

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE POSGRADO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS**



**“CARACTERIZACION MÉDICO LEGAL DEL MALTRATO INFANTIL EN
NIÑOS HASTA DOCE AÑOS”**

Presentado por:

Dra. Milagro de los Ángeles Alvarado de Martínez
Dra. Bedilia Elizabeth Cáceres Guerrero

Para optar al título de:

ESPECIALISTA EN MEDICINA LEGAL

Asesor(a) de contenido:

Dra. Linda Dinorah Landaverde Rendon

Asesor(a) metodológico

Dra. Lizeth Yomara Lucero de Maravilla

Ciudad Universitaria “Dr. Fabio Castillo Figueroa”, El Salvador, Noviembre 2021

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD

Rector

MsC. Roger Armando Arias

Vicerrector Académico

PhD. Raúl Ernesto Azcúnaga

Vicerrector Administrativo

Ing. Juan Rosa Quintanilla

Secretario general

Ing. Francisco Antonio Alarcón

AUTORIDADES DE LA FACULTAD

Decana

MsC. Josefina Sibrián de Rodríguez

Vicedecano

Dr. Saúl Díaz Peña

Secretaria

MsC. Aura Marina Miranda

Director de Escuela

Dr. Rafael Antonio Monterrosa

I. RESUMEN

La Ley de Protección Integral de La Niñez y Adolescencia, define al maltrato infantil como toda acción u omisión que provoque o pueda provocar dolor, sufrimiento o daño a la integridad o salud física, psicológica, moral o sexual de una niña, niño o adolescente, por parte de cualquier persona, incluidos sus padres, madres u otros parientes, educadores y personas a cargo de su cuidado, cualesquiera que sean los medios utilizados.¹ Las estadísticas publicadas en el periodo de enero a septiembre del año 2020, por el Consejo Nacional y la Niñez y de la Adolescencia, muestran que recibieron 6,779 casos de maltrato infantil, y que la población mayormente afectada fueron las niñas y adolescentes mujeres.⁹ El maltrato infantil se clasifica según el modo de violencia, comprendiendo: maltrato físico, maltrato emocional, abuso sexual, negligencia.¹¹ Las causas son múltiples, muchos autores coinciden en que algunas, se pueden atribuir a las propias personas o a influencias del medio socio económico y cultural en el que se desarrollan.⁶

Durante los años 2020 y 2021, por motivos de pandemia COVID 19 la Universidad de El Salvador acordó que los trabajos de investigación de posgrado se realizaran bajo la modalidad de “INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL”, para evitar contagios. Por lo tanto, se detalla una propuesta de diseño metodológico que podría ser utilizado en caso de que este trabajo en un futuro fuera realizado como investigación descriptiva. En dicha investigación se la población serían los niños de cero a doce años que acudieron a peritajes de lesiones al Departamento de Clínica Forense, del Instituto de Medicina Legal, San Salvador, en el período comprendido entre enero de 2018 y diciembre de 2019; utilizando un muestreo probabilístico de tipo aleatorio simple y realizando el cálculo de la muestra mediante el programa estadístico STATS™ 2.0; todos los datos serán extraídos de los peritajes de lesiones respectivos.

II. CONTENIDO

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD.....	ii
AUTORIDADES DE LA FACULTAD.....	iii
I. RESUMEN	iv
II. ÍNDICE	¡Error! Marcador no definido.
III. INTRODUCCIÓN	viii
CAPÍTULO I: OBJETIVOS.....	1
1.1. OBJETIVO GENERAL:.....	1
1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	1
CAPITULO 2: GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS UTILIZADAS	2
2.1. ABREVIATURAS.....	2
2.2. TÉRMINOS	3
CAPÍTULO III: DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	11
3.1. Conceptualización.....	16
3.2. Evolución del maltrato infantil.....	19
3.3. Epidemiología	21
3.4. Causas de maltrato infantil	23
3.5. Clasificación del maltrato infantil.....	26
• Maltrato físico.....	26
• Maltrato psíquico/ emocional.....	32
• Abuso sexual.....	33
• Negligencia:.....	35
• Corrupción:.....	36
• Maltrato social:.....	37
• Maltrato prenatal:	38
• Síndrome de niño maltratado	38
3.6. Interrogatorio:.....	39
3.7. Lesionología, signos y síntomas de maltrato infantil:	41
CAPÍTULO IV: DESCRIPCIÓN DE LAS INTERVENCIONES.....	46
4.1. Prevención del maltrato infantil:.....	46
4.2. Diagnóstico:.....	48
4.3. Diagnósticos diferenciales:	49
4.4. Consecuencias	50
4.5. Valoración forense integral	56

4.6.	Informe médico-forense:	59
4.7.	Abordaje legal	60
CAPÍTULO V: DEFINICIÓN DE ROLES POR NIVEL DE ATENCIÓN.		64
5.1.	Apartados del reconocimiento médico legal de lesiones	69
•	Datos generales:	69
•	Recibió atención hospitalaria:	69
•	Consentimiento informado:	69
•	Antecedentes médico- patológicos:	69
•	Antecedentes quirúrgicos:	70
•	Antecedentes personales no patológicos:.....	70
•	Antecedentes gineco- obstétricos:	70
•	Antecedentes médico- legales:	70
•	Historia médico legal:	71
•	Recolección de evidencia:	72
•	Examen físico:	72
•	Fotografías:	76
•	Radiografías:.....	76
•	Referencia a centro médico:.....	76
•	Indicios recolectados:	76
•	Diagramas elaborados:	76
•	Comentario médico legal:	77
•	Conclusiones del reconocimiento de lesiones:.....	77
•	Lesiones que pusieron en peligro la salud:.....	78
5.2.	METODOLOGÍA.....	79
•	Tipo de diseño.....	80
•	Población de estudio	80
•	Descripción de la muestra	80
•	Método de muestreo	81
•	Cálculo del tamaño de la muestra.....	81
•	Procedencia de los sujetos	81
•	Método de recogida de datos:	81
•	Entrada y gestión de la información de datos:.....	87
•	Limitaciones y posibles sesgos del estudio	87
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES.....		88
CAPÍTULO VII: RECOMENDACIONES		89
FUENTES DE INFORMACIÓN.....		90
ANEXOS		105

Anexo 1- Hoja de consentimiento informado del IML “Dr. Roberto Masferrer”.	105
Anexo 2- Protocolo de reconocimiento de lesiones del IML “Dr. Roberto Masferrer”.	106
Anexo 3- Formulario estadístico del IML “Dr. Roberto Masferrer”.	113

III. INTRODUCCIÓN

El maltrato infantil es una conculcación importante de los derechos de la infancia, y es un problema de salud pública¹⁴, constituyéndose a su vez, un problema médico legal en auge que requiere experiencia y suspicacia por parte de los peritos forenses para poder ser identificado y manejado de forma oportuna.

La legislación salvadoreña contempla en la Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia (LEPINA) en su artículo 38, al maltrato infantil como toda acción u omisión que provoque o pueda provocar dolor, sufrimiento o daño a la integridad o salud física, psicológica, moral o sexual de una niña, niño o adolescente, por parte de cualquier persona, incluidos sus padres, madres u otros parientes, educadores y personas a cargo de su cuidado, cualesquiera que sean los medios utilizados¹.

A su vez, la misma en su artículo 3, define al niño o niña como toda persona desde el instante mismo de la concepción hasta los doce años cumplidos y adolescente desde los doce años cumplidos hasta que cumpla dieciocho años.¹

Las estadísticas publicadas en el periodo de enero a septiembre del año 2020, por el Consejo Nacional de la Niñez y de la Adolescencia, mostraban que recibieron 6,779 casos de maltrato infantil, y que la población mayormente afectada fueron las niñas y adolescentes mujeres.⁹ El maltrato infantil se clasifica según el modo de violencia, comprendiendo: maltrato físico, maltrato emocional, abuso sexual, negligencia.¹¹

Las causas son múltiples, muchos autores coinciden en que algunas, se pueden atribuir a las propias personas o a influencias del medio socio económico y cultural en el que se desarrollan⁶. La prevención del maltrato infantil puede incluir

vista domiciliaria prenatal y las sucesivas en los dos primeros años de vida, formación de profesionales, intervención en familias de riesgo, educación para la salud en grupos o individual¹⁴. El primer paso para el diagnóstico de maltrato infantil es la sospecha ante señales de maltrato¹⁰.

La población meta son los profesionales implicados en la atención de los niños víctimas de maltrato infantil durante el proceso judicial, en particular, los médicos forenses del Instituto de Medicina Legal; los usuarios meta son los niños de cero a doce años que presentan sospecha y/o son víctimas de maltrato infantil y que reciben atención médico legal durante el proceso jurídico.

CAPÍTULO I: OBJETIVOS

1.1. OBJETIVO GENERAL:

Caracterizar con abordaje médico legal los casos de maltrato infantil en niños hasta doce años de edad.

1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

2. Categorizar bajo un abordaje médico legal, los casos de maltrato infantil físico en niños menores de doce años.
3. Determinar los factores epidemiológicos relacionados con casos de maltrato infantil, de niños menores de doce años.
4. Describir los hallazgos físicos identificados en las evaluaciones de casos de maltrato infantil.

CAPITULO 2: GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS UTILIZADAS

2.1. ABREVIATURAS

1. **Art.:** artículo.
2. **CIE:** Clasificación Internacional de Enfermedades.
3. **CP:** Código Penal.
4. **CPP:** Código Procesal Penal.
5. **DM:** Diabetes Mellitus.
6. **DSM V:** Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta edición.
7. **DUI:** Documento Único de Identidad.
8. **ETS:** Enfermedad de transmisión sexual.
9. **FGR:** Fiscalía General de la República.
10. **HTA:** Hipertensión Arterial.
11. **IML:** Instituto de Medicina Legal.
12. **LEIV:** Ley Especial Integral para una Vida libre de Violencia para las Mujeres.
13. **LEPINA:** Ley de Protección Integral para la Niñez y Adolescencia.
14. **LES:** lesiones.
15. **LGTBI:** lesbiana, gay, transexual, bisexual, intersexual.
16. **N/D:** No Dato.
17. **OMS:** Organización Mundial de la Salud.
18. **ONG:** Organización no gubernamental.
19. **OPS:** Organización Panamericana de la Salud.
20. **PGR:** Procuraduría General de la República.
21. **SNC:** Sistema Nervioso Central.
22. **TDH:** trastorno por déficit de atención e hiperactividad.
23. **TEPT:** trastorno de estrés post trauma.

24. **UNICEF:** Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

25. **VIH:** Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

2.2. TÉRMINOS

1. **Abuso sexual:** cualquier clase de contacto o interacción sexual obligada por parte de una persona adulta hacia una persona menor de edad, aprovechándose de su situación de vulnerabilidad física y/o psíquica, utilizando la fuerza, intimidación, chantaje, amenaza o cualquier otro mecanismo que anule o limite su voluntad. ³
2. **Adolescencia:** es el periodo comprendido desde los doce años cumplidos hasta los dieciocho años.¹
3. **Alopecia:** la alopecia es la pérdida anormal del cabello resultado de un proceso patológico⁶¹.
4. **Autolesiones:** son todas aquellas lesiones provocadas deliberadamente en el propio cuerpo sin finalidad suicida, especialmente en la piel⁷².
5. **Contusión:** traumatismo producido por cuerpos romos, es decir, cuerpos que no tienen filo⁶³.
6. **Corrupción:** sucede cuando los adultos promueven o refuerzan en el niño conductas desviadas incapacitándole para experiencias sociales normales. El hogar en el que vive el niño constituye un modelo de vida inadecuado para su normal desarrollo, por contener pautas asóciales, delictivas o autodestructivas.¹¹

7. **Dictamen:** se conoce también como informe pericial. Es un documento emitido por orden de la autoridad judicial para que el perito lo ilustre acerca de aspectos médicos en hechos judiciales o administrativos.⁶³
8. **Diagnóstico diferencial:** es un diagnóstico elegido de entre varios posibles tras el estudio por el profesional de toda la información necesaria en el llamado proceso diagnóstico o proceso de diagnóstico⁷¹.
9. **Equimosis:** consiste en una hemorragia en los tejidos subcutáneos, a menudo en la capa adiposa, que se transparenta como una mancha en la piel.⁶³
10. **Estrés postraumático:** reacción emocional intensa ante un suceso traumático, presentando alteración del sentido, la conciencia o la conducta, que amenaza el bienestar o la vida del individuo⁷⁵.
11. **Excoriación:** es una lesión superficial de la piel, producida comúnmente por fricción del agente contundente que desprende la epidermis, aunque suele respetar su capa germinativa.⁶³
12. **Explotación laboral:** realización con carácter obligatorio de trabajos impropios para su edad y que interfieren de manera clara en sus actividades y necesidades sociales y/o escolares.³
13. **Fractura:** Rotura de un hueso⁷⁷.
14. **Hematoma:** la sangre se colecciona en una bolsa subcutánea, formada por el desprendimiento de la piel de su adherencia a los planos profundos.⁶⁶

15. **Hematoma subdural:** se caracteriza por una acumulación de sangre o hemoderivados en el espacio entre la duramadre y la capa aracnoidea o de la piamadre del cerebro. Puede producirse espontáneamente o a consecuencia de un traumatismo craneal u otras patologías⁶⁸.
16. **Herida contusa:** son producidas por la acción de un instrumento contundente, los traumatismos resultantes del choque de un cuerpo duro de superficie regular o irregular más o menos ancha, siempre roma o no cortante contra el cuerpo humano¹⁵.
17. **Herida cortante:** es una solución de continuidad en la piel hecha por algún agente cortante, en la que se observa bordes limpios y regulares sin puentes de tejido entre sus bordes. Predomina la longitud sobre la profundidad y la existencia de coletas en ambos lados¹⁵.
18. **Herida punzante:** es una abertura en la piel relativamente pequeña si se la compara con la profundidad, producida por un objeto estrecho y puntiagudo. La forma del orificio de entrada que produce casi exactamente la configuración del instrumento punzante¹⁵.
19. **Impulsividad:** es la predisposición para reaccionar de forma inesperada, rápida, y desmedida ante una situación externa que puede resultar amenazante, o ante un estímulo interno propio del individuo, sin tener una reflexión previa ni tomar en cuenta las consecuencias que pueden provocar sus actos⁷⁶.
20. **Incesto:** contacto físico sexual protagonizado por una persona que mantiene una relación de consanguinidad lineal con el niño (padre, madre, abuelo, abuela) o por un hermano, tío o sobrino. También se incluye el

caso en que el adulto esté cubriendo de manera estable el rol parental (por ejemplo, padres adoptivos, padrastro/madrastra).¹⁰

21. **Laceración:** es el equivalente a la herida contusa en tejidos y órganos internos.⁶³

22. **Lesiones oculares:** son lesiones traumáticas que pueden aparecer en cualquier momento, y por tanto no son específicas, presentando afectación de los párpados, conjuntiva, lesiones del segmento anterior y segmento posterior¹⁵.

23. **Maltrato infantil:** toda acción u omisión que provoque o pueda provocar dolor, sufrimiento o daño a la integridad o salud física, psicológica, moral o sexual de una niña, niño o adolescente, por parte de cualquier persona, incluidos sus padres, madres u otros parientes, educadores y personas a cargo de su cuidado, cualesquiera que sean los medios utilizados; asimismo el descuido en el cumplimiento de las obligaciones relativas a la prestación de alimentación nutritiva y balanceada, atención médica, educación o cuidados diarios y la utilización de las niñas, niños y adolescentes en la mendicidad.¹

24. **Maltrato físico:** se considera como cualquier acción no accidental por parte de los padres/tutores que provoque daño físico o enfermedad en el niño o le coloque en grave riesgo de padecerlo.¹¹

25. **Maltrato prenatal:** conductas realizadas voluntariamente por la madre o personas del entorno familiar, o conductas negligentes que influyen negativamente en el embarazo y repercuten en el feto.¹¹

26. **Maltrato psíquico/ emocional:** es el daño que de manera intencional se hace contra las actitudes y habilidades de un niño. Afecta su autoestima, su capacidad de relacionarse, la habilidad para expresarse y sentir deteriora su personalidad, su socialización y, en general, el desarrollo armónico de sus emociones y habilidades.¹⁰

27. **Maltrato social:** situación en la que se encuentra un niño, niña o adolescente en relación con la satisfacción de sus necesidades básicas, como consecuencias de falta de garantías estatales para el acceso a los servicios sociales de subsistencia, por parte de quienes tienen a cargo su crianza.⁹

28. **Mancha mongólica:** también llamada melanocitosis dérmica congénita, aparece como una mácula azul-grisácea con bordes indefinidos, aunque también puede ser azul-verdosa o marrón⁷³.

29. **Mordedura:** es un traumatismo producido por los dientes. Actúan por presión y luego por tracción, en algunos casos se agrega la succión, consiste en pequeñas equimosis, escoriaciones o hasta heridas contusas¹².

30. **Muerte:** cesación o término de la vida⁷⁷.

31. **Mutilación:** todos aquellos procedimientos quirúrgicos que consisten en la extirpación parcial o total de los genitales externos, u otras intervenciones practicadas en los órganos genitales por razones que no son de índole médico⁷⁶.

32. **Negligencia:** imposibilidad que tiene el cuidador de otorgar a un menor las condiciones educativas, nutricionales, sanitarias, de desarrollo psicológico, de alojamiento y protección frente a cualquier evento de peligro.¹¹
33. **Niño/ niña:** es toda persona desde el instante mismo de la concepción hasta los doce años cumplidos.¹
34. **Niño zarandeado:** es un tipo de maltrato infantil que sucede cuando se sacude fuertemente a los bebés, como consecuencias se pueden mencionar: daño cerebral y muerte.¹⁰
35. **Perito:** del latín: docto, experimentado, practico. Es la persona que, por poseer determinado conocimiento científico, artístico o simplemente practico, es requerido para dictaminar sobre hechos cuya apreciación no puede ser llevada a cabo por cualquier persona.⁶³
36. **Petequias:** hemorragias puntiformes de un décimo de milímetro a dos milímetros de diámetro⁶³.
37. **Púrpura:** extravasación de hematíes a la piel, como consecuencia de trastornos hematológicos, de la coagulación, o de los vasos sanguíneos⁶⁴.
38. **Quemadura:** es una lesión en la piel u otros órganos causada por traumatismos físicos y/o químicos, que produce la desnaturalización de las proteínas tisulares y conduce a una alteración del tegumento superficial hasta la total destrucción de los tejidos implicados⁷⁰.

39. **Rapport:** hace referencia a la buena conexión que de forma natural se genera entre dos personas a la hora de comunicarse.
40. **Revictimización secundaria:** las consecuencias psicológicas, sociales, jurídicas y económicas negativas que dejan las relaciones de la víctima con el sistema jurídico penal, relaciones que constituyen un choque frustrante entre las legítimas expectativas de la víctima y la realidad institucional, pues se constata una pérdida de comprensión acerca del sufrimiento psicológico y físico que ha causado el hecho delictivo⁶⁷.
41. **Signo de la bandera:** cabello seco, quebradizo, sin brillo y despigmentado⁶².
42. **Síndrome de Caffey- Kempe:** es el uso de la fuerza física en forma intencional, no accidental, dirigida a herir y lesionar o destruir a un niño, ejercido por parte de su padre o de otra persona responsable del cuidado del menor.¹³ De observación fundamentalmente radiológica donde se pueden encontrar fracturas, fisuras, luxaciones o subluxaciones de diferentes grados de evolución producto de traumatismos, también se observan hematomas, excoriaciones, úlceras, lesiones en cuero cabelludo y otros.²
43. **Síndrome de Munchausen by Proxy:** es donde el padre, madre o tutor inventa o crea los síntomas o signos del niño, confundiendo al médico tratante, donde somete al niño a varias pruebas de diagnóstico.²
44. **Síndrome del niño maltratado:** daño físico o psicológico inferido a un niño mediante agresiones reiteradas en el tiempo provocadas por uno o más adultos que están a cargo de la víctima. Es una enfermedad social

que se refiere a la lesión, física o mental, infligida a un niño por parte de los padres, tutores o responsables de su cuidado, tanto si el descuido es intencional o no.²

45. Tráfico de órganos: sustracción de un órgano sin procedimientos médicos legalmente establecidos y sin que medie consentimiento de la víctima.³

46. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: es una alteración del neurodesarrollo, cuyos síntomas principales son inatención, hiperactividad e impulsividad⁵⁹.

