PACIENTE:	7/ FECHA DE NACIMIENTO:
_____	_____

8/ QUIEN MENCIONA TENER SU DOMICILIO EN:

CALLE Y NÚMERO:	COLONIA:
_____	_____

LOCALIDAD:	MUNICIPIO:	ENTIDAD FEDERATIVA:
_____	_____	_____

9/ El o La Paciente presenta las lesiones a consecuencia de:

Lo que se hace del conocimiento al Órgano Procurador de Justicia, en cumplimiento por la fracción V del Artículo 19 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, Norma Oficial Mexicana 004-SSA3-2012, numeral 10.3.

10/ Observaciones:

11/ Personal Médico que realiza el reporte

12/ Personal de Trabajo Social quien notifica

(Nombre, Firma y Cédula Profesional)

(Nombre y Firma)

208C010110000L-039-19



Herramienta de Detección de Violencia Psicológica

No. EXP.:

JURISDICCIÓN SANITARIA:	COORDINACIÓN MUNICIPAL:	FECHA:
UNIDAD MÉDICA:	LOCALIDAD:	MUNICIPIO:

NOMBRE DEL PRESTADOR DE SERVICIOS QUE APLICA LA HERRAMIENTA DE DETECCIÓN: _____

Sección 1. Violencia Psicológica: En los últimos doce meses su pareja o alguien importante para usted:

¿Le controla la mayor parte de su tiempo, actividades y dinero?	Si <input type="checkbox"/> ¿Quién lo hizo? _____ No <input type="checkbox"/>
¿Le ha menospreciado o humillado?	Si <input type="checkbox"/> ¿Quién lo hizo? _____ No <input type="checkbox"/>
¿Le ha amenazado con golpearle o usar contra usted alguna navaja, cuchillo, machete o arma de fuego?	Si <input type="checkbox"/> ¿Quién lo hizo? _____ No <input type="checkbox"/>
¿Le ha menospreciado, humillado o golpeado durante su embarazo?	Si <input type="checkbox"/> ¿Quién lo hizo? _____ No <input type="checkbox"/>
¿Su embarazo es deseado y planeado?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Sección 2. Violencia Física: En los últimos doce meses su pareja o alguien importante para usted:

¿Le ha golpeado provocándole moretones, fracturas, heridas u otras lesiones?	Si <input type="checkbox"/> ¿Quién lo hizo? _____ No <input type="checkbox"/>
¿Le ha tratado de ahorcar?	Si <input type="checkbox"/> ¿Quién lo hizo? _____ No <input type="checkbox"/>
¿Le ha agredido con algún objeto, navaja, cuchillo, machete o arma de fuego?	Si <input type="checkbox"/> ¿Quién lo hizo? _____ No <input type="checkbox"/>
¿Le ha golpeado provocándole moretones, fracturas, heridas o ha tratado de ahorcarla por su embarazo?	Si <input type="checkbox"/> ¿Quién lo hizo? _____ No <input type="checkbox"/>

Sección 3. Violencia Sexual: En los últimos doce meses su pareja o alguien importante para usted:

¿Le ha forzado a tocamientos o manoseos sexuales en contra de su voluntad?	Si <input type="checkbox"/> ¿Quién lo hizo? _____ No <input type="checkbox"/>
¿Le ha forzado a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad con violencia física?	Si <input type="checkbox"/> ¿Quién lo hizo? _____ No <input type="checkbox"/>
¿Le ha forzado a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad sin violencia física?	Si <input type="checkbox"/> ¿Quién lo hizo? _____ No <input type="checkbox"/>
¿Le ha forzado a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad y resultado embarazada?	Si <input type="checkbox"/> ¿Quién lo hizo? _____ No <input type="checkbox"/>
¿Durante su embarazo, le ha forzado a tocamientos o a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad con/sin violencia?	Si <input type="checkbox"/> ¿Quién lo hizo? _____ No <input type="checkbox"/>

NOTA: Si él o la usuaria responde afirmativamente a más de 1 pregunta de la sección 1, ó a cualquiera de las preguntas de la sección 2 y 3, está viviendo una situación de violencia. Debe realizarse la evaluación de riesgo.

208C0101100000L-275-19

NNA: Niña, Niño o Adolescente.

Niñas/Niños: A las personas menores de doce años.

