



Instituto Guatemalteco  
de Seguridad Social

# Síndrome de Maltrato Infantil

**Elaborado por**

Grupo Multidisciplinario de Especialistas

**Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia**

**No. 129**



Instituto Guatemalteco  
de Seguridad Social

**Guía de práctica clínica  
basada en evidencia  
(GPC-BE) No. 129**

**“Síndrome de maltrato infantil”**

**Instituto Guatemalteco de Seguridad Social  
Subgerencia de Prestaciones en Salud  
Comisión de guías de práctica clínica  
basadas en evidencia**



Este documento debe citarse como:

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS)  
Subgerencia de Prestaciones en Salud  
Comisión de guías de práctica clínica basadas en  
evidencia (GPC-BE)  
**GPC-BE No. 129 “Síndrome de maltrato infantil”**  
Edición 2021; págs 67  
IGSS, Guatemala.

**Elaboración revisada por:**

Subgerencia de Prestaciones en Salud  
Oficio No. 13012 del 27 de septiembre de 2021

**Revisión, diseño y diagramación:**

Comisión de guías de práctica clínica basadas en evidencia;  
Subgerencia de Prestaciones en Salud.

IGSS-Guatemala 2021

Derechos reservados-IGSS-2021

Se autoriza la reproducción parcial o total de este documento por cualquier medio, siempre que su propósito sea para fines docentes y sin finalidad de lucro a todas las instituciones del sector salud, públicas o privadas.



Instituto Guatemalteco  
de Seguridad Social

**Doctora Ana Marilyn Ortíz Ruiz de Juárez**  
Gerente

**Doctor Arturo Ernesto García Aquino**  
Subgerente de Prestaciones en Salud





## Grupo de desarrollo

### **Dr. Hilmar Augusto Larios Villagrán**

Jefe de Unidad Especializada  
Consulta Externa de Pediatría  
Departamento de Pediatría  
Hospital General de Enfermedades

### **Dra. Sonia Marlene Pérez Barrientos**

Jefe de Servicio Médico  
Departamento de Pediatría  
Hospital General de Enfermedades

### **Dr. Dennis Roberto Cuevas Morales**

Psiquiatra Infanto-Juvenil  
Centro de Atención Integral de Salud Mental

### **Dra. Amy Jazmín Recinos Guzmán**

Pediatra  
Departamento de Pediatría  
Hospital General de Enfermedades

## **Comisión de guías de práctica clínica basadas en evidencia**

### **Dr. Edgar Campos Reyes**

Médico Supervisor

Comisión de Desarrollo de GPC-BE

Subgerencia de Prestaciones en Salud

### **MSc. María Eugenia Cabrera Escobar**

Comisión de Desarrollo de GPC-BE

Subgerencia de Prestaciones en Salud



## **Declaración de conflicto de interés**

Se declara que ninguno de los participantes en el desarrollo de esta guía tiene intereses particulares, es decir: económicos, políticos, filosóficos o religiosos que influyan en los conceptos vertidos en la misma.



## Prólogo

### ¿En qué consiste la medicina basada en evidencia?

Podría resumirse, como la integración de la experiencia clínica individual de los profesionales de la salud con la mejor evidencia proveniente de la investigación científica, una vez asegurada la revisión crítica y exhaustiva de esta. Sin la experiencia clínica individual, la práctica clínica rápidamente se convertiría en una tiranía, pero sin la investigación científica quedaría inmediatamente caduca. En esencia, pretende aportar más ciencia al arte de la medicina, y su objetivo consiste en contar con la mejor información científica disponible **-la evidencia-**, para aplicarla a la práctica clínica.

**El nivel de evidencia clínica** es un sistema jerarquizado que valora la fortaleza o solidez de la evidencia asociada con resultados obtenidos de una intervención en salud y se aplica a las pruebas o estudios de investigación. (Tabla 1)





**Tabla 1. Niveles de evidencia\***

Grado de recomendación	Nivel de evidencia	Fuente
A	1a	Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorios.
	1b	Ensayo clínico aleatorio individual.
	1c	Eficacia demostrada por los estudios de práctica clínica y no por la experimentación. (All or none**)
B	2a	Revisión sistemática de estudios de cohortes.
	2b	Estudio de cohorte individual y ensayos clínicos aleatorios de baja calidad.
	2c	Investigación de resultados en salud, estudios ecológicos.
	3a	Revisión sistémica de estudios caso-control, con homogeneidad.
	3b	Estudios de caso control individuales.
C	4	Series de casos, estudios de cohortes y caso-control de baja calidad.
D	5	Opinión de expertos sin valoración crítica explícita.