47. Traumatismo: desde el punto de vista médico es el daño resultante en el organismo, producto de una violencia exterior.⁶³

48. Trauma craneoencefálico: es una patología médico-quirúrgica caracterizada por una alteración cerebral secundaria a una lesión traumática en la cabeza generando un daño estructural del contenido de ésta, incluyendo el tejido cerebral y sus vasos sanguíneos⁶⁹.

49. Tricotilomania: arrancamiento recurrente del cabello que da lugar a una pérdida perceptible de pelo. Puede haber arrancamiento del pelo en cualquier región del cuerpo donde este crezca (incluyendo las regiones axilar, púbica y perirrectal)⁷⁴.

50. Violación: contacto físico sexual protagonizado por cualquier persona adulta no incluida en el apartado anterior.¹⁰

CAPÍTULO III: DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El maltrato infantil tiene sus orígenes desde tiempos muy remotos, algunos autores como Lucero Loredó, manifiestan que “la historia de maltrato a menores ocurre desde que el ser humano se encuentra en la faz de la tierra”, y ha sido utilizado para incidir en la crianza y modificar la conducta de los hijos, no siendo visto antiguamente como un problema grave, menciona el trabajo de investigación que tiene por título “Maltrato Infantil”, publicado por la Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo de Cajamarca, en Perú.⁶

En 1874, Aranda refiere que se dio a conocer el caso de una niña norteamericana que era severamente maltratada por sus padres, una vecina y a la vez trabajadora social se dio cuenta que esta niña era víctima de graves castigos físicos y de una notable desnutrición, por lo cual decidió denunciar, sin embargo, al carecer de leyes que sancionan tal maltrato proveniente de sus padres, el caso se presentó ante la Sociedad Protectora de Animales manifestando que la niña pertenecía al reino animal y por ende merecía el mismo trato, apelando a la ley contra la crueldad de los animales, razón por la cual ganó el juicio y el padre fue condenado.⁶

A raíz de dicho suceso, en 1875 se creó La Society For The Prevention Of Children, y en 1884 se creó La Sociedad Nacional para la Prevención de la Crueldad al Niño.⁶

El problema de la violencia infantil empieza a tener la importancia que merece, en 1962, a través de los trabajos de Kempe, donde describe “El síndrome del niño apelado”, desde allí se inician las medidas legislativas que obligaban a cualquier personal de la salud denunciar alguna sospecha de maltrato infantil.⁶

En noviembre de 1989 se aprobó la Convención Internacional de los Derechos del Niño, la misma que fue elaborada durante diez años con diversas aportaciones, las cuales plantean dentro de su artículo diecinueve, proteger al niño de toda forma de violencia ya sea física, mental, sexual, abandonos, negligencia, explotación, mientras éste se encuentre al cuidado de sus padres o de sus cuidadores legales.²

En nuestro país, La Constitución de la República de 1983, en el capítulo dos, referente a derechos sociales dicta, los siguientes artículos a favor de la niñez: art. 33, art. 34, art. 35 y art. 36, los cuales serán abordados más adelante, en ellos se busca proteger los derechos de la niñez desde la familia y a través de la autoridad del Estado.²⁰

Asimismo, a partir del año 1990, se ratificó la Convención sobre los derechos del niño, con lo que el estado se comprometió a revisar y adecuar todas sus normas internas, e implementar un enfoque de derechos humanos en el marco de la Doctrina de Protección Integral de la niñez y adolescencia, teniendo que adoptar todas las medidas administrativas, legislativas, sociales, educacionales, económicas y de cualquier otra índole para dar efectividad a todos los derechos reconocidos en ella, así como también transformar la Convención sobre los derechos del niño, en políticas públicas para todas las niñas, niños y adolescentes sin discriminación alguna.¹

En ese contexto, bajo la orientación de la Constitución de la República, la Convención sobre los Derechos del Niño y la Doctrina de Protección Integral de la Niñez y la Adolescencia, aunado a las observaciones por parte del Comité de los Derechos del Niño al Estado Salvadoreño, por Decreto Legislativo el 26 de marzo de 2009 fue aprobada la Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia, -LEPINA-, como una ley especial en materia de derechos

humanos de NNA, cuya finalidad, según su artículo 1, es “garantizar el ejercicio y disfrute pleno de los derechos y facilitar el cumplimiento de los deberes de toda niña, niño y adolescente en El Salvador” .¹

La ley de protección Integral de la Niñez y Adolescencia, LEPINA, insta a una transformación institucional y uno de los principales mecanismos para orientar dicha transformación es la Política Nacional de Protección Integral de la Niñez y de la Adolescencia, la cual se decreta con la finalidad de guiar la actuación y coordinación de todos los integrantes del Sistema Nacional de Protección Integral, sus directrices tendrán carácter vinculante para las decisiones y acciones dirigidas a la garantía de los derechos de las niñas, niños y adolescentes, y se desarrollará en el decenio de 2013-2023.²¹

Además, el Código de Familia de la República de El Salvador, desde 1993, en su artículo 2, menciona: “la igualdad de derechos de los hijos, la protección integral de los menores y demás incapaces”.¹⁵

En nuestro país según las estadísticas publicadas en el periodo de enero a septiembre del año 2020, por el Consejo Nacional y la Niñez y de la Adolescencia, se recibieron 6,779 casos, 8,125 presuntas víctimas de amenazas o vulneración y 9,539 presuntas amenazas o vulneraciones a derechos, siendo las Juntas de San Miguel, La Libertad y Sonsonate quienes reportaron mayor cantidad de casos.⁹

La población mayormente afectada fueron las niñas y adolescentes mujeres representado el 62.65% de los casos, los niños y adolescentes hombres tenían el 31.46% de los casos. Las amenazas o vulneraciones más frecuentes a derechos fueron: a la integridad personal 62.17%, a la salud 18.49% y a la educación y cultura 5.05%.⁹

En nuestro medio, no se encuentran publicados datos actualizados respecto a los casos de maltrato infantil atendidos en las diferentes instituciones de salud, y con relación a nuestro o tema de investigación, no hay datos publicados de los casos atendidos en el Instituto de Medicina Legal de San Salvador.

El maltrato infantil es una problemática presente desde tiempos antiguos, que ha generado a través de la historia de la humanidad la creación y actuación a través de leyes especiales, con la finalidad de proteger los derechos de este grupo vulnerable de la población; nuestro país no ha sido la excepción y también ha generado leyes especiales a favor de la niñez y adolescencia, siendo la más reciente la Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia (LEPINA), creada en el año 2009.

Sin embargo, la problemática sigue existiendo y el desconocimiento de la magnitud de esta, impide generar concientización para la intervención de los autores sociales de cambio, pues no se cuentan con los datos de los casos de maltrato infantil que reciben las diferentes instituciones públicas, privadas ni organizaciones no gubernamentales.

Son pocas las entidades que aportan datos de dicho problema social, en nuestro país el Consejo Nacional de la Niñez y de la Adolescencia publicó que, en el periodo de enero a septiembre del año 2020, se recibieron 6,779 casos, de víctimas de amenazas o vulneración; siendo las Juntas de San Miguel, La Libertad y Sonsonate quienes reportaron la mayor cantidad de casos, y la población mayormente afectada fueron las niñas y adolescentes mujeres con un 62.65%.⁹

Con relación a nuestra institución de estudio, no se encontraron datos publicados respecto a los casos atendidos de niños con lesiones, por ende, tampoco está

publicada información referente a los tipos de lesiones que hayan presentado, ni a los factores epidemiológicos asociados, esto podría verse justificado por el hecho de que a esta entidad pública no le corresponde tipificar los casos, sin embargo, el criterio médico forense da pautas documentadas en la bibliografía correspondiente, para clasificar las lesiones de forma clínica, apartando dicho criterio médico forense del criterio legal.

El maltrato infantil es una problemática social relevante, de la cual se desconoce la magnitud que tiene en nuestro país, debido a la falta de publicación del número de casos atendidos en las diferentes instituciones involucradas, también debido a la ausencia de un sistema único para el registro de los casos que cumplen con características de maltrato infantil y que a su vez, permitiera darles seguimiento, para procurar la protección de dicha población en situación de vulnerabilidad de sus derechos.

El conocimiento público de los casos de maltrato infantil permitiría realizar contraloría con relación a las leyes especiales dictaminadas en el país, evaluando su alcance, protección y nivel de cambio social generado; a su vez, permitiría que las entidades sociales respectivas tomaran la responsabilidad que les corresponde en el proceder de estos casos.

Asimismo, conocer los factores epidemiológicos más frecuentemente evidenciados en los casos de maltrato infantil, daría pauta para identificar a aquellos sujetos vulnerables o en situación de riesgo, para que las entidades respectivas pudieran actuar oportunamente y así prevenir que suceda dicha situación.

A su vez, conocer el tipo de lesiones evidenciadas con más frecuencia durante la realización del peritaje de lesiones a pacientes que sufren maltrato infantil,

ayudaría para la formulación de protocolos de actuación por parte del sector salud, que reduzca el tiempo de espera para recibir atención médica asistencial y así brindar una atención integral a estos casos, que permita llevar un seguimiento forense, legal, clínico y social que procuren reivindicar los derechos vulnerados en estas personas.

Para la medicina legal en El Salvador, el beneficio de tener este conocimiento, con relación a las lesiones más frecuentemente evidenciadas durante el examen físico, radica en la posibilidad de formular protocolos que sirvan de guía durante la realización del peritaje médico legal, para examinar y documentar haciendo uso de los recursos tecnológicos y fotográficos disponibles, respecto de aquellos puntos relevantes en la evaluación, recordando que dicho momento será irrepetible durante el seguimiento médico y legal, de esa forma poner a la disposición del sistema de justifica, evaluaciones médico forenses completas.

3.1. Conceptualización

Según la Ley de Protección Integral de La Niñez y Adolescencia en su artículo número treinta y ocho referente a la protección frente al maltrato, lo define como toda acción u omisión que provoque o pueda provocar dolor, sufrimiento o daño a la integridad o salud física, psicológica, moral o sexual de una niña, niño o adolescente, por parte de cualquier persona, incluidos sus padres, madres u otros parientes, educadores y personas a cargo de su cuidado, cualesquiera que sean los medios utilizados.¹

Considera asimismo como maltrato al descuido en el cumplimiento de las obligaciones relativas a la prestación de alimentación nutritiva y balanceada, atención médica, educación o cuidados diarios y la utilización de las niñas, niños y adolescentes en la mendicidad.¹

Además, establece que las niñas, niños y adolescentes deben ser tratados con respeto a su persona e individualidad y no pueden ser sometidos a castigos corporales, psicológicos o a cualquier otro trato ofensivo que atente contra su dignidad, sin perjuicio del derecho de la madre y padre de dirigirlos, orientarlos y corregirlos moderada y adecuadamente.¹

En la tesis doctoral realizada por la facultad de medicina de la Universidad Mayor de San Andrés, que lleva por título “Caracterización de casos de maltrato infantil a menores de 0-15 años, atendidos en el Hospital del Niño, Dr. Ovidio Aligiara Uría”, en Bolivia, consideraron al maltrato infantil como toda agresión física y emocional, abuso sexual, descuido, negligencia u omisión, explotación comercial o de otro tipo, siempre intencional, no accidental realizada habitual u ocasionalmente sin importar el espacio físico donde ocurra, contra niños y jóvenes, desde la etapa prenatal y que afecte su integridad biopsicosocial, ejecutadas por una persona, institución o sociedad en el contexto de una relación de confianza, de superioridad física y/o intelectual y/o poder.²

Según la Convención de los Derechos del Niño, en su artículo diecinueve el maltrato infantil se define como: toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo.³

Según Save The Children (2018) el maltrato infantil está referido a toda acción u omisión no accidental ejercida por padres, madres o cuidadores principales que provoca un daño en el bienestar físico, emocional y psicológico de niños, niñas y adolescentes, perjudicando su desarrollo evolutivo.³

En el año 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) define los abusos y la desatención como todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder.³

Asimismo, la OMS, define el maltrato infantil como los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder.⁴

La OMS agrega que el maltrato infantil es una causa de sufrimiento para los niños y las familias, y puede tener consecuencias a largo plazo. El maltrato causa estrés y se asocia a trastornos del desarrollo cerebral temprano, los casos extremos pueden alterar el desarrollo de los sistemas nervioso e inmunitario. En consecuencia, los adultos que han sufrido maltrato en la infancia corren mayor riesgo de sufrir problemas conductuales, físicos y mentales.⁴

Para el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) el maltrato infantil es aquel segmento de la población conformado por niños, niñas y jóvenes hasta los 18 años que “sufren ocasional o habitualmente actos de violencia física, sexual o emocional, sea en el grupo familiar o en las instituciones sociales”. El maltrato puede ser ejecutado por omisión, supresión o trasgresión de los derechos individuales y colectivos e incluye el abandono completo o parcial.⁵

3.2. Evolución del maltrato infantil en el tiempo

En el trabajo de investigación “Maltrato Infantil”, publicado por la Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo de Cajamarca, en Perú se expone como una problemática que no es reciente, tiene sus orígenes desde tiempos muy remotos, algunos autores como Lucero Loredó, manifiesta que “la historia de maltrato a menores ocurre desde que el ser humano se encuentra en la faz de la tierra”, y ha sido utilizado para incidir en la crianza y modificar la conducta de los hijos, no siendo visto antiguamente como un problema grave.⁶

El maltrato infantil es un fenómeno muy antiguo, al respecto Kempe cita a Aristóteles (400 a.C), quién tuvo como creencia que “un hijo o un esclavo son propiedad y nada de lo que se hace con él es injusto”.⁶

Así mismo se menciona en el derecho romano antiguo “*Pater Familiae*”, era el dueño de los hijos y era quien decidía el destino de estos, él tenía derecho de decidir su vida, la muerte y el castigo, así como de vender sus hijos si él lo decidía para la esclavitud o abandonarlos.⁶

Aranda refiere que, en 1874 se dio a conocer el caso de una niña norteamericana la misma que era severamente maltratada por sus padres, una vecina y a la vez trabajadora social se dio cuenta que esta niña era víctima de graves castigos físicos y de una notable desnutrición, por lo cual decidió denunciar, sin embargo al carecer de leyes que sancionan tal maltrato proveniente de sus padres, presentó el caso ante la Sociedad Protectora de Animales manifestando que la niña pertenecía al reino animal y por ende merecía el mismo trato, apelando a la ley contra la crueldad de los animales, razón por la cual ganó el juicio y el padre fue condenado.⁶

A raíz de ese suceso, en 1875 se creó La Society For The Prevention Of Children, y en 1884 se creó La Sociedad Nacional para la Prevención de la Crueldad al Niño.⁶

En un artículo de revisión “El síndrome del maltrato infantil y su diagnóstico en el consultorio estomatológico”, detalla que cuando ya existían medidas jurídicas que protegían a los animales, aún se justificaba y permitía el maltrato infantil sin que ningún recurso legal pudiera impedirlo.⁷

En la actualidad, a pesar de las grandes campañas de defensa de los derechos del niño respaldadas por leyes nacionales e internacionales, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), aún persisten diversas prácticas de maltrato infantil asociadas muchas veces a ambientes y modos de vida caracterizados por la violencia, la frustración, el estrés, el consumo de alcohol y drogas y la falta de amor.⁷

En el siglo XIII, apareció una ley de carácter público sobre el castigo corporal hacia los niños la cual decía “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”.⁶

El problema de la violencia infantil empieza a tener la importancia que se merece a través de los trabajos de Kempe en 1962 donde describe “El síndrome del niño apelado” que eran niños que padecían cuadros de traumatismos físicos causados por sus padres o cuidadores, desde allí se inician las medidas legislativas que obligaban a cualquier personal de la salud denunciar alguna sospecha de maltrato infantil.⁶

En noviembre de 1989 se aprueba la Convención Internacional de los Derechos del Niño, la misma que fue elaborada durante diez años con aportaciones de

diversas sociedades, culturas y religiones, las cuales plantean dentro de su artículo diecinueve, proteger al niño de toda forma de violencia ya sea física, mental, sexual, abandonos, negligencia, explotación, mientras éste se encuentre al cuidado de sus padres o de sus cuidadores legales.²

3.3. Epidemiología

En junio de 2020 la Organización Mundial de la Salud, OMS, publicó las siguientes cifras:⁸

- La violencia contra los niños incluye todas las formas de violencia contra los menores de 18 años, infligida por sus padres o por otras personas que les cuiden, sus compañeros, sus parejas u otras personas.
- Se calcula que hasta 1000 millones de niños de entre 2 y 17 años en todo el mundo fueron víctimas de abusos físicos, sexuales, emocionales o de abandono en el último año.
- La violencia sufrida en la infancia afecta a la salud y el bienestar a lo largo de toda la vida.
- La meta 16.2 de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible es “poner fin al maltrato, la explotación, la trata y todas las formas de violencia y tortura contra los niños”.
- Se han recogido pruebas en todo el mundo que demuestran que la violencia contra los niños se puede prevenir.

Los datos de maltrato infantil expuestos por el Observatorio de la Infancia de Andalucía mencionan que:³

- Como consecuencia de esta situación los niños que fueron víctimas de violencia corren un mayor riesgo de sufrir enfermedades mentales, consumo de drogas y alcohol y obesidad, así como de sufrir afecciones crónicas en el futuro.

- Alrededor de 6 de cada 10 niños del mundo (unos 1.000 millones) de 2 a 14 años sufrieron de manera periódica castigos corporales a manos de sus cuidadores.
- 60% de niños del mundo de 2 a 14 años sufren de manera periódica castigos físicos (corporales) a manos de sus cuidadores.
- 30% de adultos en el mundo creen que para criar o educar de manera adecuada a un niño/a es necesario apelar al castigo físico.
- 120 millones de niñas de todo el mundo han sido víctimas de relaciones sexuales forzadas y otras agresiones sexuales en algún momento de sus vidas.
- Los niños también están en peligro, aunque no hay una estimación mundial debido a la falta de datos comparables.
- Casi la mitad de todas las niñas adolescentes de 15 a 19 años que mencionaron haber sido objeto de violencia física o sexual también dijeron que nunca se lo había contado a nadie.

En nuestro país según las estadísticas publicadas en el año 2020 por el Consejo Nacional y la Niñez y de la Adolescencia, en el periodo comprendido de enero a septiembre del año previamente mencionado se recibieron 6,779 casos, 8,125 presuntas víctimas de amenazas o vulneración y 9,539 presuntas amenazas o vulneraciones a derechos, siendo las Juntas de San Miguel, La Libertad y Sonsonate quienes reportaron mayor cantidad de casos.⁹

La población mayormente afectada fueron las niñas y adolescentes mujeres representado el 62.65% de los casos, los niños y adolescentes hombres tenían el 31.46% de los casos.⁹

Las amenazas o vulneraciones más frecuentes a derechos fueron: a la integridad personal 62.17%, a la salud 18.49% y a la educación y cultura 5.05%.⁹

De enero a septiembre 2020, se registran 5,930 presuntas amenazas o vulneraciones al derecho a la integridad personal; identificando 7,891 afectaciones, de las que el 49.30% son en contra de la integridad física, el 24.78% a la integridad sexual y el 15.13% en contra de la integridad psicológica.⁹

3.4. Causas de maltrato infantil

Múltiples son las causas que genera el maltrato a niños, muchos autores coinciden en que algunas causas, se pueden atribuir a las propias personas o a influencias del medio socio económico y cultural en el que se desarrollan.⁶

Las principales causas del maltrato infantil se basan en las investigaciones realizadas por Cantón y Cortés en el año de 1997; los cuales son los siguientes:¹⁰

- Personalidad o modelo psiquiátrico/psicológico, sostiene que se relacionan el abuso/ abandono infantil y la presencia de enfermedades mentales, algún síndrome o desorden psicológico, es decir los padres abusivos no controlan sus impulsos, tienen baja autoestima, escasa empatía; relacionándolo al maltrato infantil con la depresión y ansiedad de los padres; así mismo con la droga y el alcohol.
- Económicas, el desempleo, genera la frustración de los padres y por lo tanto hay presencia de maltrato físico, psicológico en los menores; habiendo mayor prevalencia en los hogares con bajos recursos económicos.
- Culturales, menciona que las familias o personas encargadas de la tutela de los menores no cuentan con una adecuada orientación y educación en la responsabilidad e importancia de la paternidad, considerando a los hijos

como objetos de su propiedad, conllevándoles al castigo como una medida de corrección.

