

A collage of 10 photographs showing children of various ethnicities and ages. The images include: a newborn baby's face in profile; a baby's face with its hand near its mouth; a baby lying down and smiling; a young boy with curly hair smiling; a young girl in a pink and white striped dress waving; a young boy with a necklace smiling; two young girls smiling together; a close-up of hands touching a Braille surface; two young girls looking at the camera; and a group of four children playing on a swing set and a bicycle in a park. The text 'sciencephotoLIBRARY' is visible in the bottom right corner of the collage.

SAN JOSÉ, COSTA RICA 2012

**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD
ÁREA DE ATENCION INTEGRAL A LAS PERSONAS**



GUIA DE ATENCION INTEGRAL A NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES VICTIMAS DE ABUSO

**SAN JOSÉ, COSTA RICA
2012**

“A nuestros hijos, los ciudadanos más vulnerables de cualquier sociedad, les debemos una vida sin violencia ni temor. Para garantizarla hemos de ser incansables en nuestros esfuerzos por lograr la paz, la justicia y la prosperidad no solo para los países, sino también para las comunidades y los miembros de una misma familia. Debemos hacer frente a las raíces de la violencia. Solo entonces transformaremos el legado del siglo pasado de lastre oneroso en experiencia aleccionadora¹”

Nelson Mandela

¹ OMS-OPS. (2003). Informe mundial sobre la violencia y la salud. Editado por Etienne G. Krug, Linda L. Dahlberg, James A. Mercy, Anthony B. Zwi y Rafael Lozano. Publicación Científica y Técnica No. 588. En: <http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/Contenido.pdf> Consultado: 30-8-11.

GRUPO EJECUTOR

Freddy Ulate Mora. Pediatra. Coordinador
Area Atención Integral a las Personas

Adelaida Mata Solano. Psicóloga
Area Atención Integral a las Personas

Mayra Carmona Suárez. Médica Psicóloga.
Hospital Rafael Angel Calderón Guardia

Teresita Durán Carrillo. Trabajadora Social
Area Salud Goicoechea 1

Ana Lorena Madrigal Vargas. Pediatra.
Clínica Dr. Carlos Durán Cartín

Eida Redondo Murillo. Psiquiatra.
Hospital William Allen. Turrialba

Yancy Milena Solano Chacón
Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva

Karolina Montero Torres. Psicóloga Clínica.
Area de Salud Puntarenas-Chóme Monteverde

Katherine Barquero Castro. Trabajadora Social.
Hospital Nacional de Niños Dr. Carlos Sáenz Herrera

GRUPO VALIDADOR 1

10 DE AGOSTO 2010

Área de Atención Integral a las Personas-DDSS²
 Área de Salud Abangares
 Área de Salud Abangares
 Área de Salud Corralillo
 Área de Salud de Acosta
 Área de Salud de Alajuelita
 Área de Salud de Guatuso
 Área de Salud de la Unión.
 Área de Salud de Tibás
 Área de Salud Desamparados
 Área de Salud Hatillo
 Área de Salud Montes de Oca. UCR
 Área de Salud Mora Palmichal
 Área de Salud Mora Palmichal
 Área de Salud Moravia
 Área de Salud Oreamuno
 Área de Salud San Rafael, Chomes, Monteverde
 Área de Salud Turrialba
 Área de Salud Desamparados 1
 Clínica Marcial Fallas.
 Clínica Solón Núñez Frutos. Hatillo
 Dirección de Niñez y Adolescencia. Defensoría de los Habitantes
 Dirección Jurídica CCSS.
 Fundación PANIAMOR
 Fundación PANIAMOR
 Hospital Calderón Guardia
 Hospital Calderón Guardia.
 Hospital Escalante Pradilla. Pérez Zeledón
 Hospital Escalante Pradilla. Pérez Zeledón
 Hospital Escalante Pradilla. Pérez Zeledón
 Hospital México
 Hospital Monseñor Sanabria. Puntarenas
 Hospital Monseñor Sanabria. Puntarenas
 Hospital de San Carlos
 Hospital San Rafael de Alajuela
 Hospital San Rafael de Alajuela.
 Hospital San Vicente de Paúl. Heredia
 Hospital Tony Facio Castro. Limón
 Hospital Tony Facio Castro. Limón
 Junta de Salud Área de Salud de Turrialba
 Oficina Protección a la Víctima. Ministerio Público
 Patronato Nacional de la Infancia. Presidencia Ejecutiva
 Visión Mundial Costa Rica

Bonilla Salas Karen
 Salazar Badilla Mario
 Vega Salas Ana Ruth
 Gutiérrez Morales Belmar
 Mora Mora Mauri
 Ocampo Rosales Andrea
 Vindas Álvarez Lucy
 Díaz Torres Natalia
 Cruz Mora Elena
 Banard Camacho Mónica
 Romero Araya Alice
 Chaves Arias Mariela
 Chaves Cubillo Yamileth
 Villarreal Alfaro Shirley
 Villalobos Chacón Paula
 Betancourt Camacho Laura
 Contreras Sánchez Zaida
 Zúñiga Chinchilla Karol
 Chávez Bonilla Laura
 Castillo Saborío Bernarda
 Trejos González Rebeca
 Gallardo Barquero Rebeca
 Vargas López Karen
 Grillo Rivera Milena
 Gutiérrez Chavarría María Luz
 León González Damaris
 Zúñiga Alvarado Rosibel
 De Franco Montalván Danilo
 López Gutiérrez Jenny
 Sánchez Godínez Flory
 Naranjo Córdoba Hannia
 Rojas Rodríguez Adriana
 Torres Quirós Jeimy
 Rojas Barquero Mayra
 Piñeres Pinto María Cristina
 Vega Araya Andrea
 Barquero Palma Raquel
 Gentle Gentle Carla
 Salazar Borbón Consuelo
 Quesada Sánchez María Isabel
 Salazar Elizondo Eugenia
 Quesada Rodríguez Ingrid
 Quiñones Sánchez Alberto

² Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud. CCSS

GRUPO VALIDADOR 2

FEBRERO-ABRIL 2012

Área Atención Integral a las Personas-DDSS
 Área Atención Integral a las Personas-DDSS
 Área de Salud Aserrí
 Área de Salud Clínica Marcial Fallas
 Área de Salud Clínica Marcial Fallas
 Área de Salud de Abangares
 Área de Salud de Acosta
 Área de Salud de Alajuelita
 Área de Salud Desamparados 3
 Área de Salud Mora Palmichal
 Área de Salud Mora Palmichal
 Área de Salud Oreamuno
 Área de Salud Tibás
 Área de Salud Tibás
 Área de Salud Tibás
 CEINNAA Área de Salud de Cartago
 CEINNAA Área de Salud de Cartago
 CEINNAA Área de Salud de Cartago
 CEINNAA Hospital de Guápiles
 CEINNAA Hospital de Guápiles
 CEINNAA Hospital de Guápiles
 CEINNAA Hospital de San Carlos
 CEINNAA Hospital de San Carlos
 CEINNAA Hospital de San Carlos
 CEINNAA Hospital de San Carlos
 CEINNAA Hospital de San Carlos
 CEINNAA Hospital de San Carlos
 Dirección Jurídica. CCSS
 Fiscalía Adjunta Delitos Sexuales de San José
 Fundación PANIAMOR
 Fundación PANIAMOR
 Gerencia Técnica. Patronato Nacional de la Infancia
 Gerencia Técnica. Patronato Nacional de la Infancia
 Gerencia Técnica. Patronato Nacional de la Infancia
 Gerencia Técnica. Patronato Nacional de la Infancia
 Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia
 Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia
 Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia
 Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia
 Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia
 Hospital Maximiliano Peralta
 Hospital México
 Hospital San Juan de Dios
 Hospital San Juan de Dios
 Hospital San Juan de Dios
 Hospital San Juan de Dios
 Hospital San Rafael de Alajuela

García Camacho Vilma
 Bonilla Salas Karen
 Madrigal Vargas Ana Lorena
 Chaves Bonilla Laura
 Castillo Saborío Bernardita
 Vega Salas Ana Ruth
 Mora Mora Mauri
 Ocampo Rosales Andrea
 Banard Camacho Mónica
 Chaves Murillo Yamileth
 Villarreal Alfaro Shirley
 Betancourt Camacho Laura
 Cruz Vargas Heydi
 Espinoza Blanco Olga
 Valdéz Dardón Juan Fernando
 Ramírez Chinchilla Ivette
 Fonseca Montenegro Gerardo
 Beatriz Solano Martínez
 León Carmona Damaris
 Flores Molina Yeanine
 Carvajal Sanders Liseth
 Rojas Barquero Mayra
 Arroyo Bolaños Cecilia
 Bianchini Matamoros Marilyn
 Burgos Marrugo Shirley
 Chaves Peralta María Amalia
 Zúñiga Castro Isabel
 Mora Rojas Vera
 Salazar Elizondo Eugenia
 Grillo Rivera Milena
 Hernández Gaubil Marla
 Quesada Rodríguez Ingrid
 Barboza Ramírez Alexandra
 Arenas Agüero Ana María
 Hernández Sánchez Patricia
 Salazar Gómez Nolbertina
 Morera González Mariluz
 Zúñiga Alvarado Rosibel
 Sáenz Jiménez María del Pilar
 Zúñiga Rodríguez Zaida
 Zamora Rojas Lady
 Naranjo Córdoba Hannia
 López Herrera Viviana
 Coto Albán Sonia
 Pereira Torres Marlen
 Campos Calderón Sonia
 Salazar Pinto Maricel

Hospital San Rafael de Alajuela
 Hospital San Rafael de Alajuela
 Hospital San Vicente de Paúl
 Subárea de Promoción de la Salud. Área de Regulación. DDSS
 Subárea de Promoción de la Salud. Área de Regulación. DDSS
 Subárea de Psicología. Área Regulación-DDSS
 Subárea de Psicología. Área Regulación-DDSS
 Subárea de Psicología. Área Regulación-DDSS
 Subárea de Trabajo Social. Área Regulación. DDSS
 Subárea de Trabajo Social. Área Regulación. DDSS
 Subárea de Trabajo Social. Área Regulación. DDSS
 Subárea de Trabajo Social. Área Regulación. DDSS
 Visión Mundial

Piñeres Pinto María Cristina
 Vega Araya Andrea
 Barquero Palma Raquel
 Urrutia Rojas Silvia
 Porras Quirós Ivannia
 Vindas González Marta A.
 Villalobos Pérez Alfonso
 Cubillo Escalante Sara
 Güel Durán Ana Josefina
 Corrales Fallas Selenia
 Palacios Alvarado Mireya
 Calvo Alvarado Ligia
 Quiñones Sánchez Alberto

LISTA DE ACRONIMOS

CCSS	Caja Costarricense de Seguro Social
CEINNAA	Comité de Estudio Integral de Niños, Niñas y Adolescentes Abusados
CNA	Código de la Niñez y la Adolescencia
CP	Código Penal
CPP	Código Procedimientos Penales
CEN	Centros de Educación en Nutrición
CINAI	Centro Infantil de Nutrición y Atención Integral
CICEINNAA	Consejo Institucional Interdisciplinario de los CEINNAA
DFP	Desorden facticio por poderes
DSM-IV TR	Diagnostic Statical Manual of Mental Disorders, fourth edition (TR: texto revisado)
EBAIS	Equipo Básico de Atención Integral en Salud
FPP	Falsificación de un proceso pediátrico
INA	Instituto Nacional de Aprendizaje
MEP	Ministerio de Educación Pública
MSP	Ministerio de Salud Pública
ONG	Organización no gubernamental
PANI	Patronato Nacional de la Infancia
SAIID	Sistema de Atención Integral intersectorial al Desarrollo de Niños y Niñas
SIPROCIMECA	Sindicato de Profesionales en Ciencias Médicas de la Caja Costarricense de Seguro Social
SMP	Síndrome Münchausen por poderes
SNS	Síndrome Niño Sacudido
TFP	Trastorno Fáctico por Poderes
UCR	Universidad de Costa Rica
UMN	Unión Médica Nacional

TABLA DE CONTENIDO

Presentación.....	10
PARTE I. PROLOGOS.....	12
PARTE II. ASPECTOS GENERALES DE LA GUIA.....	24
2.1. Antecedentes históricos en la detección y atención de situaciones de abuso en la niñez y la adolescencia.....	25
Antecedentes Internacionales.....	25
Antecedentes Nacionales.....	27
2.2. Poblaciones Diana, Meta y Objetivos de la Guía.....	32
PARTE III. MARCO CONCEPTUAL.....	33
3.1. Definiciones generales.....	34
3.2. Definiciones específicas.....	40
PARTE IV. INDICADORES Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	56
PARTE V. ATENCION INTEGRAL EN RED DE SERVICIOS A LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES VICTIMAS DE ABUSO.....	76
5.1. Consideraciones ético-legales en la atención.....	97
5.2. Marco organizativo.....	99
PARTE VI. MATRIZ OPERATIVA DE ATENCION INTEGRAL A NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES VICTIMAS DE ABUSO SEGÚN NIVEL DE ATENCION.....	87
PARTE VII. REFERENCIAS.....	103
PARTE VIII. ANEXOS.....	109

PRESENTACION

Esta Guía incluye información relativa al proceso general de atención integral de las personas menores de edad en situaciones de abuso que asisten a los diferentes servicios de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social.

En la Parte I se incluyen prólogos por diversas autoridades nacionales, incluyendo a la Presidencia Ejecutiva de la CCSS, Presidencia Ejecutiva del PANI, Fiscalía General de la República, Presidentes del Sindicato Unión Médica Nacional-UMN, Secretario General del Sindicato de Profesionales de Ciencias Médicas de la CCSS-SIPROCI MECA y de la Directora Ejecutiva de la Fundación PANIAMOR.

En la Parte II se incluyen aspectos generales de la Guía, entre ellos antecedentes históricos internacionales y nacionales, cuyo objetivo es situar en el tiempo el esfuerzo nacional en la atención integral contra niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso. Así mismo se incluye en esta parte una definición de la Población Diana, Meta y los objetivos del documento.

En la Parte III se presenta el marco conceptual abarcando definiciones generales y específicos de abuso, lo que tiene como meta fomentar el manejo de un lenguaje común en torno a la temática de abuso a niños, niñas y adolescentes en los servicios de salud. Esta parte es fundamental, en tanto, uno de los principales problemas que existen en el abordaje de las situaciones de abuso es la diferencia de criterios sobre los principales tipos de abuso y los procesos relacionados.

En la Parte IV se anotan indicadores, factores de riesgo y determinantes relacionados con el fenómeno de la violencia contra niños, niñas y adolescentes. Aquí se hace énfasis en que generalmente, un indicador, criterio diagnóstico, factor de riesgo o determinante, no es suficiente por sí solo para establecer el diagnóstico de abuso, promoviendo su uso en forma integral junto con otras evidencias y análisis realizado en equipo interdisciplinario.

La Parte V incluye las consideraciones generales a tomar en cuenta en el proceso de atención integral general en la Red de Servicios, lo que incluye consideraciones ético-legales, el marco organizativo y la coordinación con otras instituciones como el PANI y el Ministerio Público, lo cual supone la existencia de un Comité de Estudio Integral de Niños, Niñas y Adolescentes Agredidos (CEINNAA) tal como se establece en el Artículo 48 del Código de la Niñez y la Adolescencia. Comité cuya principal función es la coordinación de dicha atención.

En la Parte VI se incluyen las actividades generales que se deben llevar a cabo en los EBAIS, las sedes de Áreas de Salud Hospitales, Regionales, Periféricos, Nacionales y Especializados manteniendo el principio de trabajo en red de acuerdo a la capacidad resolutoria de cada nivel de atención, lo que incluye los principios de la Atención Primaria en Salud. Finalmente, en la Parte VII se incluyen las referencias utilizadas y en la VIII los anexos al documento.

Para la elaboración inicial de la presente guía se contó con el apoyo de un Equipo Ejecutor integrado en 2008 por profesionales de diversas disciplinas (psicología, trabajo social, psiquiatría y pediatría), representantes de Hospitales Nacionales (Nacional de Niños, de las Mujeres, Calderón Guardia), Periféricos (Hospital William Allen de Turrialba), Área de Salud Zapote (Clínica Dr. Carlos Durán),

Goicoechea 2 y Puntarenas-Chomes-Monte Verde. Este equipo se dio a la tarea de realizar la revisión bibliográfica y documental respectiva, para crear un primer documento borrador.

La primer validación de este primer documento se realizó en un Taller los días 12 y 13 de agosto de 2010 con la participación de 43 funcionarios de la Caja Costarricense de Seguro Social (Hospitales, Áreas de Salud), Ministerio de Justicia, Patronato Nacional de la Infancia, Unión Médica Nacional, SIPROCIMECA, Fundación PANIAMOR y Visión Internacional. Las observaciones generadas en esta sesión de trabajo se integran, teniendo como producto un segundo documento que es sometido a una segunda validación entre los meses de enero y abril de 2012. La integración de dichas observaciones al primer documento da como resultado la presente guía. Las listas de los y las profesionales que han participado en el proceso se incluyen en el inicio del documento y a todos y todas les extendemos nuestro agradecimiento por el apoyo recibido.

Es importante resaltar que las experiencias y conocimiento variado de nuestros profesionales y equipos de trabajo, ha hecho difícil incorporar todas las sugerencias, de las cuales se han incluido aquellas que correspondan a los objetivos del documento, el cual debe ser diferenciado de un protocolo, de una Guía de Práctica Clínica o de un texto que profundiza el tema.

Como todo documento de este tipo y en particular este que es el primero, esperamos que su implementación, nos permita mejorarlo en el año 2016, cuando corresponde revisarlo y actualizarlo.

En el mes de julio de 2012 se solicita a la Gerencia Médica la oficialización de documento. La Gerencia responde de manera positiva mediante nota 36959-5 con fecha 07 de agosto de 2012 (Ver Anexo 1), ello significa que se procede a la publicación para uso de los establecimientos de salud.

PROLOGOS

PARTIE I

EL RESPETO A LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS

El respeto a los Derechos de las personas es un principio fundamental que debemos recordar y aplicar todos los días en todos los escenarios institucionales, en particular los que refieren a niñas, niños y adolescentes.

Desde la ratificación de la Convención de los Derechos del Niño en 1990 y la publicación del Código de la Niñez y la Adolescencia en 1998 nuestro país apuesta por la validación de estos derechos en defensa de las personas menores de edad.

Como país adquirimos el compromiso de luchar por la transformación cultural en la forma de visualizar a la niñez y la adolescencia, lo cual sin duda alguna remueve los cimientos mismos de nuestra concepción de salud, educación y atención integral, incorporando a este grupo como una población protagonista de su presente y futuro.

El abuso contra las personas menores de edad, no solo lesiona a cada niño, niña o adolescente que la vive, sino, a todo el grupo social al cual pertenece. Por ello, la decisión de organizarnos para prevenir y atender las situaciones de violencia de las cuales estas personas son parte, es una obligación de todos.

Como funcionarios Públicos de las diversas instituciones que se relacionan con la atención integral de los niños, niñas y adolescentes abusados, este documento refuerza la misión de garantizar el desarrollo de una sociedad saludable, democrática, pacífica y armoniosa para todos los y las ciudadanos. Misión que solo podemos cumplir si nos comprometemos con el trabajo coordinado para facilitar el proceso de atención tanto en salud como en el escenario judicial.

Además de un compromiso ético y social, esta tarea nos compete profesionalmente, somos quienes poseemos las herramientas teórico-instrumentales para detección, derivación y atención integral de los niños, niñas y adolescentes abusados.

Por lo anterior, la presente Guía de Atención Integral a Niñas, Niños y Adolescentes víctimas de abuso constituye un insumo en este proceso de búsqueda del bienestar común, constituyéndose no sólo en una fuente de conocimiento, sino en especial una inspiración para su aplicación, todo esto coordinado en la Caja Costarricense de Seguro Social por los Comités de Estudio Integral de niños, niñas y adolescentes Agredidos (CEINNAA) que deben existir en todas nuestras Áreas de Salud y Hospitales. Criterio que cuenta no solo con el aval técnico institucional de los diferentes niveles de atención, sino, con el aval jurídico emitido por el Área de Gestión Técnica y Asistencia Jurídica de la Dirección Jurídica³.

Dra. Aleana Balmaceda Arias
Presidenta Ejecutiva
Caja Costarricense de Seguro Social

³ Para consulta el aval ver Nota D.J-4640-2012 del 05 de julio 2012.

DERECHO A LA ATENCIÓN INTEGRAL

El país ha avanzado en la creación de un marco legal que proteja los derechos de las niñas, niños y adolescentes, iniciando con el Código de la Niñez y la Adolescencia (1998), que significó un cambio cultural y paradigmático bajo la concepción de que las personas menores de edad son sujetos de derechos y que el Estado debe atenderlas integralmente garantizando el ejercicio de sus derechos, así como con la promulgación de otras leyes relevantes, entre ellas, la Ley 8654 “Derechos de los niños, niñas y adolescentes a la disciplina sin castigo físico ni trato humillante” (2008).

La efectiva implementación de la normativa vigente en materia de derechos de niñez y adolescencia constituye un reto para todas las instituciones y organizaciones responsables de su protección. La presente Guía contribuye en este proceso, ya que pretende orientar las acciones que se realizan en los servicios de salud para la atención integral de las personas menores de edad víctimas de abuso, facilitando el acceso a información referente a este tema.

Por consiguiente, se invita a las y los funcionarios de los diferentes niveles de atención a utilizar esta herramienta tan importante.

La respuesta a las situaciones de abuso es trascendental al igual que su prevención, por lo tanto debe continuarse previendo mecanismos adecuados para garantizar el asesoramiento, la denuncia y el reporte de incidentes de abuso.

La lucha contra todas las formas de abuso hacia los niños, niñas y adolescentes requiere de esfuerzos sostenidos en el tiempo y la concurrencia de muchos y variados actores para hacerlo posible, de ahí la importancia del trabajo interinstitucional conjunto y articulado que involucre además a las organizaciones de la sociedad civil, así como la participación de las personas menores de edad con el fin de lograr progresos y avances que impliquen cambios sostenibles.

En este sentido, un primer paso es el compromiso y el ejercicio ético de las funciones de todas aquellas personas que tengan dentro de sus responsabilidades el deber de garantizar, defender y proteger los derechos de la población menor de edad.

Marielos Hernández Corella
Presidenta Ejecutiva
Patronato Nacional de la Infancia

HACIA UNA PROTECCIÓN EFECTIVA DE LAS PERSONAS MENORES DE EDAD

La Fiscalía General de la República, reconociendo que al ratificar la Convención de los Derechos del Niño, y con la promulgación del Código de la Niñez y la Adolescencia, el Estado costarricense adquiere la obligación de legislar en protección de los niños, niñas y adolescentes, a fin de dar cumplimiento efectivo a todos los derechos y que en ambos instrumentos jurídicos se reconoce a este grupo etario como sujetos de una protección especial, teniendo como norte el “Interés superior de la persona menor de edad”, afirma que:

-Las personas menores de edad, tienen derecho a contar con protección especial.

-Que nuestra cruda realidad demuestra que una gran cantidad de niños, niñas y adolescentes son víctimas de violencia psicológica, física, sexual, negligencia y abandono.

-Que estas manifestaciones de abuso y maltrato suceden mayoritariamente dentro del círculo familiar o en un ámbito de confianza.

Además considera que:

-La normativa nacional, es clara en señalar que, en particular todos los delitos sexuales donde figura como víctima una persona menor de edad son de acción pública, por ende perseguibles de oficio y cualquier habitante del territorio nacional está facultado para denunciarlos.

-El Código Procesal Penal y el Código de la Niñez y la Adolescencia enfatiza que TODOS los servidores públicos, que por motivo de su función tengan conocimiento de una situación de mera sospecha o indicio de abuso o maltrato de un niño, niña o adolescente ESTA OBLIGADO a presentar de manera inmediata la DENUNCIA.

-El concepto amplio de protección para las personas menores de edad, como responsabilidad de TODOS, implica la existencia de canales adecuados de comunicación, de acciones coordinadas y articuladas entre todas las distintas instancias del Estado que por mandato constitucional o legal tienen responsabilidad en la prevención, detección, atención y protección de las personas menores de edad.

-Corresponde al Ministerio Público la investigación y persecución de todos los hechos delictivos que ocurren en el territorio nacional.

-Tratándose de denuncias donde las víctimas son niñas, niños y adolescentes los fiscales y las fiscalas deben actuar bajo los principios de atención e intervención inmediata, enfocando sus acciones no solo a la identificación de los partícipes del hecho denunciado, al aseguramiento de la prueba, a tratar de reducir al máximo la victimización secundaria, sino también a promover la coordinación ágil con las instituciones correspondientes, orientando su actuar a lograr que la persona menor de edad sea efectivamente protegida, asegurando por los mecanismos legales la protección efectiva de las personas menores de edad que han sufrido maltrato o abuso.

-Que esta GUIA DE ATENCION constituye una útil herramienta de trabajo para todos los servidores públicos que tienen responsabilidad en la atención integral de los casos de violencia física, sexual, psicológica y negligencia y abandono en perjuicio de personas menores de edad.

Por lo tanto esta Fiscalía General insta a todos los funcionarios y funcionarias de los sectores involucrados a su aplicación y colaboración mutua, todo ello de acuerdo a los derechos de niños, niñas y adolescentes, promoviendo la no revictimización.

Lic. Jorge Chavarría Guzmán
Fiscal General de la República
Ministerio Público

NUESTRAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES MERECE ESPECIAL ATENCIÓN Y PROTECCIÓN

Acerca de la importancia de hacer conciencia en el Cuerpo Médico Nacional, de contribuir con la protección de la infancia de nuestro país.

COMPROMISO MORAL, ETICO Y OBLIGACION LEGAL DEL MEDICO DE DENUNCIAR EL MALTRATO A NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES AGREDIDOS

Nuestras niñas, niños y adolescentes, son uno de los miembros más frágiles de la sociedad, y merecen especial atención y protección, no solo evocando el derecho legal, moral y social que les asiste producto de su vulnerabilidad, sino porque no obstante aunque desgastada la frase, ellos son el futuro de nuestra sociedad, y que las lesiones que deja cualquier tipo de agresión en un infante son permanentes y los que logran sobrevivir esta agresión tienen probabilidades de convertirse en futuros agresores o víctimas de otros tipos de abuso, creándose así un círculo de violencia en detrimento de la sociedad, independientemente del entorno socioeconómico en que nos desenvolvamos.

Por lo anterior y en virtud que los médicos, son los garantes de la salud, y que siempre han contribuido con el desarrollo social de nuestro país, y en estos momentos por lo general tienen el primer contacto con los niños, niñas y adolescentes agredidos, **SE LES RECUERDA**, que bajo pena de sanción jurídico penal, ante cualquier indicio de un hecho delictivo **“están en la obligación de denunciar cualquier sospecha razonada de maltrato o abuso infantil ”** ante las autoridades judiciales, según nuestra normativa penal en los artículos:

Artículo 281. Obligación de denunciar (CPP). Tendrán obligación de denunciar los delitos perseguibles de oficio: inciso b), “Los médicos, parteras, farmacéuticos y demás personas que ejerzan cualquier ramo del arte de curar, que conozcan esos hechos al prestar los auxilios de su profesión, salvo que el conocimiento adquirido por ellos esté protegido por la ley bajo el amparo del secreto profesional.

Artículo 322.- Favorecimiento persona (CP). Será reprimido con prisión de seis meses a dos años el que, sin promesa anterior al delito, ayudare a alguien a eludir las investigaciones de la autoridad o a substraerse a la acción de ésta u omitire denunciar el hecho estando obligado a hacerlo.

Artículo 332.- Incumplimiento de deberes (CP). Será reprimido con pena de inhabilitación de uno a cuatro años, el funcionario público que ilegalmente omita, rehusare hacer o retardare algún acto propio de su función.

Artículo 18.- Forma del hecho punible (CP). El hecho punible puede ser realizado por acción o por omisión. Cuando la ley reprime el hecho en consideración al resultado producido, responderá quien no lo impida si podía hacerlo, de acuerdo con las circunstancias, y si debía jurídicamente evitarlo.

Artículo 49 Código Niñez y Adolescencia. - Denuncia de maltrato o abuso. Los directores y el personal encargado de los centros de salud, públicos o privados, adonde se lleven personas menores de edad para atenderlas, estarán obligados a denunciar ante el Ministerio Público cualquier sospecha razonable de maltrato o abuso cometido contra ellas. Igual obligación tendrán las autoridades y el personal de centros educativos, guarderías o cualquier otro sitio en donde permanezcan, se atiendan o se preste algún servicio a estas personas.

El Cuerpo Medico Nacional, debe recordar que en la denuncia basada en criterios objetivos, producto de cualquier indicio o sospecha de maltrato infantil se puede solicitar que ésta sea tratada de manera confidencial, ya que la ley no solo los obliga a denunciar, si no que los faculta, y protege por el hecho de denunciar, y la sanción legal deviene por la omisión de denunciar, además deben tener presente que otras instituciones y funcionarios son a los que corresponde la obligación de dar el seguimiento respectivo a las denuncias por maltrato infantil.

ACUERDO JUNTA DIRECTIVA 1535-08-2010

Dr. Alexis Castillo Gutiérrez
Presidente
Sindicato Unión Médica Nacional

ES COMPROMISO DE TODOS Y TODAS DENUNCIAR Y ATENDER LAS SITUACIONES DE AGRESIÓN O ABUSO EN CONTRA DE PERSONAS MENORES DE EDAD

Amparado en el Artículo 7 de las NORMAS QUE REGULAN LAS RELACIONES LABORALES, CIENTIFICAS, ACADEMICAS, PROFESIONALES Y SINDICALES, ENTRE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL Y LOS PROFESIONALES EN MEDICINA, MICROBIOLOGIA, FARMACIA, ODONTOLOGIA Y PSICOLOGIA:

“Con relación a la guía de Atención Integral a Niños, Niñas y Adolescentes Agredidos este Sindicato se siente orgulloso de que haya profesionales interesados en velar por la protección integral de una población tan vulnerable ante las situaciones de agresión o abuso como es la de los niños y niñas”.

De ahí, que vemos con muy buenos ojos la propuesta que se encuentra elaborando el Comité bajo su cargo, pues es evidente que lo que se pretende es darle un abordaje profundo al tema y mayor certeza jurídica a las víctimas, para que puedan afrontar su situación, con la firme convicción de que se encuentran amparados por la Ley.

Ahora, aunque la iniciativa es muy buena, debe quedar claro que el abordaje del problema no depende únicamente de la existencia de una guía, sino del compromiso de todos y todas, de denunciar y atender las situaciones de agresión o abuso en contra de personas menores de edad y adolescentes, que sean de nuestro conocimiento.

En ese sentido, es importante señalar e indicar que como funcionarios públicos estamos llamados a cumplir y velar por nuestro ordenamiento jurídico y estamos obligados a desempeñar nuestras funciones de modo que se satisfaga primordialmente el interés público, tomando en cuenta los valores de seguridad jurídica y justicia para la comunidad y el individuo, tal y como se desprende de la lectura del artículo 11 inciso primero y 113 inciso primero y tercero de la Ley General de la Administración Pública, que en lo que interesa indican:

Artículo 11: “La Administración Pública actuará sometida al ordenamiento jurídico y sólo podrá realizar aquellos actos o prestar aquellos servicios públicos que autorice dicho ordenamiento, según la escala jerárquica de sus fuentes”.

Artículo 113 INCISO PRIMERO: “El servidor público deberá desempeñar sus funciones de modo que satisfagan primordialmente el interés público, el cual será considerado como la expresión de los intereses individuales coincidentes de los administrados”.

INCISO TERCERO: “En la apreciación del interés público se tendrá en cuenta en primer lugar, los valores de seguridad y justicia para la comunidad y el individuo, a los que no puede en ningún caso anteponerse la mera conveniencia”.

Razón por la cual, es importante que en el tema del abuso a personas menores de edad, se incluya como factor importante en su lucha, la denuncia por parte de quienes tengan conocimiento de estas situaciones, pues el callarlos nos haría partícipes del abuso.

DLSIPRO 040-2011 del 31 de marzo 2011.

Dr. Amaral Sequeira Enríquez
Secretario General
Sindicato de Profesionales en Ciencias Médicas
de la CCSS e Instituciones Afines

HITO DE UN ALTO VALOR AGREGADO A LOS PROCESOS DE PROTECCIÓN INTEGRAL PROMOVIDOS POR MÚLTIPLES ACTORES SOCIALES A NIVEL GUBERNAMENTAL, SOCIEDAD CIVIL Y CIUDADANÍA EN GENERAL

Costa Rica a partir de la ratificación de la Convención sobre los derechos del niño en 1990, ha venido realizando múltiples acciones y esfuerzos en materia de legislación, políticas públicas, planes y proyectos que contribuyan a la garantía de los derechos de la niñez y adolescencia en el país.

Lastimosamente hasta el día de hoy prevalecen actitudes de la ciudadanía que no se guían por el nuevo paradigma de comportamiento social en materia de Protección Integral de los Niños, las Niñas, y Adolescentes, lo cual se puede comprobar al revisar indicadores cualitativos y cuantitativos, que nos señalan que el maltrato, abuso, violencia y explotación contra la población menor de edad viene aumentando, además de afectar en forma grave y negativa su desarrollo integral.

Por ello, para Visión Mundial, es de mucho valor el aporte que con este documento "Guía de Atención Integral a Niños, Niñas y Adolescentes Víctimas de Abuso" que hace el Equipo de Salud del Niño y la Niña de la Dirección de Servicios de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social, Área de Atención Integral de las Personas, se constituye en un hito de un alto valor agregado a los procesos de protección integral promovidos por múltiples actores sociales a nivel gubernamental, sociedad civil y ciudadanía en general, de ahí que consideremos a esta herramienta para la acción efectiva y eficaz contra este tipo de violación flagrante de los derechos de la niñez y adolescencia, además viene a ser respuesta a las necesidades institucionales y organizacionales que trabajamos en este campo.

Estoy seguro que el contenido y planteamiento de intervención expuesta en esta Guía, será un aporte de impacto positivo en la prevención, atención y restauración de los derechos de la Niñez y Adolescencia, que nacieron para disfrutar de una Vida en Plenitud.