\* Centro de Medicina Basada en Evidencia de Oxford.

**\*\*All or none (Todos o ninguno):** Se cumple cuando todos los pacientes mueren antes de que el medicamento esté disponible, pero algunos ahora sobreviven; o cuando algunos pacientes mueren antes de que el medicamento esté disponible, pero ahora ninguno muere con el medicamento.

**Fuente:** Adaptado de Mella Sousa, M., Zamora Navas, P., Mella Laborde, M., Ballester Alfaro, J., & UcedaCarrascosa, P. (2012). Niveles de evidencia clínica y grados de recomendación. Revista de la sociedad andaluz de traumatología y ortopedia, 20(1/2), 59- 72. Obtenido de [https://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/1568/6/Mella\\_Niveles.pdf](https://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/1568/6/Mella_Niveles.pdf)



**Los grados de recomendación** son criterios que surgen de la experiencia de expertos en conjunto con el **nivel de evidencia**; y determinan la calidad de una intervención y el beneficio neto en las condiciones locales. (Tabla 2)

**Tabla 2. Significado de los grados de recomendación**

Grado de recomendación	Significado
<b>A</b>	Extremadamente recomendable.
<b>B</b>	Recomendable favorable.
<b>C</b>	Recomendación favorable, pero no concluyente.
<b>D</b>	Corresponde a consenso de expertos, sin evidencia adecuada de investigación.
√	Indica un consejo de buena práctica clínica sobre el cual el grupo de desarrollo acuerda.

**Fuente:** Adaptado de Mella Sousa, M., Zamora Navas, P., Mella Laborde, M., Ballester Alfaro, J., & UcedaCarrascosa, P. (2012). Niveles de evidencia clínica y grados de recomendación. Revista de la sociedad andaluz de traumatología y ortopedia, 20(1/2), 59- 72. Obtenido de [https://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/1568/6/Mella\\_Niveles.pdf](https://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/1568/6/Mella_Niveles.pdf)

**Las guías de práctica clínica basadas en evidencia**, son los documentos en los cuales se plasman las evidencias para ponerlas al alcance de todos los usuarios (médicos, paramédicos, pacientes, etc.).

**1a**

En ellas, el lector encontrará al margen izquierdo de los contenidos, el **nivel de evidencia 1a** (en números y letras minúsculas, con base en la tabla del Centro de Medicina Basada en Evidencia de Oxford) de los resultados de los estudios los cuales sustentan

**A**



A

1a

el **grado de recomendación de buena práctica clínica**, que se anota en el lado derecho del texto **A** (siempre en letras mayúsculas con base en la misma tabla del Centro de Medicina Basada en Evidencia de Oxford) sobre los aspectos evaluados.

Las guías desarrollan cada temática seleccionada, con el contenido de las mejores evidencias documentadas luego de revisiones sistemáticas exhaustivas en lo que concierne a estudios sanitarios, de diagnósticos y terapéuticas farmacológicas, y otras.

Las guías de práctica clínica no pretenden describir un protocolo de atención donde todos los puntos deban estar incorporados sino mostrar un ideal para referencia y flexibilidad, establecido de acuerdo con la mejor evidencia existente.

Las guías de práctica clínica basada en evidencia que se revisaron para la elaboración de esta guía, fueron analizadas mediante el instrumento AGREE (por sus siglas en inglés de Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation for Europe), el cual evalúa tanto la calidad de la información aportada en el documento como la propiedad de algunos aspectos de las recomendaciones, lo que permite ofrecer una valoración de los criterios de validez aceptados en lo que hoy es conocido como “**los elementos esenciales de las buenas guías**”, incluyendo credibilidad, aplicabilidad clínica, flexibilidad clínica, claridad, multidisciplinariedad del proceso, actualización programada y documentación.