- Sociales, esta causa se relaciona a la economía de los padres; al ambiente que les rodea induciéndoles a la frustración por el desempleo, bajos ingresos económicos y a ser responsables en la crianza de los hijos; lo cual les conlleva a una crisis y más aún cuando llega un hijo no deseado generando además estrés, conflictos en la familia en donde en algunas de ellas las madres toman la opción de prostituirse dejando en orfandad a sus hijos.
- Emocionales, estos padres presentan incapacidad para resolver problemas por inadecuada madurez emocional, baja autoestima, inseguridad, no tienen expectativas, desquitándose en los hijos, generando en éstos un limitado desarrollo integral. Los estudios también han demostrado que cuando existe violencia familiar en el hogar hay maltrato infantil.
- La historia del maltrato de los padres se da a través de la transmisión intergeneracional por malas experiencias durante la niñez, en donde estudios demuestran que los padres agresores provienen de hogares en donde han sido maltratados durante su infancia, no recibiendo una orientación adecuada de la manera de educar a sus hijos a través de una intervención psicológica adecuada en la manera de crianza en sus hijos.
- Biológicas, esta causa se refiere a la violencia dada de los padres hacia los hijos que cuentan con alguna discapacidad física, trastornos neurológicos o malformaciones, no siendo aceptados por los padres mismos y la sociedad; ocasionándole un daño mayor hacia el menor por ser vulnerable e indefenso.

La OMS, en el año 2020 identifica la violencia contra los niños como un problema con múltiples facetas y causas a nivel individual, en las relaciones cercanas, en

la comunidad y en la sociedad. Los principales factores de riesgo son los siguientes:⁸

A nivel individual:

- Aspectos biológicos y personales como el sexo y la edad.
- Bajo nivel de instrucción.
- Renta baja.
- Discapacidad o problemas de salud mental.
- Ser lesbiana, gay, bisexual o transgénero.
- Consumo nocivo de drogas y bebidas alcohólicas.
- Historial de exposición a la violencia.

En las relaciones cercanas:

- Falta de apego emocional entre los niños y sus padres o cuidadores.
- Prácticas deficientes de crianza de los hijos.
- Disfunción y separación familiar.
- Frecuentación de compañeros delincuentes.
- Muestras de violencia entre padres o cuidadores.
- Matrimonio precoz o forzado.

A nivel comunitario:

- Pobreza.
- Alta densidad demográfica.
- Baja cohesión social y transitoriedad de la estancia en el lugar.
- Acceso fácil a bebidas alcohólicas y a las armas de fuego.
- Alta concentración de bandas juveniles y tráfico de drogas ilícitas.

En la sociedad:

- Normas sociales y de género que crean un clima que normaliza la violencia.

- Políticas sanitarias, económicas, educativas y sociales que mantienen las inequidades económicas, sociales y de género.
- Ausencia o insuficiencia de protección social.
- Situaciones posteriores a conflictos o catástrofes naturales.
- Escasa gobernanza o ausencia de fuerzas de orden público.

Según Ganceda 2017, los factores de riesgo puede ser los asociados al menor (hijo no deseado, prematuridad, discapacidad, crónicos, TDAH), a la familia (violencia contra la mujer en la pareja, inadecuadas normas educativas, paternidad precoz, patología psiquiátrica, elevados niveles de estrés, adicción a tóxicos, sin apoyo familiar ni social, situaciones marginales), y el entorno sociocultural (crisis económica, para, vivienda inadecuada, percepción social de la violencia, invisibilidad de la mujer y de la infancia)¹⁴.

3.5. Clasificación del maltrato infantil

En el maltrato infantil existe una clasificación en términos generales según el modo de violencia, se divide en: maltrato físico, maltrato emocional, abuso sexual, negligencia.¹¹

- **Maltrato físico**

Se considera como cualquier acción no accidental por parte de los padres/tutores que provoque daño físico o enfermedad en el niño o le coloque en grave riesgo de padecerlo.¹¹

Indicadores físicos en el niño:

- Equimosis en rostro, labios o boca, en zonas extensas del torso, la espalda, nalgas o muslos; en diferentes fases de cicatrización o con

formas no normales, agrupadas o con formas o marcas del objeto con el que ha sido producida la agresión.¹¹



Figura 1: Marchetti Cecilia. Equimosis en patrón en el rostro [Internet]. 2017. Fecha de acceso: 25 de mayo de 2021. Disponible en: Microsoft PowerPoint - PARANA 14,45 HS MARCHETTI.pptx (sap.org.ar)

- Quemaduras con formas definidas de objetos concretos o de cigarrillos o puros, o con indicadores de haber sido realizadas por inmersión en agua caliente.¹¹



Figura 2: Hernández Oscar. Quemadura por líquidos calientes [Internet]. 2018. Fecha de acceso: 25 de mayo de 2021. Disponible en: Quemaduras en pediatría (slideshare.net)

- Fracturas de nariz o mandíbula o en espiral de los huesos largos.¹¹



Figura 3: Duque F., Segura A., Sánchez C. Fractura de cóndilo y cuerpo de la mandíbula [Internet]. 2010. Fecha de acceso: 25 de mayo de 2021. Disponible en: Fracturas faciales en pacientes menores de veinte años atendidos en la Unidad de Cirugía Maxilofacial y Estomatología del Hospital San Vicente de Paúl y la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia entre los años 1998 y 2007 (scielo.org.co)

- Torceduras o dislocaciones.¹⁰



Figura 4: ADAM. Luxación [Internet]. 2020. Fecha de acceso: 25 de mayo de 2021. Disponible en: Luxación (adam.com)

- Laceraciones en boca, labios, encías y ojos; excoriaciones en la parte posterior de los brazos, piernas o torso.¹¹



Figura 5: Healthy Children. Excoriación [Internet]. 2020. Fecha de acceso: 25 de mayo de 2021. Disponible en: Symptom Viewer - HealthyChildren.org

- Señales de mordeduras humanas, claramente realizadas por un adulto y reiteradas, cortes o pinchazos.¹¹



Figura 6: López Juan. Mordeduras en síndrome de niño maltratado [Internet]. 2001. Fecha de acceso: 25 de mayo de 2021. Disponible en: forense.pdf (maxillaris.com)

- Lesiones internas, fracturas de cráneo, daños cerebrales, hematomas subdurales, asfixia y ahogamiento.¹¹



Figura 7: Lodero A., Muñoz A., Monroy Daniella. Fractura de cráneo [Internet]. 2014. Fecha de acceso: 25 de mayo de 2021. Disponible en: v57n1a3.pdf (scielo.org.mx)

- El niño zarandeado.¹⁰



Figura 8: Lodero A., Muñoz A., Monroy Daniella. Mecanismo del sacudimiento [Internet]. 2014. Fecha de acceso: 25 de mayo de 2021. Disponible en: v57n1a3.pdf (scielo.org.mx)

- Mutilación genital femenina: se conoce o sospecha que las personas que ejercen la tutela o guarda de una niña o adolescente tienen intención de someterla o ya la han sometido a una mutilación genital (en España o el extranjero).³
- Tráfico de órganos.
- Explotación laboral.
- Mendicidad.³

Para identificar la presencia de maltrato físico ha de cumplirse al menos uno de los siguientes requisitos, como mínimo en una ocasión se ha detectado la presencia de al menos uno de los indicadores:¹¹

- Las lesiones físicas no son "normales" en el rango de lo previsible en un niño de su edad y características (bien por su mayor frecuencia o intensidad, por ser lesiones aparentemente inexplicables o no acordes con las explicaciones dadas por el niño y/o los padres).¹¹
- No se ha percibido claramente ninguno de los Indicadores señalados, pero hay un conocimiento certero de que el niño ha padecido alguna de las lesiones físicas indicadas como resultado de la actuación de sus padres/tutores.¹¹
- No existen lesiones físicas, pero hay un conocimiento certero de que los padres/tutores utilizan un castigo corporal excesivo o palizas hacia el niño. Para que estos tipos de acciones sean calificadas como maltrato físico, deberían estar presentes los siguientes factores:¹¹
 - La intensidad de la reacción del padre/madre no se corresponde con la gravedad del comportamiento del niño. O la disciplina administrada no es apropiada o no está en concordancia con los intereses del niño en función de su edad o nivel de desarrollo.

- Parece que el padre/ madre no controló su reacción cesando el castigo.
- Además de lo anterior, el niño presenta una reacción de tensión emocional no justificada.¹¹

Niveles de gravedad:¹¹

Leve: el maltrato no ha provocado en ningún momento lesión alguna en el niño o el niño ha sufrido un daño/lesión mínima que no ha requerido atención médica.

Moderado: el maltrato ha provocado en el niño lesiones físicas de carácter moderado o que han requerido algún tipo de diagnóstico o tratamiento médico. El niño presenta lesiones en diferentes fases de cicatrización/curación.

Severo: el niño ha requerido hospitalización o atención médica inmediata a causa de las lesiones producidas por el maltrato. El niño padece lesiones severas en diferentes fases de cicatrización.

- **Maltrato psíquico/ emocional**

Es el daño que de manera intencional se hace contra las actitudes y habilidades de un niño. Afecta su autoestima, su capacidad de relacionarse, la habilidad para expresarse y sentir deteriora su personalidad, su socialización y, en general, el desarrollo armónico de sus emociones y habilidades.¹⁰

Existen varias categorías de maltrato psicológico y emocional:¹⁰

- Ignorar al niño, lo que hace referencia al niño fantasma. Sus emociones, ansiedades, miedos y necesidades afectivas son totalmente imperceptibles para sus padres o cuidadores.

- El rechazo por parte de los adultos de las necesidades, valores y solicitudes del niño.
- El aislamiento, cuando el niño es privado de su familia y/o comunidad, negándole la necesidad de contacto humano.

Niveles de gravedad:¹¹

Leve: Las conductas de maltrato psíquico no son frecuentes y/o su intensidad es leve, la situación emocional del niño no presenta secuelas negativas como consecuencia de dichas conductas.

Moderado: Las conductas de maltrato psíquico son frecuentes y generalizadas. La situación emocional del niño ha recibido un daño significativo, teniendo dificultades para funcionar adaptativamente en varios de los roles normales para su edad. Hay aspectos positivos importantes en el trato y cuidado afectivo de los padres hacia el niño.

Severo: Las conductas de maltrato psíquico son constantes y su intensidad elevada. La situación emocional del niño presenta un daño severo como consecuencia de esta situación y su desarrollo se encuentra seriamente comprometido. Se requiere tratamiento especializado inmediato.

- **Abuso sexual**

Cualquier clase de contacto o interacción sexual obligada por parte de una persona adulta hacia una persona menor de edad, aprovechándose de su situación de vulnerabilidad física y/o psíquica, utilizando la fuerza, intimidación, chantaje, amenaza o cualquier otro mecanismo que anule o limite su voluntad. ³

También se contempla su comisión por menores de 18 años cuando sean significativamente mayores que la víctima (menor de edad) o cuando estén en una posición de poder o control sobre ésta. ²

Se incluyen en esta categoría la explotación sexual, el tráfico y turismo de carácter sexual y la pornografía y prostitución infantiles. Dentro de la violencia sexual se incluye:²

- Prostitución.
- Utilización para pornografía o espectáculos sexuales.
- Matrimonio forzado.

Tipos de conductas que comprende en función de la relación entre la víctima y el abusador:¹⁰

- Incesto.
- Violación.
- Abuso sexual sin contacto físico: por ejemplo, exhibicionismo, solicitudes al niño de implicarse en una actividad sexual sin contacto físico, enseñar y/o hablar con el niño acerca de material pornográfico.
- Abuso sexual con contacto físico: tocar y acariciar los genitales del niño, intentos de penetración vaginal, oral y/o anal.

Niveles de gravedad:¹⁰

Leve: abuso sexual sin contacto físico, protagonizado por una persona ajena a la familia del niño, que ha tenido lugar en una sola ocasión, y donde el niño dispone del apoyo de sus padres/tutores.

Moderado: abuso sexual sin contacto físico, protagonizado por una persona ajena a la familia del niño, que ha tenido lugar en varias ocasiones, y donde el niño dispone del apoyo de sus padres/tutores.

Severo: Incesto (con o sin contacto físico) y violación con contacto físico.

- **Negligencia:**

La negligencia establece una entidad que forma parte de los síndromes del maltrato de acuerdo con lo concretado por la Clasificación Internacional de Enfermedades con autorización de la Organización Mundial de la Salud. La palabra negligencia tiene la relación de privación o desatención ya sea a falta de educación o deprivación socioeconómica, sin embargo, puede existir intención en las actitudes negligentes.¹¹

Un contexto más renovado refiere que la negligencia corresponde a la imposibilidad que tiene el cuidador de otorgar a un menor las condiciones educativas, nutricionales, sanitarias, de desarrollo psicológico, de alojamiento y protección frente a cualquier evento de peligro.¹¹

Existen tres categorías de negligencia:¹¹

- Abandono de la supervisión
- Privación de las necesidades
- Falta de atención médica.

En este sentido, habrá de buscar las causas o factores que pudieran identificarse que fueran determinantes para que se presente la negligencia y sus consecuencias.¹¹

En primera instancia la negligencia engloba el comportamiento del tutor que por omisión no cubre las necesidades básicas del niño aun estando en condiciones de hacerlo y es inflexible a las demandas exigidas por el menor; comprende aspectos físicos, socio- emocionales, vigilancia deficiente, privación de alimentos, incumplimiento de tratamiento médico, falta de educación actos que afecten el desarrollo psicológico, llevando a un entorno familiar afectado.¹¹

- **Corrupción:**

Sucede cuando los adultos promueven o refuerzan en el niño conductas desviadas incapacitándole para experiencias sociales normales. El hogar en el que vive el niño constituye un modelo de vida inadecuado para su normal desarrollo, por contener pautas asóciales, delictivas o autodestructivas.¹¹

Sucede cuando el niño está expuesto a situaciones que transmiten y refuerzan conductas destructivas y antisociales, alterando de esta manera el desarrollo adecuado de conductas sociales.¹⁰

Tipos de conductas que comprende:¹¹

Las conductas que puede incluir un modelo inadecuado para el niño son: conductas delictivas, particularmente las que causan daño a los demás, el tráfico de drogas, el consumo de drogas, y comportamientos autodestructivos o violentos.

Para poder definir la existencia de un modelo de vida inadecuado para el niño:¹⁰

- Debe presentarse al menos una de las situaciones anteriores de manera reiterada y/o continua.

- El modelo inadecuado debe ser claramente perceptible por el niño en su interacción cotidiana.
- El niño debe reunir condiciones suficientes de vulnerabilidad al modelo: capacidad cognitiva suficiente y razonamiento moral en desarrollo.

Niveles de gravedad:¹¹

Leve: la presencia en el hogar de un modelo inadecuado para el niño es contrarrestado por la presencia de otro modelo adecuado.

Moderado: el modelo inadecuado es el cuidador principal del niño, sin que exista en el hogar otros modelos adecuados Sin embargo el niño no parece verse influido por la imitación de las pautas asóciales o autodestructivas.

Severo: El modelo inadecuado es el cuidador principal del niño, y carece en el hogar de otros modelos alternativos adecuados. El niño se vé claramente afectado en la imitación, y/o en el aprendizaje del razonamiento moral por las pautas asóciales o autodestructivas del modelo.

- **Maltrato social:**

Situación en la que se encuentra un niño, niña o adolescente en relación con la satisfacción de sus necesidades básicas, como consecuencias de falta de garantías estatales para el acceso a los servicios sociales de subsistencia, por parte de quienes tienen a cargo su crianza. Las modalidades más conocidas son: el abandono físico, el deterioro social del niño, el niño infractor, el vinculado a actos terroristas, el trabajador.⁹

- **Maltrato prenatal:**

Conductas realizadas voluntariamente por la madre o personas del entorno familiar, o conductas negligentes que influyen negativamente en el embarazo y repercuten en el feto.¹¹

- **Síndrome de niño maltratado**

El síndrome del Niño Maltratado es una de las formas que suma el fenómeno de la violencia doméstica, constituyendo una entidad pediátrica y médico legal que puede definirse por el daño físico o psicológico inferido a un niño mediante agresiones reiteradas en el tiempo provocadas por uno o más adultos que están a cargo de la víctima.²

Síndrome de maltrato infantil desde punto jurídico se llama sevicias, desde un punto pediatría médico legal se la clasifica bajo dos formas clínicas:²

- Síndrome de Caffey-Kempe, de observación fundamentalmente radiológica donde se pueden encontrar fracturas, fisuras, luxaciones o subluxaciones de diferentes grados de evolución producto de traumatismos, también se observan hematomas, excoriaciones, úlceras, lesiones en cuero cabelludo y otros.^{2, 13}
- Síndrome de Munchausen by Proxy.²

Otro síndrome conocido es:

- El síndrome de niño sacudido afecta mayormente a lactantes menores de dos años, hasta los 5 años y que puede ocasionar daños neurológicos graves (la cabeza de un bebé es grande y pesada en proporción con el resto de su cuerpo) e incluso la muerte.¹³

Se caracteriza por la triada: hemorragia retinal (50-100% de los casos), hemorragia subdural o subaracnoidea (90%) y escasa falta de evidencia de trauma craneal externo. Puede presentar signos de hipertensión intracraneana, y lesiones de maltrato físico.¹³

3.6. Interrogatorio:

Todo el personal de salud deberá impedir la revictimización secundaria, pues esto podría originar un recordatorio de los hechos sucedidos al menor y configurarse en una nueva experiencia traumática. Si bien el interrogatorio médico puede suponer revictimización, una técnica de interrogatorio adecuada podrá minimizar sus efectos.¹⁰

Este requisito también incluye para otros profesionales que tratan con niños, aunque no pertenezcan al equipo médico también se refiere a quienes pertenecen al círculo del menor, como maestros, psicólogos y trabajadores sociales quienes con frecuencia son el primer contacto de las víctimas fuera de su entorno familiar, que pueden identificar las consecuencias clínicas de las diferentes formas de maltrato y ser el conducto para su adecuada referencia y atención.¹⁰

El objetivo del interrogatorio médico es entregar aspectos relevantes que puedan ayudar a explicar los mecanismos fisiopatológicos de los traumatismos y hallazgos producidos, con el afán de confirmar la existencia de maltrato¹².

Para una adecuada intervención, es fundamental conocer algunos factores de riesgo ya que predisponen a que se presente el maltrato. Algunos de los principales son:

- Que los padres, madres o cuidadores:

- Hayan sufrido tratos abusivos o descuido en la infancia.
- Consuman drogas o abusen del alcohol.
- Inflijan o sufran otras formas de violencia, como la violencia de pareja¹⁰
- inadecuadas normas educativas.
- paternidad precoz
- patología psiquiátrica
- elevados niveles de estrés
- sin apoyo familiar ni social
- situaciones marginales¹⁴
- Vivir en comunidades que:
 - Tienen altas tasas de desempleo.
 - Carecen de servicios de apoyo para las familias.
 - Tienen un alto grado de tolerancia hacia la violencia. ¹⁰
- Vivir en sociedades que:
 - Carecen de legislación adecuada para hacer frente al maltrato infantil.
 - Tienen normas culturales que promueven o celebran la violencia.
 - Tienen políticas sociales, económicas y sanitarias que generan malas condiciones de vida o desigualdades socioeconómicas¹⁰
 - Crisis económica.
 - Donde existe invisibilidad de la mujer y de la infancia

Así como los factores de riesgo de maltrato infantil asociados al menor:

- Hijo no deseado
- Prematuridad
- Discapacidad

- Crónicos
- TDAH

Como primer paso, es preciso valorar la violencia como un problema de salud pública y asumir que el niño es sujeto de derechos.