MBa. Carlos José Simon Sáenz
Director Nacional Visión Mundial Costa Rica

UNA HERRAMIENTA PARA RENOVAR ALIANZAS PÚBLICO-PRIVADAS CENTRADAS EN EL DERECHO DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES A SER PROTEGIDOS DE TODA VIOLENCIA

Todas las personas menores de edad son vulnerables a la ocurrencia del abuso en sus vidas. Sin embargo, no todas son igualmente vulnerables a ello.

De acuerdo con la Teoría de las Precondiciones al Abuso Sexual propuesta por David Finkelhor desde fines de los años 80, la investigación permite identificar la concurrencia de cuatro factores que incrementan la posibilidad de ocurrencia de este hecho terrible en la vida de un niño o niña.

Según este planteamiento, el riesgo de su ocurrencia está directamente relacionado con: a) la presencia de una persona en situación de poder sobre el niño o niña, que presenta motivación para abusar; b) el bloqueo que esa persona hace de sus inhibidores internos al punto que la lleva a plasmar tal motivación en una determinación de actuar; c) la no presencia o la inacción de terceras personas en posición de constituirse en inhibidores externos del abuso para prevenir su ocurrencia o lograr su interrupción en el menor plazo posible; y d) el lugar que la niñez y la adolescencia tenga en una sociedad dada, lo que resulta directamente asociado al empoderamiento que se le brinda para reconocerse como sujeto de derecho a la protección frente a toda forma de violencia que pueda atentar contra su óptimo desarrollo, en particular la presente en sus espacios primarios de socialización; familia, escuela y comunidad.

Finkelhor concluye proponiendo que la prevención del abuso y la violencia es una tarea que pasa por desactivar la convergencia de estas precondiciones en la vida de una persona menor de edad, comenzando por la última precondición y avanzando a partir de ésta. Indica también que diferentes actores sociales tienen un lugar que cumplir en esta escalada preventiva, donde es indiscutible el papel que está llamada a cumplir la sociedad civil organizada acompañando a las propias personas menores de edad, sus familias, escuelas y comunidades, en la creación de capacidades para actuar en la prevención, identificación temprana y denuncia de esta violación a los derechos fundamentales de sus víctimas.

Todo ello actuando en articulación con la institucionalidad pública con mandatos relacionados, donde el sector salud se distingue por su derecho-deber de asumir un rol múltiple como agente de prevención, en las dimensiones primordiales, primarias, secundarias y terciarias, para asegurar la atención integral que esta problemática demanda, como asunto de salud pública que es.

Desde esta perspectiva, como organización de la sociedad civil costarricense, la Fundación PANIAMOR se enorgullece por la alianza establecida con el sector salud desde nuestra constitución en 1989, para desarrollar juntos diversos esfuerzos orientados a incrementar la capacidad de nuestro país para proteger a sus nuevas generaciones, sin discriminación alguna, contra todas las formas de abuso y violencia.

Y en este contexto celebra la publicación de la presente Guía como herramienta que apuntala una acción sectorial mejor organizada en este sentido. Siendo el 2012, el año de nuestro 25 Aniversario, la coyuntura resulta además propicia para reiterar ante las autoridades proponentes de esta

iniciativa, nuestro compromiso de colaboración para la mejor implementación de este instrumento, en lo que esté en nuestro alcance aportar.

Felicitamos al Equipo Técnico autor de esta publicación por la calidad del trabajo realizado y agradecemos la deferencia que nos hacen de incluir las reflexiones de PANIAMOR en sus Preámbulos.

MSc. Milena Grillo Rivera

Directora Ejecutiva

Fundación PANIAMOR

ASPECTOS GENERALES DE LA GUIA

PARTE II

2.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS EN LA DETECCIÓN Y ATENCIÓN DE SITUACIONES DE ABUSO EN LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA

Antecedentes Internacionales

La historia del abuso a niños, niñas y adolescentes es abundante y pasa por diferentes culturas y regiones geográficas. En la antigua Grecia, las niñas eran sacrificadas, en tanto que en Jericó los niños eran empotrados en los cimientos de las murallas, muros de los edificios y puentes, supuestamente para su fortalecimiento⁴. Aristóteles 400 A.C. decía que “un hijo o un esclavo son propiedad, y nada de lo que se hace con la propiedad es injusto”⁵, lo cual significaba que la posición de los niños y las niñas era inferior.

Una variante de esta visión aparece con San Agustín en el año 427 D.C., quien en el opúsculo titulado “Sobre la Doctrina Cristiana”, revela su honda preocupación por los niños y niñas y sostenía que debían desaparecer las costumbres populares de hacerles daño”.

En el Siglo XIII, una ley de carácter público sobre el castigo corporal de los niños dice “si se azota a un niño hasta hacerle sangrar, el niño lo recordará, pero si se le azota hasta causarle la muerte, se aplicará la Ley”.

En el Siglo XIV un fraile dominico aconsejaba “refrenar los impulsos de los menores mediante azotes frecuentes que habrían de aplicarse desde los tres años de edad y mientras lo necesitaran hasta la edad de 25 años”⁶.

En Siglo XV el adagio bíblico que señala “Prescinde del castigo y malcriarás al niño” se convirtió en el proverbio “Quien no usa la vara odia a su hijo”⁷. En el Renacimiento se aconsejaba moderación en los castigos corporales, pero aprobaban los azotes “sabiamente administrados”.

En 1540 en México, en el Código Mendocino o de Mendoza⁸ se describen diversos tipos de castigo como pincharlos con púas de maguey, hacerlos aspirar humo de chile quemado, dejarlos sin comer, quemarles el pelo, largas jornadas de trabajo, entre otros⁹.

En 1626 Pablo Zacchias médico de la Inquisición Romana consideró dentro de los asuntos médicos el problema del abuso en perjuicio de los niños, alegando que estos no se pueden defender por su debilidad física, lo cual publicó en 1651 en un documento llamado “Cuestiones Médico Legales” cuya primera edición aparece en Ámsterdam¹⁰.

⁴ Maher, P. (1990). *El abuso contra los niños. La perspectiva de los educadores*. México, D.F.: Grijalbo. p. 13.

⁵ Lored, A. J. (1994). *Maltrato al Menor*. México, D.F.: Mc. Graw Hill. p. 1-12

⁶ Temkin, O. (2003). Translation of Soranus. *Gac Méd Méx* Vol. 139, No.4.

⁷ Bosque-Garza, J. (2003). Historia de la Agresión a los niños. *Gac Méd Méx* Vol. 139 No. 4.

⁸ El Código Mendoza (o Código Mendocino) es un código de manufactura mexicana, hecho en los años 1540

⁹ Santana-Tavira, R., Sánchez-Ahedo, R. y Herrera-Basto, E. (enero-febrero, 1998). *Salud pública de México*, vol. 40, No.1. En: http://www.medicoslegistas.com/medicos2/index.php?option=com_k2&view=item&id=91:historia&Itemid=162

Consultado 29-8-11.

¹⁰ Zarco, F. (2010).

En 1860 Ambroise Tardieu, catedrático de medicina legal en París, publicó la primera monografía sobre el maltrato y llama la atención de los hallazgos en autopsias de 32 niños golpeados y quemados, los cuales fallecieron y se les atribuía diversas causas, no obstante se demostró posteriormente que las causas de su muerte fueron por maltrato y abandono¹¹.

En 1866, Henry Bergh crea el 10 de abril en Nueva York la Sociedad Americana para la Prevención de la Crueldad a los Animales (ASPCA)¹², adelantándose a la organización contra la crueldad hacia la niñez.

En 1874 se lleva a cabo en Estados Unidos de América, el primer proceso judicial por maltrato a una persona menor de edad, a una niña de 9 años llamada Mary Ellen Wilson quien sufría malos tratos por parte de su madre. La acusación fue realizada por la Sociedad Protectora de Animales, por cuanto no existía ley alguna que amparase a la niñez, aunque sí a los animales. Esto llevó en 1875 en Nueva York a la creación de la "Sociedad para la Prevención de la Crueldad contra los Niños" (New York Society for the Prevention of Cruelty to Children (NYSPCC), que se constituye en la primer organización de este tipo en el mundo¹³.

Después de la Segunda Guerra Mundial, en 1946 el médico radiólogo J. Caffey publicó un trabajo sobre 6 lactantes y niños pequeños con hematomas subdurales y 26 fracturas múltiples de los huesos largos en diferentes estadios de evolución. Caffey sospechó la posibilidad de que fueran causados de manera intencional aunque en todos los casos, esto fue negado por los padres¹⁴.

En 1953, Silverman¹⁵ llamó la atención sobre diferentes traumas no atribuibles a causas conocidas y por lo tanto la posibilidad que fueran intencionales. En 1955 P.V. Woolley Jr. y W. A. Evans confirman la presencia de traumas intencionales¹⁶ en casos de niños atendidos y en 1958, C. Henry Kempe, junto con Elizabeth Boardman y Betty Elmer, crean el "Equipo de Protección del Niño" en el Hospital General de Denver, Colorado.

En 1959 Kempe, introduce en la Sociedad Americana de Pediatría el concepto de "Síndrome de Niño Golpeado", alertando a los médicos y autoridades hospitalarias acerca del problema de la niñez agredida. En esta oportunidad se presentaron los resultados de una investigación realizada en 71 hospitales con 302 casos de niños golpeados, de los cuales 33 habían muerto y 85 quedaron con daño cerebral permanente, lo cual evidenció lo alarmante de la situación. Según las apreciaciones de Kempe y Silverman en esa época "morían más niños menores de cinco años como consecuencia de los malos tratos de sus padres o de quienes los tenían a su cargo, que como consecuencia de la tuberculosis, la tos convulsiva, la poliomielitis, la escarlatina, la diabetes, la fiebre reumática y la apendicitis todas juntas".

¹¹ Tardieu, A. (1860). *Étude médico-legale sur les sévices et mauvais traitement exercés sur des enfants*. *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 13: 361-398. Paris. En: <http://www.whonamedit.com/synd.cfm/809.html> Consultado: 9-8-10

¹² American Society for the Prevention of Cruelty to Animals En: <http://www.asPCA.org>

¹³ Información al respecto puede encontrarla en <http://www.nyspcc.org>

¹⁴ Caffey, J. (1946). *Multiple fractures in the long bones of infants suffering from chronic subdural hematoma*, N° 56. *Am J Roentgen Rad Ther* pp.163-173. En: [http://www.springerlink.com/content/?k=\(au%3a\(caffey\)+OR+ed%3a\(caffey\)\)](http://www.springerlink.com/content/?k=(au%3a(caffey)+OR+ed%3a(caffey))) Consultado 9-8-10.

¹⁵ Silverman, F. N. (March, 1953). The roentgen manifestation of unrecognized skeletal trauma in infants, 69. *Am J Roentgen*. United States. pp. 413-426.

¹⁶ Woolley, P. y Evans, W. (1995). *Significance of skeletal lesions in infants resembling those of traumatic origin*, N° 158. *J Am Med Assoc*. pp. 539-543. En: <http://jama.ama-assn.org/search?fulltext=Woolley+and+Evans&submit=yes&x=5&y=3> Consultado 9-8-10.

El 3 de octubre de 1961 se emplea por primera vez el nombre de “El Síndrome de Niño Maltratado” durante el 30^o Encuentro de la Academia Americana de Pediatría a los médicos y autoridades hospitalarias, este artículo fue publicado por Kempe junto con Silverman, Steele, Droegemuller y Silver en “Journal of the American Medical Association” del año 1962¹⁷. Ello, dio paso al libro “Síndrome del Niño Maltratado” publicado en 1968¹⁸ en el que se proponen cambios a la legislación.

En 1963, Vincent Fontana¹⁹ amplía el término y publica el artículo en el que describe por vez primera el “Síndrome de Niño-a Maltratado” en el que amplía el concepto a otros tipos de maltrato: emocional, negligencia-abandono, sexual.

Por el impulso dado a la divulgación del tema, en 1972 en la Universidad de Colorado se crea el “Centro Nacional para la Prevención y Tratamiento del Abuso y Negligencia a Niños” de C. Henry Kempe, como recurso para la investigación y divulgación del conocimiento en abuso y negligencia a niños y niñas²⁰.

En 1976 se publicó por primera vez la Revista “International Journal Child Abuse and Neglect”²¹ y en 1984 el ISPCAN (The International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect) creó el premio “Henry Kempe”, que se otorga cada dos años a profesionales jóvenes u organizaciones que trabajan en el campo del abuso y negligencia contra niños y niñas. La Fundación PANIAMOR, organización privada costarricense de reconocida trayectoria en este campo de acción, fue la primera organización latinoamericana en recibir esta distinción al hacerse acreedora del Premio C. Henry Kempe a la Prevención, en 1989.

En 1999 la Organización Mundial de la Salud (OMS) como producto de una reunión consultiva a expertos, declaró que “el maltrato de menores, puede ser considerado de manera justificada como un problema de salud pública con consecuencias inmediatas y a largo plazo para la salud”²².

Antecedentes Nacionales

En Costa Rica Luis Felipe González Flores, gestor del Patronato Nacional de la Infancia en 1930, propone la “Declaración de los Derechos del Niño”, que es aprobada por la Junta Directiva de esta entidad el 9 de septiembre de 1930, lo que lleva en 1932 a la creación del “Código de la Infancia” (Ley No. 27 del 25 de octubre de 1932). Entre otros aspectos, este cuerpo legal contempla “la protección de la maternidad, la asistencia y atención a la población abandonada, la protección, defensa moral, protección y defensa de la salud de menores de edad, trabajo de menores de edad y disposiciones generales”.

¹⁷ Kempe, C.H., Silverman, F. N. Steele, B. F., Droegemuller, W. y Silver, H. K. (1962). The Battered Child Syndrome, N.º. 181. Journal of the American Medical Association. p. 24.

¹⁸ Kempe, C. H. y Helfer, R. E. (Ed). (1968). The Battered Child. (1º ed.). Chicago: Chicago University Press.

¹⁹ Fontana, V. J., Donovan, D., Wong, R. J. (Dec., 1963). The Maltreatment Syndrome in children. The New England Journal of Medicine, 26 (269). United States.

²⁰ Kempe, C. H. y Helfer, R. E. (Ed). (1972). Helping the Battered Child and His Family. Chicago: Chicago University Press.

²¹ Helfer, R. E. y Kempe, H. C. (Ed). (1976). Child abuse and neglect: The family and the community. Cambridge, Massachusetts: A. Balling..

²² OMS. (29-31 de marzo, 1999). Informe de la Reunión consultiva sobre el maltrato a menores. Ginebra. En: http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO_HSC_PVI_99.1_spa.pdf Consultado 30-8-11

En 1970 el Hospital Nacional de Niños, por iniciativa propia, creó el primer “Comité de Estudio Integral del Niño Agredido (CEINA)” para la atención de las diferentes situaciones de abuso que presentan niños, niñas y adolescentes. Posteriormente y tomando la experiencia del Hospital Nacional de Niños, también como iniciativa propia se crearon otros CEINA en algunos hospitales regionales y periféricos. Hasta este momento no existía obligatoriedad para la creación de estos equipos de trabajo por parte de los establecimientos de salud de la CCSS.

En 1987 se crea la Fundación PANIAMOR, organización de la sociedad civil costarricense que viene a dar un fuerte impulso al proceso de convertir el abuso contra niños, niñas y adolescentes en un problema de interés público, lo que lleva a que el tema empiece a aparecer en los medios de comunicación, tesis y cursos universitarios. Para esa misma época, surge la creación de grupos comunales y la implementación a nivel nacional de intensos procesos de sensibilización y capacitación, tanto en instituciones clave con énfasis en salud, educación y justicia, como en comunidades. Este esfuerzo, es seguido por la creación de otras ONG’s como la Fundación SER Y CRECER que enfatiza su acción en la atención de víctimas de abuso sexual e incesto. En 1990, Costa Rica ratifica la Convención sobre los Derechos del Niño, la cual introduce los nuevos postulados en materia de niñez y adolescencia, constituyéndose así en el primer instrumento garantista de Derechos Humanos de las personas menores de edad.

Como parte de las obligaciones que impone esta Convención a los Estados parte, se inicia en el país un proceso de revisión y adecuación de la legislación interna a los principios de ese instrumento internacional que lleva a que en 1998 se apruebe el Código de la Niñez y la Adolescencia.

Este Código norma en el Artículo 48 la obligatoriedad de la CCSS de integrar Comités de Estudio de Niño Agredido, como instancia de coordinación. Textualmente señala lo siguiente.

Art. 48 Comité de estudio del niño agredido

“Los hospitales, las clínicas y los centros de salud, públicos o privados, estarán obligados a crear un comité de estudio del niño agredido. La integración y el funcionamiento quedarán sujetos a la reglamentación que emita el Poder Ejecutivo. Asimismo, los centros públicos de salud deberán valorar inmediatamente a toda persona menor de edad que se presuma víctima de abuso o maltrato. Ese comité valorará los resultados, realizará las investigaciones pertinentes y recomendará las acciones que se tomarán en resguardo de la integridad del menor”.

En el año 2001 se publica el Reglamento al Artículo 48 que especifica la forma en que dichos comités deben organizarse para garantizar el derecho a la atención de las situaciones de abuso (Decreto Ejecutivo N° 30007-S) que entre los aspectos más importantes destaca:

1°—Que la salud de la población es un bien de interés público, tutelado por el Estado y el mismo debe velar por el Interés Superior de la persona menor de edad como un principio básico en toda gestión institucional pública o privada.

2°—Que de acuerdo con la nueva doctrina de protección integral, las niñas, niños y adolescentes, son sujetos de derecho.

3°—Que al ser un fenómeno social multicausal, el niño y el adolescente necesitan el concurso de la población en general y la intervención de equipos inter-disciplinarios para la concientización y solución de las situaciones atinentes a esta población como una responsabilidad de todos los habitantes de la República en conjunto con el Estado y sus instituciones.

4°—Que los Comités de Estudio y Atención Integral del Niño, Niña y Adolescente Agredidos (CEINNAA), son órganos de suma importancia para la prevención, detección, atención y seguimiento de la agresión y abuso, en todas sus formas, en perjuicio de las personas menores de edad.

5°—Que debe ser desarrollada la capacidad de respuesta y abordaje institucional y social para identificar y actuar consistentemente ante el abuso y maltrato contra las personas menores de edad.

6°—Que a nivel mundial y en Costa Rica, han aumentado los casos por sospecha o abuso comprobado, así como la complejidad en el maltrato hacia las personas menores de edad.

Este Reglamento especifica en el Capítulo II, Sección II, Artículo 5, las siguientes obligaciones para la Caja Costarricense de Seguro Social”.

- a- Cumplir la normativa técnica y administrativa que regula la conformación y funcionamiento de los comités que menciona el artículo 3° de este Reglamento y definirá los mecanismos de referencia y contra-referencia dentro de la institución, tomando en cuenta el interés superior del niño.
- b- Deberá dotar a los comités de los recursos necesarios de planta física, de equipo, administrativos, financieros y otros para ejecutar las funciones descritas en este reglamento, las cuales deberán ser ejecutadas en los tres niveles de atención.
- c- Deberá crear un sistema que le permita asegurar la supervisión, control, sensibilización, capacitación y acompañamiento permanente de los comités tanto del nivel regional como local, el cual deberá estar a cargo del Departamento de Medicina Preventiva, para lo que deberá ser designado un responsable por cada Unidad o Programa involucrado.
- d- Velará por el cumplimiento interno de este Reglamento con especial énfasis en sus artículos 8°, 9° y 10.
- e- El Departamento de Medicina Preventiva de la CCSS, mediante los responsables asignados, coordinará las actividades de sensibilización y capacitación del personal de los tres niveles de

atención, principalmente en las áreas de salud, para la detección, prevención, promoción, atención y rehabilitación de cualquier tipo de abuso.

A partir del año 2001, el Equipo de Salud del Niño y la Niña de Medicina Preventiva (ahora denominada Área de Atención Integral a las Personas), se dio a la tarea de promover la conformación de los Comités de Estudio Integral de Niños, Niñas y Adolescentes Agredidos (CEINNAA) en todos los Hospitales y Áreas de Salud de la CCSS, implementando inicialmente un proceso de sensibilización que es seguido de uno de capacitación en temas de vinculados al abuso y su abordaje.

En el informe “Integración de Comités de Estudio de Niños, Niñas y Adolescentes Agredidos en los establecimientos de salud (hospitales-áreas de salud) de la Caja Costarricense de Seguro Social”, publicado en el año 2009 se destaca que el 75% de los establecimientos de salud en ese momento tenían un CEINNAA, siendo las Áreas de Salud de las Regiones (67.5%) las que menos cuentan con este equipo de trabajo integrado (Ver Tabla 1).

Tabla 1 Total de CENNA según tipo de establecimiento de salud e integración de otras instituciones Diciembre, 2009						
TIPO DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TOTAL (encuestas recibidas)	Tiene CENNA	No tiene CENNA	Otras instituciones		
				PANI	Ministerio Público	Ministerio Salud
HOSPITALES NACIONALES Y ESPECIALIZADOS	7	6 (85.7%)	1 (14.3%)	6 (100%)	0	NA
HOSPITALES REGIONALES Y PERIFERICOS	19	17 (89.5%)	2 (10.5%)	14 (82.4%)	NA	NA
CLINICAS- AS METROPOLITANAS	13	11 (84.6%)	2 (15.4%)	7 (63.6%)	NA	NA
ÁREAS DE SALUD POR CONVENIO ESPECIAL	11	10 (90.9%)	1 (9.1%)	4 (40%)	NA	1 (10%)
ÁREAS DE SALUD DE REGIONES	83	56 (67.5%)	27 (32.5%)	19 (33.9%)	NA	13 (23.2%)
TOTALES	133	100 (75.2%)	33 (24.8%)	50 (50 %)	0	3

Desde el año 2007 la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), el Ministerio de Educación Pública (MEP) y el Ministerio de Salud (CEN-CINAI) en conjunto con la Universidad de Costa Rica, la Universidad Estatal a Distancia y la Universidad Nacional, inician un proceso de construcción conjunta para el fortalecimiento de la atención al desarrollo de niños y niñas mediante la creación del “Sistema de Atención Integral e Intersectorial del Desarrollo de la Niñez” (SAIID). El SAIID tiene como marco el ciclo vital, está diseñado considerando el pensamiento sistémico, la salud y educación orientadas al desarrollo integral de la niñez desde el útero y tiene como ejes fundamentales:

- El niño y la niña como persona, la familia y la comunidad.
- El mejoramiento de la calidad de la atención centrada en desarrollo de niños y niñas en salud y educación.

- La articulación de recursos y las intervenciones intersectoriales, con enfoque de redes.
- La participación de los actores sociales que sirvan de enlace entre la CCSS, el MEP y los CEN-CINAI, aunado a otras instituciones gubernamentales como las universidades. elaboración de protocolos intersectoriales con criterios de calidad y evidencia científica que permitan planificar, dirigir, ejecutar y evaluar los procesos de atención continuamente.
- La integración de equipos de trabajo intersectoriales que velen permanentemente y a diferentes niveles por el desarrollo integral de la niñez en sus respectivas instituciones.
- El mejoramiento del costo efectividad en los servicios.
- El compromiso intersectorial en la dotación de recursos.

La operacionalización de este Sistema se basa en acciones transdisciplinarias definidas con base en la evaluación de las acciones ejecutadas, teniendo en cuenta la realimentación de los procesos para redefinir y priorizar las acciones a realizar en el futuro, tomando en cuenta la planificación estratégica, la gestión del recurso humano (perfil del equipo), las responsabilidades del equipo interdisciplinario, de las familias y de las personas usuarias de la atención, todo de acuerdo al enfoque de derechos de la niñez.

Una de las líneas de acción que parte de esta organización sistémica como país, corresponde a la atención de las niñas, niños y adolescentes en situación de abuso, situada esta en un escenario de violencia como una de las amenazas más importantes al desarrollo integral de las personas menores de edad. La presente guía constituye un insumo que se suma al proceso de búsqueda de las mejores prácticas para la promoción, prevención y atención del desarrollo integral.

En el año 2009 se integra el equipo encargado de elaborar la presente Guía de Atención Integral a Niños, Niñas y Adolescentes Víctimas de Abuso, que se publica en el 2012. La misma tiene un rol estratégico al facilitar que los diversos establecimientos de salud de la CCSS en coordinación con el Ministerio Público y el Patronato Nacional de la Infancia apliquen procedimientos similares tanto intra como extrainstitucionales para garantizar una atención fluida y eficiente de los niños, niñas y adolescentes víctimas de los diferentes tipos de abuso.

Esta Guía es una condición necesaria para dar seguimiento al cumplimiento de las responsabilidades institucionales utilizando como escenario principal el equipo de trabajo denominado a partir de la publicación de este documento “CEINNAA” (Comité de Estudio Integral de Niñas, Niños y Adolescentes Agredidos).

2.2. POBLACIONES DIANA, META Y OBJETIVOS

POBLACION DIANA

- Funcionarios y funcionarias de la Caja Costarricense de Seguro Social que tienen la responsabilidad de promover la no violencia contra los niños, niñas y adolescentes.
- Funcionarios y funcionarias de la Caja Costarricense de Seguro Social que tienen la responsabilidad de prevenir, detectar y brindar atención integral a niños, niñas y adolescentes víctimas de los diferentes tipos de abuso.
- Comités de Estudio Integral de Niños, Niñas y Adolescentes Agredidos (CEINNAA).

POBLACION META

- Niños, niñas y adolescentes en situación de abuso en sus diferentes manifestaciones según criterios establecidos.

OBJETIVOS DE LA GUIA

General

Facilitar el proceso de gestión de la atención integral ante situaciones de abuso contra personas menores de edad desde la vida prenatal.

Específicos

1. Orientar el proceso de gestión de la atención integral del abuso en cualquiera de sus formas contra los niños, niñas y adolescentes incluyendo aspectos éticos, jurídicos y técnicos desde el Enfoque de Derechos.
2. Fortalecer la integración y funcionamiento de los CEINNAA mediante el establecimiento de lineamientos generales y estándar en las Áreas de Salud y Hospitales de la CCSS.
3. Definir los ámbitos de acción según Primer, Segundo y Tercer Nivel de Atención que permitan la detección y la atención integral de personas menores de edad que enfrentan cualquier situación de abuso de manera coordinada entre niveles y con otros sectores relacionados.

MARCO CONCEPTUAL

PARTIE III

3.1. DEFINICIONES GENERALES

1-Del “Síndrome del Niño Agredido”²³ al abuso. En la literatura han aparecido diversos nombres para designar la violencia contra la niñez, entre ellos están los términos sindrómicos de “Síndrome de Niño Maltratado”, “Síndrome de Niño Agredido”, “Síndrome de Niño golpeado”, así como, los conceptos de maltrato, abuso, agresión, los cuales se utilizan indistintamente. En el presente documento se utilizará el concepto general de *abuso* pues refleja mejor la relación autoritaria y desigual de poder existente entre quien victimiza y la persona menor de edad víctima de su acción. Lo anterior significa que, cuando en otras definiciones aparecen conceptos como maltrato, agresión o violencia, u otros, será en este documento tratado como abuso. En este sentido, la definición original del Dr. Henry Kempe en 1962 circunscrita al maltrato físico, se ha modificado y enriquecido, en particular por la integración en su definición del enfoque de derechos humanos.

El abuso contra personas menores de edad puede definirse como “cualquier tipo de maltrato por omisión o acción físico y/o emocional, abuso sexual, desatención o trato desconsiderado o explotación comercial o de otra índole que ocasione un daño real o potencial a la salud, supervivencia, desarrollo o dignidad del niño o niña en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder²⁴. Aunque existen muy diversas formas de definir la violencia o el abuso, para efectos de esta guía²⁵, se utilizan ambos conceptos, para referirnos a:

- situaciones en las cuales las personas utilizan su fuerza, su autoridad, sus conocimientos y experiencia en razón de edad, género y ocupación u otras ventajas que posean, para dañar, someter, imponer, utilizar, excluir, discriminar a otras personas, en particular a una persona menor de edad (abuso de poder), violentando uno o más de sus derechos.
- acciones u omisiones cometidas contra una persona menor de edad que dañan su integridad física, sexual y/o emocional y que como consecuencia producen una brecha entre sus potencialidades y sus condiciones actuales de desempeño, así como, su proyecto de vida.
- situaciones de riesgo o aquellas en que el niño, niña o adolescente no esté siendo atendido según sus necesidades, o se le da un trato negligente, no accidental, que priva a la persona menor de edad de sus derechos y su bienestar, que amenaza y/o interfiere en su desarrollo físico, psíquico y/o social, y cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad²⁶.

²³ Kempe, H.; Silverman, F., Steele, B., Droegemueller W. y Silver, H. The Battered-child Syndrome. Journal of the American Medical Association 8: 17-24, July 7, 1962.

²⁴ OMS y Sociedad Internacional para la Prevención del Maltrato y el Abandono de los Niños. (2009). Prevención del maltrato infantil: Qué hacer, y cómo obtener evidencias. ISBN 978 92 4 359436 1 (Clasificación NLM: WA 320). Definición basada en referencias citadas: *Report of the consultation on child abuse prevention*, 29 a 31 de marzo de 1999. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1999 (documento WHO/HSC/PVI/99.1) y Krug EG et al., eds. *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002.

²⁵ Ortiz, M., Solís, K. y Umansor, D. (2004). Manual de Procedimientos para la Detección y Denuncia desde el Centro Educativo. Ministerio de Educación Pública –Ministerio de Justicia. ISBN 9968-9977-3-0.

²⁶ Asociación Española de Psiquiatría del Niño y el Adolescente (AEPNYA). (2008). Protocolos p. 196. En: <http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/maltrato.pdf> Consulta do 29-9-11.

2-La violencia como un problema de salud pública²⁷. La cultura de la violencia afecta de muchas formas a la estructura y el funcionamiento de los sistemas de salud. Tiene un impacto adverso en los indicadores sanitarios, agota recursos que podrían emplearse en intervenciones preventivas costo-efectivas y es totalmente contraria a la proyección de servicios cuya razón de ser es mejorar la calidad de la vida. Desde el punto de vista ético, la violencia es totalmente inaceptable, ya que atenta contra el valor, la integridad y los derechos del ser humano. El sector salud tiene capacidad para realizar un buen análisis socio-epidemiológico y clínico de sus causas y consecuencias, aportar sus conocimientos y métodos de vigilancia y participar en las medidas de prevención. Además, puede involucrar los servicios de atención en la lucha contra este fenómeno general.

3-Definición de niño, niña y adolescente. Se considerará niño o niña a toda persona desde su concepción hasta los doce años de edad cumplidos y adolescente a toda persona mayor de doce años y menor de dieciocho. Ante la duda, prevalecerá la condición de adolescente frente a la de adulto y la de niño y niña frente a la de adolescente²⁸.

4-Atención integral a niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso. En el Reglamento de los Comités de Estudio de Niños Agredidos se define como atención integral aquella que contiene un abordaje psicológico, social, biológico, jurídico y espiritual, del niño, niña, adolescente y su familia, con la participación de las instituciones y organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, que incluya acciones de promoción, prevención, atención, protección y rehabilitación en todos los niveles de atención. En tanto el abuso es un fenómeno social multicausal, el niño, la niña y la persona adolescente necesitan el concurso de la población en general y la intervención de equipos inter-disciplinarios para la concientización y solución de las situaciones atinentes, como una responsabilidad de todos los habitantes de la República en conjunto con el Estado y sus instituciones²⁹. La atención integral debe tener las siguientes características³⁰:

- a) Ser accesible, continua, eficaz, ágil, oportuna, confiable, confidencial, segura, de calidad, que garantice la integridad de las personas afectadas y el cumplimiento de sus derechos al mayor nivel posible.
- b) Contemplar la atención de los diferentes tipos de abuso.
- c) Estar dirigido a romper el ciclo del abuso.
- d) Prever espacios para la retroalimentación y contención individual y grupal para las personas responsables de la atención.
- e) Contar con mecanismos sistemáticos de registro y análisis de la situación de las personas y familias afectadas que permitan valorar el cumplimiento e impacto de las acciones. Todo esto dentro de un sistema de vigilancia permanente, tanto a nivel local, regional como nacional.

²⁷ Macedo, C. (1993). Bol Of Sanit Panam 115(5). Programa de Publicaciones.

²⁸ Ley N° 7739. Código de la Niñez y la Adolescencia. Asamblea Legislativa de la República. San José, Costa Rica: Caja Costarricense de Seguro Social.

²⁹ Art 48. Reglamento Comités de Estudio Integral Niños Agredidos. Decreto 30007-S.

³⁰ PANIAMOR. (2001). Atención Integral del Niño y niña víctimas de abuso, desde la perspectiva del sector salud. San José, Costa Rica. p. 4.

- f) Considerar al niño, niña o adolescente de acuerdo a su desarrollo en sus diferentes componentes (biológico, psicológico, espiritual, social, cultural).

Además la atención integral a los niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso, se debe visualizar desde el enfoque de la atención primaria en salud renovada (APSR)³¹ que define el sistema de salud como

un conjunto de elementos estructurales y funcionales esenciales que garantizan la cobertura y el acceso universal a los servicios, los cuales son aceptables para la población y promueven la equidad. Presta atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, pone énfasis en la prevención y la promoción y garantiza el primer contacto del usuario con el sistema, tomando a las familias y comunidades como base para la planificación y la acción. Agrega además, que es un sistema de salud que requiere un sólido marco legal, institucional y organizativo, además de recursos humanos, económicos y tecnológicos adecuados y sostenibles.

Este sistema basado en APSR emplea prácticas óptimas de organización y gestión en todos los niveles del sistema para lograr calidad, eficiencia y efectividad y, desarrolla mecanismos activos, con el fin de maximizar la participación individual y colectiva en materia de salud. Un sistema de salud de esta naturaleza promueve acciones intersectoriales para abordar otros determinantes de la salud y la equidad”.

De lo anterior se resalta el énfasis en promoción y prevención y el incluir como elemento fundamental a las familias y comunidades, lo cual se debe aplicar desde todas las disciplinas.