**En el IGSS, el programa de elaboración de guías de práctica clínica es creado con el propósito de ser una herramienta de ayuda en el momento de tomar decisiones clínicas.** En una guía de práctica clínica (GPC) no existen respuestas para todas las cuestiones que se plantean en la práctica diaria. La decisión final acerca de un particular procedimiento clínico, diagnóstico o de tratamiento dependerá de cada paciente en concreto y de las circunstancias y valores que estén en juego. **De ahí, la importancia del propio juicio clínico.**

Sin embargo, este programa también pretende disminuir la variabilidad de la práctica clínica y ofrecer, tanto a los profesionales de los equipos de atención primaria, como a los del nivel especializado, un referente en su práctica clínica con el cual poder compararse.

Para el desarrollo de cada tema se ha contado con el esfuerzo de los profesionales -especialistas y médicos residentes- que a diario realizan una labor tesonera en las diversas unidades de atención médica de esta institución, bajo la coordinación de la **comisión para la elaboración de guías de práctica clínica** que pertenece a los proyectos educativos de la **Subgerencia de Prestaciones en Salud**, con el invaluable apoyo de las autoridades del Instituto.

La inversión de tiempo y recursos es considerable, pues involucra muchas horas de investigación y trabajo, con el fin de plasmar con sencillez y claridad los diversos conceptos, evidencias y





recomendaciones que se dejan disponibles en cada uno de los ejemplares editados.

Este esfuerzo demuestra la filosofía de servicio de esta institución, que se fortalece al poner al alcance de los lectores un producto elaborado con esmero y alta calidad científica, aplicable, práctica y de fácil revisión.

El IGSS tiene el privilegio de poner al alcance de sus profesionales, personal paramédico y de todos los servicios de apoyo, esta Guía con el propósito de colaborar en los procesos de atención a nuestros pacientes, en la formación académica de nuevas generaciones y de contribuir a la investigación científica y docente que se desarrolla en el diario vivir de esta noble institución.

**Comisión de Guías de Práctica Clínica, IGSS,  
Guatemala, 2021**



## Abreviaturas

<b>AIEPI</b>	Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia
<b>CONACMI</b>	Asociación Nacional Contra el Maltrato Infantil
<b>IGSS:</b>	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
<b>INACIF:</b>	Instituto Nacional de Ciencias Forenses
<b>Ley PINA:</b>	Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia
<b>MI:</b>	Maltrato infantil
<b>MINEDUC:</b>	Ministerio de Educación
<b>MP:</b>	Ministerio Público
<b>ODS:</b>	Objetivos de Desarrollo Sostenible
<b>OMS:</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>OPS:</b>	Organización Panamericana de la Salud
<b>MAINA:</b>	Modelo de Atención Integral para la Niñez y Adolescencia
<b>PGN:</b>	Procuraduría General de la Nación
<b>UNICEF:</b>	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

## Índice



1. Introducción	1
2. Objetivos	3
3. Metodología	5
4. Contenido	9
5. Anexos:	51
6. Glosario	59
7. Referencias bibliográficas	63



# **Guía de práctica clínica basada en evidencia sobre “Síndrome de maltrato infantil”**

## **1. Introducción**

El maltrato infantil es una acción frecuente a nivel mundial. Guatemala no es la excepción, en algunos casos es tan grave que causa la muerte del menor; suele pasar desapercibido incluso dentro de la propia familia y comunidad ya que puede formar parte de los patrones propios de crianza y cultura; según se puede apreciar parece estar en aumento.

Podemos afirmar que la violencia es tan antigua como el ser humano y la infancia un período de gran vulnerabilidad, las manifestaciones violentas contra menores, un problema complejo y de difícil abordaje. La detección temprana juega un papel importante para evitar efectos permanentes y aún letales.

Todos estamos comprometidos en velar por la salud de la niñez, razón por la que existen acuerdos entre los integrantes del sistema de seguridad social y las diferentes instancias del Estado con el propósito de velar por la protección de este grupo social vulnerable.

Esta guía tiene por objetivo clasificar los diferentes tipos de maltrato, sus manifestaciones clínicas, sociales y psicológicas, así como brindar la orientación necesaria a través de las diferentes



rutas para denunciar los hechos y posibilitar la intervención adecuada de los servicios de protección del menor para resguardar la vida del agredido, así como promover los recursos de prevención contra el maltrato infantil.





## 2. Objetivos

### General

Establecer las rutas de abordaje en el manejo del síndrome de maltrato infantil.