Según Gancedo Baranda en su artículo de abordaje del maltrato infantil, ante el maltrato infantil, el pediatra precisa la colaboración ineludible de todos los estamentos interprofesionales e interinstitucionales, que están implicados en la atención a la infancia. Enfrentarse de manera solitaria al maltrato infantil es una imprudencia, una mala praxis, un maltrato institucional, bordea la ilegalidad y revictimiza de manera significativa al niño.¹⁴

Otro punto importante es velar por el interés superior del menor. Este concepto obliga a actuar con todos los medios posibles para restablecer la salud del menor, y como primer paso, preservar su seguridad.¹

3.7. Lesionología, signos y síntomas de maltrato infantil:

Los niños pueden ser maltratados durante un largo tiempo de manera subsecuente o simplemente de forma aguda por primera vez, pudiéndose observar contusiones simples o complejas de diferentes tiempos de evolución. El médico debe ser cuidadoso en la identificación de tiempo de la evolución de una lesión, puesto que existen diversos criterios médico- legales, variaciones fisiológicas y fisiopatológicas que lo determinan, es importante el correcto examen físico para una excelente impresión diagnóstica a continuación se detalla el tipo de lesionología que podemos encontrar¹²:

- Entre el 81 y el 92% de los pacientes maltratados tienen lesiones de partes blandas.
- El trauma craneoencefálico es la causa más frecuente de muertes¹²
- Hematomas subdurales¹⁰

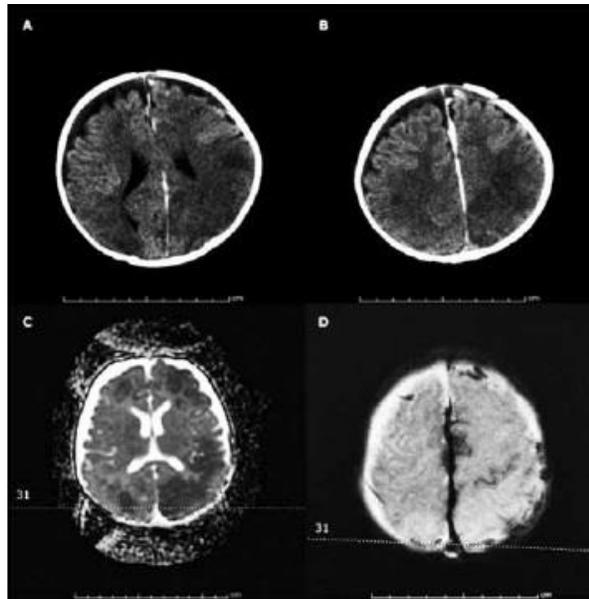


Figura 9: Loredo Abdalá A, Casas Muñoz A. Tomografía Axial Computarizada (TAC) que muestra hematoma subdural e infarto cerebral [Internet]. 2014. Fecha de acceso: 06 de julio de 2021. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422014000100003

- La equimosis y su coloración¹².
- Hematomas o contusiones en diferentes estados de cicatrización, marcas y señales de golpizas en la cara, labios, nariz, brazo, pierna, tronco o nalgas. Golpes en los dos ojos o en las mejillas¹⁰. La espalda es a menudo la zona elegida por los maltratadores. La forma de los hematomas puede sugerir maltrato: lineales pueden ser producidos por cuerdas, cordón o alambre en zonas como en forma de impronta de los dedos en los brazos, o en circunferencia alrededor del cuello, los tobillos o las muñecas, por ataduras o estrangulación¹⁵.

- Excoriaciones dan idea del objeto que la produce¹². Cicatrices que muestran los objetos con los que fueron golpeados.
- El síndrome del tirón de orejas causa contusiones en el pabellón auricular.
- Cuero cabelludo alopecia y signo de la bandera las fracturas craneales simples y lineales¹⁰. La alopecia por maltrato es de tipo cicatricial por arrancamiento brusco¹⁵.
- Las petequias en rostro, mucosas e inclusive cuello¹².
- Hemorragia de la retina¹⁰.
- A nivel de la boca: se explorará el frenillo del labio superior: excoriaciones en la mucosa oral y exploración de piezas dentarias.
- En los miembros superiores suele observarse contusiones simples diversas y mordeduras.
- En el abdomen las lesiones generalmente son observadas a nivel interno (laceración del hígado, bazo e intestino).
- La fractura femoral es sugestiva de maltrato infantil en niños pequeños. La fractura de manos y pies en niños mayores generalmente obedece a accidentes, pero sugieren maltrato en niños pequeños¹². Fracturas mal cicatrizadas, frecuentes y no tratadas. Fractura de huesos largos, de nariz, de maxilares y craneanas en bebés menores de un año¹⁰.
- A nivel toxicológico puede demostrarse el uso de tranquilizantes para sedar al menor o hacerlo dormir¹².
- Las quemaduras constituyen el 6 al 20% de todos los maltratos físicos. Los niños menores de tres años son los más afectados, se observan las siguientes características:
 - Quemadura de tiempo mayor que el referido por la historia.
 - Retraso mayor de dos horas en búsqueda de atención médica.
 - Distribución simétrica de las quemaduras.
 - Localización: en el periné o las nalgas.

- Quemaduras sugerentes de inmersión forzada (guante y calcetín)
¹⁵. Quemaduras en miembros inferiores, por sumersión infligida en agua caliente¹⁰.
- Afectación del hemicuerpo posterior: región occipital y espalda.
- Quemaduras de profundidad homogénea y graves (segundo y tercer grados).
- Quemaduras en múltiples localizaciones anatómicas.
- Quemaduras en forma del objeto causante.
- Quemaduras por cigarrillo; se asocian con abuso sexual¹⁴. Cicatrices o quemaduras con cigarrillos, especialmente en las palmas de la mano o en los pies¹⁰.

Clasificación de lesiones según el tejido comprometido en agresiones físicas:

- Lesiones cutáneas: que aparecen en el 90% de los casos de malos tratos, la naturaleza de estas lesiones es muy variable: equimosis, excoriaciones, hematomas, heridas, cicatrices y quemaduras.
 Lesiones figuradas que reproducen las huellas dejadas por la mano del agresor dejadas al ejercer presión sobre las zonas de cuello y tórax.
- Lesiones oculares: son lesiones traumáticas que pueden aparecer en cualquier momento, y por tanto no son específicas, presentando afectación de los párpados, conjuntiva, lesiones del segmento anterior y segmento posterior.
- Lesiones esqueléticas: los hallazgos radiológicos son los que proporcionan este tipo de lesiones.
- Lesiones viscerales: son como consecuencia de golpes efectuados sobre la pared anterior del abdomen se pueden producir una amplia variedad de lesiones graves¹².

Clasificación de las lesiones por agresión física, según el mecanismo que las produjo:

- Escoriación: cuando el objeto contundente actúa mediante un mecanismo de fricción por acción tangencial, provocando desprendimiento o rotura de la piel y levantamiento del cuerpo papilar y aun de la parte reticular de la dermis¹².
- Equimosis: es una contusión superficial, sin afectar a la piel, hay una dilaceración subcutánea, puede dilacerar filetes nerviosos y ruptura de vasos sanguíneos y linfáticos, produciendo un derrame de sangre, una hemorragia que se infiltra en el tejido¹².
- Hematoma: la sangre se colecciona en una bolsa subcutánea, porque se han roto vasos de mayor calibre, que en la simple equimosis. Presentan un abultamiento localizado y a veces fluctuante¹².
- Herida Contusa: son producidas por la acción de un instrumento contundente, los traumatismos resultantes del choque de un cuerpo duro de superficie regular o irregular más o menos ancha, siempre roma o no cortante contra el cuerpo humano. La piel se abre y la marca es reversible. Existen equimosis marginales, presencia de bridas y fondo anfractuoso¹².
- Herida Cortante: es una solución de continuidad en la piel hecha por algún agente cortante, en la que se observa bordes limpios y regulares sin puentes de tejido entre sus bordes. Predomina la longitud sobre la profundidad y la existencia de coletas en ambos lados¹².
- Herida Punzante: es una abertura en la piel relativamente pequeña si se la compara con la profundidad, producida por un objeto estrecho y puntiagudo. La forma del orificio de entrada que produce casi exactamente la configuración del instrumento punzante.¹²
- Mordedura: es un traumatismo producido por los dientes. Actúan por presión y luego por tracción, en algunos casos se agrega la succión, consiste en pequeñas equimosis, escoriaciones o hasta heridas contusas

¹². Son de morfología elíptica u ovoidea, superficiales. A los dos a tres días de producirse la lesión la forma de la mordedura puede apreciarse mejor. Se diferencian de las producidas por un niño por la distancia entre los caninos (en las producidas por adultos la distancia es mayor de 3 cm). Se asocian con abuso sexual¹⁵.

Además de signos físicos es posible identificar a nivel del comportamiento del niño que se muestra cauteloso en el contacto físico con los adultos; se muestra aprehensivo cuando otros niños lloran, manifiestan conductas extremas de agresividad o rechazo; parecen tener miedo a sus padres o volver a su casa; informan que su padre o madre les ha causado alguna lesión; y presentan trastornos de sueño o de la alimentación¹⁶.

CAPÍTULO IV: DESCRIPCIÓN DE LAS INTERVENCIONES

4.1. Prevención del maltrato infantil:

Existe evidencia suficiente de que la prevención reduce el maltrato infantil, últimamente se habla de prevención cuaternaria, esta intenta no calificar erróneamente a los cuidadores como potenciales maltratadores e intenta evitar intervenciones innecesarias del sistema de salud. La detección de sospecha de maltrato infantil tiene implicancias legales y exigen al médico o profesional que atiende a niños alguna forma de reporte o denuncia, hay familias con factores de riesgo que no maltratan y familias en las que no se identifican factores de riesgo y sin embargo se corroboran escenarios de maltrato¹².

El maltrato infantil debe ser abordado en dos etapas, cuando se está produciendo el maltrato y luego que se ha producido. En el primer caso apunta a identificar los factores de riesgo del maltrato infantil, en tanto que, en el segundo caso, se hace

frente a los hechos suscitados. Respecto, a dicho punto El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2014), propone seis estrategias para la prevención de la violencia contra los niños, las cuales son las siguientes⁶:

- Dar apoyo a los padres y madres, los cuidadores y a sus familias: cuando los responsables del cuidado de los menores reciben educación adecuada a cerca del desarrollo del niño en la primera infancia, aumenta la posibilidad de que se empleen métodos disciplinarios positivos en su crianza, reduciendo de ese modo el riesgo de la violencia en el hogar⁶.
- Ayudar a los niños y adolescentes hacer frente a los riesgos y desafíos: con el fin de disminuir la violencia en las escuelas y comunidades, resulta fundamental brindar a los niños y adolescentes, las estrategias adecuadas para hacer frente a la violencia, resolver situaciones conflictivas sin apelar a la misma, y buscar apoyo adecuado cuando se presenten situaciones de violencia⁶.
- Modificar las actitudes y normas sociales que fomentan la violencia y la discriminación: la forma más segura de evitar la violencia antes que está se desencadene es modificar las actitudes y normas sociales, en especial la idea equívoca, que se tiene de que algunos actos violentos son normales, tolerables y justificables, apoyándose para esto en programas escolares (capacitaciones a maestros sobre métodos disciplinarios no violentos) y comunitarios guiados por personas que sean agentes de cambio⁶.
- Promover y prestar apoyo a los servicios para los niños: esta estrategia pretende alentar a los niños a que busquen ayuda profesional, así como también a denunciar algún acto de violencia contra ellos⁶.

- Aplicar leyes y políticas que protejan a los niños: con la finalidad de dejar el mensaje claro a la sociedad de que cualquier tipo de violencia no es aceptable y será castigada⁶.
- Llevar a cabo tareas de obtención de datos e investigación: obtener todos los datos necesarios de cómo se dio violencia a través de herramientas de investigación como las encuestas nacionales de hogares, etc. para así poder planificar y diseñar estrategias de intervención contra la misma, eliminando de ese modo la violencia⁶.

4.2. Diagnóstico:

El diagnóstico no debe realizarse sólo cuando el paciente llega con muestras claras de maltrato, es decir es oportuno tener cierto grado de desconfianza frente a un niño en malas condiciones generales de higiene y nutrición, con pobre estimulación sensorial, que ha consultado previamente por afecciones de origen funcional, cuando la historia clínica no es relacionada con el daño físico encontrado, o cuando los padres o tutores se muestran desconfiados a dar información o reaccionan en forma inapropiada e indiferente frente a la gravedad de los daños del niño¹²

El primer paso para el diagnóstico de maltrato es la sospecha. En efecto, el médico debe de permanecer alerta a señales de maltrato y no debe descartar en todo caso el maltrato infantil. Las principales señales de peligro a las que debe reaccionar el médico han de ser:

- Hay discrepancia entre el trastorno o la lesión del niño y la historia que se proporciona.
- La índole del estado o lesión del niño es tal que probablemente la causa debe ser un maltrato.

- Se muestran reacios a dar la información solicitada.
- Se demoran injustificadamente para buscar atención médica.
- Reflejan una actitud de descuido, desapego, o excesivo mimo con el niño/a.
- Las víctimas u otras personas proporcionan la historia del maltrato¹⁰

Los tutores que sufrieron violencia o negligencia cuando eran niños pueden repetir el estilo de vida con sus hijos ya que lo aprendieron de pequeños, aunque no hay seguridad de que deba ser así, en la mayoría de los países la detección de signos de sospecha de maltrato infantil tiene implicancias legales y exigen al médico o profesional de salud que atiende a niños una forma de reporte o denuncia.¹²

4.3. Diagnósticos diferenciales:

- Lesiones accidentales.
- Patologías óseas.
- Lesiones dérmicas por reacción adversa a sustancia desconocida y por patologías oncológicas y/o hematológicas.
- Enfermedad psiquiátrica.
- Autolesiones².
- El diagnóstico diferencial de equimosis debe incluir:
 - Mancha mongólica extensa, que desaparece con la edad (por lo general a los cinco años)



Figura 10: Dorado Criado M. Mancha mongólica de distribución atípica [Internet]. 2018 [citado 11 septiembre 2018]. Fecha de acceso: 06 de julio de 2021. Disponible en: https://pap.es/files/1116-2489-pdf/05_RPAP_79_Mancha_mongolica.pdf

- Eritema pigmentado fijo ampolloso y al suspender el fármaco que lo causa desaparecen las lesiones.
- Púrpura por defecto del factor XII de la coagulación o alguna otra alteración de la coagulación.
- La alopecia por maltrato debe diferenciarse de alopecia por fricción, alopecia areata y trocitolomanía¹⁵.
- Un padre o tutor no puede ser considerado responsable de negligencia si los factores que han conducido a la misma están fuera de su control².

4.4. Consecuencias

Independientemente de las secuelas físicas que desencadena directamente la agresión producida por el abuso físico o sexual, todos los subtipos de maltrato dan lugar a diversos trastornos, las consecuencias más comunes son¹⁰:

- Agresividad.
- Alcohol (abuso de / dependencia).
- Alimentaria (desórdenes de la conducta).

- Aprendizaje (problemas de).
- Atención (disminución de).
- Conducta (cambios de).
- Conductas destructivas.
- Culpa (sentimientos de).
- Delincuencia (conductas delictivas).
- Dependencia en las relaciones sociales.
- Depresión.
- Drogas (abuso).
- Estrés postraumático.
- Hostilidad.
- Humor (cambios de).
- Impulsividad¹⁰.

Según la tesis de grado de Psicología sobre Maltrato infantil de María del Carmen Díaz, los niños que son criados en hogares en donde hay maltrato suelen mostrar diversos problemas emocionales y desórdenes postraumáticos, así mismo tienen sentimientos de baja autoestima, depresión, ansiedad, miedos, fobias, estrés psicológico, viendo muchas veces como única escapatoria a estos problemas el consumo de alcohol y de drogas¹⁷.

Así también estos niños ven al maltrato como algo normal de su vida cotidiana, y conforme van creciendo, piensan, creen y toman este comportamiento como “aceptable”, repitiendo el mismo con sus hijos cuando son estos sean padres¹⁷.

Existen como se describió líneas arriba muchas consecuencias serias que deja el maltrato infantil, sin embargo, lo clasificaremos para su mejor comprensión de la siguiente manera:

- Consecuencias Psicológicas: Según el DSM V el maltrato infantil en cualquiera de sus formas está íntimamente relacionado con el trastorno de estrés postraumático (TEPT), el mismo que según el DSM V tiene en sus criterios de diagnóstico alguno de los siguientes: exposición repetida o extrema a sucesos traumáticos como maltrato infantil, violencia dada por sus cuidadores, o ser testigos de violencia dentro del seno familiar¹⁷.
 - Los niños que han sido víctimas de maltrato infantil tienden a reproducir esos comportamientos y en un futuro se convertirán en adultos hostiles y violentos, de igual manera estos niños poseen muy pobre autoestima, teniendo sentimientos de inferioridad, timidez, miedos, o comportamientos hiperactivos con la finalidad de llamar la atención, ansiedad, angustia, depresión, desordenes de identidad, bajo rendimiento escolar, poco afectivos, etc¹⁷.
 - En palabras de Muñoz Mera (2018), luego de haber realizado su estudio de caso a un paciente de 10 años víctima de maltrato infantil, llegó a la conclusión que, las niñas y niños que sufren cualquier tipo de maltrato infantil padecen una serie de consecuencias las cuales son variadas como, el retraimiento, agresividad, mal comportamiento en casa y escuela, falta de respeto a los maestros, conflictos y discusiones con sus compañeros de clase, no respetan órdenes, sentimientos de culpa, ira, inseguridad, bajo rendimiento escolar, en muchas ocasiones aislamiento, lo que impide que el niño realice sus actividades de manera normal y correcta¹⁷.

- Consecuencias Físicas: debido a los maltratos físicos de los que fue víctima el niño se desprenden una gran variedad de consecuencias que repercutirán en el normal funcionamiento de quién lo padeció¹⁷.

- Los efectos físicos del abuso infantil tienen una amplia gama de consecuencias que van desde simples lesiones hasta un daño cerebral severo y muchas veces hasta la muerte, estas víctimas suelen padecer diversos síntomas orgánicos como molestias gastrointestinales de causas inexplicables, motivo por el cual ante alguna dolencia de este tipo se recomienda a los médicos indagar primero si el paciente fue víctima de cualquier tipo de maltrato¹⁷.
- Las secuelas físicas suelen ser las más evidentes y las más comunes, éstas son las siguientes:
 - Lesiones neurológicas: derivadas tanto de lesiones traumáticas como del maltrato que produce el trauma emocional, estas lesiones serán más o menos graves dependiendo de varios factores como la edad del niño y su grado de madurez neurológica, estas pueden ser¹⁷:
 - En el SNC: los golpes recibidos en el cráneo y/o cabeza dejan secuelas motoras, secuelas visuales, secuelas en el lenguaje y aprendizaje, retraso mental, alteraciones en la memoria, así como también sordera – hipoacusia por lesiones traumáticas en el oído¹⁷.
 - En la médula espinal: derivadas por lesiones en la columna, las secuelas más comunes son diferentes grados de parálisis dependiendo de la magnitud e intensidad del traumatismo¹⁷.
 - En el sistema músculo- esquelético: el mismo que está dado por las fracturas y luxaciones o dislocación y de las cuales se pueden derivar alteraciones de sensibilidad y/o motoras en las extremidades¹⁷.

- Lesiones en órganos internos: dependiendo del grado del traumatismo sufrido, como una ruptura interna del pulmón, brazo, aparato digestivo, entre otras, así como también lesiones en la boca como pérdida o ruptura de dientes, lesiones en el labio y la lengua¹⁷.
- Lesiones en la piel: como hematomas, quemaduras, alopecia traumática (pérdida del cabello), heridas de todo tipo, mordeduras, etc. Las cuales dejarán alteraciones en el aspecto físico de la víctima¹⁷.
- Lesiones genitales: cuando el menor sufre maltrato sexual aparecen en los niños sobre todo en los más pequeños lesiones en forma de desgarro y erosiones, así como también infecciones como VIH, hepatitis, ETS, entre otras¹⁷.
- Alteraciones del desarrollo estatura- ponderal: éstas pueden ser producto de las negligencias en el cuidado del menor lo cual produce desnutrición alterando el desarrollo físico, así como el crecimiento y el desarrollo corporal, pero esta consecuencia no solo se deriva de la negligencia por parte de los padres, sino también por el estrés emocional que causa vivir sometido a una situación del maltrato¹⁷.
- Muerte: muchas de las lesiones dadas a los niños pueden causar cierta gravedad por afectar a partes vitales del organismo, los cuales pueden ocasionar la muerte, pero la negligencia en el cuidado del menor también puede ocasionarla, debido a la desnutrición, desprotección, accidentes de tránsito y domésticos, infecciones por no contar con las vacunas necesarias, o por vivir en ambientes y en condiciones no saludables¹⁷.