5-Ejes de la atención integral

a) Promoción de una cultura de paz. “La promoción se encamina a desarrollar acciones que produzcan el desarrollo de actitudes y prácticas en las personas y grupos sociales que les permitan un desarrollo integral³²”. Al respecto la CCSS ha definido que “la promoción de la salud se debe reforzar en forma solidaria y conjunta con los usuarios, comunidad, gobiernos locales, otras instituciones y la sociedad en general”³³.

b) Prevención. En la prevención del abuso “las acciones están dirigidas a reducir la probabilidad de ocurrencia de situaciones de abuso en la población de riesgo, de manera que esta cuente con información suficiente que le permita reconocer signos de alerta e identificar recursos para salir del ciclo de abuso y minimizar sus secuelas³⁴”. Funciona en todos los niveles de atención (primaria,

³¹ OPS-OMS. (2007). Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización. Washington, NLM W 84.6 D.C: OPS, ISBN 92 75 32699 1 En: http://www.paho.org/spanish/AD/THS/OS/APS_spa.pdf Consultado 2-12-11

³² PANIAMOR. (2001). Atención Integral del Niño y niña víctimas de abuso, desde la perspectiva del sector salud. San José, Costa Rica. p 8.

³³ Caja Costarricense de Seguro Social. (2007). Una CCSS renovada hacia el 2025. Políticas institucionales 2007-2012. San José Costa Rica. p. 15. En: <http://portal.ccss.sa.cr/portal/page/portal/portal/normativa2> Consultado 2-12-11

³⁴ PANIAMOR. (2001). Atención Integral del Niño y niña víctimas de abuso, desde la perspectiva del sector salud. San José, Costa Rica. p. 9.

secundaria, terciaria, en consulta externa, hospitalización, atención a domicilio) y por todos los y las funcionarias. La identificación puede realizarse por indicadores o factores de riesgo.

c) Abordaje y seguimiento. La atención abarca las diferentes modalidades de atención posible: individual, grupal, intramuros, a domicilio.

d) Intersectorialidad. Para enfrentar el problema del abuso, se requiere de acciones concertadas entre la comunidad, la sociedad civil y las instituciones del estado. Es importante incorporar a todos los actores sociales en la planificación, ejecución y evaluación de la atención a las personas afectadas por el abuso para desarrollar, en los niveles locales y promover en la ciudadanía, el protagonismo en los procesos que promuevan el desarrollo y combatan los posibles obstáculos. Así, en la interacción entre ciudadanos (as), sociedad civil organizada e instituciones, se encontrarán respuestas más efectivas y se desarrollará una auténtica participación social. Una estrategia fundamental es coordinar el trabajo en las redes locales ya existentes o la creación de las mismas en caso de no contar con ellas para abordar la atención integral de la persona que enfrenta cualquier tipo de abuso.

g) Atención en red. Respecto a la atención de niños, niñas y adolescentes que se enfrentan a algún tipo de abuso, la aplicación del trabajo en red es fundamental. Este último, considerando que el fortalecimiento del modelo de atención integral en salud en red se convierte en una prioridad institucional, bajo el enfoque biopsicosocial del proceso salud-enfermedad. Se busca con esto, articular, racionalizar, incrementar la coherencia y continuidad a las acciones ejecutadas en los distintos niveles de atención de la red de servicios incluyendo la atención hospitalaria.

Bajo este enfoque de redes y procesos, la CCSS se perfila como una estructura altamente funcional con los niveles jerárquicos estrictamente necesarios, que genere una toma de decisiones muy ágil, poco burocrática y de un carácter más matricial. Igualmente, supone la articulación entre las distintas áreas funcionales, así como, entre el nivel central y las unidades de atención directa a los usuarios(as), con una clara definición de las competencias y responsabilidades asignadas a cada uno de los niveles³⁵.

Lo anterior significa que “todas las unidades y servicios de salud gestionarán en redes verticales y horizontales, con el propósito de generar una mayor capacidad resolutoria, eliminar duplicidades en el proceso de atención, disminuir los tiempos de espera, mejorar la eficiencia en el uso de los recursos y reducir los costos administrativos; para lo cual el nivel central en la Gerencia de División Administrativa, Médica, Financiera, de Operaciones y de Pensiones, deben operar en función de los requerimientos de las redes de servicios y otras unidades responsables de la ejecución de los procesos sustantivos.

6-Principios en la atención al abuso. La atención al abuso contra las personas menores de edad debe fundamentarse en³⁶:

³⁵ Caja Costarricense de Seguro Social. (2007). Una CCSS renovada hacia el 2025. Políticas institucionales 2007-2012. San José Costa Rica. p. 13-14 y 35. En: <http://portal.ccss.sa.cr/portal/page/portal/portal/normativa2> Consultado 2-12-11

³⁶ PANIAMOR. (2001). Atención Integral del Niño y niña víctimas de abuso, desde la perspectiva del sector salud. San José, Costa Rica. p. 4-7.

a) Enfoque de derechos. Supone promover el ejercicio de los derechos humanos de la niñez y la adolescencia en todas las acciones que se desarrollen, así como, sus responsabilidades de acuerdo a su condición de desarrollo. Este marco nos delimita las consideraciones éticas a tomar en cuenta, lo que en general podemos visualizar en el Código de la Niñez y la Adolescencia en los Artículos 5, 6, 7, 9,10, 12,13, 19, 20,24, 26. 27, en los cuales se plasman los principales aspectos a considerar.

b) Visión de niñez y adolescencia. Pese a que la vida del ser humano es un proceso continuo, la visión de niñez significa que en todo el proceso de atención se debe resguardar la especificidad de acuerdo a la edad y desarrollo según la definición de niñez (desde la concepción hasta antes de los 12 años) y adolescencia. Esta visión hace que la niñez y la adolescencia en sus diferentes edades, sean suficientes en sí mismas (Principio del Interés Superior), lo que implica que sus acciones no se deben condicionar a otras edades o condiciones.

c) Enfoque centrado en desarrollo. Tanto en la promoción, la prevención, el abordaje como el seguimiento deben tener la visión de desarrollo. Esto obliga a un conocimiento detallado del desarrollo en cada edad para comprender y detectar las alteraciones correspondientes.

d) Visión género-sensitiva. Facilita la identificación de los factores que contribuyen, en función de las representaciones sociales de lo masculino y lo femenino, a los tratos desiguales y a las discriminaciones que se dan a nivel de la sociedad, la comunidad, la familia y que perjudican los derechos de las personas por su condición de género.

e) Enfoque de riesgo. Se denomina factor de riesgo³⁷ cualquier atributo, característica o vulnerabilidad de un individuo que aumenta la probabilidad de desarrollar una enfermedad u otro estado o suceso no deseado. Permite identificar a nivel individual los factores de riesgo como protectores ante el abuso. La detección del nivel de riesgo facilita la toma de decisiones para adecuar las acciones a las necesidades y prioridades de las personas menores de edad.

En el Patronato Nacional de la Infancia se han definido los siguientes factores de riesgo³⁸ en maltrato físico y negligencia:

Individuales

- Neonatos hijos/as de mujeres jóvenes que han tenido embarazos no deseados.
- Personas menores de edad con déficit particulares en su desarrollo.
- Niños/as nacidos pretérmino.
- Personas menores de edad que sufren separación temprana y prolongada de su madre (hospitalizaciones prolongadas).
- Bajo peso neonatal.
- Desnutrición.
- Antecedentes de una atención prenatal deficiente o ausente.
- Personas menores de edad con enfermedades crónicas.

Familiares

- Violencia intrafamiliar.
- Adultos responsables con rasgos de personalidad impulsiva.

³⁷ OMS. (2012). Manual STEPS. En: <http://www.who.int/chp/steps/manual/es/index.html> Consultado 10-01-12.

³⁸ Protocolo de maltrato físico y negligencia del PANI.

- Adultos responsables con antecedentes de delincuencia.
- Adultos responsables privados de libertad.
- Madres o adultos responsables en estados depresivos.
- Distanciamiento o desapego afectivo hacia la persona menor de edad.
- Antecedentes de abuso en la familia de origen.
- Falta de redes de apoyo.
- Inestabilidad domiciliaria.
- Antecedentes abuso de alcohol y drogas.
- Familias con un solo progenitor.
- Desempleo.

f) Enfoque de factores determinantes. La actuación en el ámbito de los principales factores determinantes de la salud tiene un gran potencial para reducir los efectos negativos de las enfermedades y promover la salud de la población. Están relacionados con aspectos tan variados como lo son los biológicos, hereditarios, personales, familiares, sociales, ambientales, alimenticios, económicos, laborales, culturales, de valores, educativos, sanitarios y religiosos.

Dado el avance en la ciencia, la medicina, la tecnología y el conocimiento en general, la gran mayoría de estos factores pueden modificarse, incluidos algunos de los biológicos. La incidencia de unos sobre otros es tal que no pueden disociarse, sin caer en una concepción demasiado simplista del complejo binomio salud-enfermedad. Estos determinantes son modificables, ya que están influenciados por los factores sociales, y por ello las acciones de la salud pública deben dirigirse hacia esa modificación. Por lo tanto, al conceptualizar los determinantes de la salud, se puede decir que son un conjunto de elementos condicionantes de la salud y de la enfermedad en individuos, grupos y colectividades.

En 1974, Marc Lalonde, Ministro Canadiense de Salud, creó un modelo de salud pública explicativo de los determinantes de la salud, aún vigente, en que se reconoce el estilo de vida de manera particular, así como el ambiente - incluyendo el social en un sentido más amplio – junto a la biología humana y la organización de los servicios de salud³⁹.

En resumen, el enfoque de factores determinantes incluye 4 macro aspectos (biología humana, medio ambiente, estilos de vida y sistema de organización de la atención a la salud) que interactúan entre sí. Por su concepción están más cerca de la promoción de la salud.

g) Abordaje interdisciplinario. Se requiere la intervención de los saberes de todas las disciplinas pertinentes (medicina, psicología, trabajo social, odontología, etc.) en el desarrollo de las intervenciones. Una única disciplina no podrá dar cuenta de la atención al abuso por ser una problemática de alta complejidad, de ahí la necesidad del trabajo interdisciplinario.

h) Enfoque intergeneracional. La atención que los funcionarios y funcionarias de salud brinden a las personas menores de edad afectadas por el abuso debe partir de que el problema se remonta muchos siglos atrás y que, por ende, se ha transmitido de generación en generación. Es deber imperativo de todos y todas quebrar este esquema.

³⁹ Ávila, M.L. (abril-junio, 2009). Hacia una nueva Salud Pública: Determinantes de la Salud. Acta médica Costarricense v.51 n.2 San José, Costa Rica. En: <http://www.scielo.sa.cr/pdf/amc/v51n2/art02v51n2.pdf> Consultado 2-12-11

3.2. DEFINICIONES ESPECÍFICAS

1-Abuso sexual. En el Reglamento a los Comités de Estudio de Niño, Niña y Adolescente Agredido⁴⁰, abuso sexual es un contacto sexualizado, físico o verbal u otras interacciones sexuales mediante el uso de la fuerza, intimidación, coerción, chantaje, soborno, manipulación, amenaza, consentimiento inducido por engaño o cualquier otro mecanismo que anule o limite la voluntad personal. Igualmente, se considera violencia sexual el hecho de que la persona agresora obligue a la agredida o agredido a realizar alguno de estos actos con terceras personas”.

De acuerdo al Código Penal, la calificación del delito tiene las siguientes posibilidades.

2-Violación (Artículo 156 del Código Penal (CP). Quien se haga acceder o tenga acceso carnal por vía oral, anal o vaginal, con una persona de uno u otro sexo, en los siguientes casos:

1. Cuando la víctima sea menor de trece años.
2. Cuando se aproveche de la vulnerabilidad de la víctima o esta se encuentre incapacitada para resistir.
3. Cuando se use la violencia corporal o intimidación.

La misma pena se impondrá si la acción consiste en introducirle a la víctima uno o varios dedos, objetos o animales, por la vía vaginal o anal, o en obligarla a que se los introduzca ella misma (así reformado mediante el Artículo 1° de la Ley N° 8590 del 18 de julio del 2007).

3-Violación calificada (Artículo 157 CP). Cuando:

1. El autor sea cónyuge de la víctima o una persona ligada a ella en relación análoga de convivencia.
2. El autor sea ascendiente, descendiente, hermana o hermano de la víctima, hasta el tercer grado por consanguinidad o afinidad.
3. El autor sea tío, tía, sobrina, sobrino, prima o primo de la víctima, hasta el tercer grado por consanguinidad o afinidad.
4. El autor sea tutor o el encargado de la educación, guarda o custodia de la víctima.
5. Se produzca un grave daño en la salud de la víctima.
6. Se produzca un embarazo.
7. La conducta se cometa con el concurso de una o más personas.
8. El autor realice la conducta prevaleciéndose de una relación de poder resultante del ejercicio de su cargo, y esta sea realizada por ministros religiosos, guías espirituales, miembros de la Fuerza Pública o miembros de los Supremos Poderes (así reformado mediante el artículo 1° de la Ley N° 8590 del 18 de julio del 2007).

4-Relaciones sexuales con personas menores de edad (Artículo 159 CP). “Quien aprovechándose de la edad, se haga acceder o tenga acceso carnal con una persona de uno u otro sexo, mayor de trece años y menor de quince años, por la vía oral, anal o vaginal, aun con

⁴⁰ Art.2 del Reglamento Artículo 48 del Código de la Niñez y la Adolescencia. Decreto N° 30007-S, 2001.

su consentimiento. Igual pena se impondrá si la acción consiste en la introducción de uno o varios dedos, objetos o animales por la vía vaginal o anal”. Esta calificación del delito mayor pena cuando “la víctima sea mayor de trece años y menor de dieciocho años, y el agente tenga respecto de esta la condición de ascendiente, tío, tía, hermano o hermana consanguíneos o afines, tutor o guardador” (así reformado mediante el Artículo 1° de la Ley N° 8590 del 18 de julio del 2007).

5-Actos sexuales remunerados con personas menores de edad (Artículo 160 CP). “Quien pague, prometa pagar o dar a cambio una ventaja económica o de otra naturaleza a una persona menor de edad o a un tercero, para que la persona menor de edad ejecute actos sexuales o eróticos” (así reformado mediante el Artículo 1° de la Ley N° 8590 del 18 de julio del 2007).

6-Abusos sexuales contra personas menores de edad e incapaces (Artículo 161 CP). “Quien, de manera abusiva, realice actos con fines sexuales contra una persona menor de edad o incapaz o la obligue a realizarlos al agente, a sí misma o a otra persona, siempre que no constituya delito de violación”. Este tipo de abuso recibe más castigo cuando:

1. La persona ofendida sea menor de trece años.
2. El autor se aproveche de la vulnerabilidad de la persona ofendida, o esta se encuentre incapacitada para resistir o se utilice violencia corporal o intimidación.
3. El autor sea ascendiente, descendiente, hermana o hermano de la víctima.
4. El autor sea tío, tía, sobrina, sobrino, prima o primo de la víctima.
5. El autor sea madrastra, padrastro, hermanastra o hermanastro de la víctima.
6. El autor sea tutor o encargado de la educación, guarda o custodia de la víctima.
7. víctima.
8. El autor realice la conducta contra alguno de los parientes de su cónyuge o conviviente, indicados en los incisos 3) y 4) anteriores.
9. El autor se prevalezca de su relación de confianza con la víctima o su familia, medie o no relación de parentesco (así reformado mediante el Artículo 1° de la Ley N° 8590 del 18 de julio del 2007).

7-Corrupción (Artículo 167 CP). “Siempre que no constituya un delito más grave, quien promueva o mantenga la corrupción de una persona menor de edad o incapaz, ejecutando o haciendo ejecutar a otro u otros, actos sexuales perversos, prematuros o excesivos, aunque la víctima consienta en participar en ellos o en verlos ejecutar.

La misma pena se impondrá a quien utilice a personas menores de edad o incapaces con fines eróticos, pornográficos u obscenos, en exhibiciones o espectáculos, públicos o privados, de tal índole, aunque las personas menores de edad lo consientan” (así reformado mediante el Artículo 1° de la Ley N° 8590 del 18 de julio del 2007).

8-Corrupción agravada (Artículo 168 CP). Cuando en el caso de abuso por corrupción:

1. La víctima sea menor de trece años.
2. El hecho se ejecute con propósitos de lucro.

3. El hecho se ejecute con engaño, violencia, abuso de autoridad o cualquier otro medio de intimidación o coacción.
4. El autor sea ascendiente, descendiente, hermana o hermano de la víctima.
5. El autor sea tío, tía, sobrina, sobrino, prima o primo de la víctima.
6. El autor sea madrastra, padrastro, hermanastra o hermanastro de la víctima.
7. El autor sea tutor o encargado de la educación, guarda o custodia de la víctima.
8. El autor realice la conducta contra alguno de los parientes de su cónyuge conviviente, indicados en los incisos 4), 5) y 6) anteriores.
9. El autor se prevalezca de su relación de confianza con la víctima o con su familia, medie o no relación de parentesco (así reformado mediante el Artículo 1° de la Ley N° 8590 del 18 de julio del 2007).

9-Proxenetismo (Artículo 169 CP). “Quien promueva la prostitución de personas de cualquier sexo o las induzca a ejercerla o las mantenga en ella o las reclute con ese propósito, quien mantenga en servidumbre sexual a otra persona” (así reformado por el Artículo 1° de la Ley No. 7899 de 3 de agosto de 1999).

10-Proxenetismo agravado (Artículo 170 CP). Cuando se realice una de las acciones previstas en el artículo anterior y concurra, además, alguna de las siguientes circunstancias:

1. La víctima sea menor de dieciocho años.
2. Medie engaño, violencia, abuso de autoridad, una situación de necesidad de la víctima o cualquier medio de intimidación o coacción.
3. El autor sea ascendiente, descendiente, hermana o hermano de la víctima.
4. El autor sea tío, tía, sobrina, sobrino, prima o primo de la víctima.
5. El autor sea madrastra, padrastro, hermanastra o hermanastro de la víctima.
6. El autor sea tutor, o encargado de la educación, guarda o custodia de la víctima.
7. El autor realice la conducta contra alguno de los parientes de su cónyuge o conviviente, indicados en los incisos 3) y 4) anteriores.
8. El autor se prevalezca de su relación de confianza con la víctima o su familia, medie o no relación de parentesco (así reformado mediante el Artículo 1° de la Ley N° 8590 del 18 de julio del 2007).

11-Rufianería (Artículo 171 CP). “Quien, coactivamente, se haga mantener, aunque sea en forma parcial, por una persona que ejerza la prostitución, explotando las ganancias provenientes de esa actividad”. En la sanción de este delito se presta especial consideración si la víctima es menor de trece años o mayor de trece años, pero menor de dieciocho años (así reformado mediante el Artículo 1° de la Ley N° 8590 del 18 de julio del 2007).

12-Trata de personas. Por "trata de personas" se entenderá⁴¹ la captación, el transporte, el traslado, la acogida o la recepción de personas, recurriendo a la amenaza o al uso de la fuerza u otras formas de coacción, al rapto, al fraude, al engaño, al abuso de poder o de una situación de vulnerabilidad o a la concesión o recepción de pagos o beneficios para obtener el consentimiento de

⁴¹ Protocolo para Prevenir, Reprimir y Sancionar la Trata de Personas, especialmente Mujeres y Niños que complementa la Convención contra La Delincuencia Organizada Transnacional. En: http://www2.ohchr.org/spanish/law/pdf/protocoltraffic_sp.pdf 27-6-12.

una persona que tenga autoridad sobre otra, con fines de explotación. Esa explotación incluirá, como mínimo, la explotación de la prostitución ajena u otras formas de explotación sexual, los trabajos o servicios forzados, la esclavitud o las prácticas análogas a la esclavitud, la servidumbre o la extracción de órganos.

El consentimiento dado por la víctima de la trata de personas a toda forma de explotación que se tenga la intención de realizar descrita, no se tendrá en cuenta cuando se haya recurrido a cualquiera de los medios enunciados en dicho apartado.

La captación, el transporte, el traslado, la acogida o la recepción de un niño con fines de explotación se considerará "trata de personas" incluso cuando no se recurra a ninguno de los medios enunciados

En el Código Penal (Art. 172) se define como trata cuando se "promueva, facilite o favorezca la entrada o salida del país, o el desplazamiento dentro del territorio nacional, de personas de cualquier sexo para realizar uno o varios actos de prostitución o someterlas a explotación, servidumbre sexual o laboral, esclavitud o prácticas análogas a la esclavitud, trabajos o servicios forzados, matrimonio servil, mendicidad, extracción ilícita de órganos o adopción irregular⁴²". En los siguientes casos este tipo de abuso es más castigado.

- La víctima sea menor de dieciocho años de edad o se encuentre en una situación de vulnerabilidad o discapacidad.
- Engaño, violencia o cualquier medio de intimidación o coacción.
- El autor sea cónyuge, conviviente o pariente de la víctima hasta tercer grado de consanguinidad o afinidad.
- El autor se prevalezca de su relación de autoridad o confianza con la víctima, su familia, medie o no relación de parentesco.
- El autor se aproveche del ejercicio de su profesión o de la función que desempeña.
- La víctima sufra grave daño en su salud.
- El hecho punible fuere cometido por un grupo delictivo integrado por dos o más miembros.

13-Explotación sexual Comercial⁴³. Es un tipo muy particular de abuso sexual definida como "utilización sexual de personas menores de edad, donde medie un beneficio económico o en especie para la niña, niño o adolescente, familiares o personas intermediarias. Incluye:

- La venta y el tráfico de niños, niñas y adolescentes –intra país o internacional- con propósitos de carácter sexual.
- La utilización de personas menores de edad en pornografía -incluyendo el internet- y en espectáculos públicos o privados de carácter sexual.

14-Incesto. Batres y Claramunt⁴⁴ lo definen como:

⁴² Art. 172. Código Penal Costa Rica. Ley N° 4573 En: http://www.oas.org/dil/esp/Codigo_Penal_Costa_Rica.pdf Consultado 7-12-11

⁴³ Claramunt, M. C. (2003). Explotación Sexual Comercial. Guía de Trabajo para proveedores/as y encargados/as de servicios dirigidos a personas menores de edad víctimas. OIT-IPEC. p. 7.

⁴⁴ Batres, G. y Claramunt, C. (1998). La violencia contra la mujer en la familia costarricense. Tratamiento grupal: Adultas y adolescentes sobrevivientes de incesto y abuso sexual. Manual para terapeutas. (2º. ed.). San José, Costa Rica: ILANUD-Programa Regional de Capacitación contra la Violencia Doméstica. ISBN- 9977-25-104-5. En:

- Cualquier acto con cariz sexual entre un adulto o adulta en posición de autoridad y una niña o niño en posición de dependencia. El adulto o adulta puede ser un miembro de la familia o una persona que tiene la responsabilidad del cuidado y la seguridad del niño o niña.
- Cualquier acto con cariz sexual que la persona adulta obligue al niño o a la niña a mantenerlo en secreto.
- Cualquier contacto sexual que puede ser directo, pero que no involucra necesariamente la penetración.
- Cualquier contacto sexual indirecto: puede ocurrir sin contacto físico, como sucede al obligar a un niño o niña a desvestirse para la satisfacción sexual del adulto o de la adulta.
- Cualquier contacto sexual directo o indirecto en el cual el niño o la niña no son capaces de consentir, debido a su corta edad o por las diferencias de poder y la naturaleza de la relación con el adulto o adulta.

Desde el punto de vista penal, el incesto se tipifica en los delitos sexuales anotados cuando se trata de actividades sexuales con abusadores como figura de confianza (familiares consanguíneos o no y otras figuras que aparecen en el Código Penal).

15-Trabajo Infantil y explotación laboral adolescente. Suele definirse⁴⁵ como todo trabajo que priva a los niños de su niñez, su potencial y su dignidad, que es perjudicial para su desarrollo físico y psicológico. En adolescentes menores de quince años se denomina explotación laboral cuando realiza cualquier tarea laboral con su respectivo riesgo. En adolescentes mayores de quince años se denomina explotación laboral cuando a pesar de tener una edad en que legalmente puede trabajar, lo hace en condiciones de riesgo para su bienestar integral.

Así pues, se alude al trabajo que es peligroso y perjudicial para el bienestar físico, mental o moral del niño o niña e interfiere con su escolarización puesto que, les priva de la posibilidad de asistir a clases, les obliga a abandonar la escuela de forma prematura o les exige combinar el estudio con un trabajo pesado que consume mucho tiempo.

En las formas más extremas de trabajo infantil, los niños o niñas son sometidos a situaciones de esclavitud, separados de su familia, expuestos a graves peligros y enfermedades y/o abandonados a su suerte en la calle de grandes ciudades (con frecuencia a una edad muy temprana). Cuando calificar o no de “trabajo infantil” o explotación adolescente a una actividad específica dependerá de la edad del niño, la niña o adolescente, el tipo de trabajo en cuestión, la cantidad de horas que le dedica, las condiciones en que lo realiza y los objetivos que persigue cada país. Así, la respuesta varía de un país a otro y entre uno y otro sector.

Todas las tareas realizadas por los niños y niñas deben clasificarse como trabajo infantil y se han de eliminar. Sin embargo, la participación de niños, niñas o adolescentes en trabajos que no atentan contra su salud y su desarrollo personal ni interfieren con su escolarización ni con sus actividades lúdicas y deportivas propias de su autonomía progresiva se consideran positivas. Entre éstas

<http://dragocondababres.com/descargas/Manual%20Tratamiento%20Grupal-%20Adultas%20y%20Adolescentes.pdf>
Consultado 07-12-11.

⁴⁵ Organización Internacional del Trabajo. (2011). ¿Qué se entiende por trabajo infantil? En: <http://www.ilo.org/ipec/facts/lang-es/index.htm> Consultado 28-11-11.

actividades se pueden citar la ayuda que prestan en el hogar y en el caso específico de los adolescentes, la colaboración en un negocio familiar o las tareas que realizan fuera del horario escolar o durante las vacaciones para ganar dinero de bolsillo. Este tipo de actividades son provechosas para el desarrollo y el bienestar de la familia; les proporcionan calificaciones y experiencia y les ayuda a prepararse para ser miembros productivos de la sociedad en la edad adulta.

16-Abuso físico. Se presenta cuando alguien usa la fuerza física para controlar o intimidar. Se manifiesta por medio de golpes, quemaduras, heridas, pellizcos, empujones, patadas, sacudidas y otros”. Aunque es parte del abuso físico, el castigo físico generalmente no es concebido en la sociedad como una forma de maltrato con la justificación de que se aplica como medida de corrección⁴⁶. Sin embargo estos castigos son formas de maltrato, ya que se atenta contra la integridad física y la dignidad humana de las personas menores de edad, a pesar de “no producir lesiones físicas”. El uso intencional de la fuerza y del ejercicio abusivo del poder realizado por cualquier persona, que provoca o no lesiones físicas, que atenta contra la integridad y dignidad física e infligen dolor en un niño, niña o adolescente con el objeto de corregir o controlar una conducta, se considera abuso físico.

El castigo físico constituye una violación del derecho del niño a su integridad física y es una forma socialmente aceptada de violencia contra los niños y niñas. En los niños y niñas, el castigo físico daña su autoestima, les enseña a ser víctimas, interfiere los procesos de aprendizaje, dificulta la capacidad para establecer relaciones causales, hace sentir soledad tristeza y abandono, impide la comunicación entre padres e hijos y engendra más violencia

En los padres y madres produce ansiedad y culpa y la violencia se expande, impide la comunicación con los hijos. En la sociedad se aumenta y legitima el uso de violencia, genera una doble moral, dos categorías de ciudadanos, promueve modelos familiares patológicos, dificulta la protección de la infancia y se educan ciudadanos sumisos.

Al respecto, la Ley N° 8654 “Derechos de los niños, niñas y adolescentes a la disciplina sin castigo físico ni trato humillante”, afirma que “las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a recibir orientación, educación, cuidado y disciplina de su madre, su padre o los responsables de la guarda y crianza, así como de los encargados y el personal de los centros educativos, de salud, de cuidado, penales juveniles o de cualquier otra índole, sin que, en modo alguno, se autorice a estos el uso del castigo corporal ni el trato humillante”.

17-Castigo Físico. De acuerdo con PANIAMOR (2007) el castigo físico es toda forma de agresión física que no produce lesión pero deja memoria de dolor en la persona menor de edad que lo recibe; y es utilizado por una persona adulta en relación de guarda crianza o custodia, con fines de corrección de comportamientos que esa persona considera perjudiciales para el niño o niña, o para terceras personas. Constituye una violación a los derechos humanos fundamentales del niño o niña y

⁴⁶ Ley No. 8654. Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes a la Disciplina sin Castigo Físico ni Trato Humillante. Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica, San José, Costa Rica.

una forma de discriminación basada en la edad. Es también una forma socialmente aceptada de violencia contra los niños y niñas.

En los niños y niñas, el castigo físico daña su autoestima, legitima la violencia como forma de obtener resultados y les enseña a ser víctimas, interfiere los procesos de aprendizaje, dificulta la capacidad para establecer relaciones causales, hace sentir soledad tristeza y abandono, impide la comunicación intergeneracional y engendra más violencia

En padres, madres y cuidadores produce ansiedad y culpa, la violencia se expande, impide la comunicación con sus hijos e hijas, se da una necesidad de justificar este tipo de castigo ante sí mismo y ante la sociedad. En la sociedad aumenta y legitima el uso de violencia, genera una doble moral, dos categorías de ciudadanos, promueve modelos familiares quebrados, dificulta la protección de la infancia, se educan ciudadanos sumisos.

Al respecto, la Ley N° 8654 “Derechos de los niños, niñas y adolescentes a la disciplina sin castigo físico ni trato humillante”, afirma que “Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a recibir orientación, educación, cuidado y disciplina de su madre, su padre o los responsables de la guarda y crianza, así como de los encargados y el personal de los centros educativos, de salud, de cuidado, penales juveniles o de cualquier otra índole, sin que, en modo alguno, se autorice a estos el uso del castigo corporal ni el trato humillante”.

18-Síndrome de Niño(a) Sacudido (SNS). El término Síndrome de Niño Sacudido fue utilizado primero por Caffey en 1972 para describir niños o niñas con hemorragias agudas subdurales, subaracnoideas y retiniana y neo formación perióstica en las metáfisis de huesos largos, producto del sacudimiento⁴⁷⁻⁴⁸. El SNS aunque es parte del abuso físico, por sus características especialmente letales, se resalta en forma individual, es la segunda causa de muerte en niños y niñas debido a trauma. Es responsable por 95% de las lesiones cerebrales en personas menores de un año de edad.

El sacudir por sólo tres segundos puede causar un daño para toda la vida y, a veces, la muerte. Un episodio violento y único puede causar la pérdida parcial o completa de la visión, impedimentos de audición, convulsiones y problemas de aprendizaje.

EL SNS generalmente ocurre cuando un padre/madre u otra persona que cuida le sacude por enojo o frustración, a menudo debido a que el niño o la niña no deja de llorar. El SNS se puede prevenir mediante educación a las familias y a los proveedores de cuidado con respecto a los peligros de sacudir a un niño o niña y brindando estrategias para reaccionar ante circunstancias que retan la capacidad de crianza de padres y madres⁴⁹.

⁴⁷ Giardino, A. P., Christian, C. W. y Giardino, E. R. (1997). A practical Guide to the Evaluation of Child Physical Abuse and Neglect. [Una Guía Práctica para la Evaluación del Abuso Físico y la Negligencia contra Niños y Niñas]. (1º ed.). London: SAGE Publications. p. 156.

⁴⁸ Porras, R. y Pérez, V. (2002). Síndrome del niño sacudido: la importancia de las hemorragias retinianas y hematomas subdurales en su diagnóstico. Acta pediátrica Costarricense, 2(16). San José, Costa Rica. En: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-00902002000200002&script=sci_arttext Consultado 30-11-11.

⁴⁹ Síndrome de bebé sacudido.

En: http://www.guia-buscadore.com/dir/webs/wwwhealthstatenyusnydohconsumersbssbs_sphthm.html. Consultado 16-01-2012.

19-Abuso emocional. Toda acción u omisión que dañe la autoestima o el desarrollo potencial de una persona menor de edad. Incluye los insultos constantes, el no reconocer aciertos, ridiculizar, rechazar, manipular, explotar, comparar, tener expectativas irreales, entre otros. El niño o niña llega a creer lo que se le dice, sobre todo si es su madre, padre o su encargado quien cometen el abuso, dañando así su autoestima. Esa baja autoestima le hace más vulnerable a otras formas de abuso y puede llevar a conductas autodestructivas, incluso suicidas. Se incluye en este abuso, la privación de afecto por parte de padre, madre o adultos responsables, que provocan sentimientos en el niño o niña de que no es deseado(a), querido(a) ni validado(a). Se puede afirmar que este tipo de abuso es una violación a los derechos de las personas menores de edad, en tanto además del daño y sufrimiento directos que ocasiona, afecta la vida misma de la persona menor de edad⁵⁰.

Batres y Claramunt⁵¹ (s.f.) la definen como “la degradación intensa, continua y el control del comportamiento y las acciones de otra persona a través de la intimidación, manipulación que resulta en el desmoronamiento del autorrespeto y la identidad individual” (p. 71). Con frecuencia se lleva a cabo por medio de palabras y frases ofensivas y descalificadoras.

La Fundación PANIAMOR define el abuso emocional como “insultos constantes, el no reconocer aciertos, ridiculizar, rechazar, manipular, explotar, comparar, tener expectativas irreales” (Fundación PANIAMOR, 1998, p. 57) hacia una persona, lo cual daña gravemente su autoestima y la vuelve más vulnerable a otros tipos de violencia.

También la omisión de expresiones del afecto y del cariño, como por ejemplo de los padres y madres a sus hijos e hijas, puede ser considerada como violencia psicológica. Algunos ejemplos de indicadores del abuso emocional son:

19.1-Abuso verbal. Es cuando los padres y madres comunican su hostilidad, por lo general, mediante comentarios sarcásticos, irrisorios o condescendientes, dirigidos o referidos al niño/a. Están siendo verbalmente agresivos, cuando sus palabras típicamente son negativas, demasiado críticas o severas. Los comentarios despectivos sobre su aspecto y desempeño debilitan su personalidad.

19.2-Comparaciones negativas. Otra costumbre dañina muy frecuente es el hacer comparaciones desfavorables del niño o niña con respecto a sus hermanos(as) o compañeros(as). Generalmente, el padre, madre o cuidador(a) hacen caso omiso de sus sentimientos de vergüenza, los ignoran, les restan importancia o abiertamente se ríen de ellos. El tratar a niños, niñas o adolescentes con una actitud dura y juzgadora, expresada a través de la categorización y los sobrenombres, socava su autoestima.