### Específicos

- Definir el síndrome de maltrato infantil.
- Describir los tipos de maltrato infantil.
- Identificar los síntomas y signos que presentan niños víctimas de los diferentes tipos de maltrato infantil.
- Determinar el diagnóstico y abordaje de los diferentes tipos de maltrato infantil.
- Conocer la ruta de denuncia establecida sobre maltrato infantil en el IGSS.



### 3. Metodología

#### Definición de preguntas

##### *General*

- ¿Cuáles son las rutas de abordaje del síndrome de maltrato infantil?

##### *Específicas*

- ¿Cuál es la definición de síndrome de maltrato?
- ¿Cuáles son los tipos de maltrato infantil que existen?
- ¿Qué síntomas y signos presentan los niños víctimas de los diferentes tipos de maltrato infantil?
- ¿Cómo se realiza el diagnóstico de maltrato infantil?
- ¿Cómo se abordan y diagnostican los diferentes tipos de maltrato infantil?
- ¿Cuál es la ruta de denuncia establecida sobre maltrato infantil en el IGSS?

#### **Criterios de inclusión de los estudios**

- Guías y protocolos de maltrato infantil a nivel mundial.
- Literatura en español e inglés.



- Literatura entre los años 2011-2021.
- Monografías, ensayos, revisiones sistemáticas relacionadas con el tema de interés.

### **Criterios de exclusión de los estudios**

- Literatura con más de diez años de antigüedad.
- Literatura sin soporte científico de evidencia.

**Estrategia de búsqueda.** Consultas en materiales electrónicos:

- Google académico
- Guías de Práctica Clínica
- PubMed
- Scielo
- Páginas de las entidades nacionales e internacionales involucradas en el conocimiento y manejo de los casos de maltrato infantil

### **Consulta de materiales físicos**

- Guías, documentos y protocolos vigentes de entidades nacionales e internacionales como: OMS, OPS, CONACMI, Ley de PINA, AIEPI, MAINA, Constitución de la República de Guatemala, Código Penal.

**Palabras clave:** maltrato infantil, abuso y niñez, diagnóstico, abordaje, tratamiento.





**Población diana:** Niñas o niños desde su concepción hasta que cumplen trece años de edad. Se incluye también a los adolescentes desde los trece años hasta que cumplen dieciocho años de edad, según lo define la Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia (LPINA).

**Usuarios de la guía:** Profesionales médicos generales, médicos especialistas, médicos subespecialistas, médicos residentes, personal de enfermería, personal paramédico, de trabajo social y administrativo.

### **Implicaciones para la práctica**

- Se sugiere implementar un documento de identificación y registro para el paciente con síndrome de maltrato.
- Que se considere esta guía para el abordaje del niño y adolescente con síndrome de maltrato.
- Estandarización de la ruta institucional del reconocimiento, diagnóstico y tratamiento de pacientes víctimas de maltrato infantil.

### **Limitaciones en la revisión de la literatura**

- No se encontraron estudios con grados de recomendación A, B, C.
- No se encontraron revisiones sistemáticas, ensayos clínicos, casos-control, cohorte, para incluir revisiones con mayores niveles de evidencia.



- Únicamente se contó con literatura nivel de evidencia 5 (opinión de expertos sin valoración crítica explícita) y grado de recomendación D.

**Fecha de la elaboración, revisión y año de publicación de esta guía:**

Elaboración durante 2019-2021

Revisión 2021

Publicación año 2021



## 4. Contenido

### Definición

Maltrato infantil se define como los abusos y la desatención relacionado a los menores de dieciocho años, incluyendo todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, negligencia y explotación comercial u otro tipo, que puedan causar 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.

La exposición a la violencia de pareja también se incluye a veces entre las formas de maltrato infantil.

(Organización Mundial de la Salud, 2016)

Por su parte UNICEF señala que es aquel segmento de la población conformado por niños, niñas y adolescentes hasta los dieciocho 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.

(Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2010)

### Epidemiología

Estudios internacionales revelan que una cuarta parte de todos los adultos manifiestan haber sufrido maltrato físico durante la edad infantil, 1 de cada 5



mujeres y 1 de cada 13 hombres declaran haber sufrido abusos sexuales en la infancia.

Numerosos niños son objeto de maltrato psicológico (también llamado maltrato emocional) y víctimas de desatención.