- Consecuencias sociales: el maltrato infantil no solo deja consecuencias físicas y psicológicas, sino, además, serias consecuencias sociales que afectará de forma inmediata o futura la vida de quien lo padece¹⁷.

Cuando los niños han experimentado una infancia conflictiva recurrirán a métodos violentos cuando sean adultos, de igual manera estos representarán un mayor factor de riesgo de participar en actividades delictivas, vinculación a pandillas o grupos amados, prostitución, problemas relacionados con el consumo de sustancias, pérdida de claridad en sus proyectos de vida, embarazo precoz, inadecuadas relaciones sociales⁶ (por la presencia de contracturas, alteraciones funcionales, desfiguraciones e incapacidades)¹⁷, relaciones de pareja inestables, ausencia de habilidades sociales, y dificultad en la crianza de los hijos⁶.

Según la OMS (2016), el maltrato infantil es una causa de sufrimiento no solo para los niños sino también para las familias, que sin duda conlleva a consecuencias a largo plazo. El maltrato genera estrés y este repercute en trastornos del desarrollo cerebral temprano; del mismo modo, situaciones altamente estresantes pueden alterar y afectar el desarrollo de los sistemas nervioso central e inmunológico¹⁸.

En consecuencia, los adultos que han sido víctimas de maltrato en la infancia tienen mayor riesgo de sufrir problemas de tipo conductual, físico y mental, tales como actos de violencia (víctimas o perpetradores), depresión, consumo de tabaco, obesidad, comportamientos sexuales de alto riesgo, embarazos no deseados y consumo indebido de alcohol y drogas¹⁸.

Además de estas consecuencias en la conducta y la salud mental, el maltrato puede contribuir también a las enfermedades del corazón, al cáncer, al suicidio y a las infecciones de transmisión sexual¹⁸.

Más allá de las repercusiones sanitarias y sociales, el maltrato infantil tiene un impacto económico que abarca los costos de hospitalización, de los tratamientos por motivos de salud mental, de los servicios sociales para la infancia y los costos sanitarios a largo plazo¹⁸.

4.5. Valoración forense integral

Según García-Martín 2020, En el ámbito forense la intervención en el maltrato infantil ocupa una posición de especial interés tanto por su impacto social y judicial como por la frecuencia creciente de solicitud de periciales y su complejidad. La pericia forense es una prueba científica de primer orden en la investigación judicial mediante la cual se pretende lograr que el/la juez/a pueda apreciar y valorar unos hechos delictivos, así como la repercusión de estos en la salud de las víctimas¹⁹.

Existen elementos que hacen que el abordaje forense del maltrato infantil sea especialmente complejo y presente mayores dificultades para su valoración. El maltrato infantil ocurre en un ámbito privado en el que la víctima depende física y emocionalmente de la persona maltratadora, lo que hace más dificultoso la revelación del abuso, y favorece la existencia de interferencias tanto por parte de esta como de otras¹⁹.

Estas interferencias pueden estar motivadas por un intento de disuadir a la víctima a contar lo sucedido, o por la intención de que exagere o distorsione lo vivenciado. Esto es especialmente peligroso en procesos de separación cruentos en los que el/la menor puede estar instrumentalizada¹⁹.

En otras ocasiones la dificultad se presenta porque la evaluación forense se solicita con posterioridad a la aplicación de medidas de intervención social

urgente. Así ocurre en menores en situación de desamparo que se encuentran viviendo con familias de acogida o en centros de menores. La víctima puede mostrar rechazo a nuevas exploraciones y mostrarse hermética y reticente a contar detalles de su vida familiar que crea que pueden perjudicar su vuelta al hogar¹⁹.

Otro factor diferencial del maltrato infantil es que concurre frecuentemente con la violencia de género.

Los objetivos principales en las pericias del maltrato infantil son la evaluación de las lesiones físicas y psíquicas, el establecimiento del nexo causal entre daño y hechos denunciados, el análisis de credibilidad del testimonio y el estudio de la dinámica familiar para recomendar o no la adopción de medidas desprotección a la víctima¹⁹.

El modelo de exploración propuesto se basa en una entrevista semiestructurada dividida en tres bloques. En un primer bloque se recogen los datos biográficos, familiares, educativos y sanitarios, a la vez que se efectúa la exploración psicopatológica. En un segundo bloque la entrevista se focaliza en el análisis de la violencia sufrida y sus consecuencias¹⁹.

Se recomienda un guion abierto y flexible, con preguntas formuladas en términos que faciliten las respuestas amplias y la espontaneidad. Si de forma espontánea no han salido referencias acerca de la violencia sufrida, se intentará abordar de forma sencilla, evitando preguntas dirigidas o sugestivas. En un tercer bloque se realizarán preguntas cerradas que recabarán información específica y se decidirá qué instrumentos psicométricos se aplicarán¹⁹.

La entrevista deberá adaptarse a la edad y desarrollo madurativo, tanto para marcar el curso de la entrevista, como para elegir el tipo de preguntas a realizar. De manera genérica podemos diferenciar tres submodelos:

- Submodelo A: la evaluación de menores hasta 2 años, sin capacidad comunicación verbal. Se realizará siempre acompañado de un adulto, del que se obtendrá la información de interés. Con el/la menor se obtendrán los datos a través de juego y observación¹⁹.
- Submodelo B: para evaluación de menores de 3 a 6 años, con capacidad de comunicación verbal limitada¹⁹.
- Submodelo C: para evaluación de menores con capacidad para mantener una comunicación verbal desarrollada (preadolescencia y adolescencia)¹⁹.

Se debe recoger el consentimiento informado del familiar explicando, tanto a este como a la víctima de maltrato infantil, de manera comprensible el alcance y los objetivos del reconocimiento. Si intervienen 2 peritos hay que marcar las pautas a seguir por cada profesional: uno debe jugar un papel más cercano con la víctima, dirigiendo la entrevista, y otro mantener un rol secundario, observando y recogiendo datos, y añadiendo, en caso necesario, cuestiones no tratadas. Si se requiere más de una entrevista, se programará en tiempo cercano (1-2 semanas) y se realizará por los mismos profesionales¹⁹.

A fin de que la víctima de maltrato infantil hable de sus experiencias de una manera detallada y sin reservas se recomienda¹⁹:

- Utilizar metodología que priorice su bienestar psíquico y favorezca un buen rapport.

- Realizar la entrevista en un espacio tranquilo y adaptado de la clínica forense.
- Favorecer un ambiente seguro y un clima de confianza que minimice la victimización secundaria y el miedo a represalias por terceros.
- Una actitud empática, abierta, de escucha activa y con contacto visual cercano. Se deben evitar las interferencias e incentivos.
- Utilizar preguntas sencillas y lenguaje comprensible adaptado a la edad.
- Usar materiales como juguetes o dibujos, especialmente con los/las más pequeños/as, que estimulen la comunicación simbólica y las verbalizaciones.
- Utilizar las referencias y conductas del/de la niño/a como guías, evitando comentarios juiciosos.
- No invadir el espacio personal de la víctima de maltrato infantil ni ejercer presión temporal.
- Realizar la entrevista sin presencia de progenitores (salvo en menores sin capacidad de comunicación)¹⁹.

4.6. Informe médico-forense:

Según García-Martín 2020, el informe debe contener los datos del equipo forense interviniente, los datos personales de la víctima y la metodología seguida (fuentes de información; modelo de exploración efectuado y uso de pruebas complementarias). Se debe indicar los datos relevantes para la causa judicial sobre los ítems de la exploración de los bloques 1, 2 y 3; así como el tipo de daño físico y psíquico sufrido, la necesidad de tratamiento, las perspectivas de recuperación y el posible nexo causal del daño con los hechos denunciados¹⁹.

Las conclusiones deberán basarse en evidencias sólidas ya que una peritación poco profesional puede producir daños irreparables en menores y familias.

Además de las cuestiones directamente periciales, se deberá incluir las oportunas recomendaciones terapéuticas o medidas de protección de la víctima basadas en la estructura familiar¹⁹.

4.7. Abordaje legal

Durante el primer acercamiento el personal judicial recibe al violentado y le brinda asesoría legal, brindando información completa siendo conveniente en las circunstancias que está viviendo el agredido, orientando de forma suficiente al victimario para que se pueda afrontar el escenario de maltrato, logrando que cumplan a cabalidad los derechos de los infantes¹².

La Constitución de la República de 1983, refiere en su artículo 1 a la persona como el origen y el fin del Estado, y reconoce como persona humana a todo ser humano desde el instante de concepción, en el artículo 2 refiere que toda persona tiene derecho a la vida, a la integridad física y moral, a la libertad, a la seguridad, al trabajo, a la propiedad y posesión, y a ser protegida en la conservación y defensa de los mismos, y en el capítulo dos referente a derechos sociales dicta los siguientes artículos a favor de la niñez:²⁰

- Art. 33.- La ley regulará las relaciones personales y patrimoniales de los cónyuges entre sí y entre ellos y sus hijos, estableciendo los derechos y deberes recíprocos sobre bases equitativas; y creará las instituciones necesarias para garantizar su aplicabilidad. Regulará asimismo las relaciones familiares resultantes de la unión estable de un varón y una mujer.²⁰
- Art. 34.- Todo menor tiene derecho a vivir en condiciones familiares y ambientales que le permitan su desarrollo integral, para lo cual tendrá la

protección del Estado. La ley determinará los deberes del Estado y creará las instituciones para la protección de la maternidad y de la infancia.²⁰

- Art. 35.- El Estado protegerá la salud física, mental y moral de los menores, y garantizará el derecho de éstos a la educación y a la asistencia. La conducta antisocial de los menores que constituya delito o falta estará sujeta a un régimen jurídico especial.²⁰
- Art. 36.- Los hijos nacidos dentro o fuera de matrimonio y los adoptivos, tienen iguales derechos frente a sus padres. Es obligación de éstos dar a sus hijos protección, asistencia, educación y seguridad. No se consignará en las actas del Registro Civil ninguna calificación sobre la naturaleza de la filiación, ni se expresará en las partidas de nacimiento el estado civil de los padres. Toda persona tiene derecho a tener un nombre que la identifique. La ley secundaria regulará esta materia. La ley determinará asimismo las formas de investigar y establecer la paternidad²⁰.

El Salvador a partir del año 1990, ratificó la Convención sobre los derechos del niño, con lo que el estado se comprometió a revisar y adecuar todas sus normas internas, e implementar un enfoque de derechos humanos en el marco de la Doctrina de Protección Integral de la niñez y adolescencia, teniendo que adoptar todas las medidas administrativas, legislativas, sociales, educacionales, económicas y de cualquier otra índole para dar efectividad a todos los derechos reconocidos en ella, así como también transformar la Convención sobre los derechos del niño, en políticas públicas para todas las niñas, niños y adolescentes sin discriminación alguna.¹

En ese contexto, surgió la necesidad de crear un cuerpo legal específico de protección a los derechos de las niñas, niños y adolescentes, que efectivamente respondiera a este proceso de cambio, orientado por la Constitución de la

República, la Convención sobre los Derechos del Niño y la Doctrina de Protección Integral de la Niñez y la Adolescencia.¹

Es entonces y así que luego de reiteradas observaciones por parte del Comité de los Derechos del Niño al Estado salvadoreño, en relación a estos compromisos, por Decreto Legislativo el 26 de marzo de 2009 fue aprobada la Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia, -LEPINA-, como una ley especial en materia de derechos humanos de NNA, cuya finalidad, según su artículo 1, es “garantizar el ejercicio y disfrute pleno de los derechos y facilitar el cumplimiento de los deberes de toda niña, niño y adolescente en El Salvador”.¹

La naturaleza de estos derechos y garantías -Art. 15, LEPINA-, son irrenunciables, inalienables, indelegables, intransigibles, indivisibles e interdependientes, mismas características reconocidas por la Constitución de la República, los Instrumentos Internacionales de los derechos humanos y por la LEPINA.²¹

Estos derechos, reconocidos en la LEPINA, pueden ser clasificados en cuatro grandes categorías, a saber:²¹

- Derechos de Supervivencia y Crecimiento Integral: considerados como derechos de carácter universal, parte fundamental y a la vez origen de los derechos humanos, pues su objetivo es garantizar y preservar la vida de la persona humana en condiciones de dignidad y calidad de vida. Entre ellos cabe mencionar el derecho a la vida, un nivel de vida digno y adecuado, la salud, seguridad social y a gozar de un medio ambiente sano y saludable.²¹

- Derechos de Protección: orientados a la identificación de situaciones que representan amenazas o vulneraciones a los derechos universales de niñas, niños y adolescentes y que, por lo tanto, requieren de un abordaje especial mediante mecanismos, instrumentos y estrategias que se activen con el objeto de prevenir, atender y reparar violaciones a los derechos de las niñas, niños y adolescentes.²¹
- Dentro de esta categoría se encuentran el derecho a la integridad personal, la protección frente al maltrato, la tortura, tratos crueles, inhumanos y degradantes; protección frente a la explotación laboral, abuso y explotación sexual, entre otros.²¹
- Derecho al Desarrollo: son todas aquellas condiciones necesarias para que las niñas, niños y adolescentes puedan desenvolverse y crecer de manera plena en la familia y la sociedad, y que contribuyen a mejorar la calidad de vida desde sus primeros años. Entre ellos pueden incluirse, los derechos asociados a la identidad, personalidad y al reconocimiento y protección legal de los vínculos familiares, comprende además los derechos a la educación, cultura y recreación y sano esparcimiento.²¹
- Derecho de Participación: estos derechos se configuran como transformaciones sustanciales en las formas tradicionales de concebir a la niñez y la adolescencia. Parten del reconocimiento de que las niñas, niños y adolescentes son sujetos de derechos y ciudadanos sociales, capaces de ejercer por sí mismos sus derechos de manera progresiva y responsable.²¹

La ley de protección Integral de la Niñez y Adolescencia, LEPINA, insta a una transformación institucional y uno de los principales mecanismos para orientar dicha transformación es la Política Nacional de Protección Integral de la Niñez y

de la Adolescencia, la cual se decreta con la finalidad de guiar la actuación y coordinación de todos los integrantes del Sistema Nacional de Protección Integral, sus directrices tendrán carácter vinculante para las decisiones y acciones dirigidas a la garantía de los derechos de las niñas, niños y adolescentes, y se desarrollará en el decenio de 2013-2023.²¹

Además, el código de Familia de la República vigente desde 1993, en su artículo 2, en los principios rectores menciona: la unidad de la familia, la igualdad de derechos del hombre y de la mujer, la igualdad de derechos de los hijos, la protección integral de los menores y demás incapaces, de las personas de la tercera edad y de la madre cuando fuere la única responsable del hogar, son los principios que especialmente inspiran las disposiciones del presente Código¹⁵.

CAPÍTULO V: DEFINICIÓN DE ROLES POR NIVEL DE ATENCIÓN.

Según consta en el protocolo del IML “Dr. Roberto Masferrer”, válido al año a la fecha, la realización del peritaje médico legal de lesiones tiene como objetivos generales:⁷⁸

- Realizar dicha pericia denominada: Reconocimiento Médico Legal de las Lesiones, a solicitud de la autoridad judicial competente, sea esta FGR, PGR o juzgados.⁷⁸
- Realizar un reconocimiento médico forense de la víctima procurando un ambiente adecuado en el que se asegure el resguardo del derecho a la intimidad y el respeto a la dignidad humana.⁷⁸
- Realizar la evaluación médico legal de la víctima mediante un adecuado interrogatorio médico legal, un examen físico sistematizado y una recolección de evidencia física pertinente, así como documentar mediante

esquemas y fotografías todos los aspectos de importancia para la investigación médico legal cuyos objetivos serán los siguientes: ⁷⁸

- Evidenciar las lesiones.
- Clasificarlas de acuerdo con su mecanismo de producción.
- Establecer tamaño, forma, color, ubicación.
- Buscar la existencia de lesiones patrón que permitan identificar el agente causante de las mismas.
- Determinar el grado de afectación funcional que las mismas producen al momento del examen, así como establecer períodos de tiempo para nuevas valoraciones.
- Recolectar evidencia para identificar el posible sitio de los hechos, así como al autor o autores.
- Establecer el tiempo en días que las mismas incapacitan para realizar las actividades habituales (incapacidad temporal) y las secuelas que hayan dejado (incapacidad permanente).
- Aplicar la normativa establecida en cuanto a cadena de custodia de la evidencia recolectada. ⁷⁸

Además, dicho peritaje tiene como objetivos específicos:

- Utilizar el formulario de consentimiento informado completando todos los espacios diseñados. ⁷⁸
- Recolectar toda la información disponible en cuanto a los hechos: lugar en que se produjeron, hora, agresores desconocidos o conocidos, métodos utilizados y todos aquellos aspectos médico- legales de interés para una adecuada interpretación y análisis de los resultados. ⁷⁸
- Realizar un minucioso y exhaustivo examen físico determinando la presencia de lesiones, su ubicación, forma, color, dimensiones y las

alteraciones funcionales que ellas causan, así como de enfermedades o condiciones que pudieran ser consideradas agravantes para la salud.⁷⁸

- Recolectar todas las evidencias encontradas, así como las prendas en las que pudieran existir elementos de transferencia y darles el destino adecuado a los laboratorios forenses utilizando el formulario de cadena de custodia para cada elemento recolectado.⁷⁸
- Documentar todas las lesiones encontradas mediante el uso de diagramas y fotografías adecuadamente identificadas.⁷⁸
- Resguardar toda la información contenida en el protocolo de atención mediante la utilización de un expediente médico legal en custodia del Instituto de Medicina Legal.⁷⁸
- Seguir el proceso administrativo indicado para el adecuado resguardo de las fotografías tomadas.⁷⁸
- Concluir el dictamen médico legal siguiendo las normas técnicas establecidas en cuanto a establecimiento de incapacidad temporal provisional, incapacidad temporal definitiva e incapacidad permanente.⁷⁸

La descripción del procedimiento es la siguiente:

- Se recibirá la solicitud de atención forense extendida por una autoridad competente.⁷⁸
- Se procurará una atención personalizada por parte del personal de recepción y en apego absoluto al respeto a la dignidad humana, tratando al usuario mediante la aplicación de normas de cortesía y consideración.⁷⁸
- El personal de recepción le solicitará junto con la solicitud de examen forense, el documento de identidad para anotar los datos de identificación, para ello se utilizará un libro de registro de lesiones (físico o electrónico) en donde deberá constar:⁷⁸

- Número consecutivo del caso como LES-AÑO- NÚMERO-SEDE.
 - Fecha y hora de la recepción.
 - Nombre de la víctima.
 - Número del DUI o pasaporte en caso de personas extranjeras.
 - Fiscalía solicitante.
 - Médico encargado.
- Una vez anotados los datos en el libro de registro, procederá a verificar si la persona a evaluar posee expediente médico legal por atenciones previas en el Instituto de Medicina Legal en cuyo caso se extraerá dicho expediente del archivo del Instituto en donde se encontrará ubicado por número del DUI y le incluirá la nueva solicitud o en caso de no contar con dicho expediente procederá a confeccionar una carpeta con el nombre de la persona a evaluar y el número de identificación, lo cual constituirá el expediente médico legal en donde constarán todas las atenciones recibidas en el Instituto de Medicina Legal.⁷⁸
 - El personal de recepción pondrá en conocimiento del médico encargado el expediente médico legal y este asignará el caso mediante disposiciones administrativas vigentes, o en su defecto al médico de turno encargado de la valoración.⁷⁸
 - El médico asignado deberá recibir a la víctima en la recepción identificándose con su nombre y aplicando las normas de cortesía usuales, así como conducirla al consultorio designado en donde se llevará a cabo el examen.⁷⁸
 - El sitio designado para el examen debe ser un sitio tranquilo, que no permita interrupciones, que brinde la privacidad máxima a la víctima y debe estar equipado con todo lo necesario para este tipo de exámenes. El mismo, debe tener las condiciones adecuadas para la atención de personas con discapacidades físicas.⁷⁸

- El médico responsable preguntará a la víctima si desea hacerse acompañar de alguna persona de su confianza.⁷⁸
- En casos de menores de edad no es recomendable la utilización de gabachas blancas ni el uso de corbatas que proporcionan al niño o niña una asociación con vivencias anteriores en centros de salud y dificultan el establecimiento de una empatía necesaria para un adecuado abordaje.⁷⁸
- Una vez instalada la víctima en el recinto dispuesto para el examen, el médico forense le solicitará el documento de identificación, en caso de no contar con documento de identificación y existir duda acerca de la edad de la víctima se deberá acreditar la edad en base a las características físicas, odontológicas y radiológicas de conformidad con el protocolo de determinación de edad media. Igualmente es recomendable tomar huellas digitales o una fotografía para una eventual comparación posterior.⁷⁸
- El médico forense le dará una explicación en términos en que la víctima comprenda los alcances de la entrevista forense, el examen físico completo y la toma de muestras y elementos de transferencia en casos necesarios, así como de fotografías de las lesiones si ellas existieran. Para ello deberá llenar el formulario oficial del Instituto de Medicina Legal denominado consentimiento informado para reconocimientos médico-legales, el cual deberá firmar la víctima o en caso de menores de edad, el tutor o tutora o representante legal del mismo, de conformidad con lo que establece la legislación salvadoreña.
- En ninguna circunstancia se puede omitir este documento, el cual una vez firmado formará parte del expediente médico legal de la persona evaluada. En caso de negativa de la víctima, la autorización judicial será indispensable de conformidad con el artículo 200 del Código Procesal Penal, CPP.⁷⁸

5.1. Apartados del reconocimiento médico legal de lesiones

- **Datos generales:**

El iniciar con el interrogatorio acerca de los datos personales, le da oportunidad al perito de entablar de manera cortés una empatía con la víctima.⁷⁸

- **Recibió atención hospitalaria:**

Se debe anotar en la casilla correspondiente si recibió atención en algún centro asistencial en relación con los hechos investigados. De ser afirmativo se debe indicar el nombre del centro y el número del expediente médico.