19.3-Terrorismo emocional. También se establecen “amenazas, situaciones de terror, secuestro temporal o prologado, exposición al frío, impedimento del sueño y cualquier acción sutil en la que el menor es rechazado, regañado o amenazado de ser golpeado o de perder el afecto. Las amenazas de abandono son ampliamente utilizadas por padres, madres o

⁵⁰ Brenes, R. y Grillo, M. (1998). Manual de Contenido Violencia y Abuso contra personas menores de edad. (1º ed). San José, Costa Rica: Fundación PANIAMOR.

⁵¹ Batres, G. y Claramunt, C. (s. f.). La violencia contra la mujer en la familia costarricense. Adolescencia y Salud. Cuarta Antología Programa Atención Integral a la Adolescencia (P.A.I.A.). San José: Caja Costarricense de Seguro Social (C.C.S.S.).

encargados como medida disciplinaria y son causa frecuente de fobias a la escuela, enfermedades psicosomáticas y otros síntomas en los niños/as. La amenaza de que uno de los progenitores podrían irse y abandonar al niño o niña, o bien, suicidarse, aterrorizan aun más e imponen una enorme carga de culpabilidad sobre la persona menor de edad.

“Las agresiones físicas dejan marcas y cicatrices en el cuerpo del menor, a diferencia de la agresión psicológica que maltrata mental y espiritualmente, lo que afectará siempre en sus futuras relaciones de adulto”⁵².

19.4-Niños, niñas y adolescentes testigos de violencia. Es una forma de abuso emocional que “se refiere a las consecuencias que produce la experiencia que viven miles de niños, niñas y adolescentes como testigos(as) de violencia, especialmente en sus hogares. Aunque en estos casos, no recibe la violencia directamente hacia sí mismos(as), el presenciarla le genera traumas y daños igualmente importantes y duraderos. En particular en el contexto escolar ser testigos de violencia hacia otros(as) compañeros(as) genera un ambiente de temor, desconfianza e impotencia que puede impactar seriamente a la persona menor de edad a nivel psicológico, en su desempeño académico y en sus relaciones con iguales, el personal administrativo y el personal docente”⁵³.

19.5-Personas menores de edad trianguladas. “El término triangulación describe una situación de dos personas en conflicto, quienes en lugar de intentar resolver sus diferencias, involucran a una tercera, en un intento de evitar o difuminar su conflicto. La triangulación, se puede presentar en distintas esferas de la vida cotidiana y de diferentes formas, en este caso interesan las situaciones que se presentan a nivel de familia, ya que usualmente las personas involucradas son niños, niñas o adolescentes, quienes por su concepción de personas menores de edad presentan un mayor nivel de vulnerabilidad, desarrollando posteriormente reacciones compensatorias como síntomas de enfermedad, problemas de conducta e impulsividad”⁵⁴.

19.6-Abuso emocional crónico. Este abuso puede variar desde una ligera irritabilidad en el trato a la persona menor de edad, hasta el sadismo y la brutalidad. Implica que padres, madres y/o cuidadores creen que deben someterles a la autoridad –por su propio bien- para “socializarlos adecuadamente”. Perciben que tienen justificación al castigar cuando se rehúsa a cumplir inmediatamente sus órdenes o indicaciones.

En una demostración de poder o enfrentamiento directo, padres, madres y/o cuidadores manifiestan actitudes punitivas feroces que difieren mucho de su comportamiento usual. Estos estallidos violentos intimidan y aterrorizan al niño/a, quien siente que sus padres han perdido el control. Situaciones que requieren el ejercicio de la autoridad parental ofrecen una salida para la hostilidad y tendencias violentas reprimidas de las personas adultas a cargo.

⁵² Ulate, F. (1987). Maltrato infantil. Manual de Capacitación. San José, Costa Rica: INCIENSA. Ministerio de Salud.

⁵³ Ortiz, M., Solís, K. y Umansor, D. (2004). Manual de Procedimientos para la Detección y Denuncia desde el Centro Educativo ¿Qué hacer ante situaciones de violencia o abuso contra personas menores de edad?. Ministerio de Educación Pública –Ministerio de Justicia. ISBN 9968-9977-3-0. p. 13.

⁵⁴ Hospital Nacional de Niños Dr. Carlos Sáenz Herrera. (2011). Folleto La mejor vacuna contra esta epidemia es la información. Epidemia de violencia infantil. San José, Costa Rica. p. 4.

Es una “batalla de voluntades” en la que se requiere la subversión o sumisión total de la personalidad del niño, niña o adolescente, para sentirse en control. Muchas personas adultas equiparan la disciplina con el castigo y se sienten justificados en el uso de medidas severas. Este enfoque equivocado de la disciplina, suele tener apoyo legal en nuestra sociedad. Aún en ausencia del uso de la fuerza física, la coacción psicológica, la pretensión de controlar el pensamiento de la persona menor de edad y la amenaza sádica de castigos futuros, constituyen una grave mal interpretación de los que es el poder parental. Otra forma de mostrar hostilidad es cuando se manifiesta la retención paterna de gratificaciones o respuestas emocionales positivas.

19.7-Carencia de respeto por los límites personales. Refiere a cuando padres, madres o encargados creen que sus hijos o hijas “les pertenecen”, como si fueran una propiedad. Tienden a hablar en su nombre, a tomar sus logros como propios, a fanfarronear excesivamente con sus amistades sobre sus éxitos y, en general, a vivir indirectamente a través de ellos o ellas. Son incapaces de sentir afecto por sus hijos o hijas, ofrecen lisonjas y alabanzas como sustitutos del afecto y amor que retienen. Este tipo de crianza fomenta sentimientos irracionales de vanidad y crea ansiedad o temor al fracaso. Contrario a la intención, no logra disminuir o contrarrestar los sentimientos básicos de inferioridad o de falta de amor que padece el niño, niña o adolescente.

Hay también padres y madres que traspasan los límites personales de sus hijos o hijas al tocarles inapropiadamente, invadiendo su privacidad, husmeando entre sus pertenencias. Una violación muy seria de los derechos de niños y niñas se manifiesta en la insistencia de algunos progenitores de que revelen sus sentimientos y pensamientos más íntimos.

19.8-Reprimenda ante la vivacidad, espontaneidad y curiosidad. La espontaneidad y vivacidad típica de niñas y niños pequeños frecuentemente despiertan sentimientos de tensión, vergüenza, culpabilidad y enfado en muchos padres y madres, quienes se sienten entonces obligados a controlarles y restringirles. Eventualmente, el niño o la niña dejan de sentir orgullo por sus logros y tiene dificultades para reconocer su propio valor.

19.9-Permisividad excesiva. Esta evita que el niño/a desarrolle controles internos apropiados sobre la conducta. Los padres y madres demasiado permisivos no proveen suficiente control ni dirección.

19.10-Falta de coherencia en las personas responsables de la guarda crianza y cuidado. Los patrones de crianza, hablan de un tipo de abuso que se caracteriza por enviar mensajes mixtos. Es una discrepancia entre la palabra hablada y los sentimientos verdaderos, que distorsiona el sentido de la realidad.

19.11-Sobreprotección. La sobreprotección limita las experiencias a las que está expuesto un niño o niña, así como, su capacidad para enfrentar la vida, creando dependencia. Padres y madres que no comprenden bien la necesidad de las personas menores de edad de crecer y de ser individuos autónomos, tienden a restringir su libertad de movimiento, desalentar o prevenir sus intereses independientes o preocuparse exageradamente por la salud física de sus hijos e hijas.

19.12-La enseñanza de actitudes negativas hacia la sexualidad. La forma cargada de prejuicios y estereotipos con que algunos padres y madres educan a las personas menores de edad acerca de la sexualidad constituye en realidad un tipo de abuso emocional en tanto obstruye el desarrollo integral y no le prepara para una vivencia responsable de la sexualidad como dimensión de su personalidad. Además, ante la ausencia de información adecuada, niños, niñas y adolescentes buscan pornografía para “aprender”, lo cual les da un acercamiento distorsionado de la sexualidad, limitado a la genitalidad, que puede convertirse en un factor vulnerabilizador ante posibles abusos sexuales.

19.13-Actitudes parentales basadas en la creencia de que todo niño(a) es inherentemente malo(a). Los procedimientos de corrección basados en la percepción de la naturaleza del niño o niña como seres inherentemente pecadores y malos legitiman el uso de distintas formas de castigo y agresión, limitan la capacidad parental de reconocer y acompañar esos comportamientos como propios del proceso de desarrollo.

19.14-Figuras paternas esporádicas. Se caracteriza por la ausencia de una relación afectiva permanente o constante entre el niño, niña o persona adolescente y el padre o la madre o persona cuidadora, resultante de la presencia de distintos compañeros (as) sexuales de los progenitores.

19.15-Abuso emocional en el escenario educativo. Toda acción u omisión en la que una persona en una relación de poder produce daño a la integridad, autoestima o desarrollo potencial del niño, niña o adolescente. Típicamente se presenta bajo la forma de hostilidad verbal crónica (insultos, burlas, desprecio, críticas o amenazas) y el constante bloqueo de las iniciativas de la persona menor de edad. En el contexto escolar, este se manifiesta también por la falta de respuesta a las necesidades de aprendizaje de los y las estudiantes, a la falta de interés y atención por parte de los docentes respecto a aciertos, al rechazo, la ridiculización, comparaciones y discriminación por condición de discapacidad, género, etnia, nacionalidad o por dificultades de aprendizaje entre otras⁵⁵.

20-Abuso patrimonial. “Acción u omisión que implica daño, pérdida, transformación, sustracción, destrucción, retención o distracción de objetos, documentos personales, bienes, valores, derechos o recursos económicos destinados a satisfacer las necesidades de personas menores de edad con quienes se tiene una relación de guarda y/o crianza”.

21-Abuso prenatal^{56,57,58}. El abuso prenatal es parte del maltrato en la niñez y se incluye como parte del abuso perinatal. Lo podemos definir como todas aquellas acciones negligentes activas o pasivas-, individuales (madre, padre u otros), sociales o institucionales que atentan contra el

⁵⁵ Ortiz, M., Solís, K. y Umansor, D. (2004). *Manual de Procedimientos para la Detección y Denuncia desde el Centro Educativo ¿Qué hacer ante situaciones de violencia o abuso contra personas menores de edad?.* Ministerio de Educación Pública –Ministerio de Justicia. ISBN 9968-9977-3-0.

⁵⁶Mercau, C. (2005). Maltrato en el embarazo y en el recién nacido. *Revista del Hospital J.M. Ramos Mejía*, Edición Electrónica, N°1, Volumen X. En <http://www.ramosmejia.org.ar/r/200501/3.pdf> Consultado 28-11-11.

⁵⁷ Kent, L., Laidlaw, J. D. y Brockington, I.F. (1997). Fetal Abuse. *Child Abuse Negl.*, 21. Pp. 181-186.

⁵⁸ Morey, M.A., Begleiter, M.L. y Harris, D.J. (1981). Profile of a battered fetus. *Lancet*, 318, pp. 1294-1295.

potencial de desarrollo integral y los derechos humanos de los niños y niñas durante su vida prenatal.

22-Negligencia. “La negligencia o descuido es la privación de los recursos y necesidades materiales biológicas, afectivas, intelectuales, sociales, morales, éticas, de valores y espirituales del niño, niña o adolescente a pesar de que sus encargados se las pueden brindar o están en condiciones de hacerlo, lo que lleva a la no satisfacción de las necesidades básicas⁵⁹⁻⁶⁰⁻⁶¹. Esta definición permite hacer una clasificación de los diferentes tipos de negligencia: física, emocional, médica, educativa, nutricional, espiritual, entre otros.

23-Abandono. Se considera que existe abandono cuando la familia o cuidadores pusieren en grave peligro la salud o la vida de alguien, al colocarlo en estado de desamparo físico, abandonado a su suerte, a una persona incapaz de valerse por sí misma y a la que debe mantener o cuidar o a la que el mismo autor haya incapacitado⁶². De manera especial en nuestro país se trata el abandono de recién nacidos de menos de tres días de edad y en particular cuando se presentan graves daños o la muerte⁶³.

24- Falsificación de un proceso pediátrico⁶⁴ (FPP). Término con el que se admite la existencia de muchas formas de elaborar enfermedades, con motivaciones distintas al SMP. El denominado “síndrome de la mascarada”, cuyo propósito es mantener al niño en casa; el “buscador de ayuda”, circunstancia que cesa tras su obtención o el denominado Síndrome de Munchausen tipo Doctor Shopping, que es “ir de compras, al médico”, en la creencia de que no se está atendiendo correctamente al niño, exagerando los síntomas que ayuden a pasar de un examen físico a otro, no son incluibles en el SMP. En estos casos no suele haber daño físico real infligido.

25-Trastorno fáctico por poder (TFP). En el DSM-IV (1995) se nombra a este tipo de Síndrome como “Trastorno facticio no especificado” (300-19) al no poderse clasificar dentro de las categorías específicas de los trastornos facticios. El adulto que la presenta, usualmente la madre del niño o niña, mediante la falsificación de datos clínicos, simula o produce una enfermedad en el menor, que aparentemente requiere atención médica⁶⁵.

⁵⁹Lago, G. (s.f.). Negligencia o descuido. Módulo 3. p. 31. En: http://www.scp.com.co/precop/precop_files/modulo_5_vin_3/31-41%20Negligencia%20o%20descuido.pdf
Consultado 26-6-12

⁶⁰ OPS-OMS. (2003). Capítulo 3. Maltrato y Descuido de los menores por los padres y otras personas a cargo. Informe Mundial sobre la violencia y la salud. ISBN 92 75 31588 4 En: http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/capitulo_3.pdf
Consultado 26-5-12.

⁶¹ Marcado, N. (2012) ¿Qué es considerado abuso y negligencia de menores en EE.UU.? En: <http://saludinfantil.about.com/od/Salud/a/Qu-E-Es-Considerado-Abuso-Y-Negligencia-De-Menores-En-Ee-Uu.htm>
Consultado 26-6-12.

⁶² Artículo 142. Código Penal. Costa Rica.

⁶³ Artículo 143. Código Penal. Costa Rica.

⁶⁴ Ayoub, C.C. et al. (2002). Position paper: definitional issues in Munchausen by proxy. Child Maltreat, 7, (2). United States: Harvard Medical School. Pp 105-111.

González, G., Martínez, M. J., De la Cerda, F. y Gómez I. (2008). Síndrome de Munchausen por poderes. An Pediatr (Barc), 68, (6). Pp. 609-611. En: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pid=13123295&pid=usuario=0&pcontactid=&pid=revista=37&ty=71&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=37v68n06a13123295pdf001.pdf
Consultado 06-07-2012.

⁶⁵ Lored, A. J. (1994). Maltrato al Menor. México, D.F.: Mc. Graw Hill. p. 73.

También se le llama “Desorden facticio por poderes” (DFP), aplicado al cuidador o cuidadora que ha causado daños al niño mediante la FPP, para servir a sus intereses psicológicos. El motivo primario parece ser una intensa necesidad de recibir la atención de profesionales y manipularles. En la clasificación del Manual DSM-IV-TR no aparece como tal el SMP (Síndrome de Münchausen por poderes), sino que se usa el término “desorden facticio por poderes” para definirlo⁶⁶.

En el TFP el perpetrador asume de forma deliberada (por poderes) el poder sobre el paciente a través de fingir o producir enfermedades en otras personas, en este caso en los niños, niñas o adolescentes⁶⁷. Este trastorno es raro, poco comprendido, su causa es desconocida. Casi siempre involucra a una madre que le busca a su hijo o hija atención médica innecesaria. La madre puede simular síntomas de enfermedad en niño o niña, añadiendo sangre a su orina o heces, dejando de alimentarlo, falsificando fiebre, administrándole secretamente fármacos que le produzcan vómito o diarrea o empleando otros trucos como infectar las vías intravenosas (a través de una vena) para que el niño aparente o en realidad resulte enfermo.

Estos niños suelen ser hospitalizados por presentar grupos de síntomas que no encajan mucho en ninguna enfermedad conocida. Con frecuencia, a los niños se les hace sufrir a través de exámenes, cirugías u otros procedimientos molestos e innecesarios. La madre generalmente es muy colaboradora en el escenario del hospital y, a menudo, es muy apreciada por el personal de enfermería por el cuidado que le prodiga a su hijo. Con frecuencia, se la ve como una persona dedicada y abnegada, lo cual hace menos probable que el personal médico sospeche el diagnóstico del TFP. Los cambios en la condición del niño casi nunca son presenciados por el personal de salud y casi siempre ocurren sólo en presencia de la madre. En el TFP debe diferenciarse la “producción de signos” que consiste en la administración de sustancias al niño o niña que le provoquen un desequilibrio orgánico y así la enfermedad⁶⁸.

26-Abuso entre pares, matonismo o bullying. La palabra inglesa “bullying” proviene de “bully” que significa⁶⁹ matón, bravucón, valentón, intimidar, bravear, fanfarronear. El término bullying fue acuñado por Olweus (1993) y se caracteriza por el maltrato hacia iguales en la edad escolar, en el que puede mediar la provocación o no, llevarse a cabo en forma grupal o individual; presentarse de manera persistente y sostenida hacia una persona y provocar situaciones emocionales que socaven la estabilidad de quienes lo padecen. Este maltrato puede darse de diversas formas como: empujones, golpes, amenazas con armas, provocando daños físicos, o mediante el uso de insultos, chantaje e intimidaciones, cuyo daño es emocional y en muchos casos irreversible, ameritando la ayuda de profesionales para superarlo. Barudy (1998) hizo mención, como factor desencadenante del *bullying*,

⁶⁶ González, G., Martínez, M. J., De la Cerda, F. y Gómez I. (2008). Síndrome de Münchausen por poderes. *An Pediatr (Barc)*, 68, (6). Pp. 609-611. En:

http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pid=13123295&pid_usuario=0&pcontactid=&pid_re vista=37&ty=71&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=37v68n06a13123295pdf001.pdf
Consultado 06-07-2012..

⁶⁷ Karlin, N. (1995). Münchausen Syndrome by Proxy. Brattleboro Retreat. Psychiatry Review. En: Rodríguez, L. A., Gómez, R. M. y Mesa, A. (julio-diciembre, 2003). Estado del Arte sobre el Síndrome de Münchausen Por Poderes, 002(2).. Universitas Psicológica: Bogotá, Colombia. pp. 187-198.

En: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/artpdfred.jsp?icve=64720208>

⁶⁸ Delgado, A. (2003). Síndrome de Münchausen por Poderes. Niños maltratados. Madrid: Díaz de Santos. Citado *Estado del Arte sobre el Síndrome de Münchausen Por Poderes*, 002(2). Universitas Psicológica: Bogotá, Colombia. pp. 187-198.

En: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/artpdfred.jsp?icve=64720208>

⁶⁹ Appleton-Cuyas. Spanish-English/English-Spanish Dictionary. (1982). Prentice-Hall. Inc. New Jersey.

al entorno en que se desarrolla el estudiante, cuyos modelos son los adultos, y en este marco social viven experiencias de castigo, maltrato verbal, insultos y regaños.

El término se ha utilizado para describir las conductas violentas entre personas menores de edad usualmente en centros educativos, en los que un estudiante está expuesto de forma reiterativa y constante a acciones violentas por parte de uno o varios compañeros(as). A los niños, niñas o adolescentes víctimas de bullying les resulta muy difícil tomar la decisión de confiárselo a su padre, madre o cuidador(a), pues se sienten débiles o tienen vergüenza o temen que contarle sólo vaya a servir para agravar la situación o bien creen que no está bien delatar a sus compañeros (as) hacer de "soplón". No se trata de los típicos altibajos que se dan en la preadolescencia o adolescencia, ni tampoco de las burlas o tomaduras de pelo, juegos bruscos y peleas características del patio de colegio, son auténticos malos tratos, que pueden llegar a tener consecuencias muy dañinas para quien los sufre, generalmente en silencio y en soledad. El abuso entre niños, niñas y adolescentes puede ser:

- **Verbal:** insultos, humillaciones, amenazas, apodos o sobrenombres y menosprecios en público para poner en evidencia al débil.
- **Físico:** golpes, zancadillas, pinchazos, patadas, empujones
- **Social:** exclusión activa (no dejar participar) o pasiva (ignorar), difusión de rumores y calumnias contra la víctima aislarla del grupo creando en ella la sensación de marginación y de soledad.
- **Psicológico:** hechos encaminados a bajar la autoestima del individuo haciéndole aumentar su inseguridad y su ansiedad, acoso, gestos de asco, desprecio o agresividad, daño a los objetos propiedad de la víctima.
- **Sexual:** acoso sexual u otras manifestaciones.
- **Económico:** robos de pequeñas cantidades de dinero, material escolar, comida.

27-Sobrevivientes de abuso⁷⁰. Es un concepto utilizado desde la teoría del trauma para referirse a todas aquellas personas que han sobrevivido experiencias traumáticas, privilegiando habilidades y aspectos positivos de los seres humanos que les permiten "salir intactas". Del evento o la situación, los niños y niñas sobrevivientes del abuso, buscan, seleccionan o adoptan cualquier recurso que les permita crecer y desarrollarse durante el período de la vida de mayor dependencia biológica y afectiva. Gil (1990) menciona que los sobrevivientes pueden desarrollar grandes habilidades y llegar a desempeñar, apropiadamente, trabajos que requieren de una enorme entrega, tales como el cuidado de niños y personas ancianas o con alguna discapacidad⁷¹. En general podemos definir al sobreviviente de abuso a aquellos niños, niñas o adolescentes víctimas de abuso que después de recibir apoyo en cualquiera de sus estrategias, se incorpora a su vida sin evidencia de traumas significativos que alteren su desarrollo.

28-Abuso institucional. Se entiende por malos tratos institucionales cualquier legislación, procedimiento, actuación u omisión procedente de los poderes públicos o bien derivada de la actuación individual del profesional que comporte abuso, negligencia, detrimento de la salud, la

⁷⁰ Claramunt, M. C. (1997). *Casitas Quebradas. El Problema de la violencia Doméstica en Costa Rica*. (1º ed.). San José, Costa Rica: EUNED. pp. 42-43.

⁷¹ Claramunt, M. C. (1997). *Casitas Quebradas. El problema de la violencia doméstica en Costa Rica*. (1º ed.). San José, Costa Rica: Editorial UNED.

seguridad, el estado emocional, el bienestar físico, la correcta maduración o que viole los derechos básicos del niño, niña o adolescente⁷².

29-Revictimización. Se ha definido como "aquellos sufrimientos que a las víctimas, a los testigos y mayormente a los sujetos pasivos de un delito, les infieren las instituciones mas o menos directamente encargadas de hacer justicia: policías, jueces, peritos, criminólogos, funcionarios de instituciones penitenciarias, etc.". Lo anterior, significa que no solo la policía, sino también el Ministerio Público, los jueces y otros intervinientes en el proceso pueden ser agentes victimizadores que concurren de distinta forma a la materialización del problema⁷³.

30-Síndrome de Estrés Postraumático. De acuerdo al CIE 10 el Síndrome de Estrés Postraumático, surge como respuesta retardada o tardía a un suceso o a una situación estresante (de corta o larga duración) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que probablemente causarían angustia generalizada a casi cualquier persona. El comienzo del trastorno sigue a la presentación del trauma con un período de latencia que puede variar desde pocas semanas a unos meses. La evolución es fluctuante, aun cuando en la mayoría de los casos se puede esperar una recuperación. En una pequeña proporción de los casos la afección puede presentar un curso crónico de varios años, con un eventual cambio perdurable de la personalidad (F62.0). Puede ser agudo si los síntomas duran menos de 3 meses, crónico si los síntomas duran 3 meses o más o de inicio demorado si entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses. Los criterios para el diagnóstico de Trastorno por estrés postraumático son:

- La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:
 1. La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.
 2. La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. **Nota:** En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados.
- El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:
 1. Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. **Nota:** En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma.
 2. Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. **Nota:** En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible.
 3. El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios

⁷² Bringiotti, C. (2002). Maltrato Institucional. Argentina: Asociación Argentina de Prevención del Maltrato Infanto-Juvenil. En: <http://www.asapmi.org.ar/publicaciones/glosario/?id=372> Consultado 2-12-11.

⁷³ Berenice, S. y Álvarez, M. (marzo, 2007). Revictimización un fenómeno invisibilizado en las instituciones. [Revictimization an invisibilized phenomena in institutions]. *Revista Medicina Legal de Costa Rica*, 1, (24). En: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1409-00152007000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=es Consultado 2-12-11.

disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). **Nota:** Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico.

4. Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

5. Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

- Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:

1. Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.

2. Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.

3. Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.

4. Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.

5. Sensación de desapego o enajenación frente a los demás

6. Restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor).

7. Sensación de un futuro desolador (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal).

- Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:

1. Dificultades para conciliar o mantener el sueño.

2. Irritabilidad o ataques de ira.

3. Dificultades para concentrarse.

4. Hipervigilancia.

5. Respuestas exageradas de sobresalto.

- Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.
- Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

31- Abuso Espiritual. Es cuando una persona con posición de poder o autoridad ante una persona menor de edad, asume una actitud de imposición, manipulación y dominio sobre sus opiniones, sentimientos o acciones a partir de una confesión religiosa coaccionando sin respetar el sentir, pensar y hacer de los niños, las niñas, los y las adolescentes en materia de su propia vivencia de espiritualidad, generando un comportamiento de sumisión, dependencia que niegue su libertad, autonomía y dignidad⁷⁴.

⁷⁴ Construcción interdisciplinaria en equipo de Visión Mundial, con motivo de la segunda validación de este documento. San José, Costa Rica. 2012.

**INDICADORES Y
DIAGNOSTICO
DIFERENCIAL**

PARTIE IV

El concepto de indicador utilizado en torno a la temática de abuso refiere un elemento que permite sospechar o identificar la presencia de alguna situación de maltrato en niños, niñas o adolescentes. Desde este punto de vista pueden ser signos o síntomas clínicos (médicos, psicológicos), situaciones sociales, culturales, familiares, comunales u otros considerados útiles en el proceso de detección que permiten una intervención.

Este concepto debe diferenciarse de otros usos como es el caso de un indicador en salud, el cual “es una noción de la vigilancia en salud pública que define una medida de salud en una población determinada”⁷⁵, cuya construcción puede significar contabilizar un fenómeno de salud mediante números absolutos, establecer razones, tasas o índices más sofisticados, encontrándose entre ellos medidas de morbilidad, de discapacidad, de determinantes no biológicas de salud, tales como el acceso a los servicios, la calidad de la atención, las condiciones de vida y factores ambientales⁷⁶.

Debe tomarse en cuenta que salvo pocas excepciones, los indicadores por sí solos no confirman la presencia de ningún tipo de abuso, por lo que debe hacerse uso de ellos en forma racional y lógica, tratando de elaborar un diagnóstico diferencial que permita acercarse a establecer la diferencia entre un abuso y otros eventos en salud. Los factores de riesgo pueden considerarse también indicadores útiles para utilizar tanto en la prevención como en la detección de abuso. Tomando en cuenta estos aspectos se presentan tanto los indicadores de los diferentes tipos de abuso^{77,78} como el diagnóstico diferencial que debe hacerse, organizados como sigue:

- Indicadores biomédicos en la víctima de abuso sexual: a evaluar junto con la historia del abuso.
- Indicadores comportamentales observables en las personas menores de edad víctimas de abuso sexual.
- Explotación sexual comercial: factores de riesgo, factores determinantes e indicadores individuales.
- Indicadores de trabajo infantil.
- Indicadores de explotación laboral (adolescentes mayores de 15 años).
- Trata de personas: indicadores generales e indicadores en niños y niñas.
- Abuso físico: lesiones en piel y mucosas; quemaduras y escaldaduras; mordeduras; alopecia traumática; lesiones dentales; lesiones osteo-articulares; lesiones intracraneales; lesiones oculares; lesiones óticas; lesiones abdominales; lesiones torácicas; Síndrome Niño Sacudido; indicadores comportamentales en el niño-a o adolescente asociados con abuso físico.

⁷⁵ Lengerich, E. J. (Ed.). (1999). *Indicators for Chronic Disease Surveillance: Consensus of CSTE, ASTCDPD, and CDC*. Atlanta, GA.: Council of States and Territorial Epidemiologists.

⁷⁶ Valenzuela, M. T. (Julio-Setiembre, 2005). Indicadores de Salud: Características, Uso y Ejemplos. *Ciencia.-Trabajo*, 7(17). pp. 118-122. En: <http://www.cienciaytrabajo.cl/pdfs/17/Pagina%20118.pdf> Consultado 25-11-11.

⁷⁷ Guías Clínicas. (2010). *Indicadores de Maltrato Infantil*. En: <http://www.fisterra.com/guias2/maltrato.asp> Consultado 30-8-11.

⁷⁸ AEPNYA Protocolos. (2008). En: <http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/maltrato.pdf> Consultado 29-9-11.

- Abuso psicológico o emocional: indicadores biomédicos e indicadores comportamentales.
- Indicadores biomédicos de abuso prenatal.
- Negligencia: física, emocional y educativa.
- Trastorno fáctico por poderes (TFP): indicadores, criterios de inclusión y diagnóstico diferencial.
- Indicadores de abuso entre pares o bullying.
- Indicadores de sobrevivientes de abuso.
- Indicadores de abuso institucional.
- Indicadores de revictimización en el proceso de atención institucional.

El detalle respecto a cada uno se describe seguidamente.

1- INDICADORES BIOMEDICOS EN LA VICTIMA DE ABUSO SEXUAL A evaluar junto con la historia del abuso	
INDICADORES	DIAGNOSTICO DIFERENCIAL
1. Dolor o molestias para andar o sentarse. 2. Infección urinaria a repetición. 3. Dolor abdominal crónico. 4. Defecación dolorosa. 5. Prurito genital o anal. 6. Cuerpo extraño en la vagina o el recto. 7. Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada. 8. Escoriaciones, abrasiones y/o hematomas en pubis, cara interna de los muslos y de las rodillas. 9. Eritema, erosiones y/o Petequias en región intraoral, particularmente en la unión entre el paladar duro y blando. 10. Hematomas por succión en cuello y/o mamas. 11. Verrugas genitales / anales / orales (VPH-11,16; VHS-1,2). 12. Vulvitis / vulvovaginitis inespecíficas. 13. Adherencias labiales. 14. Balanitis / balanopostitis. 15. Parafimosis. 16. Hemorragia genital / rectal. . 17. Lesiones genitales o anales recientes, externas o internas en ausencia de una explicación accidental adecuada.	1. Lesiones accidentales: lesión por caída en horcajadas (penetrante o no), lesión producida por el cinturón de seguridad (accidente de automóvil). 2. Lesiones no accidentales: masturbación, prácticas nocivas de cuidado genital, torniquete de pelo, Trastorno fáctico por "por poderes". 3. Problemas congénitos: adherencias labiales, bultos e indentaciones en el himen, hímenes fenestrados, colgajos de piel anal (papilomas cutáneos) en la línea media, hemangioma, defectos de la línea media, rafe prominente, línea vestibular, hiperpigmentación perianal, bandas periuretrales, malformaciones de genitales, diástasis anal, variación del músculo bulbocavernoso. 4. Problemas dermatológicos: liquen esclerosante y atrófico, liquen simple crónico, liquen plano, dermatitis del pañal, dermatitis seborreica, atópica o por contacto, psoriasis, irritación por jabón (baños de burbujas) u otros productos o ropas, mala higiene, lesiones de rascado por parasitosis (oxiuros), penfigoide bulloso. 5. Problemas anales: estreñimiento crónico, fisuras, prolapso rectal, congestión venosa perianal, hemorroides, celulitis perianal, verrugas perianales (contagio a través de fómites), sangrado rectal por diarrea infecciosa (salmonella,
INDICADORES SUGESTIVOS	
1. Himen ausente.	

- Himen con sinequias, escotaduras o dilatación (>5-6 mm.). - Dilatación anal refleja y reproducible (dilatación >15 mm. del esfínter anal externo seguida por el interno cuando se efectúa una suave tracción hacia fuera de ambos glúteos durante 30 segundos; se debe realizar con la ampolla rectal vacía de heces). - Eversión del canal anal. - Fisuras profundas de localización posterior (únicas o múltiples). - Pliegues del esfínter anal engrosados, alisados o sin la estructura radial normal. - Cultivo positivo: Ej. Trichomona vaginalis.	shigella), colitis ulcerosa (enfermedad de Crohn), síndrome hemolítico-urémico, pólipo rectal u otro tumor de recto, atonía neurógena asociada a espina bífida o lesión baja de la médula espinal, dilatación anal postmortem. - Problemas uretrales: prolapso, carúncula, hemangioma, sarcoma botroide, ureterocele. - Problemas vulvovaginales: vulvovaginitis inespecífica, bacteriana, candidiásica o por otros agentes, lesiones por varicela. - Otros: sangrado genital por pubertad precoz o síndrome hemorragíparo, enfermedad de Behçet.
INDICADORES ESPECIFICOS - Relato positivo de abuso sexual o episodio de abuso sexual presenciado por un testigo (también se aplica a los casos de fotografías pornográficas o videos que se muestren como evidencia). - Desgarro del himen o del ano por penetración intencional. - Hallazgo de esperma o líquido seminal en el cuerpo (piel, región perioral, cavidad oral, genitales externos, vagina, ano). - Cultivos/Serologías positivos: Sífilis, Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis, VIH (no adquiridas por vía perinatal o intravenosa). - Embarazo antes de la edad del consentimiento.	
2-INDICADORES COMPORTAMENTALES OBSERVABLES EN LAS PERSONAS MENORES DE EDAD VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL	
- Relata que un padre, familiar, cuidador o desconocido le enseña sus genitales, le muestra material de contenido explícito sexual, le toca el cuerpo o los genitales o lo ha victimizado sexualmente de otra manera. - Se muestra muy temeroso de revelar las acciones del agresor (mirada nerviosa al hablar del hecho) e incluso mutismo. - Manifiesta miedo a una persona y/o a un lugar específico. - Miedo a personas adultas de determinado sexo. - Temor y ansiedad ante el hecho de cambiarse de ropa delante de otras personas. - Exterioriza un pudor excesivo e inapropiado en la exploración médica genital. - Expresa ansiedad de que tenga “algo malo” en sus genitales. - Evita todo lo referente a la sexualidad. - Presenta trastornos en el control de esfínteres (enuresis, encopresis), que antes controlaba. - Muestra un interés compulsivo por todo lo referente a la sexualidad. - Manifiesta conductas o conocimientos sexuales extraños, sofisticados o inusuales para su edad. - Expone evidencias sexuales en sus dibujos o fantasías. - Realiza juegos sexuales inapropiados con otros niños, juguetes o consigo mismo. - Se masturba en lugares públicos o de forma excesiva.	