Abandono: Al acto de desamparo injustificado, hacia uno o varios miembros de la familia con los que se tienen obligaciones que derivan de las disposiciones legales y que ponen en peligro la salud.

Adolescente: Son personas de entre doce años cumplidos y menos de dieciocho de edad.

Antropometría: Estudio y técnica de medición del cuerpo humano. Se utiliza para medir y controlar el estado nutricional, siendo uno de los componentes clave en la valoración nutricional individual o poblacional.

Atención Médica: El conjunto de recursos que intervienen sistemáticamente para la prevención y curación de las enfermedades que afectan a los individuos, así como de la rehabilitación de los mismos.

Caso Médico Legal: Son los pacientes que han sufrido lesiones y daños a la salud tipificados en el Código Penal y que deben ser notificados a las autoridades correspondientes por el médico que tiene conocimiento del caso.

Consulta Médica: Instancia de encuentro entre el personal médico y la o el paciente que representa una de las formas más antiguas de resolver los problemas de salud - enfermedad de las sociedades, uno de los escenarios más frecuentes de la relación médico-paciente.

Desnutrición Aguda (DA): Forma de malnutrición por déficit. Es causada por una disminución en el consumo de alimentos y/o enfermedad que resulta en pérdida repentina de peso y/o edema bilateral.

Maltrato Económico: Al acto de control o negación de injerencia al ingreso o patrimonio familiar, mediante el cual se induce, impone y somete a una persona de cualquier edad y sexo, a prácticas que vulneran su libertad e integridad física, emocional o social.

Maltrato Físico: Al acto de agresión que causa daño físico.

Maltrato Psicológico: A la acción u omisión que provoca en quien lo recibe alteraciones psicológicas o trastornos psiquiátricos.

Perímetro Braquial Medio (PB): es la medida de la circunferencia media del brazo, siendo un indicador simple y fácil de usar en la evaluación del estado nutricional. Un PB bajo es indicador de DA: para niños de 6 a 59 meses de edad, un PB <115 mm indica DAS; y un PB \geq 115 mm y < 125 mm indica DAM. El valor de la medición está estrechamente relacionado con el riesgo de morir.

Personal Médico: Todo personal médico que preste sus servicios unidades de salud y hospitales, independientemente de su puesto (jefe de servicio, etc.); no se incluyen en este concepto los M.I.R., los asistentes voluntarios ni los becarios. Otros especialistas.

Maltrato Sexual: A la acción mediante la cual se induce o se impone la realización de prácticas sexuales no deseadas o respecto de las cuales se tiene la imposibilidad para consentir.

Revictimización: Se entiende como “un patrón en el que la víctima de abuso y/o de la delincuencia tiene una tendencia significativamente mayor de ser víctimas nuevamente.

Victimización: Proceso en el que un sujeto pasa a ser víctima de un delito.

Violación: Al delito que se tipifica con esa denominación en los códigos penales federal y estatales.

Violencia contra las Mujeres: Cualquier acción u omisión, basada en su género, que les cause daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte tanto en el ámbito privado como en el público; a) que tenga lugar al interior de la familia o en cualquier otra relación interpersonal, ya sea o no que el agresor comparta el mismo domicilio que la mujer. b) que tenga lugar en la comunidad y sea perpetrada por cualquier persona.

Violencia Familiar: El acto u omisión, único o repetitivo, cometido por un miembro de la familia en contra de otro u otros integrantes de la misma, sin importar si la relación se da por parentesco consanguíneo, de afinidad, o civil mediante matrimonio, concubinato u otras relaciones de hecho, independientemente del espacio físico donde ocurra. **Violencia Sexual:** A todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo.