Se calcula que cada año mueren por homicidio 41,000 menores de 15 años. Esta cifra subestima la verdadera magnitud del problema, dado que una importante proporción de las muertes debidas al maltrato infantil se atribuyen erróneamente a caídas, quemaduras, ahogamientos y otras causas. (Organización Mundial de la Salud, 2016)

Se asume que los estudios epidemiológicos no reflejan la incidencia ni la prevalencia real del maltrato infantil, se calcula que solo se detectan entre el 10-20% de los casos existentes de maltrato.

Estudios a nivel mundial señalaron que solo en el año 2002, 53,000 niños murieron asesinados. Entre un 20 y un 65% sufren acoso entre pares. 150 millones de niñas y 73 millones de niños sufrieron relaciones sexuales forzadas u otro tipo de violencia sexual.

Tres millones de niñas y mujeres son sometidas a mutilación genital; 5,7 millones de niños realizan trabajos forzados o de servidumbre, 1,8 millones trabajan en la prostitución o pornografía y 1,2 millones son víctimas de trata. (Gancedo Baranda, 2017)

Según el análisis de los datos de encuestas a nivel nacional efectuadas en 96 países sobre la



prevalencia de la violencia en la niñez, se calcula que mil millones de niños y niñas en todo el mundo, sufrieron violencia emocional, física o sexual en el último año.

Un meta-análisis de datos mundiales determinó que el abuso sexual denunciado por los propios niños y niñas es 30 veces más alto y el maltrato físico es 75 veces más alto que lo que indican los informes oficiales. La prevalencia del abuso sexual en la niñez es de 18% para las niñas, en comparación con 8% para los niños.

El homicidio se encuentra entre las cinco principales causas de muerte de adolescentes, y más del 80% de las víctimas y los agresores son de sexo masculino.

(Organización Panamericana de la Salud, 2017)

La región europea de la OMS en el 2013, estimó una mortalidad en Europa de 0,07 por 100,000 niños, siendo para España del 0,18.

El dato de 29,1 por 100,000 niños correspondían al maltrato psicológico, el 16,3 a negligencia, el 22,9 a maltrato físico, y el abuso sexual afectaba al 9,6 de las niñas y al 5,7 de los niños. (Gancedo Baranda, 2017)

En Guatemala, según la Encuesta Nacional de Empleo e Ingresos 1-2014, indicaron que para el 2014 hubo un total de 702,087 de niñas y niños entre 7 y 17 años ocupados en trabajos definidos para adultos, es decir, 16.6% de niñas y niños dentro de ese rango de edad, el 67.7% son niños y el 32.3% son niñas.



Según cifras preliminares del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), para el año 2016, hubo una reducción del 20% en la cantidad de embarazos en niñas y adolescentes menores de 14 años.

En cuanto a los embarazos, en el 2015 el total fue de 1,721 y para 2016 de 1,321, lo que significa que diariamente en Guatemala quedaron embarazadas al menos 4 niñas y adolescentes, en ese rango de edad. (Oficina de los Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala, 2018)

En el caso de las agresiones sexuales, según el Ministerio Público (MP) hay incrementos considerables entre el año 2015 y 2016. En el caso de las víctimas hombres, el incremento fue del 16.5%. En cuanto a las víctimas mujeres, el incremento fue del 4.5%. (Ver Gráfico 2, Anexos).

En total, se registraron 1494 casos de agresiones sexuales, es decir 4 denuncias diarias por este delito. Hasta el 21 de agosto de 2017, se habían presentado 2,855 denuncias por este delito en el Ministerio Público, de las cuales en el 26%, la víctima era menor de 15 años. (Oficina de los Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala, 2018)

Las cifras de violaciones se mantienen en la misma tendencia. Datos de la Policía Nacional Civil revelan que el mayor porcentaje de víctimas se encuentra entre los 12 y los 17 años de edad. (Ver Gráfico 1, Anexos). No obstante, en los últimos cuatro años se han registrado cifras considerables dentro del rango



de edad de 0 a 11 años. (Oficina de los Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala, 2018)

Según registros del Ministerio Público, las cifras del delito de maltrato contra personas menores de edad han sufrido un incremento significativo. (Ver Gráfico No. 3, Anexos). El aumento fue de 8% de 11,752 en casos denunciados en 2015, a 12,649 en 2016; esto equivale a 35 denuncias presentadas diariamente al Ministerio Público. (Oficina de los Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala, 2018)

Para el año 2015 hubo 39 homicidios contra niñas y niños entre 0 y 11 años, para el año 2016 se redujo a 25. En el caso de los adolescentes entre 12 y 17 años, las cifras son superiores, aunque también muestran una reducción del 17.5%, de 381 pasaron a 314.