15. Agrede sexualmente a otros niños o niñas.
16. Presenta comportamiento "seductivo" o "erótico" con personas adultas ("comportamiento pseudomadura").
17. Muestra cambios repentinos en el comportamiento.
18. -Pierde la concentración; disminuye bruscamente el rendimiento escolar; se niega a ir a la escuela.
19. Parece reservado, rechazante, con fantasías o conductas inadecuadas para la edad, incluso puede parecer como un niño-a con discapacidad mental.
20. Se aísla de sus amigos y familia; pierde la confianza en todos los adultos.
21. Presenta trastornos del sueño (insomnio, terror nocturno, pesadillas).
22. Evidencia de trastornos de alimentación (anorexia, bulimia).
23. Evidencia de trastornos psicosomáticos (cefalea, migraña, dolor abdominal recurrente).
24. Evidencia de trastornos neuróticos o de relación (estructuras obsesivas, fobias, ansiedad, regresión).
25. Presenta baja auto-estima y sentimientos de culpabilidad.
26. Sufre depresión y exhibe conductas autoagresivas (incluso automutilación) y suicidas.
27. Exhibe una agresividad excesiva y manifestaciones de violencia.
28. -Desarrollo de resistencia para relacionarse con otras personas.
29. Abusa de drogas y/o alcohol.
30. Se fuga del hogar.
31. Comete actos vandálicos o delictivos.
32. Desvalorización corporal (obesidad, anorexia).

3-EXPLOTACION SEXUAL COMERCIAL^{79,80}

FACTORES DE RIESGO

1. Pobreza y necesidad de encargarse o apoyar la sobrevivencia personal y familiar.
2. Trabajo Infantil.
3. Mendicidad o estancia prolongada en calles y lugares públicos.
4. El 80% han sido víctimas de abuso sexual antes de cumplir los 12 años.
5. Expulsión escolar. Se ha comprobado que el 63% ha abandonado la escuela
6. Expulsión familiar o debilidad de las redes familiares de contención (violencia, negligencia, abandono-incluyendo el no pago del deber alimentario-, abuso contra las madres o figuras femeninas sustitutas, incesto). La totalidad de niños, niñas y adolescentes explotados sexualmente presenta antecedentes de violencia intrafamiliar.
7. Desprotección estatal por condiciones relacionadas con la migración ilegal.
8. La insuficiente vigilancia de factores de riesgo.
9. Creciente proliferación de redes y "empresas" de explotación sexual comercial.
10. Inestabilidad laboral de los progenitores.
11. Baja escolaridad de los progenitores y ausencia de capacitación en algún oficio.
12. Ubicación laboral inestable de los progenitores y en actividades no calificadas.
13. Experiencias tempranas y prolongadas de abuso sexual infantil, incesto, abandono y maltrato.
14. Deambulación o permanencia regular en la calle y lugares públicos.
15. Familias con adicción, a drogas o alcohol.
16. Expulsión social, rechazo y estigma por su trasgenerismo (travestís).

FACTORES DETERMINANTES

1. Patriarcado.
2. Sexismo.
3. Misoginia.

⁷⁹Claramunt, M. C. (2003). *Explotación Sexual Comercial. Guía de Trabajo para proveedores/as y encargados de servicios dirigidos a personas menores de edad víctimas*. OIT-IPEC.

⁸⁰Viquez, M. (s.f.). *Explotación Sexual Comercial de Personas Menores de Edad: Represión o Atención y Prevención*. En: <http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/explotacion.htm> Consultado 2-12-11.

4. Tolerancia cultural. 5. Familismo. 6. Legitimación de la prostitución como estrategia de sobrevivencia y salida de la pobreza y exclusión social. 7. Ocultismo. 8. Factores relacionados con la globalización y el avance tecnológico 9. La debilidad de los mecanismos comunitarios de prevención y solidaridad. 10. El insuficiente reconocimiento sobre el problema por parte de la sociedad en general. 11. El deterioro de valores morales y aspiraciones desmedidas de consumo.
INDICADORES INDIVIDUALES
1. Conductas propias de una cultura de calle. 2. Portar dinero o artículos personales que no corresponden a su condición social. 3. Hallazgos ginecológicos propios de una edad mayor. 4. Enfermedades de transmisión sexual. 5. Embarazo no deseado. 6. Adicciones. El 72% son farmacodependientes o han perdido el control del consumo de drogas. 7. Existe información sobre la actividad de la víctima. 8. Comportamientos autodestructivos: auto mutilación e intentos suicidas. 9. Fugas del hogar. 10. En el centro educativo: asistencia irregular; somnolencia; dificultades evidentes para la concentración; pobre aprovechamiento escolar; manejo de cantidades de dinero, ropa u objeto inconsistentes con la economía familiar (invitaciones a otros, tenencia permanente u ocasional de localizadores, teléfonos celulares entre otros). 11. Alto consumo de drogas, incluyendo el cigarrillo. 12. Comportamiento sexualizado y con personas adultas (incluye el uso reiterado de lenguaje con contenido altamente sexual). 13. Dificultades para acatar límites, incluyendo horarios y responsabilidades. 14. Permanencia nocturna vinculada con la explotación sexual comercial. 15. Involucramiento en actividades delictivas.
4-INDICADORES DE TRABAJO INFANTIL^{81,82}
1. Dedicación a labores que limitan el tiempo de estudio, juego y descanso. 2. Dar dinero diario para el mantenimiento de la familia y si no cumplen son castigados y maltratados física o emocionalmente. 3. Cumplir tareas de una responsabilidad no relacionada con su edad y desarrollo. 4. Tareas en las que se pone en peligro su integridad física, sean utilizados/as para el comercio de productos prohibidos o adquiridos de manera ilegal.
5-INDICADORES DE EXPLOTACION LABORAL (Adolescentes mayores de 15 años)
1. Cumplir labores en ambientes no saludables y con peligros de contaminación que requieren mucho gasto de energía y exposición peligrosa para la salud. 2. Exposición a abusos de orden físico, psicológico o sexual. 3. Realizar tareas bajo tierra, bajo el agua, en alturas peligrosas o en espacios cerrados. 4. Realizar tareas bajo tierra, bajo el agua, en alturas peligrosas o en espacios cerrados. 5. Manejo de maquinaria, equipos y herramientas peligrosos o cargas pesadas. 6. Laborar en un medio insalubre, con sustancias peligrosas, temperaturas o niveles de ruido o de vibraciones

⁸¹ Ministerio de Trabajo y Seguridad Social-DNI-OIT. (2005). Plan Nacional de Acción para la prevención y erradicación del trabajo infantil y protección especial de las personas adolescentes trabajadoras 2005-2010. San José, Costa Rica. ISBN 9968-40-004-1.

⁸² Diallo, Y., Hagemann, F., Etienne, A., Gurbuzer, Y. y Mehran, F. (2008). Evolución mundial del trabajo infantil: Evaluación de las tendencias entre 2004 y 2008. Ginebra: OIT.

perjudiciales para la salud.
7. Horarios prolongados, nocturnos y otras condiciones particularmente difíciles
6-TRATA DE PERSONAS⁸³
INDICADORES GENERALES
Las personas que han sido objeto de trata pueden:
1. Creer que tienen que trabajar contra su voluntad. 2. Ser incapaces de abandonar su lugar de trabajo. 3. Mostrar señales de que se están controlando sus movimientos. 4. Sentir que no se pueden ir de donde están. 5. Dar muestras de miedo o ansiedad. 6. Ser objeto de violencia o amenazas de violencia contra ellas, sus familiares o sus seres queridos. 7. Sufrir lesiones que parezcan derivadas de un ataque. 8. Sufrir lesiones o incapacidad típicas de determinados trabajos o medidas de control. 9. Sufrir lesiones que parezcan derivadas de la aplicación de medidas de control. 10. Desconfiar de las autoridades. 11. Recibir amenazas de que serán entregadas a las autoridades. 12. Sentir temor de revelar su situación de inmigración. 13. No estar en posesión de sus pasaportes u otros porque estos están en manos de otra persona. 14. Tener documentos de identidad o de viaje falsos. 15. Encontrarse en un tipo de lugar donde es probable que se explote a las personas, o tener vinculaciones con ese lugar. 16. No conocer la dirección de su casa o de su trabajo. 17. Permitir que otros hablen por ellas cuando se les dirige la palabra directamente. 18. Actuar como si hubieran recibido instrucciones de otra persona. 19. Estar obligadas a trabajar en determinadas condiciones. 20. Ser objeto de castigos para imponerles disciplina. 21. Ser incapaces de negociar condiciones de trabajo. 22. Recibir una remuneración escasa o nula. 23. No tener acceso a sus ingresos. 24. Trabajar demasiadas horas por día durante períodos prolongados. 25. No tener días libres. 26. Vivir en viviendas pobres o que no cumplen con los requisitos mínimos de habitabilidad. 27. No tener acceso a atención médica. 28. Tener una interacción limitada o nula con la red social. 29. Tener un contacto limitado con sus familiares. 30. Ser incapaces de comunicarse libremente con otros. 31. Tener la impresión de estar obligadas por deudas. 32. Hallarse en una situación de dependencia. 33. Provenir de un lugar que, según consta, es una fuente de trata de personas. 34. Haber recibido de facilitadores el pago de sus gastos de transporte al país de destino, y estar obligados a reembolsarles esos gastos trabajando o prestando servicios en ese país. 35. Haber actuado sobre la base de falsas promesas.

⁸³ Oficina contra la Droga y el Delito. (Agosto-Setiembre, 2008)- Indicadores de Trata de Personas. Washington, D.C.: Naciones Unidas En: http://www.unodc.org/documents/human-trafficking/HT_indicators_S_LOWRES.pdf

6-TRATA PERSONAS (continuación)	
INDICADORES EN NIÑOS Y NIÑAS	
Los niños y niñas que han sido objeto de trata pueden: 1. No tener acceso a sus padres o tutores. 2. Parecer intimidados y comportarse en una forma que no corresponde al comportamiento típico de los niños de su edad. 3. No tener amigos de su propia edad fuera del trabajo. 4. No tener acceso a la educación. 5. No tener tiempo para jugar. 6. Vivir separados de otros niños y en viviendas que no cumplen con los requisitos mínimos de habitabilidad. 7. Comer separados de otros miembros de la "familia". 8. Recibir sólo sobras para comer. 9. Estar haciendo trabajos que no son adecuados para los niños. 10. Viajar sin estar acompañados por adultos. 11. Viajar en grupos con personas que no son parientes suyos. Las siguientes situaciones también pueden indicar que los niños han sido objeto de trata: 12. La presencia, en tallas para niños, de vestimenta generalmente utilizada para trabajo manual o sexual. 13. La presencia de juguetes, camas y ropa de niños en lugares inapropiados como burdeles o fábricas. 14. La afirmación, por parte de un adulto, de que ha "encontrado" a un niño que no estaba acompañado por un adulto. 15. El hecho de encontrar a niños no acompañados provistos de números de teléfono para llamar taxis. 16. El descubrimiento de casos de adopción ilegal.	
7- ABUSO FÍSICO	
7.1 LESIONES EN PIEL Y MUCOSAS	
Hematomas, contusiones, equimosis, heridas inciso-contusas, laceraciones, erosiones, pinchazos, cicatrices	
INDICADORES	DIAGNOSTICO DIFERENCIAL
1. Tipo de lesión inconsistente con la historia proporcionada. 2. Lesiones múltiples o múltiples tipos de lesiones. 3. Presencia frecuente y reiterada (indicador de especial importancia en menores de tres años). 4. Localización en zonas no habituales y no prominentes: áreas periocular y peribucal, región oral (lengua, mucosa bucal, paladar blando y duro, encías, frenillos), zonas laterales de la cara, pabellones auriculares, cuello, región proximal y postero-interna de extremidades, tórax, espalda, área genital y nalgas. 5. Distribución: ocupan zonas extensas, afectan a varias áreas diferentes y adoptan disposición simétrica. 6. Configuración en formas geométricas no normales, muy delimitadas de la piel sana, reproduciendo la forma del objeto. 7. Lesiones en distintos estadios evolutivos de	1. Lesiones accidentales: localización en zonas prominentes; formas irregulares; distribución asimétrica. 2. Lesiones por actos médicos. 3. Autolesiones. 4. Variantes normales: manchas mongólicas; nevus azules; manchas café con leche; hemangiomas; venas prominentes; dermatogrfismo intenso. 5. Prácticas rituales / Terapias tradicionales: escarificaciones, ventosas, digitopuntura, etc. 6. Enfermedades dermatológicas: celulitis infecciosa; angioedema palpebral; dermatitis de contacto; dermatitis facticias; eritema nodoso; eritema multiforme; vasculitis por hipersensibilidad; aplasia cutis. 7. Enfermedades hemorrágicas: leucemia; hemofilia; enfermedad de Von Willebrand; hipoprotrombinemia; déficit vitamina K; púrpura trombocitopénica idiopática (Enfermedad de Werlhoff); síndrome hemolítico-urémico; intoxicación salicilica; púrpura fulminante meningocócica; coagulación intravascular diseminada; púrpura reumatoide (síndrome de Schönlein-Henoch). 8. Enfermedades genéticas: disautonomía familiar con insensibilidad congénita al dolor; síndrome de Ehlers-

curación y/o de cicatrización. (Evolución de la coloración de los hematomas: 0-2 días: rojo (hemoglobina); 3-5 días: púrpura, azul; 5-7 días: verde, verde-amarillento (hemosiderina); 7-10 días: amarillo, amarillo-pardusco; 10-14 días: pardo (hematoidina).	Danlos.
7.2- QUEMADURAS Y ESCALDADURAS	
INDICADORES	DIAGNOSTICO DIFERENCIAL
1. Incompatibles en extensión, profundidad, localización, distribución y patrón-tipo con la edad del niño-a, su nivel de desarrollo y con la historia relatada. 2. Presencia reiterada. 3. Localización múltiple y/o bilateral, con frecuencia en región perioral e intraoral, espalda, periné, genitales, glúteos, manos, pies y piernas. 4. Distribución simétrica en forma "de calcetín" o "de guante" (producidas por inmersión en agua caliente); en forma de "imagen en espejo" (palmas de manos, plantas de pies). 5. Bordes nítidos que reproducen la forma del objeto (p. e. plancha eléctrica, parrilla, sartén, cuerda, cigarrillos, etc.). 6. Distintos estadios evolutivos de curación y/o de cicatrización (presencia de quemaduras recientes y antiguas). 7. Frecuente asociación con otros indicadores de abuso sexual.	1. Quemaduras/ escaldaduras accidentales: bordes irregulares; marcas de "salpicaduras"; distribución asimétrica; localización en región antero-superior del cuerpo y/o en zonas descubiertas de la piel; carácter único y casual. 2. Prácticas rituales / Terapias tradicionales: Cao gio (frotamiento con monedas), Moxibustión, Quat sha (aplicación de cucharas calientes), etc. 3. Enfermedades dermatológicas: fotodermatitis; epidermolisis bullosa; síndrome de la piel escaldada por estafilococos; impétigo estafilocócico o ampollar; varicela; otras dermatitis ampollosas.
7.3- MORDEDURAS	
INDICADORES	DIAGNOSTICO DIFERENCIAL
1. Reproduce la forma ovoide o elíptica de la arcada dentaria humana (especialmente cuando parecen ser de adulto: distancia intercanina > 3 cm.) y, a menudo, presenta una equimosis central. 2. Recurrentes (aisladas o múltiples).	1. Mordedura de otro niño (distancia intercanina < 2,5-3 cm.). 2. Mordedura de perro o de otros animales (suelen dejar marcas punzantes o desgarros del tejido). 3. Automordeduras (metabopatías, psicopatías).
7.4- ALOPECIA TRAUMÁTICA	
INDICADORES	DIAGNOSTICO DIFERENCIAL
1. Presencia combinada de zonas de pelo sano entre zonas arrancadas sin que sigan una distribución determinada. 2. Diferente longitud de pelo en una zona del cuero cabelludo sin explicación aparente. 3. Localización occipital u occipito-parietal.	1. Áreas decalvantes por permanencia en decúbito dorsal (lactantes). 2. Tricotilomanía. 3. Enfermedades dermatológicas (tiñas, alopecia areata).

7.5- LESIONES DENTALES	
INDICADORES	DIAGNOSTICO DIFERENCIAL
1. Tipo de lesión inconsistente con la historia proporcionada. 2. Decoloración (necrosis de la pulpa) por traumatismo antiguo. 3. Fracturas, desplazamientos o avulsiones.	1. Lesiones con historia clara de traumatismo accidental.
7.6- LESIONES OSTEO-ARTICULARES	
INDICADORES	DIAGNOSTICO DIFERENCIAL
1. Cualquier fractura/luxación en niños < de dos años (especialmente si todavía no deambula). 2. Fracturas múltiples y/o bilaterales, en distintos estadios evolutivos de consolidación. (0-2 días: fractura, tumefacción de partes blandas; 0-5 días: fragmentos visibles; 10-14 días: presencia de callo, neoformación ósea perióstica; 8 semanas: callo denso después de la fractura). 3. Mecanismos de producción discordantes con la capacidad del niño por su edad de maduración. 4. Asociación frecuente con lesiones cutáneo-mucosas, internas, por intoxicación intencionada o por negligencia. 5. Tipos de fracturas más frecuentemente observadas de acuerdo a su especificidad para el maltrato físico [*alta; ** moderada; *** baja].	1. Variantes óseas normales: hueso nuevo perióstico fisiológico, sutura craneal aberrante, conductos de Havers, irregularidades corticales, picos y espolones, imagen en copa del extremo distal del cúbito, defectos de osificación de las costillas. 2. Traumatismo obstétrico. 3. Enfermedades neuromusculares: insensibilidad congénita para el dolor, parálisis cerebral, mielodisplasia. 4. Displasias esqueléticas: osteogénesis imperfecta, hiperóstosis cortical infantil (enfermedad de Caffey). 5. Osteoporosis. 6. Osteodistrofia renal (hiperparatiroidismo secundario). 7. Toxicidad: osteodistrofia por Metotrexato, terapéutica de prostaglandina, hipervitaminosis A. 8. Infecciones: sífilis congénita, osteomielitis. 9. Neoplasias y enfermedades asociadas: leucemia, neuroblastoma metastático, histiocitosis X, osteoma osteoide, quiste óseo esencial. 10. Defectos nutricionales: escorbuto, raquitismo, deficiencia de cobre. 11. Síndromes genéticos raros: Síndrome de Menkes, Mucopolidosis II (enfermedad de célula I), Disostosis cleidocraneal, Síndrome de Hajdu-Cheney, Enfermedad de Hutchinson-Gilford, Homocistinuria, Hipofosfatasa, Osteoporosis-pseudoglioma. 12. Pueden dar lugar a fracturas y alteraciones patológicas en los huesos que pueden imitar lesiones causadas por abuso físico: • Sífilis congénita • Osteomielitis • Hiperostosis cortical infantil • Espina bífida • Alteraciones hemorrágicas • Hemofilia • Lesiones realmente accidentales.
ALTA ESPECIFICIDAD	
1. Metafisarias en “asa de balde” o astilladas: por arrancamiento secundarias a mecanismo de tracción y torsión simultáneo y forzado. 2. Costales: en especial si son múltiples y posteriores (adyacente al cuerpo vertebral) o lateral: por trauma directo o compresión anteroposterior del tórax. 3. Escápula o esternón: por trauma directo o compresión anteroposterior del tórax. 4. Apófisis espinosas vertebrales	
MODERADA ESPECIFICIDAD	
1. Fracturas/subluxaciones de los cuerpos vertebrales por mecanismo de hiperflexión-	

hiperextensión forzada o por impacto directo. - Lesión epifisaria con fractura, desplazamiento o desprendimiento. - Fracturas digitales. - Fracturas de cráneo complejas (conminutas, con hundimiento o diastasadas) o múltiples. BAJA ESPECIFICIDAD - Fracturas de cráneo cerradas y lineales por impacto directo. - Fracturas diafisarias en la mitad de los huesos largos en espiral (por fuerza rotacional), transversas u oblicuas (por trauma directo perpendicular al eje axial). - Fracturas en nariz (huesos propios, tabique) o mandíbula por impacto directo. - Despegamiento perióstico exuberante por hemorragia subperióstica, formación subperióstica de hueso nuevo. - Fracturas de clavícula. SECUELAS - Desviación, deformación o acortamiento de extremidades (lesiones con afectación del cartílago de crecimiento o con desplazamiento de las epífisis). - Lesiones de médula espinal (en lesiones de columna vertebral).	
7.7- LESIONES INTRACRANEALES	
INDICADORES	DIAGNOSTICO DIFERENCIAL
- Lesión intracraneal grave producida "supuestamente", por caída sin testigos o por caída desde poca altura (alturas inferiores a 1,20m: cama, cuna, sofá, cambiador, inodoro, etc.), especialmente si es menor de 1 año. - Síntomas/signos clínicos: convulsiones, trastornos agudos de la conciencia (coma, letargo, somnolencia, etc.), hipotonía, irritabilidad, signos neurológicos, signo de Battle (equimosis cerca del vértice de la apófisis mastoides varios días después de una fractura de la base del cráneo), rechazo del alimento, vómitos, hipotonía, alteraciones en el ritmo respiratorio (incluso apnea), síntomas inespecíficos (confundibles con	Diagnóstico diferencial de hemorragia subdural en lactantes y niños: - Traumatismo accidental. - Traumatismo obstétrico. - Malformaciones congénitas (malformación arteriovenosa, aneurisma, quistes aracnoides). - Coagulación intravascular diseminada. - Hemofilia u otro trastorno hemorrágico hereditario. - Infección (meningitis, herpes simple). - Trastornos metabólicos (aciduria glutárica tipo 1, linfocitosis hemofagocítica, enfermedad de Menkes, osteogénesis imperfecta). - Efecto de la radiación o de la quimioterapia. - Tumor. - Vasculitis (enfermedad de Kawasaki).

enfermedades leves). 3. Lesiones más frecuentemente observadas: hemorragia/hematoma subdural (agudo, uni o bilateral), hemorragias subaracnoideas, edema cerebral, focos de contusión cerebral, infartos isquémicos, hematoma epidural. MECANISMOS DE PRODUCCIÓN 1. Impacto directo, aceleración-desaceleración de la cabeza de atrás adelante; compresión de la arteria carótida primitiva ("Síndrome de estrangulamiento"); aceleración rotacional brusca de la cabeza por traumatismo ótico contuso ("Tin ear syndrome"); compresión persistente y violenta del tórax. SECUELAS 1. Lesiones cerebrales permanentes e irreversibles (atrofia cerebral focal o global, dilatación ventricular, encefalomalacia, porencefalia, hematomas subdurales crónicos); parálisis cerebral, disfunciones motoras, ceguera cortical, convulsiones, hidrocefalia, microcefalia, retraso mental, problemas de aprendizaje, motrices o conductuales.	11. Intoxicación por plomo. 12. Moyamoya. 13. Lupus eritematoso sistémico. 14. Deficiencia de vitamina K en el neonato.
7.8- LESIONES OCULARES	
1. Historia clínica sospechosa de abuso junto con: 2. Hemorragias retinianas cuando son bilaterales, numerosas y afectan más de una capa de la retina, sin edema de papila o enfermedad subyacente, sugieren firmemente traumatismo no accidental. 3. Retinosquisis. 4. Desprendimiento de retina. 5. Pliegues maculares. 6. Placas lacunares retinianas. 7. Hemorragia vítrea. 8. Hemorragia del nervio óptico. 9. Edema corneal. 10. Queratitis. 11. Opacidad corneal. 12. Cataratas traumáticas. 13. Subluxación del cristalino. 14. Atrofia del iris. 15. Sinequias irido-cristalinas. 16. Glaucoma post-traumático. MECANISMOS DE PRODUCCIÓN -Impacto directo sobre el ojo y similares a los de las lesiones intracraneales, sacudida. SECUELAS 1. Cicatriz macular.	

2. Atrofia óptica.
3. Ceguera.

7.9- LESIONES OTICAS

1. Historia sospechosa de violencia junto con:
 - Otorragia.
 - Hemotímpano.
 - Desgarro o perforación timpánica.
 - Lesión de los huesecillos.
 - Deformación del pabellón auricular (“oreja en coliflor”).

MECANISMO DE PRODUCCIÓN

Impacto directo sobre zona periauricular; traumatismos crónicos sobre el pabellón auricular.

SECUELAS

- 1-Hipoacusia conductiva o neurosensorial.
- 2-Sordera.

7.10 LESIONES ABDOMINALES

1. Historia clínica sospechosa de violencia junto con,
2. Cuadro clínico abdominal inespecífico (distensión, dolor, vómitos y/o hemorragia); abdominal obstructivo; alteraciones analíticas (anemia, hematuria, aumento de la amilasa, lipasa y transaminasas hepáticas).
3. Lesiones más frecuentemente observadas: hematoma duodenal intramural; pseudoquiste pancreático; pancreatitis hemorrágica; ruptura gástrica, duodenal, yeyunal, ileal o cólica; hematoma yeyunal, ileal o retroperitoneal; desgarro mesentérico y hepático, con contusión; ruptura del colédoco; estenosis ileal; hemoperitoneo y ascitis quillosa post-traumática; contusión esplénica y renal.

7.11- LESIONES TORACICAS

1. Historia clínica sospechosa de violencia.
2. Debido a golpes y caídas es posible encontrar contusiones y laceraciones pulmonares.
3. Son frecuentes las heridas diafragmáticas, cardíacas o esofágicas, especialmente secundarias a fracturas óseas⁸⁴.
4. Se puede encontrar entre otros, edema, contusión y hematoma pulmonar, hemotórax, neumotórax o quilotórax.

MECANISMO DE PRODUCCIÓN

Impacto directo; compresión contra la columna vertebral. No es infrecuente encontrar a un niño que ha sido obligado a comer y presenta broncoaspiración, la cual culmina en una neumonía.

7.12- SÍNDROME NIÑO SACUDIDO⁸⁵⁻⁸⁶ (SNS)

⁸⁴ Abarca, C., Alpízar, L. E., Alpízar, C., Araya, M., Bogantes, J., Masís, M. y Rojas, J. (2006). Agresión infantil como problema social en Costa Rica, desde enero de 2005 hasta mayo de 2006. *Revista Médico Legal*, 2 (23). San José, Costa Rica.

⁸⁵ Campos, R. (2006). El síndrome del niño sacudido. *Cuaderno de medicina forense*, No. 43-44, pp. 39-45. En: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135 Consultado 12-12-11.

⁸⁶ Bechtel, K., Stoessel, K., Leventhal, J.M., Ogle, E., Teague, B., Gaviates, S., Banyas, B., Allen, K., Dziura, J. y Duncan, Ch. (Julio, 2004). Characteristics That Distinguish Accidental From Abusive Injury in Hospitalized Young Children With Head Trauma. *PEDIATRICS*, 1, (114). En: <http://pediatrics.aappublications.org/content/114/1/165.full.pdf+html> Consultado 2-12-11.

1. Historia clínica sospechosa de sacudida junto con,
2. Hemorragias retineanas y hematomas subdurales que aparecen juntos, sobre todo si se asocian a una historia clínica pobre o discordante con los hallazgos del paciente.
3. La triada clínica de encefalopatía, hemorragias subdurales y hemorragias retinianas, son un claro indicador de lesión encefálica.
4. Evidencia clínica y radiológica de lesión cerebral acompañada de:
 - Ausencia de historia clara de un evento traumático (caída, golpe de cabeza, accidente vehículo motor).
 - Historia de evento traumático no compatible.
 - Presencia de un testigo del trauma.
 - Confesión del daño por el perpetrador.
 - Presencia de otras lesiones consistentes sólo con lesiones no accidentales.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

1. El diagnóstico diferencial se debe hacer con todos aquellos procesos que puedan confundirse con este síndrome, con los factores médicos favorecedores de la clínica que se ha expuesto y hasta con los factores predisponentes que pueda presentar el paciente.
2. Las sacudidas causantes del síndrome pueden llegar a producirse de forma accidental como consecuencia por ejemplo de determinadas maniobras de reanimación
3. La evidencia clínica y radiológica es consistente con lesiones accidentales si:
 - La historia es corroborada por más de un adulto.
 - La historia de la lesión es compatible con el nivel de desarrollo.
 - Ausencia de lesiones sospechosas de ser intencionales.

7.13- INDICADORES COMPORTAMENTALES EN EL NIÑO-A O ADOLESCENTE ASOCIADOS CON ABUSO FÍSICO

1. Cuenta que alguno de sus padres o cuidadores le ha causado alguna vez alguna lesión o que le pegan normalmente.
2. Parece tener miedo de sus progenitores o cuidadores, mostrando una conducta hipervigilante y temerosa.
3. Lloro cuando terminan las clases y tiene que regresar a su casa; presenta una inquietud desmedida por el llanto de otros niños.
4. Se muestra cauteloso con respecto al contacto físico con adultos.
5. Presenta una paradójica reacción de fácil adaptación a personas desconocidas.
6. Se adapta fácilmente al internamiento en centros sanitarios, escolares y de protección.
7. Tiene problemas de relación y dificultad de adaptación con otros niños.
8. Presenta problemas en la escuela o fracaso escolar.
9. Es pasivo, retraído, tímido y asustadizo con tendencia a la soledad y al aislamiento.
10. Exterioriza indiferencia y apatía o, por el contrario, impulsividad e hiperactividad motora.
11. Padece anorexia.
12. Tiene dificultades de adaptación a las situaciones cotidianas.
13. Exhibe comportamientos de oposición desafiante, conductas extremas de agresividad o rechazo ante situaciones adversas.
14. Presenta un estrés emocional no asociable a causa conocida, con ansiedad y miedos.
15. Tiene una pobre auto-imagen.
16. Manifiesta una actitud de autoculpabilización y de aceptación del castigo.
17. Tiene comportamientos autodestructivos y pensamientos suicidas.
18. Manifiesta sentimientos de tristeza u otros síntomas de depresión.
19. Tiene problemas del sueño.
20. Se fuga del hogar.
21. Comete actos vandálicos o delictivos.

22. Abusa de drogas y/o de alcohol.
23. Se muestra aprehensivo cuando otros niños o niñas lloran.
24. Muestra conductas extremas (agresividad, rechazos).

8-ABUSO PSICOLOGICO O EMOCIONAL

INDICADORES BIOMEDICOS

1. Falla para progresar.
2. Retraso de crecimiento "no orgánico".
3. Áreas de alopecia producidas por mantener de forma prolongada en decúbito a un lactante pequeño.
4. Retrasos en las adquisiciones madurativas.
5. Retrasos en el desarrollo psicomotor.
6. Falta de control de esfínteres de causa no justificada.
7. Enfermedades psicosomáticas crónicas (cefalea, dolor abdominal, trastorno del sueño, entre otros).

INDICADORES COMPORTAMENTALES

1. Depresión.
2. Ansiedad.
3. Muestra desconfianza hacia la persona adulta en sus promesas o actitudes positivas.
4. Es apático en las relaciones con los progenitores.
5. Presenta una paradójica reacción de fácil adaptación a los desconocidos.
6. Parece excesivamente complaciente, pasivo, nada exigente.
7. Busca contactos físicos inapropiados.
8. Exhibe una ausencia de respuesta ante los estímulos sociales.
9. Se inhibe en el juego con otros niños.
10. Conductas extremadamente adaptativas propias de roles de adultos (papel de padre de otros niños) o regresivas para la edad (mecerse, chuparse el pulgar, enuresis) por inmadurez socioemocional.
11. Dificultad adaptativa a situaciones cotidianas y escasa habilidad en situaciones conflictivas.
12. Carácter asustadizo, tímido, pasivo o comportamientos compulsivos, negativistas o agresivos.
13. Disminución de la atención, trastornos de aprendizaje, retraso en el lenguaje y/o fracaso escolar.
14. Presenta trastornos en las funciones relacionadas con la alimentación (anorexia, bulimia).
15. Presenta trastornos en las funciones relacionadas con el sueño (insomnio, terror nocturno).
16. Trastornos en las funciones relacionadas con el control de esfínteres (enuresis, encopresis).
17. Trastornos neuróticos o de relación (estructuras obsesivas, fobias, ansiedad, regresión).
18. Exterioriza trastornos psicosomáticos (cefaleas, abdominalgias) o finge de síntomas.
19. Tiene baja autoestima y una visión negativa del mundo y de los progenitores.
20. Exhibe conductas de autolesión, ideación o intentos de suicidio.
21. Comportamientos antisociales (vandalismo, hurtos, violencia, agresividad, fugas del hogar), actividades delictivas y/o practica conductas de riesgo para la salud (uso y/o abuso de tabaco, drogas, alcohol; actividad sexual temprana y sin medidas anticonceptivas; promiscuidad sexual).

De acuerdo a la edad

1. **0-2 años:** excesiva ansiedad o rechazo en relaciones psicoafectivas (tímidos, pasivos, asustadizos).
2. **2-6 años:** retraso en el lenguaje, inmadurez socioemocional, pasividad, hiperactividad.
8. **Más de 6 años:** problemas de aprendizaje y lectoescritura, ausencia de autoestima, inmadurez socioemocional, conductas compulsivas y/o autolesiones, problemas en control de esfínteres.

9-INDICADORES BIOMETICOS DE ABUSO PRENATAL

(Debe relacionarse con antecedentes en la madre de falta de interés en el cuidado del embarazo a pesar de que tiene acceso a los servicios y se le ha explicado la importancia).