BIBLIOGRAFIA

1. Informe Mundial sobre la Violencia Contra los Niños de Naciones Unidas. http://www.crin.org/docs/Informe_Mundial_Sobre_Violencia.pdf.
2. Programa de Intervención Directa de Fundación Telefónica, Guía para la Detección y Seguimiento de Casos de Violencia y Abuso Infantil. Save the Children, México 2013.
3. Protocolo Nacional de Coordinación interinstitucional para la Protección de Niñas, Niños y Adolescentes Víctimas de Violencia. SIPINNA febrero 2021.
4. Protocolo de Prevención del Abuso Sexual Infantil a Niñas, Niños y Adolescentes. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia DIF, Octubre 2017.
5. Análisis Situacional de los Derechos Humanos de Niñas, Niños y Adolescentes. <http://informe.cndh.org.mx/menu.aspx?id=40071#l40409>.
6. Convención sobre los Derechos del Niño. UNICEF.
7. Lineamiento de Operación 2020 del Componente Nutrición en la Infancia.
8. Manual de Prevención del Abuso Infantil, Madres y Padres de Familia. Fundación PAS, México 2013.
9. Protocolos para la prevención, detección y actuación en casos de abuso sexual infantil, acoso escolar y maltrato en las escuelas de educación básica del subsistema educativo estatal, 2017.
10. Guía Atención Médica a Personas Violadas. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Secretaría de Salud. México 2006.
11. Secretaría de Salud. Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar, y Sexual 2ª ed. México, DF: Secretaría de Salud; 2009.
12. NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención. Diario Oficial de la Federación, 24 de marzo de 2016.
13. MODIFICACIÓN de los puntos 6.4.2.7, 6.4.2.8, 6.6.1 y 6.7.2.9 de la Norma Oficial Mexicana NOM-190- SSA1-1999, Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar, para quedar como NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.
14. Diario Oficial de la Federación 16 de abril de 2009.
15. Manual de Nutrición, Centro Nacional de Salud de la Infancia y la Adolescencia. México 2012.

MTRO. FRANCISCO JAVIER FERNÁNDEZ CLAMONT

Secretario de Salud y Director General del
Instituto de Salud del Estado de México

MTRO. BARUCH DELGADO PEÑA

Coordinador de Salud

DR. JESÚS REYNA FIGUEROA

Director de Servicios de Salud

DR. ARTURO CESAR LOPEZ SALGADO

Subdirector de Prevención y Control de Enfermedades

MTRA. YOLANDA ANAHID SALYANO PEÑUELAS

Subdirectora de Atención Médica

LDA. DANIELA CORTÉS ORDOÑEZ

Jefa de la Unidad de Modernización Administrativa

**MTRO. FRANCISCO JAVIER FERNÁNDEZ
CLAMONT**

Secretario de Salud y Director General del
Instituto de Salud del Estado de México

MTRO. BARUCH DELGADO PEÑA

Coordinador de Salud

DR. JESÚS REYNA FIGUEROA

Director de Servicios de Salud

LDA. DANIELA CORTÉS ORDOÑEZ

Jefa de la Unidad de Modernización Administrativa

APROBACIÓN

Con fundamento en el artículo 293, fracción IV del Reglamento de Salud del Estado de México, el Consejo Interno del Instituto de Salud del Estado de México en sesión ordinaria número **251**, aprobó el documento administrativo “**Protocolo para la Detección y Atención en Casos de Violencia, Explotación Laboral y Desnutrición en Niñas, Niños y Adolescentes**”.

FECHA DE ACUERDO	NÚMERO DE ACUERDO
ISE/251/010	20 de Septiembre de 2022

LIC. DARLING DENISE CÉSARES GÁLVEZ
Directora de Administración y
Secretaria del Consejo Interno del Instituto de
Salud del Estado de México.

Secretaría de Salud
Instituto de Salud del Estado de México

© PROTOCOLO PARA LA DETECCIÓN Y ATENCIÓN EN CASOS DE VIOLENCIA, EXPLOTACIÓN LABORAL Y DESNUTRICIÓN EN NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES

Responsables de su elaboración:

- *Dra. Gabriela Beatriz Velázquez Bucio, Asesor Médico de la Coordinación de Salud.*
- *Dr. José Alberto Angeles Pozo, Responsable Estatal del Programa “Atención a la Violencia”.*
- *Lic. Nelly Deydré Guzmán Escobar, Responsable Estatal del Programa “Atención a las Adicciones”.*
- *Lic. Soledad Valdés López, Responsable Estatal de Trabajo Social.*
- *Lic. Sarai George Vázquez, Responsable de Mercadotecnia en Promoción a la Salud.*

Responsables de su integración:

- *Lic. Daniela Cortés Ordoñez, Jefa de la Unidad de Modernización Administrativa.*
- *C. Jesús Rafael Pacheco Alcántara, Jefe del Departamento de Desarrollo Institucional.*
- *Lic. Diana Rodríguez Arteaga, Analista del Departamento de Desarrollo Institucional.*

Toluca. México
Agosto 2022