En caso de que el perito lo crea necesario deberá de previo a la conclusión del dictamen médico legal, solicitar a la autoridad competente el envío de dicho expediente clínico, debidamente identificado y foliado, al cual le realizará un estudio que incluirá en el apartado de historia médico legal. Esta anotación se hace indispensable cuando el caso evaluado se refiere a una investigación por responsabilidad del personal de salud.⁷⁸

- **Consentimiento informado:**

Aun cuando el documento firmado previamente queda en el expediente médico legal, en el protocolo se debe dejar constancia de este marcando las casillas correspondientes.⁷⁸

- **Antecedentes médico- patológicos:**

Es importante marcar las casillas correspondientes cuando hay algún tipo de antecedente patológico que podría verse agravado con el delito en investigación, tal es el caso de la hipertensión arterial (HTA), las cardiopatías, la diabetes mellitus (DM) o que pudieran explicar alguna condición de vulnerabilidad como es el caso de las enfermedades mentales, según CIE-10 o DSM V. Si hay alguna otra, a consideración del perito debe de indicarse.⁷⁸

- **Antecedentes quirúrgicos:**

Acá se debe investigar todo tipo de cirugía que pueden orientar acerca de posibles hallazgos durante el examen físico.⁷⁸

- **Antecedentes personales no patológicos:**

Marcar la o las casillas según corresponda indicando para el alcohol y las drogas la fecha del último uso y si el mismo coincide con los hechos investigados.⁷⁸

- **Antecedentes gineco- obstétricos:**

Este apartado solo para víctimas femeninas, marcando y llenando los espacios correspondientes.⁷⁸

- **Antecedentes médico- legales:**

Es necesario indica aquí si la víctima ha sido atendida previamente en el Instituto de Medicina Legal, si ha existido algún tipo de delito, incluido el delito sexual que no haya sido denunciado. Igualmente, en este apartado se anotará el estado anterior de la persona evaluada y de gran valor al momento de valorar el daño corporal.⁷⁸

- **Historia médico legal:**

En este apartado el perito debe anotar los hechos narrados tal y cual son contados por la víctima, dicha historia le permitirá orientar el examen físico en especial hacia las áreas mayormente lesionadas o hacia las áreas en donde podrían existir elementos de transferencia a recolectar. ⁷⁸

No se debe influir en las respuestas de la víctima, sino dejar que su narrativa sea fluida y para dejar sentado que son las propias palabras de la víctima puede hacer uso de "comillas". ⁷⁸

En el mismo se debe interrogar acerca de los hechos en investigación: cuándo sucedieron, dónde sucedieron, fueron únicos o múltiples, cómo sucedieron lo que permitirá esbozar un mecanismo de producción de las lesiones y una búsqueda más detallada de elementos de transferencia y quién o quiénes, si ha sido posible identificarlos. ⁷⁸

En casos de menores de edad, se debe utilizar durante el interrogatorio un lenguaje acorde con su desarrollo. Como parte de la historia médico legal, con el objeto de que sea obligatoria su indagación y que ayudará a orientar el examen físico se deberá marcar las casillas correspondientes a la identificación del agresor o los agresores si son conocidos, el nombre, la edad, el sexo, la relación con la víctima, si se encontraba bajo efectos del alcohol u otro tipo de drogas. ⁷⁸

Posterior al interrogatorio el perito forense debe brindar una explicación clara acerca del examen que se va a llevar a cabo, el valor probatorio que el mismo conlleva. Así mismo deberá explicar cuando lo inicie, paso a paso lo que él irá realizando y por qué lo está realizando. ⁷⁸

- **Recolección de evidencia:**

En los casos en que de acuerdo con el relato de los hechos y las circunstancias posteriores así lo recomienden, realizará una evaluación de las prendas de vestir en busca de elementos de transferencia. Si fuere el caso, la recolección de estas se realizará de acuerdo con el protocolo de recolección de evidencia en caso de delitos sexuales. Se deberá proveer a la víctima prendas de vestir que reemplacen las que se enviarán al laboratorio. ⁷⁸

En algunas ocasiones la víctima traerá prendas que utilizaba al momento de los hechos para lo cual el perito deberá realizar una descripción del estado en que se reciben, posteriormente buscará elementos de transferencia en ellas y en caso de recolección anotará en el protocolo los elementos recolectados, procediendo con la identificación, fijación, recolección, embalaje, lacrado y respectiva cadena de custodia. Todo quedará anotado en el protocolo respectivo en el apartado de indicios recolectados. ⁷⁸

De igual manera, de acuerdo con el relato de los hechos será necesaria la toma de residuos subungueales o recorte de uñas, así como frotis de piel u otros elementos de transferencia para lo cual se seguirá el mismo procedimiento anotado previamente. ⁷⁸

- **Examen físico:**

Se realizará un examen físico detallado céfalo- caudal, con el máximo respeto a la dignidad de la persona a examinar, exponiendo únicamente la parte corporal a examinar en cada uno de los momentos del examen y utilizando los planos anatómicos y la ubicación topográfica para todo tipo de lesión y los diagramas disponibles en el Instituto de Medicina Legal, de la siguiente manera: ⁷⁸

- Iniciaré con la toma de medidas antropométricas y la toma de signos vitales. Se tomará, en los casos que sea necesario, el peso y la talla y en todos los casos cuando se trate de investigaciones en el marco de la Ley Especial Integral para una Vida libre de Violencia para las Mujeres (LEIV) o que a través de la historia médico legal se presuma que podría pertenecer a este grupo, deberán anotarse además de los parámetros anteriores los relacionados a diámetros de hombros, torácico, abdominal, perímetros del brazo y del muslo, respectivamente. ⁷⁸
- En caso de haber importante perturbación mental, deberá hacerlo ver en el comentario médico legal y recomendar a la autoridad judicial la valoración por parte de peritos del área de Ciencias de la Conducta. ⁷⁸
- El examen será completo en busca de todo tipo de lesiones que pudieran haber pasado desapercibidas por la víctima, pero siempre teniendo en cuenta el relato de los hechos. ⁷⁸
- Deberán describirse la presencia de intervención médica (suturas, vendajes, yesos, inmovilizaciones) así como de complicaciones asociadas a las lesiones, en especial las infecciones. ⁷⁸
- En casos de vendajes, el perito deberá valorar la utilidad de descubrirlos para un adecuado examen de las lesiones, o en su defecto indicarlo en el examen físico y hacer referencia a la documentación médica aportada, o establecer una nueva valoración cuando los médicos tratantes hallan retirado definitivamente dichos vendajes. ⁷⁸
- En casos de yesos o férulas, se necesitará la toma de radiografías para evaluar las lesiones y una nueva valoración cuando haya sido dado de alta por los médicos tratantes. ⁷⁸
- Se realizará una descripción detallada del tipo de lesión de la siguiente manera: ⁷⁸

- Contusiones: se deberá ubicar el tipo de lesión, su ubicación anatómica, las medidas en dos dimensiones, el color, la forma, su posición y si las mismas causan algún grado de impotencia funcional y en caso de estar afectando articulaciones se deberán medir los grados de flexión o extensión de dichas articulaciones.⁷⁸
- Si las mismas reproducen algún objeto (lesiones patrón), deberá dejarse constancia con una descripción detallada, así como con toma de fotografías y en caso necesario con calcado en plástico de estas, calcado al que se hará referencia en el informe y que quedará en el expediente médico legal.⁷⁸
- Heridas por proyectil disparado por arma de fuego: Deberá, de acuerdo con el relato de los hechos y a las características de ellas, identificar el orificio de entrada, orificio de salida, posible trayecto, así como la localización del proyectil en caso de no haber orificio de salida.⁷⁸
- El orificio de entrada se ubicará topográficamente.⁷⁸
- Se describirá el diámetro del orificio propiamente dicho, la forma, los bordes, el ancho del anillo de contusión y su relación con el orificio propiamente dicho, la presencia de residuos alrededor del orificio de entrada en cuyo caso se deberá medir los diámetros de la dispersión alrededor del orificio.⁷⁸
- El orificio de salida se ubicará topográficamente en caso de ser identificado, en su ausencia se indicará que no hay orificio de salida y se ubicará el proyectil mediante evaluación radiológica o en algunos casos mediante palpación (proyectiles subcutáneos), debiendo establecerse la distancia a la línea media anterior o posterior, a los talones y/o al hombro, como se describió para el orificio de entrada.⁷⁸

- Se establecerá el diámetro del orificio de salida, las características de los bordes y su ubicación topográfica.⁷⁸
- De acuerdo con los hallazgos durante el examen físico, así como la historia clínica y estudios radiológicos se deberá establecer, cuando sea posible, el trayecto del proyectil en el cuerpo.⁷⁸
- Heridas por arma blanca: se realizará una descripción del tipo de herida, su medida en longitud o en diámetro (en heridas punzantes), las características de los bordes y de sus extremos (cola de entrada y cola de salida) así como su ubicación topográfica y la distancia a la línea media anterior o posterior y a los talones o al hombro, de igual manera a las heridas previamente descritas.⁷⁸
- En casos de atropellos, las lesiones deberán ubicarse topográficamente y se indicará la distancia de los talones para las ubicadas en cabeza, tronco y extremidades inferiores.⁷⁸
- Lesiones de la cavidad oral: se hará examinar por el odontólogo forense quien valorará de acuerdo con el caso, la necesidad de obtener estudios radiológicos.⁷⁸
- Mordeduras: se evaluará, de acuerdo con las circunstancias del caso la necesidad de tomar frotis del área, así como del concurso del odontólogo forense quien valorará la pertinencia de levantar la mordedura con las técnicas usuales. Se documentará fotográficamente.⁷⁸
- Torturas: se evaluará de acuerdo con lo establecido en el protocolo de Estambul, tomando en consideración el relato respecto a los procedimientos de tortura utilizados y buscando evidencia de trauma eléctrico mínimo, quemaduras, traumas en uñas, zonas de alopecias traumáticas, amputaciones, así como lesiones timpánicas.⁷⁸

- **Fotografías:**

En este apartado se indicará si se tomaron y la cantidad de ellas. Para la toma de fotografías se deberá seguir los lineamientos de la fotografía forense. Una vez concluido el caso se debe seguir el procedimiento administrativo para la descarga de las fotografías debidamente identificadas con el número de caso. ⁷⁸

- **Radiografías:**

Se indicará si se aportaron radiografías por parte del examinado o si fueron tomadas en el Instituto, en ambos casos se identificarán, se anotará la fecha y se realizará una descripción de los hallazgos. ⁷⁸

- **Referencia a centro médico:**

Se indicará si fue necesario dicha referencia y los motivos. ⁷⁸

- **Indicios recolectados:**

Se marcarán las casillas correspondientes. Para cada uno de los indicios recolectados se utilizará una boleta de cadena de custodia y se les dará el trámite a los laboratorios de Ciencias Forenses respectivos. ⁷⁸

- **Diagramas elaborados:**

Se indicará marcando las casillas respectivas. ⁷⁸

- **Comentario médico legal:**

En este apartado el perito realizará una relación de los hechos y un posible mecanismo de trauma desde el punto de vista médico legal, a partir de la historia narrada, de los antecedentes encontrados, de los hallazgos durante el examen físico, de manera tal que exprese toda la fundamentación necesaria a efecto de esgrimir y sustentar las conclusiones.⁷⁸

- **Conclusiones del reconocimiento de lesiones:**

Acá se dará respuestas a las preguntas de la autoridad competente que ordenó la pericia. Además, se agregarán todos aquellos datos de importancia en la investigación y que hayan sido encontrados durante toda la evaluación y que fueron sustentados en el comentario médico legal.⁷⁸

Al tratarse de delitos contra la integridad física y de conformidad con el Código Penal de El Salvador, CP, deberá establecerse una incapacidad para realizar las labores habituales, entendiéndose la misma como el tiempo que el organismo requerirá para restablecer su función de manera que le permita realizar sus actividades habituales sin ninguna limitación.⁷⁸

Para ello se establecerá en los casos en que corresponda las siguientes incapacidades: incapacidad temporal provisional, incapacidad temporal definitiva e incapacidad permanente.⁷⁸

En casos en que los hallazgos durante la evaluación médico legal lo ameriten, el perito deberá, de conformidad con el art. 144 del Código Penal establecer como incapacidad permanente si existe una grave deformidad física en el cuerpo, o

una grave perturbación funcional permanente, así como pérdida anatómica y/o funcional de un órgano o miembro principal.⁷⁸

- **Lesiones que pusieron en peligro la salud:**

Igualmente, luego de la evaluación médico legal, en casos en que así lo amerite deberá establecer si las lesiones encontradas pusieron en peligro la vida. Aun cuando cada caso se debe evaluar de manera individual tomando en consideración los aspectos clínicos, la extensión de las lesiones, la evolución posterior, así como la intervención médico quirúrgica.⁷⁸

Finalmente anotar claramente el nombre del perito, la firma y la fecha en que se emite el dictamen.⁷⁸

Este peritaje también puede realizarse cuando la persona se encuentra hospitalizada, debido a la gravedad de los traumatismos, en dicho caso se procede de la siguiente manera:⁷⁸

- En este tipo de evaluaciones, se emplea un formato de protocolo muy similar al utilizado para la valoración de lesiones en la clínica forense, por lo que la actuación del perito será igual a la que efectúa cuando valora una persona en las instalaciones del Instituto de Medicina Legal.⁷⁸
- En este sentido, estas valoraciones le agregan un valor adicional a la peritación, la cual es el estudio del expediente clínico y de todos aquellos procedimientos efectuados en la persona evaluada, lo que le dará más elementos de juicio al momento de establecer las incapacidades temporal y permanente respectivas, o en su defecto la recomendación de efectuar nuevas valoraciones para determinarlas posteriormente.⁷⁸
- En dicho protocolo se agregan los siguientes apartados:
 - Revisión del expediente médico:⁷⁸

- Indicar el hospital al cual pertenece el expediente analizado.
- Indicar el número de dicho expediente.
- Verificar y anotar a nombre de quien se encuentra registrado dicho expediente.
- En algunos casos, sobre todo en casos de evaluaciones por responsabilidad médica, será necesario foliar e indicar el número de folios constitutivos de dicho expediente.
- Diagnóstico clínico: ⁷⁸
 - Se deben de anotar los diagnósticos de ingreso del paciente al hospital.
- Tratamientos efectuados: ⁷⁸
 - Anotar los principales tratamientos efectuados y que tengan repercusión en la evolución clínica del paciente.
- Exámenes realizados: ⁷⁸
 - De igual manera, se deben anotar los exámenes principales efectuados y su resultado, de importancia en la evolución clínica.
- Exámenes de imágenes realizados: ⁷⁸
 - Se anotarán los exámenes de imágenes médicas realizados, así como su resultado.

5.2. METODOLOGÍA

Durante los años 2020 y 2021, por motivos de pandemia COVID 19 la Universidad de El Salvador acordó que los trabajos de investigación de posgrado se realizaran bajo la modalidad de “INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL”, para evitar contagios por revisiones de expedientes médico legales.

Por lo tanto, en este apartado se detalla una propuesta de diseño metodológico que podría ser utilizado en caso de que este trabajo en un futuro fuera realizado como investigación descriptiva.

- **Tipo de diseño**

El estudio sería de tipo observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal.

- **Población de estudio**

Población diana: niños de cero a doce años que acuden a peritajes médico legales de lesiones.

Población de estudio: niños de cero a doce años que acudieron a peritajes de lesiones al Departamento de Clínica forense, del Instituto de Medicina Legal, San Salvador, en el período comprendido entre enero de 2018 y diciembre de 2019, que cumplan los criterios de inclusión.

- **Descripción de la muestra**

- Criterios de inclusión:

- Niños de cero a doce años.
- Realización de peritajes de lesiones con una orden fiscal o judicial.
- Peritajes de lesiones realizados en el Departamento de Clínica Forense, del Instituto de Medicina Legal, San Salvador.
- Peritajes de lesiones realizados en el período entre enero de 2018 y diciembre de 2019.

- Peritajes de lesiones con firma de consentimiento informado por un familiar o por un representante legal.
- Criterios de exclusión:
 - Peritajes de lesiones realizados en domicilios, hospitales o centros de detención.
 - Peritajes de lesiones donde sin tiempo de curación e incapacidad por no evidenciarse lesiones.
- **Método de muestreo**

El muestreo sería probabilístico de tipo aleatorio simple, ya que todos los participantes tendrían la misma probabilidad de ser elegidos.

- **Cálculo del tamaño de la muestra**

Se realizaría el cálculo por medio del programa estadístico STATSTTM 2.0.

- **Procedencia de los sujetos**

Los datos se obtendrían de fuentes primarias documentales, se revisarían los peritajes de lesiones que se realizaron a niños de 0 a 12 años que, en el Departamento de Clínica Forense, región Metropolitana, entre enero de 2018 y diciembre de 2019.

- **Método de recogida de datos:**

Operacionalización de las variables:

OBJETIVOS	VARIABLE	DEFICION OPERACIONAL	FUENTE	MEDICIÓN	INTERPRETACION
Categorizar el maltrato infantil físico, descrito en los peritajes de lesiones realizados a niños menores de doce años en el Instituto de Medicina Legal, Región Metropolitana.	Nivel de gravedad	Características de las lesiones que presenta el niño, descritas en el peritaje de lesiones	Peritajes lesiones	Leve Moderado Severo	Cualitativa, discreta, ordinal
Determinar los factores epidemiológicos identificados en los casos de maltrato infantil, de niños menores de doce años	Sexo Edad	Sexo del menor informado por la persona a cargo del niño		Femenino Masculino	Cualitativa, discreta, nominal

atendidos en el departamento de clínica forense.	Edad en años cumplidos referida por la persona a cargo del niño a estudio	0-12 años	Cuantitativa, discreta, de razón
	Escolaridad		
	Peritajes lesiones		
	Área	Peritajes lesiones	Cualitativa, discreta, nominal
	Grado académico que cursa el niño en estudio	Ninguna Parvularia séptimo grado	Cualitativa, discreta, nominal
Zona geográfica definida por la densidad de población y el tipo de actividad económica de la que proviene el niño en estudio.	Urbana Rural	Cualitativa, discreta, nominal	
lugar de los hechos			
Vínculo social con la persona agresora			

	<p>agente vulnerable</p>	<p>Espacio físico donde ocurrieron los hechos.</p> <p>Tipo de relación existente entre el niño en estudio y el agresor</p> <p>Objetos utilizados para producir lesiones en el niño en estudio</p>		<p>Casa de habitación</p> <p>Casa conocida</p> <p>Casa desconocida</p> <p>Vía pública</p> <p>Familia</p> <p>Amigo</p> <p>Conocido</p> <p>Desconocido</p> <p>Objeto contuso</p> <p>Arma blanca</p> <p>Arma de fuego</p>	<p>Cualitativa, discreta, nominal</p> <p>Cualitativa, discreta, nominal</p>
--	--------------------------	---	--	--	---

Describir los hallazgos descritos en el examen físico realizado en los peritajes de lesiones de clínica forense.	Peso	Medida antropométrica referida a la masa corporal del niño en estudio.	Peritajes lesiones	Valor obtenido en libras.	Cuantitativa, continua, de razón
	Talla	Medida antropométrica referida a la estatura o longitud del niño en estudio.		Valor obtenido en metros	Cuantitativa, continua, de razón
	Apariencia	Aspecto exterior del niño en estudio.		Limpio Ordenado Sucio	Cualitativa, discreta, nominal
	Tipo de lesión	Clasificación de la lesión de acuerdo con su morfología.		Desordenado No descrito	Cualitativa, discreta, nominal
	Número de lesiones			Escoriación Equimosis:	

	Distribución anatómica de las lesiones	Cantidad de lesiones presente en el niño en estudio		Hematoma Herida Contusa Herida Cortante Herida Punzante Mordedura	Cuantitativa, discreta, de razón
		Región topográfica donde se describen las lesiones en el niño en estudio.		No tiene lesiones 1-3 lesiones 4-6 lesiones 7-9 lesiones 10 o más lesiones	Cualitativa, discreta, nominal
				Cabeza Tórax Abdomen Miembros superiores Miembros inferiores	

- **Entrada y gestión de la información de datos:**

Ambas investigadoras analizarían las hojas de recolección de datos y las distribuirían para poder ingresar de forma manual el contenido a la matriz digital y luego realizar el procesamiento informático de los datos. El procesamiento informático de los datos recolectados, serían analizados y tabulados en hoja de cálculo (Microsoft Excel), utilizando el instrumento de recolección de datos previamente expuesto en este protocolo.