1. Retraso de crecimiento intrauterino. 2. Síndrome de abstinencia. 3. Síndrome alcohólico fetal. 4. Manifestaciones fenotípicas relacionadas con otros tóxicos/fármacos. 5. Infecciones de transmisión vertical (enfermedades de transmisión sexual, Hepatitis B/C, VIH). 6. Embarazo de riesgo con ausencia al control prenatal.	
10-NEGLIGENCIA (Tomar en cuenta los elementos principales de la definición)	
10.1 NEGLIGENCIA FISICA	
NEGLIGENCIA NUTRICIONAL	NEGLIGENCIA DE HIGIENE EN EL HOGAR
Presencia de los siguientes elementos junto con otros miembros de la familia bien nutridos: 1. Desnutrición protéico-energética aguda y/o crónica. 2. Obesidad. 3. Falla para progresar. 4. Retraso de crecimiento. 5. Raquitismo. 6. Anemias (principalmente ferropénica). 7. Déficit de oligoelementos. 8. Retrasos en el desarrollo psicomotor por falta de estimulación.	Presencia de patologías debidas a condiciones y actitudes en el hogar que no mejoran pese a que la familia puede hacerlo: 1. Infecciones virales, bacterianas o parasitarias, por pobre higiene y/o ingesta de aguas no potables. 2. Infecciones del aparato respiratorio y crisis de asma bronquial, recurrentes y/o persistentes, por pobre higiene en el hogar, presencia de humedad y hongos ambientales y exposición continuada a humo de tabaco u otros como leña.
NEGLIGENCIA EN HIGIENE PERSONAL	PERMANENCIA FUERA DEL HOGAR
Algunos elementos a considerar en presencia de recursos disponibles y educación para la higiene: 1. Deficiente falta de higiene del recién nacido. 2. Vestimenta sucia. 3. Pelo sucio y descuidado, áreas alopecicas, piojos, liendres. 4. Uñas sucias, largas, amarillentas, engrosadas; piel sucia. 5. Piel sucia, infectada. 6. Vulvovaginitis inespecíficas en niñas pequeñas.	1. Exposición a condiciones ambientales no saludables: eritema, hipotermia, congelación; quemaduras solares, golpe de calor, deshidratación. (Esto puede darse también como un abuso activo con clara intencionalidad).
NEGLIGENCIA BUCODENTAL	NEGLIGENCIA DE SEGURIDAD EN EL HOGAR
-Falta de higiene bucodental y evidencia de consecuencias (caries, gingivitis, entre otros) aun teniendo acceso a servicios y conocimiento sobre consecuencias.	-Caídas, ingestión de cuerpos extraños, intoxicaciones, ahogamientos, quemaduras producto de una supervisión y cuidado inadecuado.
NEGLIGENCIA MEDICA	
Se incluyen todos aquellos eventos en salud producto de la no asistencia a servicios de atención y salud accesibles y no seguimiento de las recomendaciones emitidas por el personal de salud: 1. No asistencia a cuidados básicos de salud (vacunaciones, tamizaje y detección precoz, entre otras). 2. Enfermedades infecto-contagiosas evitables por vacunación y sus complicaciones y secuelas. 3. Retraso en la búsqueda de asistencia en procesos graves. 4. No se cumplen los tratamientos indicados.	

5. Se ignoran los consejos como parte de la atención integral en salud.

10.2 NEGLIGENCIA EMOCIONAL

1. Privar al niño de la estimulación necesaria.
2. Limitar su crecimiento emocional y su desarrollo intelectual.
3. Falta de atención a las demandas emocionales del niño.
4. Frialidad y falta de afecto.
5. Tratar al niño como una propiedad.
6. Tratar al niño como un adulto.
7. Falta de protección ante sus demandas de ayuda como persona.
8. Dejar al niño-sólo o con supervisión inadecuada.
9. No respetar sus derechos, su individualidad y valores.
10. No respetar sus intereses personales.
11. No permitirle explorar el mundo por las amenazas llenándolo de temores o permitirles explorar todo lo que deseen sin marcar límites, con escasa guía y dirección y poco control.
12. No permitirle jugar con otros niños.

10.3- NEGLIGENCIA EDUCATIVA

1. No escolarización.
2. Ausentismo frecuente.
3. Actividad laboral en época lectiva.
4. No apoyar al niño o niña en las instituciones educativas de acuerdo a las características de aprendizaje de cada niño o niña.
5. No utilizar los apoyos económicos u otros que brinda el estado para la educación del niño, niña o adolescente.

11- DEL TRASTORNO FACTICO POR PODERES-TFP

INDICADORES

1. Los síntomas no encajan en un cuadro clásico de enfermedad o no concuerdan entre sí.
2. Los síntomas mejoran en el hospital pero reaparecen en el hogar.
3. El progenitor con frecuencia está involucrado en un campo de atención médica.
4. Las muestras de sangre para laboratorio no concuerdan con la sangre del paciente que presentan los encargados.
5. No hay una explicación lógica sobre la existencia de drogas o químicos en las muestras de sangre, materia fecal y orina.
6. Habitualmente se trata de niños(as) menores de 5 años, con frecuencia lactantes. No se da la diferenciación por sexo.
7. Llevado a los servicios de salud por su cuidador (habitualmente la madre) a centros médicos con frecuencia distintos y en diferentes ciudades, de forma reiterada. Todo ello da lugar a múltiples ingresos hospitalarios (con frecuencia prolongados), estudios médicos y exámenes complementarios.
8. El cuidador(a) describe o exhibe manifestaciones clínicas generalmente graves y de comienzo agudo, que corresponden a procesos de urgencia orgánica, persistentes o recidivantes, abigarradas e inhabituales y difícilmente se pueden encasillar en un cuadro clínico específico.
9. Los síntomas y signos más frecuentes relatados u observados son: dolor abdominal, pérdida de peso, vómitos, disfagia, diarrea, hematemesis, hematoquecia, rectorragia, úlceras bucales, epistaxis, ataxia, convulsiones, lipotimias, obnubilación y estupor, coma, alucinaciones, movimientos anormales, fiebre, púrpuras, exantemas infecciosos, urticaria/angioedema, lesiones cutáneas, dermatitis vesículo-ampollosas, infecciones cutáneas, hematuria, hipertensión, disnea, crisis apnéicas, hiperventilación, sed excesiva, incongruencia del perfil bioquímico.

CRITERIOS DE INCLUSION ⁸⁷
1. Niño llevado de forma repetida al médico(a). 2. Prueba o evento positivo en cuanto a engaño con el niño o con situación médica del niño. 3. La positividad de la prueba o del evento no es consecuencia de un error de la misma, de una misma comunicación o de un mal tratamiento. 4. No existe otra explicación médica posible respecto a dicha positividad que la falsificación de la enfermedad. 5. Ningún hallazgo excluye la falsificación de la enfermedad de forma creíble.
TRASTORNO FACTICO POR PODERES-TFP (continua)
DIAGNOSTICO DIFERENCIAL
En el TFP debe establecerse el un diagnóstico diferencial de previo, que excluya entre otros⁸⁸: 1. Explotación económica. 2. La simulación (Ubicado en el CIE 10 en la categoría Z 76.5). 3. La histeria: eventos en los que se realizan actividades de forma inconsciente para fines del mismo tipo. 4. Elaboración psicológica de síntomas somáticos: según el CIE 10, en el criterio F68.0, se define como el trastorno a través del cual existen "síntomas somáticos compatibles con un trastorno, enfermedad o incapacidad física confirmadas y originalmente debidos a uno de ellos, son exagerados o prolongados debido al estado psicológico del enfermo... en algunos casos parece existir una clara motivación derivada de la posibilidad de obtener indemnizaciones consecutivas a accidentes o lesiones.
12- INDICADORES DE ABUSO ENTRE PARES O BULLING
1. Físicos. Moratones o rasguños, cefalea, dolor abdominal o de otro tipo ropa rasgada o estropeada, todo esto en relación a las actividades que lleva a cabo con sus pares, principalmente en centros educativos, finge síntomas para no ir al centro educativo. 2. Psicológicos. Cambios de ánimo sin motivo aparente (llanto, accesos de rabia), trastornos del sueño). Pasan mucho tiempo en su casa., excesiva protección paterna, dependencia, apegados al hogar, estrecha relación con la madre. Pasan mucho tiempo en su casa, excesiva protección paterna, dependencia, apegados al hogar, estrecha relación con la madre. 3. Escolares. Renuencia a ir al colegio o instituto, cambiar el camino o la forma habitual de ir al colegio, descenso en el rendimiento escolar, pérdida de materiales educativos. 4. Sociales. Aislamiento (pocos amigos, no querer jugar con ellos. Combina ansiedad y reacciones agresivas, lo que usa el agresor para excusar su conducta.
13- INDICADORES DE TESTIGO DE VIOLENCIA EN EL CENTRO EDUCATIVO
Se observan indicadores físicos y conductuales muy similares a los citados en el abuso emocional. Otros indicadores más específicos son: 1. Excesiva preocupación por la familia. 2. Pasa distraído(a). 3. No desea ir a la escuela o se fuga. 4. Dificultad para poner atención, para concentrarse en el trabajo de clase y para aprender nueva información. 5. Hipervigilancia (muestra fuertes reacciones de sobresalto frente al ruido).

⁸⁷ González, G., Martínez, M. J., De la Cerda, F. y Gómez I. (2008). Síndrome de Munchausen por poderes. *An Pediatr (Barc)*, 68, (6), Pp. 609-611. En: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pid=13123295&pid_usuario=0&pcontactid=&pid_re vista=37&ty=71&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=37v68n06a13123295pdf001.pdf Consultado 06-07-2012.

⁸⁸ Barquero, K. (2004). *Tesis de Grado para optar por el título de Licenciatura en Trabajo Social. Factores sociofamiliares asociados al abuso contra niños y niñas en la manifestación de trastornos facticios por Poder Hospital Nacional de Niños, 2000 - 2002.* San José, Costa Rica: Universidad de Costa Rica.

6. Se evitan experiencias que recuerden la violencia vivida (por ejemplo: personas que levantan la voz).
7. Estallidos impredecibles de ira.
8. Conductas de alto riesgo (especialmente en adolescentes).
9. Reproducción de conductas violentas con sus iguales.
10. Rígida adhesión a estereotipos de género (Ej. mujer sumisa, hombre dominante), ser a “través del otro”.
11. Ausencia de protagonismo.
12. En casos de internamiento, no desea dejar el hospital.

14- INDICADORES DE SOBREVIVIENTES DE ABUSO

Se define como sobreviviente a los niños, niñas o adolescentes víctima de abuso que con sus propias capacidades o después de recibir apoyo, se incorpora a su vida sin evidencia de traumas significativos que alteren su desarrollo esperado para su edad.

Las personas menores de edad que sufren de abuso, buscan, seleccionan o adoptan cualquier recurso que les permita crecer y desarrollarse durante el período de vida de mayor dependencia biológica y afectiva⁸⁹. Algunos de estos recursos son:

1. Negar el abuso.
2. Minimizar el dolor.
3. Racionalizar.
4. Olvidar algunas partes o períodos de la vida.
5. Desarrollo de grandes habilidades.
6. Desempeñar cuando adultos apropiadamente trabajos que requieren de una enorme entrega, tales como el cuidado de niños y personas ancianas o con alguna discapacidad.
7. Desarrollo de estrategias que les permitan enfrentar nuevas situaciones de abuso.

15-INDICADORES DE ABUSO INSTITUCIONAL

El abuso institucional se da cuando algún evento que pone en peligro el bienestar del niño, niña o adolescente se debe a reglamentos, normas, directrices o reglas institucionales o de los servicios de ellas, que signifiquen una violación a los derechos de los niños, niñas o adolescentes el proceso de atención en los servicios.

16- INDICADORES DE REVICTIMIZACION EN EL PROCESO DE ATENCION INSTITUCIONAL⁹⁰

1. Postergación de la atención.
2. Falta de privacidad.
3. Ausencia del padre o la madre o persona de confianza al momento del relato, salvo cuando ello sea contrario al interés superior de la persona menor de edad.
4. No tomar en cuenta la opinión del niño, niña o adolescente víctima sobre “quién es la persona de confianza que quiere permanezca a su lado en lo posible.
5. No informar con un lenguaje sencillo y coloquial.
6. No explicar de manera clara y sencilla el rol de los funcionarios que participan en el proceso de atención.
7. Cuando no se cuenta con el previo consentimiento de la persona menor de edad para cualquier examen que se le realice.
8. Cuando no se respeta la integridad de los niños, niñas o adolescentes, entendiendo que el proceso de atención no es un fin en si mismo.

⁸⁹ Claramunt, María Cecilia. Casitas Quebradas. El Problema de la violencia Doméstica en Costa Rica. EUNED, 1 Ed. 1997. Pp. 42-43.

⁹⁰ Adaptado de Smith. B. y Álvarez, M. (marzo, 2007). Revictimización un modelo invisibilizado en las instituciones. *Revista Medicina Legal de Costa Rica*, 1 (24), San José, Costa Rica.

9. Cuando durante las entrevistas al niño, niña / o adolescente las preguntas que se realicen no son claras.
10. No tomar en consideración las características propias de la edad, nivel educativo, grado de madurez, capacidad de discernimiento y condiciones socioculturales.
11. Cuando el funcionario no se toma el tiempo necesario para la entrevista, asegurándose que el niño, niña o adolescente ha comprendido la naturaleza de la atención.
12. Cuando no se evita la reiteración innecesaria o no procedente, tanto de las entrevistas como de evaluaciones médicas o de otro tipo.
13. Cuando no se promueve la labor interdisciplinaria en condiciones que lo permitan.
14. Cuando el espacio donde se realiza la atención, no reúne las condiciones requeridas de acuerdo a la edad (privacidad, decoración, entre otros).
15. Cuando no se impide el contacto directo de la víctima con el probable ofensor-a.
16. Falta de confidencialidad en el manejo de la información.

**ATENCION INTEGRAL EN LA
RED DE SERVICIOS A LOS
NIÑOS, NIÑAS Y
ADOLESCENTES VICTIMAS
DE ABUSO**

PART E V

En la atención integral a niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso deben considerarse los derechos humanos (Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, 1989; el Código de la Niñez y la Adolescencia (CNA), 1998), el Reglamento al Artículo 48 del CNA aprobado en el 2001, Decreto N° 30007-S), el marco teórico-operativo de atención institucional y la participación de otros sectores nacionales relacionados directamente con la problemática del abuso.

5.1. CONSIDERACIONES ETICO-LEGALES EN LA ATENCION

Definición de niñez y adolescencia (CNA Artículo 2). “Se considerará niño o niña a toda persona desde su concepción hasta los doce años de edad cumplidos, y adolescente a toda persona mayor de doce años y menor de dieciocho”.

Consideración del interés superior (CNA Artículo 5). “Toda acción pública o privada concerniente a una persona menor de dieciocho años, deberá considerar su interés superior, el cual le garantiza el respeto de sus derechos en un ambiente físico y mental sano, en procura del pleno desarrollo personal”.

La determinación del interés superior deberá considerar:

- a) Su condición de sujeto de derechos y responsabilidades.
- b) Su edad, grado de madurez, capacidad de discernimiento y demás condiciones personales.
- c) Las condiciones socioeconómicas en que se desenvuelve.
- d) La correspondencia entre el interés individual y el social.

Aplicación preferente (CNA Artículo 9). “En caso de duda, de hecho o de derecho, en la aplicación de este Código, se optará por la norma que resulte más favorable para la persona menor de edad según los criterios que caracterizan su interés superior”.

Disfrute de derechos (CNA Artículo 10). “La persona menor de edad será sujeto de derechos; goza de todos los inherentes a la persona humana y de los específicos relacionados con su desarrollo, excepto de los derechos políticos de conformidad con la Constitución Política de la República. No obstante, deberá cumplir las obligaciones correlativas consagradas en el ordenamiento jurídico”.

Derecho a la vida (CNA artículo 12). “La persona menor de edad tiene el derecho a la vida desde el momento mismo de la concepción. El Estado deberá garantizarle y protegerle este derecho, con políticas económicas y sociales que aseguren condiciones dignas para la gestación, el nacimiento y el desarrollo integral”.

Derecho a la protección estatal (CNA Artículo 13). “La persona menor de edad tendrá el derecho de ser protegida por el Estado contra cualquier forma de abandono o abuso intencional o negligente, de carácter cruel, inhumano, degradante o humillante que afecte el desarrollo integral. El Patronato Nacional de la Infancia, el Instituto Mixto de Ayuda Social y el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social brindarán las oportunidades para la promoción y el desarrollo humano social, mediante los programas correspondientes y fortalecerán la creación de redes interinstitucionales, así como con las organizaciones de la sociedad civil que prevengan el abuso, el maltrato y la explotación, en sus

distintas modalidades, contra las personas menores de edad”.

Derecho a protección ante peligro grave (CNA Artículo 19). “Las personas menores de edad tendrán el derecho de buscar refugio, auxilio y orientación cuando la amenaza de sus derechos conlleve grave peligro para su salud física o espiritual; asimismo, de obtener, de acuerdo con la ley, la asistencia y protección adecuadas y oportunas de las instituciones competentes”.

Derecho a la información (CNA Artículo 20). “Las personas menores de edad tendrán el derecho de obtener la información, sin importar su fuente y modo de expresión, en especial la que promueva su bienestar social, espiritual y emocional, así como su salud física y mental”. El ejercicio de este derecho deberá ejecutarse de manera responsable y bajo la orientación de los padres, representantes o educadores.

Derecho a la integridad (CNA Artículo 24). “Las personas menores de edad tendrán derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral. Este derecho comprende la protección de su imagen, identidad, autonomía, pensamiento, dignidad y valores”.

Derecho a la privacidad (CNA Artículo 2). “Las personas menores de edad tendrán derecho a no ser objeto de injerencia en su vida privada, familia, domicilio y correspondencia; sin perjuicio de los derechos y deberes inherentes a la patria potestad”.

Derecho al honor (CNA Artículo 26). “Las personas menores de edad tendrán derecho de ser protegidas en su honor y reputación. El Patronato Nacional de la Infancia dará el asesoramiento necesario para defenderlo”.

Derecho a la imagen (CNA Artículo 27). “Prohíbese publicar, reproducir, exponer, vender o utilizar, en cualquier forma, imágenes o fotografías de personas menores de edad para ilustrar informaciones referentes a acciones u omisiones que se les atribuyan sean de carácter delictivo o de contravención o riñan con la moral o las buenas costumbres; asimismo, cuando de algún modo hayan participado o hayan sido testigos o víctimas de esos hechos, si se afecta su dignidad. Queda prohibida la publicación del nombre o cualquier dato personal que permita identificar a una persona menor de edad, autora o víctima de un hecho delictivo, salvo autorización judicial fundada en razones de seguridad pública”.

El marco de derechos humanos estipulado en el Código de la Niñez y la Adolescencia lleva a considerar las situaciones de abuso más allá de la visión legal que se tenga. Esto significa que en el abordaje de las situaciones de abuso, deben tomarse en cuenta todas aquellas circunstancias en que aunque no estén tipificadas como un delito, esta debe intervenir como una violación a un derecho y por lo tanto su atención integral es parte de las responsabilidades de los funcionarios.

5.2. MARCO ORGANIZATIVO

Comité de Estudio del Niño Agredido (CNA Artículo 48)

De acuerdo al Artículo 48 del Código de la Niñez y la Adolescencia y su Reglamento⁹¹ todos los establecimientos de salud (hospitales nacionales y especializados que incluyen niños, niñas y adolescentes en su atención, hospitales regionales y periféricos y áreas de salud) de la Caja Costarricense de Seguro Social deben contar con un Comité de Estudio Integral de Niños, Niñas y Adolescentes Abusados (CEINNAA). El cual, se encarga de la coordinación y seguimiento de la atención a las situaciones de abuso detectadas.

Para esto, cada CEINNAA debe contar con los recursos humanos y materiales que le permitan cumplir con sus objetivos, lo que incluye tanto el tiempo asignado a cada funcionario miembro del comité, como archivo, espacio físico, material de oficina, entre otros) para realizar las tareas propias de este grupo de trabajo. Como parte de los recursos tanto en jornada ordinaria como extraordinaria debe contarse con el equipo (teléfono, fax, Internet) que garantice la comunicación de los funcionarios de la CCSS con otras instituciones (PANI-Ministerio Público). El citado reglamento plantea:

“Los Hospitales, las clínicas y los centros de salud, públicos o privados, estarán obligados a crear un Comité de Estudio del Niño Agredido”. La integración y el funcionamiento quedarán sujetos a la reglamentación que emita el Poder Ejecutivo. Asimismo, los centros públicos de salud deberán valorar inmediatamente a toda persona menor de edad que se presuma víctima de abuso o maltrato. Ese Comité valorará los resultados, realizará las investigaciones pertinentes y recomendará las acciones que se tomarán en resguardo de la integridad del menor”.

En cada centro público o privado, donde se brinden servicios de salud a las personas menores de edad, deberá constituirse un equipo multidisciplinario o sustitutivamente en los casos calificados, donde este equipo no pueda ser conformado, deberán existir personas con capacitación y sensibilización para asumir las funciones, deberes y responsabilidades que señala el artículo 9 de este Reglamento. La conformación de estos comités debe darse de la siguiente manera:

- **Primer nivel (Áreas de Salud):** Médico (general o familiar), Trabajador (a) social, Enfermera (o) profesional, ATAP (representante de los EBAIS), Representante del PANI (preferiblemente del Área Legal), Representante de la Unidad Local del Programa de Nutrición y Desarrollo Infantil del Ministerio de Salud (cuando exista en la zona)⁹².
- **Segundo nivel (Clínicas y Hospitales Regionales):** Pediatra, Trabajador (a) social, Enfermera (o) (preferiblemente con especialidad en Salud Mental), Representante del PANI (Área Legal), Psicólogo (a) Psiquiatra (como apoyo o según disponibilidad).

⁹¹ Artículo 3º del Reglamento Comités de Niño Agredido. 2001- Decreto 30007-S.

⁹² Es importante aclarar que existen profesionales de psicología en los tres niveles de atención (según nivel de complejidad) incluyendo el primero que también está trabajando con estos diagnósticos.

- **Tercer nivel (Hospitales Nacionales)**⁹³: Pediatra, Psiquiatra y/o psicóloga (o), Trabajo social Enfermera (preferiblemente con especialidad en Salud Mental), Representante Clínica de Adolescentes, Representante del PANI (Área Legal), Representación del Ministerio Público.

Para las coordinaciones con otros niveles e instancias con el fin de dar una atención integral a la víctima del abuso, el Comité deberá establecer una comunicación permanente a través de referencias y contra referencias con instituciones como el Instituto Mixto de Ayuda Social, ONG`S, INA, Centros infantiles y otros. Instancias que prestarán su apoyo sin realizar entrevistas o acciones que de algún modo revictimicen al niño, niña o adolescente.

Se debe recordar que cada CEINNAA no es una estructura de atención entendida como una unidad administrativa, sino que es un equipo interdisciplinario que debe coordinar y recomendar lo que se refiere a la promoción de una cultura de paz, la prevención de los diferentes tipos de abuso, la detección, la atención y el seguimiento de todas aquellas situaciones detectadas. La atención propiamente dicha se da en los diferentes espacios que los profesionales tienen en sus consultas: medicina, psicología, psiquiatría, trabajo social, odontología, etc.

Tal y como se destaca en el marco ético-legal los servicios de salud y en particular los CEINNAA tienen la responsabilidad de visualizar como abuso aquellas situaciones de violación de los derechos de niñas, niños y adolescentes tipificadas o no como un delito.

Denuncia de maltrato o abuso (CNA Artículo 49)

“Los Directores y el personal encargado de los centros de salud, públicos o privados, adonde se llevan personas menores de edad para atenderlas, estarán obligados a denunciar ante el Ministerio Público cualquier sospecha razonable de maltrato o abuso cometido contra ellas. Igual obligación tendrán las autoridades y el personal de centros educativos, guarderías o cualquier otro sitio en donde permanezcan, se atiendan o se preste algún servicio a estas personas”.

Ruta interna de atención en la red de la CCSS

De acuerdo a la complejidad de los casos y la capacidad resolutoria de cada nivel de atención se debe hacer uso de procesos de referencia y contrarreferencia de casos considerando la organización de la red interna de servicios de salud de la CCSS. Para esto se debe considerar la ruta de atención definida desde la Dirección de Red de Servicios de Salud para cada una de las redes y los diferentes niveles de atención. En el caso de la CCSS administrativamente se definen tres redes de articulación entre servicios:

- Red de Servicios de Salud Sur (Ver Figura 1).
- Red de Servicios de Salud Este (Ver Figura 2).
- Red de Servicios de Salud Noroeste (Ver Figura 3).

⁹³ Puede ampliarse de acuerdo a recursos: Abogado institucional, trabajo social de clínica de adolescentes, equipo de lactancia y desarrollo.

En estas redes los CEINNAA de las Sedes de Áreas de Salud, de los Hospitales Periféricos, Regionales y Nacionales deben adoptar un rol de liderazgo y apoyo en sus respectivas zonas de atención, lo cual debe facilitar la atención en cada nivel de acuerdo a la complejidad de cada situación de abuso:

- El CEINNAA de Áreas de Salud respecto a sus propios EBAIS.
- EL CEINNAA de los Hospitales Periféricos respecto a los CEINNAA de sus Áreas de Salud.
- El CEINNAA de los Hospitales Regionales respecto a los CEINNAA de sus respectivos Hospitales Periféricos y Áreas de Salud.
- El CEINNAA de los Hospitales Nacionales respecto a los CEINNAA de sus respectivos Hospitales Regionales y Áreas de Salud.
- El Hospital Nacional de Niños tiene una cobertura nacional y no por región específica, su participación en la Red de Atención es el apoyo en la capacitación y la atención integral de las situaciones cuya complejidad no puede ser resuelta en el primer y segundo nivel de atención.

Figura 1
Red de Servicios de Salud Sur de la CCSS

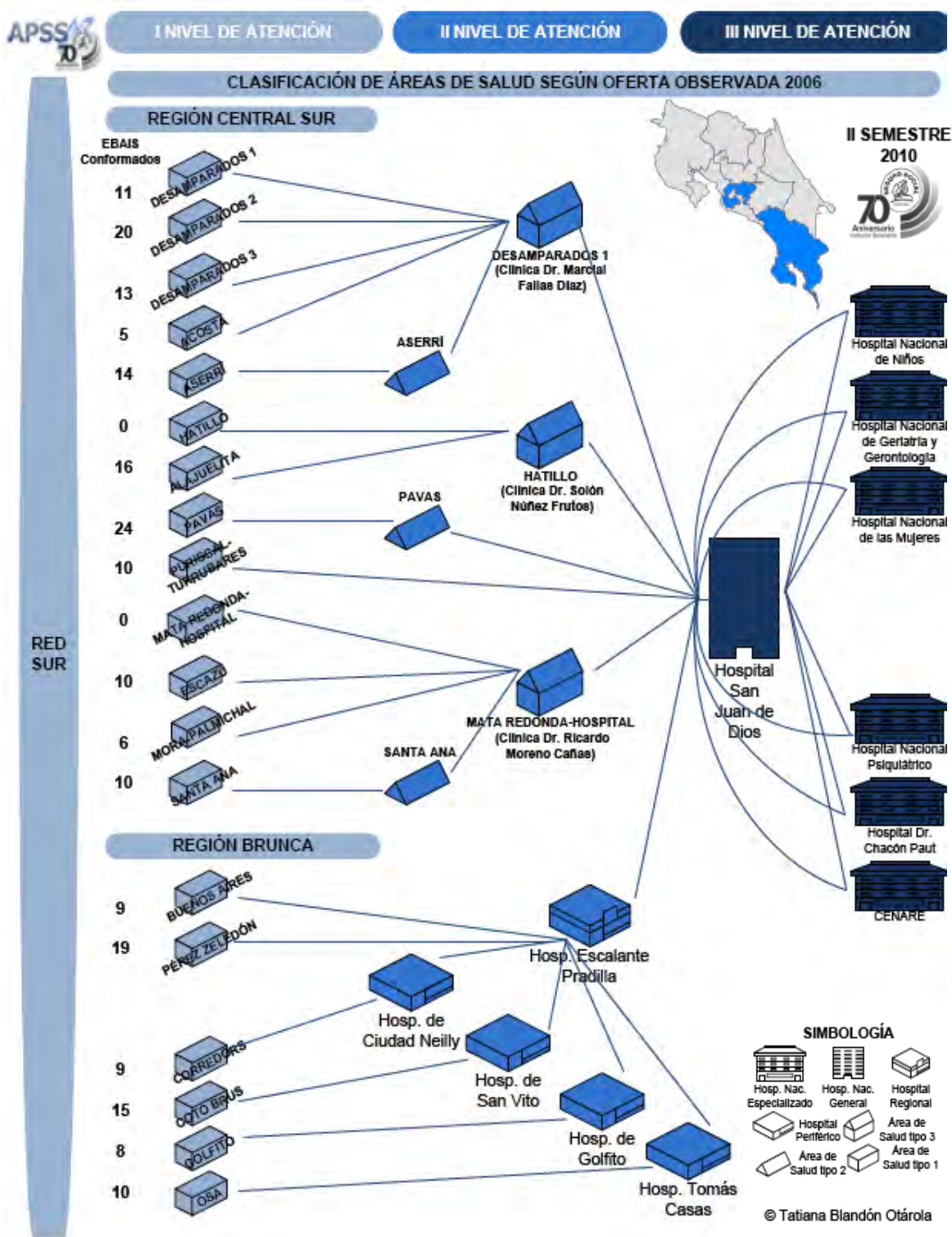


Figura 2
Red de Servicios de Salud Este de la CCSS

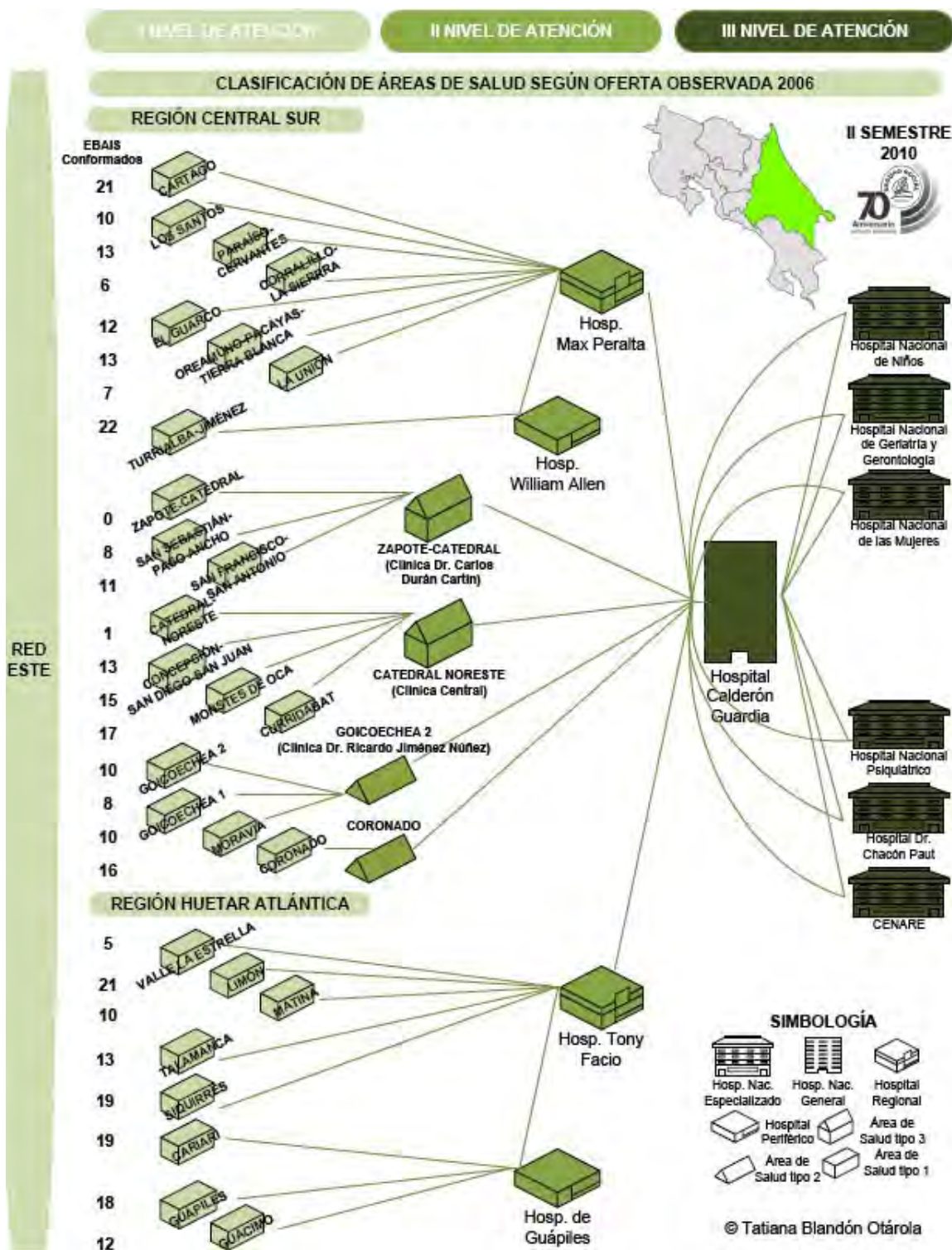
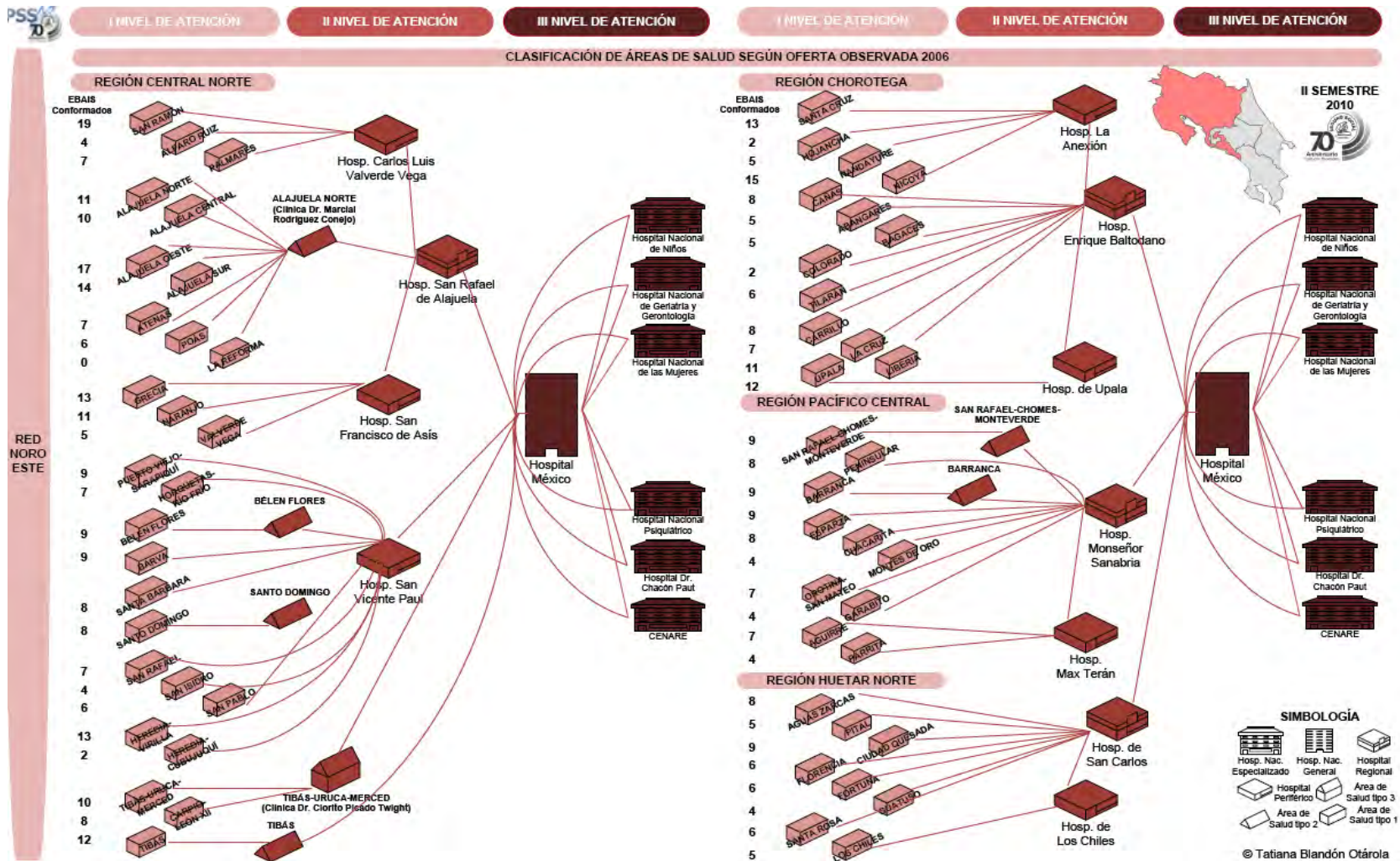


Figura 3
Red de Servicios de Salud Noroeste de la CCSS



Red externa de atención

Involucra la participación de otras instancias que conforman el Sistema Nacional de Protección Integral de los Derechos de la Niñez y de la Adolescencia, entre ellas, el Patronato Nacional de la Infancia, el Ministerio de Seguridad Pública (Policía); el Sector Justicia (Ministerio Público, Fiscalía, Jueces, Organismo de Investigación Judicial), el Sector Educación como el Ministerio de Educación Pública; el Sector Salud como CEN-CINAI, entre otros. Para esto en el ámbito local se deben establecer mecanismos e instrumentos de coordinación que faciliten el proceso de atención en aras de garantizar el trabajo articulado y la atención integral del niño, niña o persona adolescente en situación de abuso (Ver Figura 4).

De los casos que se atienden en cada establecimiento de salud de la CCSS, se debe enviar la correspondiente referencia al Ministerio Público (Ver Anexo 2) y una copia de esta al Patronato Nacional de la Infancia) cuando se presenten los siguientes supuestos:

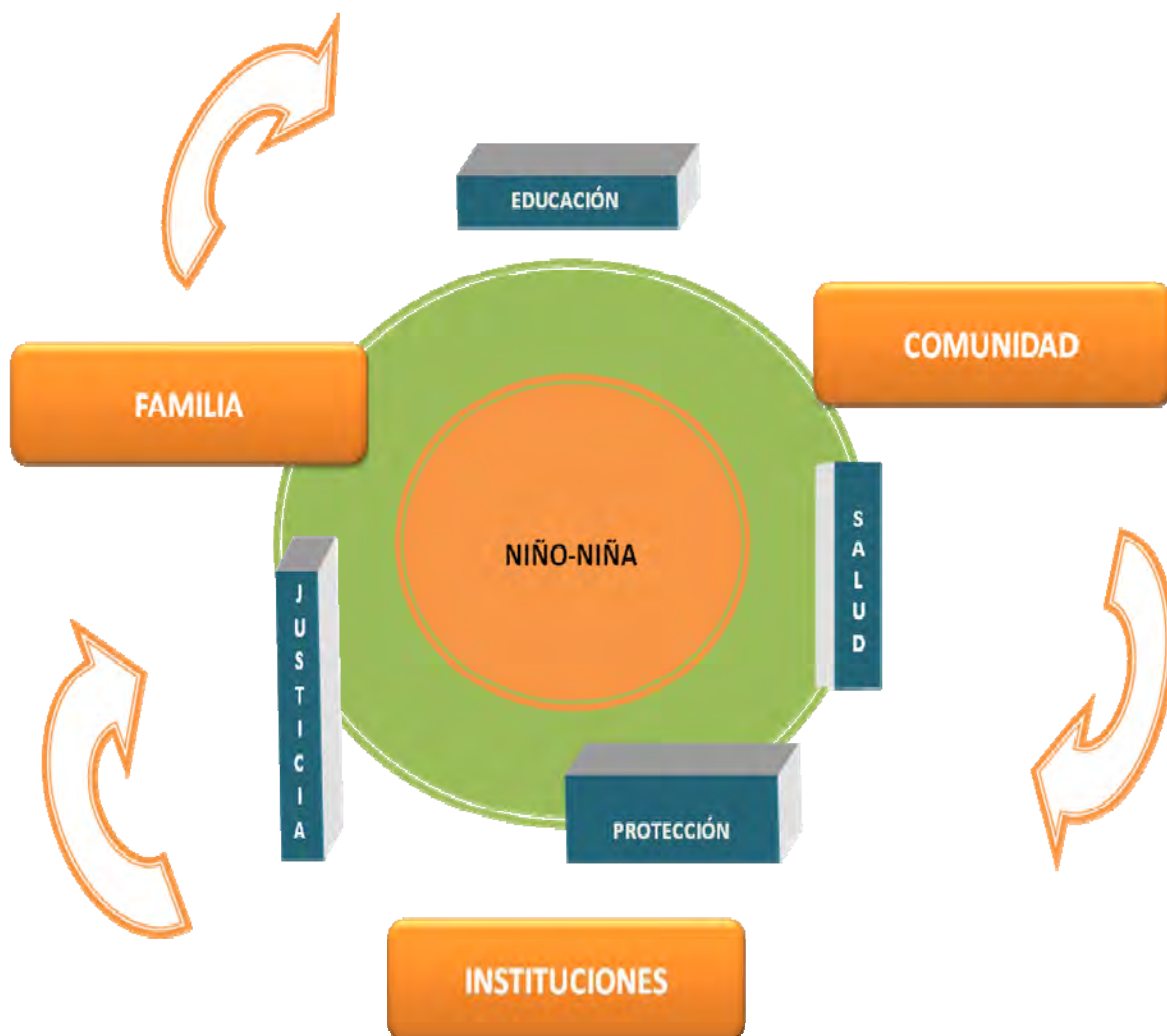
- Si el abuso o maltrato es ocasionado por los progenitores o por la persona responsable del cuidado del niño, niña o adolescente.
- Si el abuso o maltrato es ocasionado por un tercero y los progenitores o la persona responsable del cuidado del niño, niña o adolescente no constituyen una figura protectora para la persona menor de edad.

Modalidades de atención

En la atención de niños, niñas y adolescentes abusados, no sólo se debe utilizar la modalidad de atención individual, sino que se deben aplicar también otras como las modalidades grupales, visita a domicilio, entre otras, de acuerdo a los lineamientos correspondientes⁹⁴.

⁹⁴ Caja Costarricense de Seguro Social. (2009). Lineamientos Metodológicos para el diseño de propuestas de modalidades de atención en los establecimientos de Salud. San José, Costa Rica: CCSS.

Figura 4
La atención integral y el trabajo articulado intersectorial



Fuente. Adaptado de SAIID (2012).

**MATRIZ OPERATIVA DE
ATENCION INTEGRAL A
NIÑAS, NIÑOS Y
ADOLESCENTES VICTIMAS
DE ABUSO SEGÚN NIVEL
DE ATENCION**

PART E VI

6.1 ATENCIÓN EN EBAIS

ATENCIÓN EN SEDES DE EBAIS		RESPONSABLE	INDICADOR
EJES	ACTIVIDADES		
1. Promoción de una cultura de paz	1.1 Implementar acciones que promuevan las relaciones interpersonales pacíficas entre niños, niña- adolescentes y sus padres o encargados de acuerdo a factores determinantes.	EBAIS Comisión Local de Promoción de la Salud CEINNAA del Área de Salud	Número de actividades implementadas que promuevan las interrelaciones pacíficas de los adultos hacia los niños que asisten a los EBAIS.
	1.2 Divulgación de los derechos de las niñas, niños y adolescentes a una vida sin violencia desde el útero (desde la consulta prenatal) a la población adscrita.		Número de actividades implementadas en las que se divulgan los derechos de niños y niñas a vida sin violencia.
	1.3 Promover en la comunidad estrategias de convivencia armoniosa y la cultura de paz desde la niñez, mediante acciones conjuntas con instituciones gubernamentales (MEP, CENCINAI, entre otros) y no gubernamentales, así como grupos organizados de la comunidad.		Número de actividades implementadas intersectoriales y comunales realizadas para promover una cultura de paz desde la niñez en la comunidad.
2. Prevención	2.1 Identificación de los factores de riesgo en la población adscrita (Ej. Embarazo en adolescentes, consumo de drogas, antecedentes de violencia, entre otros). En el caso de adolescentes también utilizar el "Tamizaje del Adolescente".	Médico Enfermería ATAPS	Número de niños, niñas y adolescentes en seguimiento según riesgo identificado.
	2.2 Implementar acciones durante el embarazo sobre prevención del abuso prenatal de acuerdo a factores de riesgo identificados.		Número de actividades educativas desarrolladas en la consulta prenatal
	2.3 Incluir la modalidad de atención a domicilio como estrategia para dar seguimiento a las familias en riesgo.		-Número de visitas a domicilio para dar seguimiento a familias a riesgo.
3. Detección, captación y registro de situaciones en que se sospeche o confirme abuso del niño, niña o adolescente	3.1 Detección y referencia de posible abuso en personas menores de edad según edad y tipo de abuso en niños, niñas y adolescentes, incluyendo vida intrauterina y neonatos, según Instrumento Detección de indicadores de posible abuso en sus diferentes manifestaciones (Ver Anexo 3).		Número de casos registrados y notificados en la boleta de declaración obligatoria (V01) que se refieren al Área Rectora del Ministerio de Salud y mediante las referencias al Ministerio Público, PANI Y CEINNAA.

ATENCIÓN EN EBAIS (continúa)		RESPONSABLE	INDICADOR
EJES	ACTIVIDADES		
3. Detección, captación y registro de casos en que se sospeche o confirme abuso del niño, niña o adolescente (continúa)	3.2 Registro de indicadores detectados en el expediente de salud y/o hoja de atención de urgencias.	Equipo EBAIS	% de expedientes con registro de casos detectados según indicadores.
	3.3 En caso de sospecha de una situación de abuso llenar la boleta de declaración obligatoria del Ministerio de Salud (VO1) (Anexo 4) y referencia a Ministerio Público, PANI y CEINNA del Area de Salud (Anexo 5).		Número de casos notificados por boleta VO1, referidos al Ministerio Público, PANI Y CEINNA.
4. Atención Integral del niño, niña, adolescente en situación de abuso.	4.1 Valoración y atención de manera integral e integrada de manera articulada con otras instituciones para la restitución de derechos.	Médico del EBAIS	Número de casos referidos en la red interna.
	4.2 Referencia a otros servicios de la Sede de Area en caso de ser necesario: pediatría, psicología, trabajo social, laboratorio, etc.		Número de expedientes con registro de casos detectados según indicadores.
	4.3 Referencia al Hospital del Nivel que corresponda cuando se considera que la complejidad amerita la atención hospitalaria.		Número de casos en los que se solicita la valoración de Medicina Forense.
	4.4 Registro de atención brindada de acuerdo a los hallazgos en el expediente clínico y/o hoja de atención de urgencias.		Número de casos en que se aplica el protocolo de antirretrovirales.
	4.5 Coordinar con el Ministerio Publico-Medicina Legal para su respectiva valoración. En caso de violación, si la atención menos de 72 horas después del evento, se debe aplicar el Protocolo de violación que incluye la administración de profilaxis con antirretrovirales.		Número de casos registrados en que se suspende la participación en la consulta.
	4.6 Suspensión de participación en la consulta de las personas que se considera interfieren con la valoración y/o atención o sean sospechosas del abuso o representen un riesgo para el paciente menor de edad u otros. Inmediatamente después se debe comunicar y solicitar intervención del Ministerio Público y PANI con sustento de los artículos 13, 19, 24 del CNA.		Número de casos en que se brinda orientación para la solicitud de medidas de protección.
	4.7 Orientación para la solicitud de medidas de protección para la familia.	Médico-a Enfermera-o	-
	4.8-Referencia a Trabajo Social de la sede del Area de Salud para integración en equipos de apoyo.	Médico-a	Número de niños, niñas o adolescentes referidos.
	4.9 Incluir la modalidad de atención a domicilio para el seguimiento de las situaciones de abuso.	Médico-a Enfermera-o. ATAPS	Número de casos incluidos en atención a domicilio.

ATENCIÓN EN EBAIS (continúa)		RESPONSABLE	INDICADOR
EJES	ACTIVIDADES		
5. Fortalecimiento del seguimiento	5.1 Optimización del sistema de referencia y contrarreferencia.	Equipo del EBAIS	Plan anual de mejora del sistema de referencia y contrarreferencia.
6. Gestión e Investigación	6.1 Sistematización anual de información de las situaciones de abuso detectadas y atendidas y enviar copia al CEINNA del Área de Salud.		Número de casos detectados y atendidos
	6.2 Elaboración y envío del Informe de Vigilancia Epidemiológica de casos atendidos, por situaciones de sospecha de abuso de niños, niñas y adolescentes, según normativa vigente del Ministerio de Salud.		Informe Anual de Vigilancia Epidemiológica enviado.
	6.3 Análisis de datos disponibles para establecer tendencias en la evolución de la situación de abuso de la población atendida.		Número de actividades de capacitación.
	6.4 Capacitar y sensibilizar sobre la detección y atención a instituciones educativas locales.		
	6.5 Divulgación de los servicios de atención al abuso que se ofrecen.		
7. Capacitación	7.1 Participación en al menos una actividad de capacitación anual sobre el abuso.	CEINNA del Área de Salud	Participación en al menos una actividad de capacitación

6.2. ATENCION EN SEDES DE AREAS DE SALUD

ATENCION EN SEDE DE ÁREA DE SALUD		RESPONSABLE	INDICADOR
EJES	ACTIVIDADES		
1. Promoción	1.2 Promover el enfoque de derechos a una vida pacífica en todos los servicios que se prestan en el Área de Salud.	EBAIS Comisión Local de Promoción de la Salud CEINNAA del Área de Salud	-Número de actividades educativas y de promoción de los derechos a una vida pacífica organizadas.
2. Prevención	2.1 Fortalecer y divulgar la utilización de factores de riesgo e indicadores como estrategia para identificar los diferentes tipos de abuso.		Número de actividades de divulgación de factores de riesgo e indicadores.
	2.2 Brindar seguimiento en los servicios de atención a aquellos niños, niñas y adolescentes considerados de alto riesgo.		Número de Niños, niñas y adolescentes en seguimiento por factores de riesgo.
	2.3 Incluir en las estrategias de abordaje la atención a domicilio de aquellos niños, niñas o adolescentes considerados de alto riesgo.		-Número de Niños, niñas y adolescentes incluidos en Atención a Domicilio.
	2.4-Participación en la Red de Atención a la Violencia		-Número de sesiones de la Red a las que se asiste.
3. Detección, captación y registro de casos en que se sospeche o confirme abuso del niño, niña o adolescente	3.1 Detección de abuso en personas menores de edad según edad y tipo, incluyendo vida intrauterina y neonatos según Instrumento de Detección de indicadores (Ver Anexo 3).	Funcionarios(as)	Número de Niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso detectados
	3.2 Registro de indicadores detectados en el expediente de salud y/o hoja de atención de urgencias.	Funcionarios(as)	
	3.3 En caso de sospecha firme de una situación de abuso llenar la boleta de declaración obligatoria del Ministerio de Salud (V01) (Anexo 4) y referencia a Ministerio Público, PANI y CEINNAA (Anexo 5).	Médico(a)	Número de casos registrados y notificados a Vigilancia Epidemiológica, Ministerio de Salud.
	3.4 Sensibilización y capacitación a los funcionarios(as) del Área de salud en la detección, captación y registro de información.	CEINNAA Local	Número de funcionarios que asisten a actividades de capacitación al menos una vez al año.
	3.5 Acceso a base de datos sobre casos detectados creada por Registros Médicos mediante sistematización de boletas VE-01.		Número de casos registrados.
4. Atención Integral del niño, niña, adolescente en situación de abuso	4.1 Facilitar la coordinación de los casos referidos desde los EBAIS por abuso, mediante un proceso de referencia y contrarreferencia no revictimizante.	Profesionales en salud que atienden	Número de casos con referencia y contrarreferencia.
	4.2 Valoración y atención de manera integral e interdisciplinaria de manera articulada interinstitucionalmente para la restitución de derechos.		
	4.3 Registro de atención brindada de acuerdo a los hallazgos en el expediente clínico y/o hoja de atención de urgencias.		Número de casos atendidos y registrados.

ATENCIÓN EN SEDE DE ÁREA DE SALUD (continúa)		RESPONSABLE	INDICADOR
EJES	ACTIVIDADES		
4. Atención Integral del niño, niña, adolescente en situación de abuso (continúa)	4.4 Referencia a Ministerio Público (fiscalía) de los casos no referidos desde el EBAIS. con copia al PANI y el CEINNAA.	Profesionales en salud que atienden	Número de casos notificados a la Fiscalía y al PANI
	4.5 Suspensión de participación en la consulta de las personas que se considera interfieren con la valoración y/o atención del caso, o sean sospechosas del abuso o representen un riesgo para el paciente menor de edad u otros. Inmediatamente después se debe comunicar y solicitar intervención del Ministerio Público y PANI con sustento de los artículos 13, 19, 24 del CNA.		
	4.6 Orientación para la solicitud de medidas de protección a la familia, la red de apoyo, la persona adolescente y el encargado(a) del niño o niña.		
	4.7 Coordinación de internamiento hospitalario para las personas menores de edad detectadas en con alto riesgo considerando el interés superior del niño.		Número de niños internados.
	4.8 Referir en caso necesario a Hospitales Regionales, Periféricos o Nacionales-Especializados de acuerdo a los		Número de situaciones referidas.
	4.9 Creación de espacios y condiciones en el inicio del proceso de atención que faciliten la expresión de sentimientos y la contención de las situaciones de abuso.	CEINNAA Local	Existencia del espacio designado.
	4.10 Elaboración de registro escrito de los casos atendidos por situaciones de sospecha y abuso del niño, niña y adolescente, que sea accesible a funcionario(a) autorizado(a).		Número de casos registrados.
	4.11 Implementación de grupos de apoyo en el proceso de seguimiento de la atención a las personas afectadas.		Número de niños, niñas y adolescentes que asisten a grupos de apoyo.
5. Seguimiento	5.1 Coordinación con otros niveles de atención de salud y otras instituciones el seguimiento de casos de sospecha y/o abuso confirmado.	Profesionales en salud que atienden	Número de referencias y contrarreferencias enviadas.
	5.2 Referencia y contrarreferencia a las diferentes instancias de los casos de sospecha y/o abuso confirmado.		
	5.3 Optimización del sistema de referencia interna de estos casos.	CEINNAA Local	
	5.4 Reporte de casos a CEINNAA para análisis de los casos abiertos e inclusión a base de datos de todos los casos.	Profesionales en salud que atienden	Número de casos reportados al CEINNAA

ATENCIÓN EN SEDE DE ÁREA DE SALUD (continúa)		RESPONSABLE	INDICADOR
EJE	ACTIVIDADES		
6.Gestión e Investigación	6.1-Conformación del CEINNAA Y ejecución de las funciones establecidas en el Reglamento Comités de Estudio del Niño, Niña y Adolescente Agredido, según Decreto N° 30007-S publicado en la Gaceta N° 235 del 06 de diciembre del 2001.	CEINNAA Local	CEINNAA conformado
	6.2 Desarrollo de al menos una sesión mensual de de 3 horas cada una dedicadas al trabajo técnico administrativo y de coordinación.		Número de sesiones registradas en el Libro correspondiente.
	6.3 Sistematización de información anual de los casos detectados y atendidos en cada unidad y enviar copia al Área de Atención Integral de las Personas, Equipo Técnico de Salud del Niño y la Niña (Ver Anexo 5).		Número de casos detectados y atendidos registrados.
	6.4 Elaboración y envío del Informe de Vigilancia Epidemiológica de casos atendidos, por situaciones de sospecha de abuso de niños, niñas y adolescentes, según normativa vigente del Ministerio de Salud.		Informe anual de Vigilancia Epidemiológica enviado.
	6.5 Análisis de datos disponibles para establecer tendencias en la evolución de la situación de abuso de la población atendida.		Informe Anual de funcionamiento del CEINNAA del Area de Salud enviado a Salud del Niño y la Niña.
	6.6 Evaluación anual del Plan de Gestión Local y procesos del CEINNAA que permita determinar las mejoras posibles.		Número de actividades de CEINNAA del Area de Salud incluidas en Plan de Gestión Local con presupuesto asignado.
7.Capacitación interna y autocuidado del CEINNAA	7.1 Programación de espacios de actualización continua para los integrantes del CEINNAA local.		Número de miembros del CEINNAA que participan en al menos dos actividades de sensibilización –capacitación al año.
	7.2 Implementación de al menos 2 sesiones al año para el autocuidado de los integrantes de los CEINNAA.		Número de miembros del CEINNA que participan en al menos 02 sesiones de autocuidado al año.

6.3. ATENCION EN HOSPITALES PERIFERICOS

ATENCION EN HOSPITALES PERIFERICOS		RESPONSABLE	INDICADOR
EJE	ACTIVIDADES		
1. Prevención	1.1 Participación en las redes intersectoriales contra la violencia, según área atracción.	CEINNAA Local	Número de sesiones de Red Intersectorial contra la violencia en las que se participa.
	1.2 Desarrollo de actividades educativas para usuarios (as) relacionadas con la prevención de situaciones de abuso.		Número de actividades educativas de prevención del abuso.
	1.3 Transversalización del tema de prevención del abuso contra personas menores de edad en todos los espacios educativos del Hospital.		Número de actividades educativas realizadas en el Hospital.
	1.4 Divulgación de los servicios de atención al abuso existentes.		Número de actividades de divulgación de los servicios de atención.
2. Detección, captación, registro y denuncia de casos en que se sospeche o confirme abuso del niño, niña o adolescente	2.1 Detección de posible abuso en personas menores de edad según edad y tipo de abuso en niños, niñas y adolescentes, incluyendo vida intrauterina y neonatos, según Instrumento de Detección de indicadores de posible abuso en sus diferentes manifestaciones (Anexo 3).	Funcionarios(as) de cada establecimiento	Nº de casos detectados
	2.2 Registro de indicadores detectados en el expediente de salud y/o hoja de atención de urgencias.		% de expedientes con registro de casos detectados.
	2.3 En caso de sospecha firme de una situación de abuso llenar la boleta de declaración obligatoria del Ministerio de Salud (V01) (Anexo 4) y referencia a Ministerio Público, PANI y CEINNAA (Anexo 5).		Número de casos notificados a Vigilancia Epidemiológica, Ministerio de Salud.
3. Atención Integral del niño, niña, adolescente en situación de abuso	3.1 Referencia a oficinas locales del PANI para el cumplimiento de funciones según ámbito de competencia.	CEINNAA Local	Número de casos notificados al PANI.
	3.2 Suspensión de visita de las personas que se considera interfieren con la valoración y/o atención del caso, sean sospechosas del abuso o representen un riesgo para el paciente menor de edad u otros, considerando siempre el principio del interés superior del niño-a. Inmediatamente después se debe comunicar y solicitar intervención del Ministerio Público y PANI con sustento de los artículos 13, 19, 24 del CNA.	Funcionarios(as) de cada establecimiento-Trabajo Social.	Número de casos en que se suspende la visita.
	3.3. Orientación a la familia, adolescentes, encargados sobre la solicitud de medidas de protección.	Trabajo Social	Número de casos en que se brinda orientación a la familia sobre medidas de protección.

ATENCIÓN EN HOSPITALES PERIFÉRICOS (continúa)		RESPONSABLE	INDICADOR
EJE	ACTIVIDADES		
3. Atención Integral del niño, niña, adolescente en situación de abuso (continúa)	3.4 Elaboración de registro escrito de los casos atendidos por situaciones de sospecha y abuso del niño, niña y adolescente, que sea accesible a funcionario(a) autorizado(a).	CEINNAA del Hospital	Registro accesible de casos atendidos.
	3.5 Referencia con copia al CEINNAA en casos de mayor complejidad a Hospital Regional o Nacional.	Medico(a)	Número de casos referidos a niveles de atención de mayor complejidad.
4. Seguimiento	4.1 Coordinación con otras instituciones el seguimiento de casos de sospecha y/o abuso confirmado de manera articulada interinstitucionalmente para la restitución de derechos	Trabajo Social	Número de casos referidos a otras instituciones para el seguimiento.
	4.2 Referencia con copia al CEINNAA al Área de Salud correspondiente para el seguimiento de casos atendidos en el Hospital.	Profesionales que brindan atención	Número de casos referidos al Área de Salud para el seguimiento.
	4.3 Reporte de casos a CEINNAA de los casos a los que se da seguimiento en el Hospital.		Número de casos registrados en Base de datos del CEINNAA.
5. Gestión e Investigación	5.1 Conformación de CEINNAA y ejecución de las funciones establecidas en el Reglamento de los Comités de Estudio del Niño, Niña y adolescente Agredido, según Decreto No. 30007-publicado en la Gaceta No. 235 del 6 de Dic. 2001.	CEINNAA Local	CEINNAA conformado.
	5.2 Realización de al menos una sesión mensual		Sesiones debidamente registradas en Libro de Actas.
	5.3-Liderar la Red Institucional de los CEINNAA del área de atracción del Hospital (Hospital y Áreas de Salud).		Número de reuniones realizadas al año con los CEINNAA DE LAS Áreas de Salud
	5.5 Sistematización de información anual de los casos detectados y atendidos en cada unidad y enviar copia al Área de Atención Integral de las Personas, Equipo Técnico de Salud del Niño y la Niña (Anexo 5).	CEINNAA Local	Registro escrito de los casos detectados y atendidos
	5.6 Elaboración y envío del Informe de Vigilancia Epidemiológica de casos atendidos, por situaciones de sospecha de abuso de niños, niñas y adolescentes, según normativa vigente del Ministerio de Salud.	Registros médicos	Informe de Vigilancia Epidemiológica enviado.
	5.7 Análisis de datos disponibles para establecer tendencias en la evolución de la situación de abuso de la población atendida.	CEINNAA Local	Informe Anual de funcionamiento del CEINNAA enviado a Salud del Niño y la Niña.
	5.8 Evaluación anual del Plan de Gestión Local y procesos del CEINNAA que permita determinar las mejoras posibles.		Actividades de CEINNAA incluidas en Plan de Gestión Local con presupuesto asignado.

ATENCIÓN EN HOSPITALES PERIFÉRICOS		RESPONSABLE	INDICADOR
EJE	ACTIVIDADES		
5. Gestión e Investigación (continúa)	5.8 Liderar y apoyar los procesos de capacitación y atención en red correspondiente de las Áreas de Salud Correspondientes.	CEINNAA Local	Plan de Trabajo en Red.
	5.9 Cuando se considere el egreso de un niño, niña o adolescente hospitalizado por abuso, la situación se debe referir al PANI de acuerdo al Protocolo respectivo.		Registro de referencias al PANI por niños, niñas y adolescentes hospitalizados-as.
	5.10 Desarrollo de al menos una sesión mensual de 3 horas cada una dedicadas al trabajo técnico administrativo y de coordinación		Número de sesiones anuales.
	5.11 Inclusión de las actividades CEINNAA en Plan Operativo del Establecimiento de Salud.		Plan operativo con actividades del CEINNA incluido en el Plan operativo.
6. Capacitación interna y autocuidado del CEINNAA	6.1 Programación de espacios de actualización continua para los integrantes del CEINNAA local.		Participación de los miembros del CEINNAA en al menos 02 actividades de sensibilización – capacitación al año.
	6.2 Implementación de al menos 2 sesiones al año para el autocuidado de los integrantes de los CEINNAA.		Participación de miembros del CEINNA en al menos 02 actividades de autocuidado al año.

6.4. ATENCION EN HOSPITALES REGIONALES

ATENCION EN HOSPITALES REGIONALES		RESPONSABLE	INDICADOR
EJE	ACTIVIDADES		
1. Prevención	1.1 Participación en Red institucional de los CEINNAA del área de atracción.	CEINNAA del Hospital	
	1.2 Participación activa en las redes intersectoriales contra la violencia.		
	1.3 Desarrollo de actividades educativas para usuarios (as) relacionadas con la prevención de situaciones de abuso.		
	1.4 Transversalización del tema de prevención del abuso contra personas menores de edad en todos los espacios educativos y de atención.		
	1.5 Divulgación de los servicios de atención al abuso en la población usuaria de los servicios del Hospital.		Al menos 02 recursos de divulgación de derechos a los (as) usuarios implementada anualmente.
2. Detección, captación y registro de casos en que se sospeche o confirme abuso del niño, niña o adolescente	2.1 Detección de posible abuso en personas menores de edad según edad y tipo de abuso en niños, niñas y adolescentes, incluyendo vida intrauterina y neonatos según Instrumento de Detección de indicadores de posible abuso en sus diferentes manifestaciones (Ver Anexo 3).	Funcionarios(as) de cada establecimiento	
	2.2 Registro de indicadores detectados en el expediente de salud y/o hoja de atención de urgencias.		% de expedientes con registro de casos detectados según indicadores.
	2.3 En caso de sospecha firme de una situación de abuso llenar la boleta de declaración obligatoria del Ministerio de Salud (V01) (Anexo 4) y referencia a Ministerio Público, PANI y CEINNAA (Anexo 5).		Registro casos notificados a Vigilancia Epidemiológica, Ministerio de Salud.
3. Atención Integral del niño, niña, adolescente en situación de abuso	3.1 Referencia a oficinas locales del PANI para el cumplimiento de funciones según ámbito de competencia.	CEINNAA del Hospital	Registro casos notificados al PANI.
	3.2 Suspensión de visita de las personas que se considera interfieren con la valoración y/o atención del caso, sean sospechosas del abuso o representen un riesgo para el paciente menor de edad u otros. Inmediatamente después se debe comunicar y solicitar intervención del Ministerio Público y PANI con sustento de los artículos 13, 19, 24 del CNA.	Funcionarios(as) de cada establecimiento	Acciones realizadas en cada caso analizado registradas en el expediente de salud del usuario(a).
	3.3 Orientación para la solicitud de medidas de protección a la familia, la red de apoyo, la persona adolescente y el encargado(a) del niño o niña.		

ATENCIÓN EN HOSPITALES REGIONALES (continuación)		RESPONSABLE	INDICADOR
EJE	ACTIVIDADES		
3. Atención Integral del niño, niña, adolescente en situación de abuso	3.4 Elaboración de registro escrito de los casos atendidos por situaciones de sospecha y abuso del niño, niña y adolescente, que sea accesible a funcionario(a) autorizado(a).	CEINNAA del Hospital	Registro escrito de los casos atendidos
	3.5 Comunicar y coordinar el caso de manera articulada interinstitucionalmente para asegurar la restitución de derechos.		
4. Seguimiento	4.1 Coordinación con otros niveles de atención de salud y otras instituciones el seguimiento de casos de sospecha y/o abuso confirmado.	Funcionarios(as) de cada establecimiento	Registro de referencias y contrarreferencias enviadas
	4.2 Referencia y contrarreferencia a las diferentes instancias de los casos de sospecha y/o abuso confirmado.		% de expedientes con registro de casos detectados según indicadores
	4.3 Optimización del sistema de referencia interna de estos casos.		Registro casos notificados a Vigilancia Epidemiológica, Ministerio de Salud
5. Gestión e Investigación	5.1 Conformación del CEINNAA y ejecución de las funciones establecidas en el Reglamento de los Comités de Estudio del Niño, Niña y adolescente Agredido, según Decreto No. 30007-publicado en la Gaceta No. 235 del 6 de Dic. 2001.	CEINNAA Local	CEINNA conformado.
	5.2-Inclusión de actividades del CEINNAA en el Plan Operativo Institucional.		Plan Operativo Institucional con actividades de CEINNAA incluidas.
	5.2 Desarrollo de al menos una sesión, dedicadas al trabajo técnico, análisis de casos y de coordinación.		Sesiones debidamente registradas en Libro de Actas.
	5.3 Sistematización de información anual de los casos detectados y atendidos en cada unidad y enviar copia al Área de Atención Integral de las Personas, Equipo Técnico de Salud del Niño y la Niña (Anexo 5).	Registros médicos	Registro escrito de los casos detectados y atendidos.
	5.4 Elaboración y envío del Informe de Vigilancia Epidemiológica de casos atendidos, por situaciones de sospecha de abuso de niños, niñas y adolescentes, según normativa vigente del Ministerio de Salud.		Informe de Vigilancia Epidemiológica enviado.
	5.5 Análisis de datos disponibles para establecer tendencias en la evolución de la situación de abuso de la población atendida.	CEINNAA Local	Informe Anual de funcionamiento del CEINNAA enviado a Salud del Niño y la Niña.
	5.6 Evaluación anual del Plan de Gestión Local y procesos del CEINNAA que permita determinar las mejoras posibles.		Actividades de CEINNAA incluidas en Plan de Gestión Local con presupuesto asignado.
	5.7 Liderar y apoyar los procesos de capacitación y atención en red correspondiente de su respectiva Red.		Plan de Trabajo en Red.
	5.8. Cuando se considere el egreso de un niño, niña o adolescente hospitalizado por abuso, la situación se debe referir al PANI de acuerdo al Protocolo respectivo.		Registro de referencias al PANI por niños, niñas y adolescentes hospitalizados(as).