El tipo de estadística a utilizar sería descriptivo, pues permitiría organizar, presentar y sintetizar la información, para asegurar que los datos recogidos en este estudio sean de calidad y válidos para su análisis posterior, así como para describir las características de los sujetos estudiados.

- **Limitaciones y posibles sesgos del estudio**

La principal limitación que se presentó en la realización de la investigación fue la pandemia COVID 2019 la cual obligó a la realización de una investigación documental con el fin de evitar contagios.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES

1. Es preciso categorizar los tipos de maltrato infantil, dependiendo del modo de violencia, siendo los principales: maltrato físico, maltrato emocional, abuso sexual y negligencia; y dentro de ellos, se deben describir los diferentes indicadores y niveles de lesividad con el fin de estadificar los hallazgos evidenciados; la importancia de esta clasificación radica, en brindar una atención orientada a la situación y necesidades del usuario, así como también brindar aportes al sistema de judicial, para facilitar la comprensión del caso y la posterior toma de decisiones jurídicas.^{10, 11}
2. Los factores epidemiológicos en los casos de maltrato infantil, se agrupan principalmente a nivel individual, en las relaciones cercanas, a nivel comunitario y a nivel social; durante las evaluaciones médico forenses, en los acápites de datos de identificación e historia, se pueden identificar dichos factores, los cuales tienen mayor utilidad para la entidad judicial solicitante de la pericia, pues permiten reconocer una situación de riesgo de manera oportuna y así dictaminar las medidas necesarias para hacer cumplir las respectivas leyes.^{10,14,78}
3. Las lesiones físicas en los exámenes médico forenses de casos de maltrato infantil, se pueden agrupar dependiendo del tipo de tejido comprometido en lesiones cutáneas, oculares, esqueléticas y viscerales; la descripción de dichas lesiones permiten al perito sustentar sus conclusiones con los niveles de lesividad, brindando a la parte solicitante la comprensión del estado físico del usuario y dictaminar las medidas necesarias de forma oportuna.^{10, 11, 15, 78}

CAPÍTULO VII: RECOMENDACIONES

1. El perito forense debe especificar dentro de sus dictámenes, las categorías del maltrato infantil correspondientes a cada caso, así como también su nivel de lesividad, siendo el encargado de realizar un examen físico exhaustivo al usuario, deberá notificar estas conclusiones a la parte judicial solicitante, dando pauta a que puedan dictaminar oportunamente, las medidas necesarias cuando así corresponda.^{10, 11, 78}
2. Dentro del peritaje médico forense se deben identificar y documentar, los factores epidemiológicos que presenta el evaluado, principalmente aquellos que puedan advertir un riesgo para su integridad física, sexual, psicológica o para la vida misma, siendo necesario en algunos casos trabajar de forma pertinente y articulada con las entidades de protección social y entidades judiciales.^{10, 11, 14, 78}
3. La descripción de las lesiones físicas es un momento único e irrepetible en el proceso judicial, por tanto, deben ser descritas con relación al tejido comprometido, su localización, número, forma, tamaño, tiempo de evolución, coloración y también documentadas con fotografías o exámenes complementarios como radiografías; de esta forma el forense podrá sustentar las conclusiones del dictamen y aportar elementos de prueba a la autoridad competente para la posterior toma de decisiones de carácter legal, colaborando así a la pronta justicia.^{10, 11, 15, 78}

FUENTES DE INFORMACIÓN

- 1) Ley de Protección Integral de La Niñez y Adolescencia. San Salvador: Palacio Legislativo; 2009.
- 2) Flores Santos, Daniela Rebeca. Caracterización de casos de maltrato infantil a menores de 0-15 años, atendidos en el Hospital del niño Dr. Ovidio Aligiara Uría, La Paz, Bolivia, abril a junio de 2016 [tesis doctoral en Internet]. [La Paz]: Universidad Mayor de San Andrés; 2016 [Citado 3 de diciembre de 2020]. Recuperado a partir de: <https://repositorio.umsa.bo/handle/123456789/13933>
- 3) Maltrato infantil [Internet]. Observatorio de la Infancia en Andalucía. 2020 [citado 3 diciembre 2020]. Disponible en: [http:// 7309_d_CyD-MaltratoInfantil.pdf](http://7309_d_CyD-MaltratoInfantil.pdf) (observatoriodelainfancia.es)
- 4) Maltrato de menores [Internet]. Organización Mundial para la Salud. [citado 1 marzo 2021]. Disponible en: [http:// OMS | Maltrato de menores](http://OMS|Maltrato%20de%20menores) (who.int)
- 5) Cecilie Modovar, María Elena Ubeda. La violencia en la primera infancia. Marco Regional de UNICEF para América Latina y el Caribe. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Secciones de Desarrollo de la Primera Infancia y Protección Infantil [Internet]. 2017 [citado 28 de febrero 2021] ISBN: 978-92-806-4908-6. Recuperado a partir de: 20171023_UNICEF_LACRO_FrameworkViolencia_ECD_ESP.pdf

- 6) María del Carmen Díaz García. Maltrato Infantil [tesis]. [Perú]: Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo; 2019 [citado 3 de diciembre de 2020]. Recuperado a partir de: [https:// Maltrato infantil \(upagu.edu.pe\)](https://Maltrato%20infantil%20(upagu.edu.pe))
- 7) Peraza Gutiérrez L, Gutiérrez Martorell ST. El síndrome del maltrato infantil y su diagnóstico en el consultorio estomatológico. MediCiego [Internet]. 2016 [citado 3 diciembre 2020]; 22(4): [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/531>
- 8) Maltrato Infantil [Internet]. Organización Mundial para la Salud. 2020 [citado 1 marzo 2021]. Disponible en: [http://Maltrato infantil \(who.int\)](http://Maltrato%20infantil%20(who.int))
- 9) Informe Juntas de Protección de la Niñez y la Adolescencia [Internet]. Consejo Nacional de la Niñez y de la Adolescencia. 2020 [citado 2 marzo 2021]. Disponible en: [http:// www.portal de Transparencia - El Salvador](http://www.portal%20de%20Transparencia%20-%20El%20Salvador)
- 10) Rosa Santana JD de la, Almeida Almeida AK, Reina Gregorich E, Guerra Frutos LC, Vázquez Gutiérrez G. Maltrato infantil. Una revisión bibliográfica. Rev Cient 2 Dic [Internet]. 2020 [citado 3 de diciembre 2020];3(1):e39. Recuperado a partir de: [https://Maltrato infantil. Una revisión bibliográfica | de la Rosa Santana | Revista científica estudiantil 2 de Diciembre \(sld.cu\)](https://Maltrato%20infantil.%20Una%20revisi%C3%B3n%20bibliogr%C3%A1fica%20|%20de%20la%20Rosa%20Santana%20|%20Revista%20cient%C3%ADfica%20estudiantil%20de%20Diciembre%20(sld.cu))
- 11) Padilla Gorena, Nayra Padilla. Características del Maltrato Infantil de Niños y niñas, menores de 12 años de edad atendidos en el Instituto de Investigaciones Forenses del Municipio de Sucre, Gestión 2013. [tesis doctoral en Internet]. [La Paz]: Universidad Mayor de San Andrés; 2016 [Citado 3 de diciembre de 2020]. Recuperado a partir de: <https://repositorio.umsa.bo/xmlui/handle/123456789/15328>

- 12)Rodríguez Ochoa, Lisseth Esther. Abordaje del maltrato infantil su conceptualización la valoración médica y protocolos de atención. [tesis doctoral en Internet]. [Machala]: Universidad Técnica de Machala; 2017 [Citado 3 de diciembre de 2020]. Recuperado a partir de: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/9971>
- 13)Cordero Miranda, Laddy Geovanna. Caracterización del maltrato infantil, tipo violencia física en menores de 12 años, que acuden al Hospital General de los Yungas del Municipio de Coroico, La Paz, Bolivia, Gestión 2017 [tesis doctoral en Internet]. [La Paz]: Universidad Mayor de San Andrés; 2018 [Citado 3 de diciembre de 2020]. Recuperado a partir de: <https://repositorio.umsa.bo/handle/123456789/20827>
- 14)Gancedo Baranda A. Abordaje integral del maltrato infantil. Lúa Ediciones 3.0[Internet]. 2017 [citado 15 de febrero de 2021]; p. 535-43. Recuperado a partir de: https://www.aepap.org/sites/default/files/535-544_abordaje_maltrato_infantil.pdf
- 15)Palacios-López C, Durán-McKinster C, Orozo-Covarrubias L, Saéz-De Ocariz M, Ruiz-Maldonado R. Maltrato infantil en México. Dermatol Rev Mex [Internet]. 2016 [citado 3 de diciembre de 2021]. 60(4):326-333. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/derrevmex/rmd-2016/rmd164g.pdf>
- 16)Torres E. Prevención del maltrato infantil. PDR [Internet]. 10oct.2018 [citado 3 diciembre 2020]; (8): 42-7. Disponible en: <https://revistas.uniminuto.edu/index.php/Pers/article/view/1609>

- 17) Aguas Lara, Yuval Estefania. El maltrato infantil y su influencia en el nivel de resiliencia en niños de 7 a 12 años de la Fundación Don Bosco. Nuevo León. [tesis doctoral en Internet]. [Ambato]: Universidad Técnica de Ambato; 2016 [Citado 3 de diciembre de 2020]. Recuperado a partir de: <https://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/21962?mode=full>
- 18) Jiménez Cortés, Nathali. Maltrato infantil y la repercusión en el autoconcepto de adolescentes de escuelas públicas y privadas de Montemorelos, Nuevo León. [tesis doctoral en Internet]. [Nuevo León]: Universidad de Montemorelos; 2017 [Citado 3 de diciembre de 2020]. Recuperado a partir de: <http://dspace.biblioteca.um.edu.mx/xmlui/handle/20.500.11972/356>
- 19) García-Martín R, Morentin B. Valoración forense integral del maltrato infantil intrafamiliar. Rev Esp Med Legal. 2020;46(1):28-40. DOI: 10.1016/j.reml.2019.08.003
- 20) Constitución de la República de El Salvador. San Salvador: Palacio Legislativo; 1983.
- 21) Política Nacional de Protección Integral de la Niñez y de la Adolescencia de El Salvador 2013-2023. San Salvador: Consejo Nacional de Niñez y Adolescencia; 2013.
- 22) Santos González, María. Consecuencias del Maltrato Físico Infantil. [tesis doctoral en Internet]. [San Cristobal de la Laguna]: Universidad de la Laguna; 2018 [Citado 3 de diciembre de 2020]. Recuperado a partir de: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/9355/Consecuencias%20del%20Maltrato%20Fisico%20Infantil.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- 23)Alonso GGM, Martínez GCL, Peralta BH, et al. Estrategia de promoción de salud frente al maltrato infantil en la familia. *Mediciego*. 2018;24(3):33-52.
- 24)Valeria Arredondo, Carolina Saavedra, Cristobal Guerra. Evaluación de un Instrumento de Apoyo Institucional en Casos de Maltrato Infantil [Internet]. 2017 [citado 3 de diciembre de 2020]; 17(2) 1667-4545. Recuperado a partir de: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/revaluar>
- 25)María Paz Ruíz Tejedor. Falsas alegaciones de abuso sexual infantil en contextos forenses: análisis de su asociación con distintos indicadores periciales [tesis doctoral]. [Madrid]: Universidad Complutense de Madrid; 2018 [citado 3 de diciembre de 2020]. Recuperado a partir de: [https://Falsas alegaciones de abuso sexual infantil en contextos forenses: análisis de su asociación con distintos indicadores periciales \(ucm.es\)](https://Falsas alegaciones de abuso sexual infantil en contextos forenses: análisis de su asociación con distintos indicadores periciales (ucm.es))
- 26)Grisel María Alonso GutiérrezI, Rafael González Caballeroll, Cristóbal Martínez GómezIII, Belkis María Ruiz RodríguezIV, Sergio Adolfo Marrero HallesV, Yaney Zayas RibaltaVI. Familia y conocimiento sobre el maltrato infantil. *MEDICIEGO* [Internet]. 2017 [citado 3 de diciembre]; 23(1) 1029-3035, RNPS 1821. Recuperado a partir de: [https:// Familia y conocimiento sobre el maltrato infantil \(medigraphic.com\)](https://Familia y conocimiento sobre el maltrato infantil (medigraphic.com))
- 27)Rony Prada Chapoñam. Maltrato infantil: una revisión teórica y evolutiva del concepto [tesis]. [Perú]: Universidad Señor de Sipán [citado 3 de diciembre 2020]. Recuperado a partir de: [https:// Gálvez Salazar María Laura.pdf \(uss.edu.pe\)](https://Gálvez Salazar María Laura.pdf (uss.edu.pe))
- 28)Rita Marina Quesada Sanabria, Yanelis Niebla Díaz, Lidia Sánchez Gutiérrez, Weilme Vázquez Cruz. Intervención educativa sobre violencia

intrafamiliar y maltrato infantil en familias disfuncionales [Internet]. 2019 [citado 3 de diciembre]; 26 (1) 2520-9078, RNPS 2441. Recuperado a partir de: <https://www.sld.cu> Intervención educativa sobre violencia intrafamiliar y maltrato infantil en familias disfuncionales | Quesada Sanabria | Medimay (sld.cu)

29) José M. Muñoz, Laura González-Guerrero, Andrés Sotoca, Odette Terol, José L. González y Antonio L. Manzanero. LA ENTREVISTA FORENSE: OBTENCIÓN DEL INDICIO COGNITIVO EN MENORES PRESUNTAS VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL INFANTIL. Papeles del psicólogo [Internet]. 2016; 37(3): 205-216. Recuperado a partir de: <https://www.Redalyc.org/articulo.oa?id=77847916008>

30) Nubia Milena Duarte Gil, Diosa Lorena Macías Mejía, Juan Fernando Suaza Gutiérrez, Arcela Zambrano. LA PERCEPCIÓN DE LOS NIÑOS ENTRE 8 A 12 AÑOS SOBRE EL MALTRATO INFANTIL DEL CENTRO METROPILOS. [tesis]. [Bogotá]: Institución Universitaria Politécnico Gran Colombiano [citado 3 de diciembre 2020]. Recuperado a partir de: <https://www.poligran.edu.co> LA PERCEPCIÓN DE LOS NIÑOS ENTRE 8 A 12 AÑOS SOBRE EL MALTRATO INFANTIL DEL CENTRO METROPILOS.pdf (poligran.edu.co)

31) Mantilla, A. V., & Toro, J. El maltrato infantil como causa, y el filicidio como resultado [Internet]. 2016. [citado 3 de diciembre]. Recuperado a partir de: <https://www.usb.edu.co> Maltrato_Infantil_Filicidio_Mantilla_2016.pdf (usb.edu.co)

32) Gonzalo Solís-García, Rafael Maranón, María Medina Muñoz, Sara de Lucas Volle, Marina García-Morín y Arístides Rivas García. Maltrato infantil en Urgencias: epidemiología, manejo y seguimiento [Internet]. 2019

[citado 3 de diciembre de 2020]; 91(1): 37-41. Recuperado a partir de: <https:// Maltrato infantil en Urgencias: epidemiología, manejo y seguimiento – ScienceDirect>

33) Jesús Armando Delgado Meza. El maltrato infantil por negligencia: conceptos y visión general sobre su evaluación. [Internet]. 2016 [citado 3 de diciembre de 2020]; 7(1), 14-23. Recuperado a partir de: [https:// El maltrato infantil por negligencia: Concepto y visión general sobre su evaluación. | Delgado Meza | I+D REVISTA DE INVESTIGACIONES \(udi.edu.co\)](https:// El maltrato infantil por negligencia: Concepto y visión general sobre su evaluación. | Delgado Meza | I+D REVISTA DE INVESTIGACIONES (udi.edu.co))

34) Tolentino Toro, Krisna. Maltrato infantil: Cartografía de una despolitización. Athenea Digital [Internet]. 2019 [citado 3 de diciembre 2020]; 19(3), e1775. Recuperado a partir de: <https://https://doi.org/10.5565/rev/athenea.1775>

35) Francisca Victoria Latrop Gómez. MALTRATO INFANTIL EXTRAFAMILIAR EN CHILE. Análisis de las propuestas legislativas y de la nueva Ley No 21.013 a la luz de los criterios emanados del Derecho Internacional de los Derechos Humanos. [tesis]. [Santiago de Chile]: Universidad de Chile; 2018 [citado 3 de diciembre de 2020]. Recuperado a partir de: <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/150390>

36) Alonso Gutiérrez G, González Caballero R, Martínez Gómez C, Ruiz Betancourt Y, Pérez Laffitte M, Vega Fernández D. Manifestaciones del maltrato infantil, repercusión social y vías para su prevención. MediCiego [Internet]. 2017 [citado 3 diciembre 2020]; 23(1): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/671>

- 37)Alonso Gutiérrez G, Martínez Gómez C, Peralta Benítez H, Ballbé Valdés A, García Pérez R, Giance Paz L. Modelo de la dinámica del proceso de promoción de salud frente al maltrato infantil. MediCiego [Internet]. 2018 [citado 3 diciembre 2020]; 24(2):[aprox. 15 p.]. Disponible en: <http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/931>
- 38)Saura HIM, Paz FM, del Sol MMI. Percepción del maltrato infantil por los adolescentes y sus padres. Revista Cubana de Tecnología de la Salud [Internet]. 2017 [citado 3 diciembre 2020]; 8(2): 28-34. Disponible en: [http:// Percepción del maltrato infantil por los adolescentes y sus padres \(medigraphic.com\)](http://Percepción%20del%20maltrato%20infantil%20por%20los%20adolescentes%20y%20sus%20padres%20(medigraphic.com))
- 39)Flores Santos, Daniela Rebeca. Caracterización de casos de maltrato infantil a menores de 0-15 años, atendidos en el Hospital del niño Dr. Ovidio Aligiara Uría, La Paz, Bolivia, abril a junio de 2016 [tesis doctoral en Internet]. [La Paz]: Universidad Mayor de San Andrés; 2016 [Citado 3 de diciembre de 2020]. Recuperado a partir de: <https://repositorio.umsa.bo/handle/123456789/13933>
- 40)Loredo-Abdalá A, Villanueva-Clift H, Aguilar-Ceniceros AM, Casas-Muñoz A. Maltrato infantil: su conocimiento, atención y difusión en tres hospitales pediátricos de México. Bol Med Hosp Infant Mex. 2016;73(4):219-227. DOI: 10.1016/j.bmhimx.2016.03.004
- 41) Quevedo Cruz, María Camila. Maltrato infantil en niños, niñas y adolescentes en cuidados alternativos: comparación del acogimiento institucional y el acogimiento familiar [tesis doctoral en Internet]. [Santa Marta]: Universidad Cooperativa de Colombia; 2019 [Citado 3 de

diciembre de 2020]. Recuperado a partir de:
<https://repository.ucc.edu.co/handle/20.500.12494/14967>