ATENCIÓN EN HOSPITALES REGIONALES (continuación)		RESPONSABLE	INDICADOR
EJE	ACTIVIDADES		
6. Capacitación interna y autocuidado del CEINNAA	6.1 Programación de espacios de actualización continua para los integrantes del CEINNAA local.	CEINNAA Local	Participación de los miembros del CEINNAA en al menos 02 actividades de sensibilización –capacitación al año.
	6.2 Implementación de al menos 2 sesiones al año para el autocuidado de los integrantes de los CEINNAA.		Participación de miembros del CEINNA en al menos 02 actividades de autocuidado al año.

6.5. ATENCION EN HOSPITALES NACIONALES Y ESPECIALIZADOS

ATENCION EN HOSPITALES NACIONALES Y ESPECIALIZADOS		RESPONSABLE	INDICADOR
EJE	ACTIVIDADES		
1. Prevención	1.1 Coordinación de la red institucional de los CEINNAA del área de atracción.	Funcionarios(as) de cada establecimiento	
	1.2 Participación activa en las redes intersectoriales contra la violencia, según área atracción.		
	1.3 Desarrollo de actividades educativas para usuarios (as) relacionadas con la prevención de situaciones de abuso.		
	1.4 Transversalización del tema de abuso contra personas menores de edad en todos los espacios educativos y de atención a la población.		
	1.5 Divulgación de los servicios de atención al abuso existentes.	CEINNAA Local	Al menos 02 recursos de divulgación de derechos a los (as) usuarios implementada anualmente.
2. Detección, captación y registro de casos en que se sospeche o confirme abuso del niño, niña o adolescente	2.1 Detección de posible abuso en personas menores de edad según edad y tipo de abuso en niños, niñas y adolescentes, incluyendo vida intrauterina y neonatos según Instrumento Detección de indicadores de posible abuso en sus diferentes manifestaciones (Ver Anexo 3).	Funcionarios(as) de cada establecimiento	% de expedientes con registro de casos detectados según indicadores.
	2.2 Registro de indicadores detectados en el expediente de salud o en la hoja de urgencias.		Registro casos notificados a Vigilancia Epidemiológica, Ministerio de Salud.
	2.3 En caso de sospecha firme de una situación de abuso asegurarse que el profesional responsable llene la boleta de declaración obligatoria del Ministerio de Salud (V01) (Anexo 4) y realice la referencia a Ministerio Público, PANI y CEINNAA (Anexo 5).	CEINNAA local	Registro casos notificados al PANI.
3. Atención Integral del niño, niña, adolescente en situación de abuso	3.1 Referencia a oficinas locales del PANI según ámbito de competencia.	Funcionarios(as) de cada establecimiento	Acciones realizadas en cada caso analizado registradas en el expediente de salud del usuario(a).
	3.2 Suspensión de visitas de las personas que se considera interfieren con la valoración y/o atención del caso, sean sospechosas del abuso o representen un riesgo para el paciente menor de edad u otros. Inmediatamente después se debe comunicar y solicitar intervención del Ministerio Público y PANI con sustento de los artículos 13, 19, 24 del CNA.		
	3.3 Comunicar y coordinar con otras instituciones por medio de trabajo social para asegurar la restitución de derechos.		
	3.4 Orientación para la solicitud de medidas de protección a la familia, la persona adolescente y el encargado(a) del niño o niña.		

ATENCIÓN EN HOSPITALES NACIONALES Y ESPECIALIZADOS (continuación)		RESPONSABLE	INDICADOR
EJE	ACTIVIDADES		
3. Atención Integral del niño, niña, adolescente en situación de abuso (continúa)	3.5 Elaboración de registro escrito de los casos atendidos por situaciones de sospecha y abuso del niño, niña y adolescente, que sea accesible a funcionario(a) autorizado(a).	CEINNAA Local	Registro escrito de los casos atendidos.
4. Seguimiento	4.1 Coordinación con otros niveles de atención de salud y otras instituciones el seguimiento de casos de sospecha y/o abuso confirmado.	establecimiento Funcionarios(as) de cada	
	4.2 Referencia y contrarreferencia a las diferentes instancias de los casos de sospecha y/o abuso confirmado. Esta referencia se debe coordinar con Trabajo Social y el aporte especializado de psiquiatría y/o psicología.		Registro de referencias y contrarreferencias enviadas.
	4.3 Optimización del sistema de referencia interna de estos casos.		
	4.4 Reporte de casos a CEINNAA para análisis de los casos abiertos e inclusión a base de datos de todos los casos.		
5. Gestión e Investigación por el CEINNAA	5.1 Conformación de CEINNAA y ejecución de las funciones establecidas en el Reglamento Comités de Estudio del Niño,	CEINNAA Local	CEINNAA conformado y actas de sesión debidamente registradas en Libro.
	5.2 Desarrollo de al menos una sesión mensual según demanda y características del Hospital, dedicadas al trabajo técnico administrativo.		Registro escrito de los casos detectados y atendidos.
	5.3 Sistematización de información anual de los casos detectados y atendidos en cada unidad y enviar copia al Área de Atención Integral de las Personas, Equipo Técnico de Salud del Niño y la Niña (Ver Anexo 5).		
	5.4-Inclusión de actividades de CEINNAA en el Plan Operativo del establecimiento.		
	5.5 Elaboración y envío del Informe de Vigilancia Epidemiológica de casos atendidos, por situaciones de sospecha de abuso de niños, niñas y adolescentes, según normativa vigente del Ministerio de Salud.	Registros médicos	Informe de Vigilancia Epidemiológica enviado.
	5.6 Análisis de datos disponibles para establecer tendencias en la evolución de la situación de abuso de la población atendida.	CEINNAA Local	Informe Anual de funcionamiento del CEINNAA enviado a Salud del Niño y la Niña.
	5.6 Evaluación anual del Plan de Gestión Local y procesos del CEINNAA que permita determinar las mejoras posibles.		Actividades de CEINNAA incluidas en Plan de Gestión Local con presupuesto asignado.

ATENCIÓN EN HOSPITALES NACIONALES Y ESPECIALIZADOS (continuación)		RESPONSABLE	INDICADOR
EJE	ACTIVIDADES		
5. Gestión e Investigación por el CEINNA (continua)	5.7 En el caso de los Hospitales de III nivel no especializados de atención por Región, estos deben apoyar los procesos de capacitación, formación y atención Hospitalaria en red correspondiente de su respectiva Región.	CEINNA Local	Plan de Trabajo en Red.
	5.8 En el caso del Hospital Nacional de Niños, como Hospital Académico Nacional en Salud de Niños y Niñas, apoyará el proceso de capacitación a nivel nacional, así como la inclusión del tema de abuso en las diferentes actividades formativas.		Plan de Trabajo de capacitación con Hospitales.
6. Capacitación interna y autocuidado del CEINNA	6.1 Programación de espacios de actualización continua para los integrantes del CEINNA local.		Participación de miembros del CEINNA en al menos 02 actividades de autocuidado al año.
	6.2 Implementación de al menos 2 sesiones al año para el autocuidado de los integrantes de los CEINNA.		

6.6. NIVEL CENTRAL

RESPONSABLE	ACTIVIDADES	INDICADOR
AREA DE ATENCION INTEGRAL A LAS PERSONAS Equipo Técnico Salud del Niño y la Niña	Conformación y coordinación del Consejo Institucional Interdisciplinario de Coordinación de los CEINNA (COCEINNA).	Consejo Constituido. Plan del Consejo.
	Apoyo a los CEINNA mediante la capacitación y asesoría.	Actividades de capacitación y asesoría realizadas.
	Seguimiento a la conformación y funcionamiento de los CEINNA de acuerdo al respectivo reglamento.	Informe anual sobre CICEINNA conformados y en funcionamiento.
	Conformación y seguimiento a las Redes Regionales de CEINNA.	Redes Regionales de CEINNA funcionando.
	Seguimiento, capacitación para la implementación de la Guía de Atención al Abuso.	Plan de seguimiento y capacitación para la implementación de la Guía.
	Actualización de Guía de Atención al Abuso.	Plan de actualización de la Guía.
	Sistematización de los informes anuales de los CEINNA.	Informe nacional de los CEINNA publicado en la web de la CCSS.
DIRECCION JURIDICA Y ASESORIA JURIDICA LEGAL DEL NIVEL LOCAL	Apoyo por diferentes modalidades en capacitación y asesoría jurídica a los CEINNA (pertenencia de sus representantes en los establecimientos de salud al CEINNA, por consejería, correo, etc.)	Plan para apoyar la capacitación y la asesoría
	Representación en COCEINNA.	Sesiones del COCEINNA a las que asiste.

REFERENCIAS

- Abarca, C., Alpízar, L. E., Alpízar, C., Araya, M., Bogantes, J., Masis, M. y Rojas, J. (2006). Agresión infantil como problema social en Costa Rica, desde enero de 2005 hasta mayo de 2006. Revista Médico Legal, 2 (23). San José, Costa Rica.
- AEPNYA Protocolos. (2008). En: <http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/maltrato.pdf> Consultado 29-9-11.
- Appleton-Cuyas. Spanish-English/English-Spanish Dictionary. (1982). Prentice-Hall. Inc. New Jersey.
- Asamblea Legislativa de la República. (2010). Código de la Niñez y la Adolescencia: Ley N° 7739. San José, Costa Rica: Caja Costarricense de Seguro Social.
- Asociación Española de Psiquiatría del Niño y el Adolescente (AEPNYA). (2008). Protocolos p. 196. En: <http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/maltrato.pdf> Consultado 29-9-11.
- Ávila, M.L. (abril-junio, 2009). Hacia una nueva Salud Pública: Determinantes de la Salud. Acta médica Costarricense v.51 n.2 San José, Costa Rica. En: <http://www.scielo.sa.cr/pdf/amc/v51n2/art02v51n2.pdf> Consultado 2-12-11
- Ayoub, C.C. et al. (2002). Position paper: definitional issues in Munchausen by proxy. Child Maltreat, 7, (2). United States: Harvard Medical School. pp. 105-111.
- Barquero, K. (2004). Tesis de Grado para optar por el título de Licenciatura en Trabajo Social. Factores sociofamiliares asociados al abuso contra niños y niñas en la manifestación de trastornos facticios por Poder Hospital Nacional de Niños, 2000 - 2002. San José, Costa Rica: Universidad de Costa Rica.
- Batres, G. y Claramunt, C. (1998). La violencia contra la mujer en la familia costarricense. Tratamiento grupal: Adultas y adolescentes sobrevivientes de incesto y abuso sexual. Manual para terapeutas. (2º. ed.). San José, Costa Rica: ILANUD- Programa Regional de Capacitación contra la Violencia Doméstica. ISBN- 9977-25-104-5. En: <http://dragiocondabatres.com/descargas/Manual%20Tratamiento%20Grupal-%20Adultas%20y%20Adolescentes.pdf> Consultado 07-12-11.
- Batres, G. y Claramunt, M. C. (s. f.). La violencia contra la mujer en la familia costarricense. Adolescencia y Salud. Cuarta Antología Programa Atención Integral a la Adolescencia (P.A.I.A.). San José: Caja Costarricense de Seguro Social (C.C.S.S.).
- Bechtel, K., Stoessel, K., Leventhal, J.M., Ogle, E., Teague, B., Gaviates, S., Banyas, B., Allen, K., Dziura, J. y Duncan, Ch. (Julio, 2004). Characteristics That Distinguish Accidental from Abusive Injury in Hospitalized Young Children with Head Trauma. PEDIATRICS, 1, (114).
- Berenice, S. y Álvarez, M. (marzo, 2007). Revictimización un fenómeno invisibilizado en las instituciones. [Revictimization an invisiblelized phenomena in institutions]. Revista Medicina Legal de Costa Rica, 1, (24). En: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1409-00152007000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=es Consultado 2-12-11.
- Bosque-Garza, J. (2003). Historia de la Agresión a los niños. Gac Méd Méx Vol. 139 No. 4.
- Brenes, R. y Grillo, M. (1998). Manual de Contenido Violencia y Abuso contra personas menores de edad. (1º ed.). San José, Costa Rica: Fundación PANIAMOR.

- Bringiotti, C. (2002). Maltrato Institucional. Argentina: Asociación Argentina de Prevención del Maltrato Infanto-Juvenil. En: <http://www.asapmi.org.ar/publicaciones/glosario/?id=372> Consultado 2-12-11.
- Caffey, J. (1946). Multiple fractures in the long bones of infants suffering from chronic subdural hematoma, N° 56. *AmJ Roentgen Rad Ther* pp.163-173. En: [http://www.springerlink.com/content/?k=\(au%3a\(caffey\)+OR+ed%3a\(caffey\)\)](http://www.springerlink.com/content/?k=(au%3a(caffey)+OR+ed%3a(caffey))) Consultado 9-8-10
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2007). Una CCSS renovada hacia el 2025. Políticas institucionales 2007-2012. San José Costa Rica. p. 15. En: <http://portal.ccss.sa.cr/portal/page/portal/portal/normativa2> Consultado 2-12-11.
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2009). Lineamientos Metodológicos para el diseño de propuestas de modalidades de atención en los establecimientos de Salud. San José, Costa Rica: CCSS.
- Campos, R. (2006). El síndrome del niño sacudido. Cuaderno de medicina forense, No. 43-44, pp. 39-45. En: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135 Consultado 12-12-11.
- Claramunt, M. C. (1997). Casitas Quebradas. El Problema de la violencia Doméstica en Costa Rica. (1º ed.). San José, Costa Rica: EUNED.
- Claramunt, M. C. (2003). Explotación Sexual Comercial. Guía de Trabajo para proveedores/as y encargados/as de servicios dirigidos a personas menores de edad víctimas. OIT-IPEC.
- Delgado, A. (2003). Síndrome de Münchausen por Poderes. Niños maltratados. Madrid: Díaz de Santos. Citado Estado del Arte sobre el Síndrome de Münchausen Por Poderes, 002(2). Universitas Psicológica: Bogotá, Colombia. pp. 187-198. En: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/artpdfred.jsp?icve=64720208>
- Diallo, Y., Hagemann, F., Etienne, A., Gurbuzer, Y. y Mehran, F. (2008). Evolución mundial del trabajo infantil: Evaluación de las tendencias entre 2004 y 2008. Ginebra: OIT.
- Fontana, V. J., Donovan, D., Wong, R. J. (Dec., 1963). The Maltreatment Syndrome in children. The New England Journal of Medicine, 26 (269). United States.
- Giardino, A. P., Christian, C. W. y Giardino, E. R. (1997). A practical Guide to the Evaluation of Child Physical Abuse and Neglect. [Una Guía Práctica para la Evaluación del Abuso Físico y la Negligencia contra Niños y Niñas]. (1º ed.). London: SAGE Publications.
- González, G., Martínez, M. J., De la Cerda, F. y Gómez I. (2008). Síndrome de Munchausen por poderes. An Pediatr (Barc), 68, (6). Pp. 609-611. En: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?f=10&pidet_articulo=13123295&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=37&ty=71&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=37v68n06a13123295pdf001.pdf Consultado 06-07-2012.
- Guías Clínicas. (2010). Indicadores de Maltrato Infantil. En: <http://www.fisterra.com/guias2/maltrato.asp> Consultado 30-8-11.

- Helfer, R. E. y Kempe, H. C. (Ed). (1976). Child abuse and neglect: The family and the community. Cambridge, Massachusetts: A. Balling..
- Hospital Nacional de Niños Dr. Carlos Sáenz Herrera. (2011). Folleto La mejor vacuna contra esta epidemia es la información. Epidemia de violencia infantil. San José, Costa Rica.
- Karlin, N. (1995). Münchausen Syndrome by Proxy. Brattleboro Retreat. Psychiatry Review. En: Rodríguez, L. A., Gómez, R. M. y Mesa, A. (julio-diciembre, 2003). Estado del Arte sobre el Síndrome de Münchausen Por Poderes, 002, (2). Universitas Psicológica: Bogotá, Colombia. pp. 187-198.
En: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/artpdfred.jsp?icve=64720208>
- Kempe, C.H., Silverman, F. N. Steele, B. F., Droegemuller, W. y Silver, H. K. (1962). The Battered Child Syndrome, N°. 181. Journal of the American Medical Association. pp. 24.
- Kempe, C. H. y Helfer, R. E. (Ed). (1968). The Battered Child. (1º ed.). Chicago: Chicago University Press.
- Kempe, C. H. y Helfer, R. E. (Ed). (1972). Helping the Battered Child and His Family. Chicago: Chicago University Press.
- Kent, L., Laidlaw, J. D. y Brockington, I.F. (1997). Fetal Abuse. Child Abuse Negl. 21.
- Lago, G. (s.f.). Negligencia o descuido. Módulo 3. En: http://www.scp.com.co/precop/precop_files/modulo_5_vin_3/31-41%20Negligencia%20o%20descuido.pdf
Consultado 26-6-12
- Lengerich, E. J. (Ed.). (1999). Indicators for Chronic Disease Surveillance: Consensus of CSTE, ASTCDPD, and CDC. Atlanta, GA.: Council of States and Territorial Epidemiologists.
- Ley N°. 4573. Código Penal Costa Rica. Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. San José, Costa Rica. En: http://www.oas.org/dil/esp/Codigo_Penal_Costa_Rica.pdf Consultado 7-12-11.
- Ley N° 7739. Código de la Niñez y la Adolescencia. Asamblea Legislativa de la República. San José, Costa Rica: Caja Costarricense de Seguro Social.
- Ley No. 8654. Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes a la Disciplina sin Castigo Físico ni Trato Humillante. Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. San José, Costa Rica.
- Loredo, A. J. (1994). Maltrato al Menor. México, D.F.: Mc. Graw Hill.
- Macedo, C. (1993). Bol Of Sanit Panam 115(5). Programa de Publicaciones.
- Maher, P. (1990). El abuso contra los niños. La perspectiva de los educadores. México, D.F.: Grijalbo. p. 13.
- Marcado, N. (2012) ¿Qué es considerado abuso y negligencia de menores en EE.UU.? En: <http://saludinfantil.about.com/od/Salud/a/Qu-E-Es-Considerado-Abuso-Y-Negligencia-De-Menores-En-Ee-Uu.htm> Consultado 26-6-12.

- Mercau, C. (2005). Maltrato en el embarazo y en el recién nacido. Revista del Hospital J.M. Ramos Mejía, Edición Electrónica, N°1, Volumen X. En <http://www.ramosmejia.org.ar/r/200501/3.pdf> Consultado 28-11-11.
- Ministerio de Trabajo y Seguridad Social-DNI-OIT. (2005). Plan Nacional de Acción para la prevención y erradicación del trabajo infantil y protección especial de las personas adolescentes trabajadoras 2005-2010. San José, Costa Rica. ISBN 9968-40-004-1.
- Morey, M. A., Begleiter, M. L. y Harris, D. J. (1981). Profile of a battered fetus. Lancet, 318, pp. 1294-1295
- Oficina contra la Droga y el Delito. (Agosto-Setiembre, 2008)- Indicadores de Trata de Personas. Washington, D.C.: Naciones Unidas En: http://www.unodc.org/documents/human-trafficking/HT_indicators_S_LOWRES.pdf Consultado 09-07-2012.
- OMS. (29-31 de marzo, 1999). Informe de la Reunión consultiva sobre el maltrato a menores. Ginebra. En: http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO_HSC_PVI_99.1_spa.pdf Consultado 30-8-11
- OMS-OPS. (2003). Informe mundial sobre la violencia y la salud. Editado por Etienne G. Krug, Linda L. Dahlberg, James A. Mercy, Anthony B. Zwi y Rafael Lozano. Publicación Científica y Técnica No. 588. En: <http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/Contenido.pdf> Consultado: 30-8-11.
- OPS-OMS. (2003). Capítulo 3. Maltrato y Descuido de los menores por los padres y otras personas a cargo. Informe Mundial sobre la violencia y la salud. ISBN 92 75 31588 4 En: http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/capitulo_3.pdf Consultado 26-5-12.
- OPS-OMS. (2007). Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización. Washington, D.C: OPS-OMS.
- OMS y Sociedad Internacional para la Prevención del Maltrato y el Abandono de los Niños. (2009). Prevención del maltrato infantil: Qué hacer, y cómo obtener evidencias. ISBN 978 92 4 359436 1 (Clasificación NLM: WA 320).
- OMS. (2012). Manual STEPS. En: <http://www.who.int/chp/steps/manual/es/index.html> Consultado 10-01-12.
- Organización Internacional del Trabajo. (2011). ¿Qué se entiende por trabajo infantil? En: <http://www.ilo.org/ipecc/facts/lang--es/index.htm> Consultado 28-11-11.
- Ortiz, M., Solís, K. y Umansor, D. (2004). Manual de Procedimientos para la Detección y Denuncia desde el Centro Educativo ¿Qué hacer ante situaciones de violencia o abuso contra personas menores de edad?.. Ministerio de Educación Pública –Ministerio de Justicia. ISBN 9968-9977-3-0.
- PANIAMOR. (2001). Atención Integral del Niño y niña víctimas de abuso, desde la perspectiva del sector salud. San José, Costa Rica.
- Porras, R. y Pérez, V. (2002). Síndrome del niño sacudido: la importancia de las hemorragias retinianas y hematomas subdurales en su diagnóstico. Acta pediátrica Costarricense, 2(16). San José, Costa Rica. En: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-00902002000200002&script=sci_arttext Consultado 30-11-11.

- SAIID (2012). Atención Integral del Desarrollo de Niñas y Niños en Costa Rica: fortalecimiento intersectorial. CCSS-MEP-CEN/CINAI-UCR-UNA-UNED. San José, Costa Rica.
- Santana-Tavira, R., Sánchez-Ahedo, R. y Herrera-Basto, E. (enero-febrero, 1998). Salud pública de México, vol. 40, No.1. En: http://www.medicoslegistas.com/medicos2/index.php?option=com_k2&view=item&id=91:historia&Itemid=162 Consultado 29-8-11.
- Silverman, F. N. (March, 1953). The roentgen manifestation of unrecognized skeletal trauma in infants, 69. Am J Roentgen. United States. pp. 413-426.
- Tardieu, A. (1860). Étude médico-legale sur les sévices et mauvais traitement exercés sur des enfants. Annales d'hygiène publique et de médecine légale, 13: 361-398. Paris. En: <http://www.whonamedit.com/synd.cfm/809.html> Consultado: 9-8-10
- Temkin, O. (2003). Translation of Soranus. Gac Méd Méx Vol. 139, No.4.
- Ulate, F. (1987). Maltrato infantil. Manual de Capacitación. San José, Costa Rica: INCIENSA. Ministerio de Salud.
- Valenzuela, M. T. (Julio-Setiembre, 2005). Indicadores de Salud: Características, Uso y Ejemplos. Ciencia.-Trabajo, 7(17). pp. 118-122. En: <http://www.cienciaytrabajo.cl/pdfs/17/Pagina%20118.pdf> Consultado 25-11-11.
- Viquez, M. (s.f.). Explotación Sexual Comercial de Personas Menores de Edad: Represión o Atención y Prevención. En: <http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/explotacion.htm> Consultado 2-12-11.
- Woolley, P. y Evans, W. (1995). Significance of skeletal lesions in infants resembling those of traumatic origin, N° 158. J Am Med Assoc. pp. 539-543. En: <http://jama.ama-assn.org/search?fulltext=Woolley+and+Evans&submit=yes&x=5&y=3> Consultado 9-8-10.
- Zarco, F. (2010). Algunos Datos Históricos de la Medicina Legal y forense en México. En: http://www.medicoslegistas.com/medicos2/index.php?option=com_k2&view=item&id=91:historia&Itemid=162 Consultado 29-8-11

ANEXOS

PARTIE VIII

ANEXO 1

Nota de oficialización de la Guía



GERENCIA MÉDICA
Teléfono: 2539 0000 Ext 7600
FAX. 2539-0925/1435

07 de agosto, 2012
36959-5

Doctor
José Miguel Rojas Hidalgo
Director
Dirección Desarrollo Servicios de Salud

ASUNTO: Aval para la Guía de Atención Integral a niños y niñas y adolescentes víctimas de abuso.

Estimado señor:

Con la finalidad de ofrecer una respuesta articulada a la necesidad de fortalecer los procesos de atención al desarrollo de niños y niñas, que igualmente responde a la iniciativa de atención primaria en Salud Renovada y a las Redes Integradas de Servicios de Atención, se otorga el Aval a la Guía de Atención Integral a niños y niñas y adolescentes víctimas de abuso, para que proceda con lo correspondiente.

Atentamente,

GERENCIA MÉDICA

Dra. María Eugenia Villalta Bonilla
Gerente



MEVB/LCQ/jbh

Cf.: Dr. Hugo Chacón Ramírez, Jefe Área de Atención Integral a las Personas
Archivo

INSTRUCTIVO
REFERENCIA DE SITUACIONES DE ABUSO AL MINISTERIO PUBLICO

Este documento se logró en consenso con el Ministerio Público. Tiene la información básica para que los funcionarios respectivos tengan la información inicial suficiente que permita iniciar un proceso legal.

1. Anotar con letra clara y legible todo el documento.
2. Anotar fecha de envío de denuncia
3. Revisar **Guía Telefónica del Ministerio Publico** para anotar correctamente teléfono, fax de Fiscalía donde ocurrieron los hechos denunciados y de Oficina local del **Patronato Nacional de la Infancia** donde reside la persona menor de edad.
4. Datos del centro de atención, hospital, centro de salud, equipo básico de atención integral de salud que detecta la situación.
5. Datos de la persona menor de edad, nombre completo, número de identificación, sexo, edad, fecha de nacimiento y dirección. Nombre completo del padre, madre y/o encargado, teléfono de residencia y celular.
6. Datos del presunto agresor, importante obtener todos los datos que se solicitan para su localización
7. Se anota el presunto tipo de abuso, **importante** lugar de los hechos. Anotar “textualmente” lo que relata la persona menor de edad y/o familiar, más la descripción del funcionario de la valoración en ese momento de indicadores de abuso. (Ver anexo).
8. Nombre completo, número de cédula y firma de la persona quien refiere el documento.

ANEXO 3

Instrumento de Detección de indicadores de posible abuso en sus diferentes manifestaciones

INDICADORES A CONSIDERAR PARA LA DETECCIÓN DE POSIBLE ABUSO EN PERSONAS MENORES DE EDAD		
Abuso prenatal () Ausencia de control prenatal () Control prenatal tardío o incompleto () Rechazo del embarazo () No adherencia de la madre a tratamientos asignados durante el embarazo () Uso o abuso de tabaco o alcohol, otras drogas lícitas, ilícitas, fármacos, laxantes, etc. () Intento de aborto () Cualquier tipo de abuso contra la madre () Exigencia de alta (salida) en contra de criterio profesional poniendo en riesgo al bebé en el útero () Otro. Especifique _____	Abuso emocional o psicológico Evidencias en las relaciones con otros(as) de: () Abandono de padre, madre y/o encargado () Insultos verbales o gestuales () Sobreprotección () Menosprecio a las ideas, sentimientos o conductas del menor () Hacer comparaciones () Uso de sobrenombres ofensivos () Destrucción de objetos personales del niño o niña que le son significativos () Relato de muerte intencional o amenaza de muerte a mascotas del niño(a) () Gritos o silencios prolongados (negarse a hablarle) () Ridiculización de la persona menor de edad () Exposición de la persona menor de edad a situaciones de riesgo () Discriminación negativa () Ignorar al niño(a) con el fin de hacer daño () Relato de amenazas constantes () Otro. Especifique. _____	Abuso sexual () Relato de manoseo () Relato de violación o penetración () Relatos de conducta o interés sexual inadecuado a su edad () Relato de exposición a material pornográfico () Rastros de semen a nivel corporal, en la ropa y/o en pruebas clínicas () Embarazo en personas menores de 15 años () Relato de que le muestran o le piden mostrar los órganos genitales () Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada () Vulva, pene o ano hinchado, enrojecido o roto () Dolor o picazón en la zona anogenital () Contusiones o sangrados en la zona anogenital () Infecciones de transmisión sexual () Sugilaciones (chupetazos) () Masturbación compulsiva () Conducta sexual inapropiada hacia otras personas menores de edad () Evidencia de explotación sexual () Otro. Especifique. _____
Abuso físico () Síndrome de niño sacudido (primer año de edad) () Relato de castigo físico () Hematomas (moretes) () Quemaduras () Heridas () Cicatrices () Intoxicaciones () Hemorragias () Fracturas () Lesiones en órganos internos () Trauma cráneo encefálico () Historia incongruente con hallazgo físico () Otro. Especifique. _____	Abuso por Negligencia () Escasa higiene () Caídas frecuentes () Padre, madre o encargado permisivo () Evidencia o se queja de cansancio sin razón aparente o muestra apatía permanente () Evidencia necesidades médicas, alimentarias, de vestido,	Indicadores inespecíficos () Conductas autodestructivas () Cambios bruscos en el nivel de actividad del niño o niña sin causa aparente () Agresividad () Anorexia, bulimia, obesidad, bajo peso

Abuso patrimonial () Relato de desviación de fondos de pensión alimentaria, becas estudiantiles, pensión por orfandad y/o pensión de régimen no contributivo por discapacidad () Relato de desviación de obsequios, donaciones y otras pertenencias. () Relato de destrucción de bienes o pertenencias. () Relato de resistencia o negación a entregar pensión alimentaria () Otro. Especifique.	sueño u otras insatisfecas () Trabajo remunerado en menores de 15 años de edad () Trabajo excesivo en mayores de 15 años (mas de 6 horas diarias) () Evidencia ausentismo escolar frecuente () No asiste a un centro educativo () Utiliza ropa inadecuada para la edad, sexo y contexto () Su historia clínica evidencia que se enferma frecuentemente () Deambula por la comunidad (callejización) () Relato de condición de mendicidad () Drogadicción () Evidencia una presentación personal descuidada () Relato de asignación de tareas en el hogar inapropiadas y/o excesivas para la edad () Evidencia en su historia clínica no seguimiento de su desarrollo y/o alteración de éste () Persona menor de edad consulta en el establecimiento sin acompañante adulto () Otro. Especifique.	() Enuresis o encopresis () Problemas o deterioro en rendimiento escolar () Ansiedad sin causa aparente () Autoestima lesionada () Autopercepción distorsionada () Miedos extremos () Indocumentado () Historia no confiable y/o incongruente () La persona menor de edad ha estado en diferentes centro médicos que no logran la curación ni llegar a un diagnóstico () Los exámenes físico, de gabinete y laboratorio revelan hallazgos que no concuerdan con los síntomas o la historia clínica. () Signos y síntomas desaparecen cuando la niña o niño es separado del progenitor(a) () El progenitor(a) cumple con el perfil idea de cuidador(a) (abnegado, devoto, paciente, sufrido). () Hay ganancia económica y/o reconocimiento social para el progenitor(a) con la enfermedad del niño o niña. () Otro. Especifique.
Abuso institucional () Negar la atención oportuna e idónea a la persona menor de edad () Omitir el registro de cualquier situación de abuso detectada () Revictimización de la persona menor de edad en el proceso de atención () Procedimientos, protocolos o rutinas de atención rígidas que impidan el cumplimiento de los derechos de las personas menores de edad () No cumplir con el código ético del colegio o institución respectiva () Aplicar prácticas que se alejan del interés superior del niño(a) (mal praxis) () Uso inadecuado de información y/o documentos confidenciales () Otro. Especifique.		

Anexo 4

Boletas de declaración obligatoria del Ministerio de Salud (V01)

V.E.01	
Ministerio de Salud-C.C.S.S. BOLETA DE NOTIFICACION INDIVIDUAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	
# Expediente:	Códigos
Nombre completo del paciente:	
Fecha inicio de síntomas:	
Día: Mes: Año:	
Diagnóstico:	
Fecha del Diagnóstico:	
Día: Mes: Año:	
Sexo: 1 ☐ Hombre 2 ☐ Mujer	
Fecha de nacimiento:	
Día: Mes: Año:	
Edad: Años: Meses: Días:	
Nombre del encargado (en caso de menores de 18 años)	
Residencia: Provincia:	
Cantón: Distrito:	
Otras señas:	
Teléfono:	
Lugar de trabajo:	
Establecimiento que informa:	
Nombre del que informa:	

MS 367/C/29/98

ANEXO 5

Sistematización de información anual de las situaciones de abuso (SA) detectadas y atendidas en cada unidad⁹⁵

- 1-Número integrantes del CEINNAA según disciplina e institución que representa:
- 2-Número total de SA detectados.
- 3-Número de SA reportados en la Boleta V01
- 4-Número de SA analizados en el CEINNAA.
- 5-Número de SA denunciados ante el Ministerio Público
- 6-Número de SA referidos al PANI
- 7-Número SA según sexo.
- 8-Número de SA según nacionalidad de la víctima
- 9-Número de SA según procedencia por Provincia y Cantón
- 10-Número de SA según rango de edad
 - o Perinatal
 - o Mayores de 28 días a un año de edad
 - o Más de un año de edad a menos de 2 años de edad
 - o De 2 a 5 años de edad
 - o De 6 a 11 años de edad
 - o De 12 a 14 años de edad
 - o De 15 a 17 años de edad
- 11-Número de situaciones de abuso intrafamiliar
- 12-Número de situaciones de abuso extrafamiliar
- 13-Número de presuntos abusadores según nivel de escolaridad alcanzado
 - o Primaria
 - o Secundaria
 - o Universitaria
 - o Otra
- 14-Número de SA según tipología específica de abuso.

⁹⁵ Esta información se organiza en una tabla de Excel que sirve como base de datos en la cual se incluye cada SA y además sirve para elaborar el informe que se envía al nivel central..



Caja Costarricense de Seguro Social
Gerencia Médica
Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud
Área de Atención Integral a las Personas
Equipo Técnico Salud del Niño y la Niña
Tel: 2223-8948