- 42) Delgado Meza JA, El maltrato infantil por negligencia: conceptos y visión general sobre su evaluación. *Revinv.* 2016; 7(1):14-23. DOI: 10.33304/revinv.v07n1-2016002
- 43) Gálvez Salazar, María Laura. Maltrato infantil: una revisión teórica y evolutiva del concepto [tesis doctoral en Internet]. [Pimentel]: Universidad Señor de Sipán; 2019 [Citado 3 de diciembre de 2020]. Recuperado a partir de: <http://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/5728>
- 44) Pérez-Cabrera CL, Peña-Cruz G, Cabrera-Reyes L de la C. Maltrato infantil y la atención en el nivel primario de salud. *Rev Hum Med [Internet]*. 2017 [citado 3 de diciembre de 2021]; 17(2): 415-435. Recuperado a partir de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202017000200012
- 45) Soledad, Lemos. El maltrato infantil intrafamiliar: el niño, la familia y la regulación interna concepto [tesis doctoral en Internet]. [Córdoba]: Universidad Siglo XXI; 2016 [Citado 3 de diciembre de 2020]. Recuperado a partir de: <https://rdu-demo.unc.edu.ar/handle/123456789/84695>
- 46) Arranz Montull, Marta. Desprotección infantil y trabajo en red: Rol del trabajador social en los centros escolares para la detección y el abordaje de situaciones de maltrato infantil por negligencia y/o desatención familiar [tesis doctoral en Internet]. [Barcelona]: Universitat de Barcelona; 2018 [Citado 3 de diciembre de 2020]. Recuperado a partir de: <https://www.tdx.cat/handle/10803/665831>

- 47) Pacompia Peñaloza, Karen Rocio. Representaciones sociales de las profesoras sobre el maltrato infantil en la I.E.I N 196 Glorioso San Carlos de la Ciudad de Puno-2106 [tesis doctoral en Internet]. [Puno]: Universidad Nacional del Altiplano; 2016 [Citado 3 de diciembre de 2020]. Recuperado a partir de: <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/3976>
- 48) Nuñez Morales, Claudia Elizabeth. El maltrato de progenitores en niños de 5to y 6ro de primaria, IE 14030 “Divino Corazón de Jesús” Sullana, Piura. 2018 [tesis doctoral en Internet]. [Piura]: Universidad Nacional de Piura; 2019 [Citado 3 de diciembre de 2020]. Recuperado a partir de: <http://repositorio.unp.edu.pe/handle/UNP/1728>
- 49) Muñoz Contreras, Constanza Andrea. Análisis de la implementación de programas de protección especializada en maltrato y abuso sexual, ejecutados por los equipos de organismos colaboradores acreditados del Servicio Nacional de Menores, de la Región de Biobío, entre los años 2014 y 2015. [tesis doctoral en Internet]. [Concepción]: Universidad de Concepción; 2017 [Citado 3 de diciembre de 2020]. Recuperado a partir de: <http://administracionpublica.udec.cl/wp-content/uploads/2017/10/TESIS-CONSTANZA-MU%C3%91OZ-CONTRERAS-pdf.pdf>
- 50) Godoy-Castillo ND, Matamoros M, Roque-Pacheco G, Villanueva SM. Caracterización de casos de maltrato infantil, Dirección de Medicina Forense de Tegucigalpa. Rev. cienc.forenses Honduras [Internet]. 2018 [citado 3 de diciembre de 2021]; 4(2):2-9. Recuperado a partir de: <http://www.bvs.hn/RCFH/pdf/2018/pdf/RCFH4-2-2018-3.pdf>

- 51) Riquelme-Pereira N, Bustos-Navarrete C, Vicente-Parada B. Impacto del maltrato infantil en la prevalencia de trastornos mentales en niños y adolescentes chilenos. *Ciencia y Enfermería* (2020) 26:19. DOI: 10.29393/CE26-12IMNC30012
- 52) Manzini-Macedo D, Lawrenz P, Von-Hohendorff J, Pizarro-Freitas CP, Koller SH, Habigzang LF. Characterization of Child Maltreatment Cases Identified in Health Services. *Paidéia* 2020, Vol. 30, e3018. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/1982-4327e3018>
- 53) Loredó-Abdalá A, Casas-Muñoz A, Cerezo-Cantú V, Carballino-Moreno OG, Ordoñez-Franco NA. Maltrato infantil: la neurobiología, estrategia de estudio para el siglo XXI. *Acta Pediatr Mex.* [Internet]. 2020 [citado 3 de diciembre de 2021];41(4):165-177. Recuperado a partir de: <https://ojs.actapediatrica.org.mx/index.php/APM/article/view/1883>
- 54) Robledo-Aceves M, Jaime-Maldonado NJ, Martínez-Romero E, Barriga-Marín JA. Factores de riesgo asociados al síndrome de maltrato infantil en niños mexicanos atendidos en el servicio de urgencias. *Arch Argent Pediatr* 2020;118(1):4-10. DOI: 10.5546/aap.2020.4
- 55) Fernández G, Farina P, Arráiz de Fernández C, Troya E. Consecuencias del maltrato infantil en un hospital de Maracaibo-Venezuela. *Revista de Ciencias Sociales (RCS)* [Internet]. 2020 [citado 3 de diciembre de 2021] Vol. XXVI, No.1, pp. 187-202. Recuperado a partir de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7384414>
- 56) Miguel Álvarez, Paula. Maltrato infantil. Propuesta de protocolo de actuación hospitalaria. [tesis doctoral en Internet]. [Valladolid]: Universidad

de Valladolid; 2020 [Citado 3 de diciembre de 2020]. Recuperado a partir de: <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/42032>

57) Santos Beatriz, Carmen Castro. Maltrato infantil en los estudiantes de educación inicial. [tesis doctoral en Internet]. [Piura]: Universidad Nacional de Tumbes; 2020 [Citado 3 de diciembre de 2020]. Recuperado a partir de: <http://repositorio.untumbes.edu.pe/handle/UNITUMBES/1784>

58) Código de Familia. San Salvador: Palacio Legislativo; 1993.

59) Rusca-Jordán Fiorella, Cortez-Vergara Carla. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Una revisión clínica. Rev Neuropsiquiatr [Internet]. 2020 Jul [citado 2021 Oct 03] ; 83(3): 148-156. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972020000300148&lng=es. <http://dx.doi.org/10.20453/rnp.v83i3.3794>.

60) Figueroa Gustavo. DSM-5. ¿La incorporación definitiva de la psiquiatría en la medicina?. Rev. méd. Chile [Internet]. 2019 Abr [citado 2021 Oct 03] ; 147(4): 475-479. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872019000400475&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872019000400475>.

61) Guerrero a-Robinson, Kahn ch-Mariana. Alopecias. Rev. Med. Clin. Condes [Internet]. 2011 Oct. [citado 2021 Oct 03]; 22(6) 773-781]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-alopicias-S0716864011704904>.

- 62) Lineamientos para la Atención Hospitalaria de Niños Menores de Cinco años con Desnutrición Severa. San Salvador, El Salvador. 2010. Disponible en: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_desnutricion_menores.pdf.
- 63) Vargas Alvarado E. Medicina Legal. México: Editorial Trillas; 2014.
- 64) Puig Sanz L. Púrpuras [Internet]. Asociación Española de Pediatría. 2007. [citado 2021 Oct 03]. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/purpuras.pdf>.
- 65) Archilla H. Desarrollo del Rapport a través de proyectos de centro para posibilitar conexiones entre asignaturas, docentes y el entorno: la radio escolar. España: Asociación Española de Psicología Conductual; 2019. 738-744 p.
- 66) Gisbert Calabuig. Medicina Legal y Toxicología. Masson; 2004. 361 p.
- 67) Por una Atención Libre de Victimización secundaria en casos de la violencia sexual, Fondo de Población de las Naciones Unidas, El Salvador, 2013. Disponible en: <https://elsalvador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/modulo-libre-revictimizacion.pdf>
- 68) Vicent M. Vacca Jr, Argento Isabel. Hematoma subdural crónico: una complicación frecuente [Internet]. 2019 [citado 20 de octubre de 2021]. 36 (1):16-23. Recuperado a partir de: <https://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-articulo-hematoma-subdural-cronico-una-complicacion-S021253821930007X>

- 69) Charry José D, Cáceres Juan F, Salazar Andrea C, López Lisseth P, Solano Juan P. Trauma Craneoencefálico. Revisión de la literatura. 2017. Rev. Chil. Neurocirugía 43: 177-182.
- 70) Jiménez Serrano Rocío, García Fernández Francisco Pedro. Manejo de las quemaduras de primer y segundo grado en atención primaria. Gerokomos [Internet]. 2018 [citado 2021 Nov 24] ; 29(1): 45-51. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2018000100045&lng=es.
- 71) Marecos Edgardo A. El diagnóstico diferencial. 2003. Revista de posgrado de la VIA Cátedra de Medicina 128:1-5.
- 72) Zaragozano J. Fleta. Autolesiones en la adolescencia: una conducta emergente. 2017. Bol Pediatr Arag Rioj Sor; 47: 37-45
- 73) Dorado Criado M. Mancha mongólica de distribución atípica [Internet]. 2018 [citado 11 septiembre 2018]. Fecha de acceso: 06 de julio de 2021. Disponible en: https://pap.es/files/1116-2489-pdf/05_RPAP_79_Mancha_mongolica.pdf
- 74) Sarmiento Teresa, Guillen Verónica. El tratamiento psicológico de la tricotilomanía: un estudio de caso. 2016. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 21(1):57-66.
- 75) Bermúdez D. Laura, Barrantes M. Melissa, Bonilla A. Gloriana. Trastorno por estrés postrauma. 2020. Revista Médica Sinergia Vol.5, número 9.

- 76) Gallego MA., López MI. Mutilación genital femenina. Revisión y aspectos de interés médico legal. 2010, Cuad Med Forense 16(3):145-151.
- 77) Real Academia Española: Diccionario de la lengua española, 23.^a ed., [versión 23.4 en línea]. <<https://dle.rae.es>> [22 de octubre de 2021]
- 78) Corte Suprema de Justicia de El Salvador, Instituto de Medicina Legal “Dr. Roberto Masferrer”. Guía Técnica 8. Reconocimiento Médico Legal de las Lesiones.

ANEXOS

Anexo 1- Hoja de consentimiento informado del IML "Dr. Roberto Masferrer".



CORTE SUPREMA DE JUSTICIA
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL "DR. ROBERTO MASFERRER"



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS MÉDICO-LEGALES

CINF

DATOS GENERALES

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ D.U.I. N°: _____ NO PORTA ()

TOMA DE HUELLA DACTILAR: SÍ () NO () DEDO _____

TOMA DE FOTOGRAFÍA PARA IDENTIFICACIÓN: SÍ () NO ()

Nombre del acompañante: _____ D.U.I.: _____

Relación: _____ Dirección: _____

Nombre del Representante Legal: _____ D.U.I.: _____

(En casos de tratarse de personas menores de edad o de personas incapaces)

Institución que lo solicita: _____ Número de oficio: _____

CONSENTIMIENTO

Yo, _____ de _____ años de edad, he sido informado (a) de manera amplia por el médico forense asignado acerca de los alcances del examen médico legal que ha sido ordenado por la Autoridad competente y de la importancia del mismo para el proceso judicial que se ha iniciado.

Entiendo completamente que la información médica generada puede ser usada como evidencia, así como que el examen médico legal puede incluir por la naturaleza del delito en investigación el examen del área genital y la recolección de evidencia sobre mi cuerpo y vestimentas y la toma de muestras de fluidos corporales y fotografías.

Leído lo anterior en voz alta y de una manera totalmente libre, otorgo el consentimiento al Médico Forense: _____ para la realización de los siguientes procedimientos médico-legales marcando con una X las casillas correspondientes:

1. SÍ () NO () Utilización de la información generada
2. SÍ () NO () Examen médico completo, incluido en casos de delitos sexuales el examen del área genital y paragenital.
3. SÍ () NO () La recolección de evidencia sobre mi cuerpo (incluye los residuos subungueales) y las vestimentas
4. SÍ () NO () La toma de muestras de sangre y/o orina para exámenes complementarios en los laboratorios de Ciencias Forenses
5. SÍ () NO () La toma de fotografías de los hallazgos durante el examen médico legal para ser presentadas como evidencia adicional.

FIRMA: _____

CÓD 5.4.82

Anexo 2- Protocolo de reconocimiento de lesiones del IML "Dr. Roberto Masferrer".



CORTE SUPREMA DE JUSTICIA
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL "DR. ROBERTO MASFERRER"



PROTOCOLO DE RECONOCIMIENTO DE LESIONES

PLES

DATOS GENERALES

Institución que lo solicita: _____ Número de oficio: _____

Lugar del reconocimiento: _____ Fecha/ Hora: _____

Nombre del paciente: _____

D.U.I. N°: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Sexo: Hombre () Mujer () Género: LGBTI () Especifique: _____

N/D () Nombre con el que se identifica: _____

Actividad manual: _____ Escolaridad: _____

Ocupación: _____ Dirección: _____

Área geográfica: Urbana () Rural () Municipio: _____

Departamento: _____ Nombre del acompañante: _____

_____ D.U.I.: _____

Relación: _____ Dirección: _____

RECIBIÓ ATENCIÓN HOSPITALARIA: Sí () No () Hospital: _____

_____ Expediente N°: _____

SE CUENTA CON EL CONSENTIMIENTO INFORMADO: SÍ () NO ()

ANTECEDENTES MÉDICOS: Hipertensión arterial () Diabetes Mellitus ()

Cardiopatías () Otras () Especifique: _____

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS: _____

ANTECEDENTES PERSONALES: Tabaquismo () Alcoholismo ()

Otras drogas: () Especifique: _____ Último uso: _____

Otros de importancia: _____

ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS (Cuando aplique):

Menarquía: _____ Fecha de última menstruación: _____

Grávida: _____ Para: _____ Abortos: _____ Cesáreas: _____ Vivos: _____

Fecha de último parto o cesárea: _____ Vida sexual activa: Sí () No ()

Planificación Familiar: Sí () No () Método: _____

ANTECEDENTES MÉDICO LEGALES: _____

HISTORIA MÉDICO LEGAL (DÓNDE, CUÁNDO, CÓMO, QUE, QUIEN) _____

IDENTIFICACIÓN DEL (O LOS) AGRESOR (ES)

UN HECHOR: Conocido () Desconocido ():

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____

RELACIÓN CON LA VÍCTIMA: Parentesco familiar: () Especifique: _____

Conocido de la víctima: () Especifique: _____

Si es Desconocido: Complexión: _____

Tatuajes: (Forma, color, ubicación): _____

Características especiales: _____

Estado del Agresor: Alcohol: Sí () No () Drogas: Sí () No () Tipo: _____

MÁS DE UN HECHOR

1. Desc.() Complexión: _____

Tatuajes: _____

Características especiales: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Alcohol Sí () No () Drogas: Sí () No () _____

Relación con víctima: Parentesco familiar () E: _____ Conocido () E: _____

2. Desc.() Complexión: _____

Tatuajes: _____

Características especiales: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Alcohol Sí () No () Drogas: Sí () No () _____

Relación con víctima: Parentesco familiar () E: _____ Conocido () E: _____

3. Desc.() Compleción: _____

Tatuajes: _____

Características especiales: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Alcohol Sí () No () Drogas: Sí () No () _____

Relación con víctima: Parentesco familiar () E: _____ Conocido () E: _____

4. Desc.() Compleción: _____

Tatuajes: _____

Características especiales: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Alcohol Sí () No () Drogas: Sí () No () _____

Relación con víctima: Parentesco familiar () E: _____ Conocido () E: _____

5. Desc.() Compleción: _____

Tatuajes: _____

Características especiales: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Alcohol Sí () No () Drogas: Sí () No () _____

Relación con víctima: Parentesco familiar () E: _____ Conocido () E: _____

EXAMEN FÍSICO: MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS (CUANDO APLIQUEN):

Peso: _____ Kg. Talla: _____ cm. IMC: _____ Diámetro de hombros: _____ cm

Perímetro torácico: _____ cm Perímetro abdominal: _____ cm Perímetro del brazo: _____ cm.

Perímetro del muslo: _____ cm. SIGNOS VITALES PA: _____ FC: _____ FR: _____

ESTADO GENERAL (describiendo actitud y comportamiento): _____

Cabeza: _____

Cara: _____

Cavidad oral: _____

Cuello: _____

Tórax: _____

Miembros superiores: _____

Abdomen: _____

Genitales externos: _____

Espalda: _____

Miembros inferiores: _____

Dientes: _____

FOTOGRAFÍAS TOMADAS: SÍ () NO () CANTIDAD: _____

RADIOGRAFÍAS APORTADAS: SÍ () NO ()

NÚMERO	FECHA	DESCRIPCIÓN
--------	-------	-------------

_____	_____	_____
-------	-------	-------

_____	_____	_____
-------	-------	-------

_____	_____	_____
-------	-------	-------

_____	_____	_____
-------	-------	-------

_____	_____	_____
-------	-------	-------

Se dio referencia a centro médico: SÍ () NO () Motivo: _____

DIAGRAMAS ELABORADOS: Cuerpo () Área Genital () Otro () _____

COMENTARIO MÉDICO LEGAL: _____

Handwritten lines for notes or data entry.

CONCLUSIONES:

Handwritten lines for conclusions.

NOMBRE DEL MÉDICO FORENSE FIRMA Y SELLO FECHA

PRS-4

DATOS ESTADÍSTICOS

Anexo 3- Formulario estadístico del IML "Dr. Roberto Masferrer".

SÓLO SE VA A LLENAR CUANDO SEA UN RECONOCIMIENTO DE SANGRE DE PRIMERA VEZ Y DE ACUERDO AL TIPO DE HECHO.

VI- TIPO DE HECHO

A. DELINCUENCIA COMÚN:

Delincuencia común Maras Riñas
Enemistad Venganza No se sabe

B. VIOLENCIA INTRAFAMILIAR:

Maltrato infantil Maltrato conyugal Maltrato de otros familiares

C. ACCIDENTES:

Hecho de tránsito Caída Trauma térmico
Trauma eléctrico Por arma de fuego Por arma blanca

Otro tipo (especifique) _____

Se cataloga accidente de trabajo: Si No

VII- SOLO PARA HECHOS DE TRANSITO

Tipo de vehículo en que se conducía: _____

Tipo de vehículo con que colisiono: _____

Tipo de vehículo que lo atropello: _____

TIPO DE VICTIMA:

Conductor de vehículo Peatón Pasajero
Motociclista Ciclista

TIPO DE ACCIDENTE:

Volcadura Precipitación Atropello
Colisión No se sabe

Otro tipo (especifique) _____

TIPO DE CARRETERA:

Pavimentada Polvosa Empedrada
Adoquinada

Otro tipo (especifique) _____

VIII- SOLO PARA HECHOS DE VIOLENCIA

TIPO DE ARMA UTILIZADA:

Arma de fuego Arma punzante Arma cortante
Arma cortocontundente Objeto contundente Arma cortopunzante
Elementos tóxicos Artefacto explosivo

Otro tipo (especifique) _____

SOLO PARA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

ESTADO FAMILIAR:

Soltero (a) Casado (a) Acompañado (a)
Viudo (a) Divorciado (a)

LUGAR DONDE OCURRIÓ LA AGRESIÓN:

Casa propia Lugar de estudio Lugar de trabajo
Hotel – Hospedaje Parque Turicentro
Vehículo

Otro (especifique) _____

Día y hora de la agresión (hora militar): _____

CONDICIÓN FÍSICA O MENTAL:

Estado de inocencia Persona normal Invalidez
Sospecha otra condición mental Discapacidad y/o minusvalía

Embarazada actualmente: Si No

PARIDAD:

1 Hijo 2 Hijo 3 Hijos
4 Hijos 5 O más hijos Ningún hijo

TIPO DE LESIONES GENERADAS

RELACIÓN DEL AGRESOR CON LA VICTIMA:

A. FAMILIAR

Por consanguinidad _____

Por afinidad _____

Por adopción _____

B. CONOCIDO _____

Firma: _____