Según datos del INACIF, entre el 1 de enero y el 30 de junio de 2017, se han producido en Guatemala, 603 muertes violentas con arma de fuego y arma blanca, 57 víctimas fueron niñas, niños y adolescentes entre 0 y 17 años, el 95% de las muertes fueron producidas con arma de fuego.

Es decir, en promedio se produjo una muerte violenta de una persona menor de 17 años, con arma blanca o de fuego, cada 3 días. (Oficina de los Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala, 2018)

Para el año 2016, la Policía Nacional Civil registró 3,526 denuncias de desapariciones, la mayoría de las víctimas se encuentra dentro del rango de edad



de entre 12 a 17 años. (Oficina de los Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala, 2018)

MAINA registró del 1 de enero al 31 de octubre de 2020 2,553 casos de niñez víctima, 42% corresponde a maltrato contra la niñez, el 33% a niñez desaparecida y 25% a casos de violencia sexual. (Ministerio Público, 2020)

## **Tipos de maltrato infantil y factores de riesgo**

Dentro de las formas de la violencia contra las niñas, niños, adolescentes y jóvenes se encuentran:

**Violencia física:** Comprende los actos cometidos que generan lesiones físicas temporales o permanentes; causados con diversos objetos (cinturones, cables de luz, palos, cigarrillos, diversas sustancias, entre otros), cachetadas, pellizcos, halones de pelo, mordiscos, torceduras de brazo, patadas, machetazos, cuchilladas, disparos, quemaduras, golpes. (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2010)

**Violencia sexual o abuso sexual:** Comprende las acciones recíprocas entre una niña, niño, adolescente o joven y un adulto en las que el menor está siendo usado para gratificación sexual del adulto y frente a las cuales no puede dar un consentimiento informado.

Puede incluir desde la exposición de los genitales por parte del adulto hasta la violación del menor, obligándole a realizar actos sexuales contra su voluntad como quitarse la ropa y tocamientos, entre otros. (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2010)





**Violencia psicológica y 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 el desarrollo armónico de sus emociones y habilidades. (Organización Panamericana de la Salud, 2000)

**Negligencia:** La negligencia se presenta cuando las necesidades básicas del niño no se satisfacen de manera adecuada y se produce un daño potencial o real. Dichas necesidades incluyen la alimentación, el vestido, higiene, protección, educación y salud. (Gancedo Baranda, 2017)

**Maltrato prenatal, infantil o fetal:** Falta de cuidado, por acción u omisión, del cuerpo de la futura madre o el autosuministro de sustancias o drogas que, de una manera consciente o inconsciente, perjudican al feto del que es portadora. Infligidas por la propia mujer o por otras personas. (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2010)

**Explotación laboral:** Situación en la cual, determinadas personas asignan a la niña o niño con carácter obligatorio la realización continuada de trabajos (domésticos o no) que exceden los límites de lo habitual que deberían ser realizados por personas adultas y que interfieren de manera clara en las actividades y necesidades sociales y/o escolares del menor y que le son asignados con el objeto de obtener un beneficio económico por su trabajo. (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2010)



**Mendicidad:** Actividades o acciones, llevadas a cabo por una persona menor de edad, consistente en exigencias económicas así como la acción de pedir dinero en la vía pública. (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social,

2010)

**Corrupción:** Conductas de las personas adultas que impiden la normal integración social de la niña, niño y que promueven pautas de conducta antisocial o desviada (como premiar al niño por robar, alentar el consumo de drogas y alcohol, entre otras). (Ministerio de

Salud Pública y Asistencia Social, 2010)

**Síndrome del bebé sacudido “shaken baby”:**

Se produce por una violenta sacudida del cuerpo del lactante con el objeto de callar su llanto, se caracteriza por hemorragia retiniana, hemorragia cerebral, hemorragia subdural o subaracnoidea y ausencia de trauma craneal externo, entre otros.

(Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2010)

**Enfermedad generada por el cuidador:**

Antiguamente denominada “síndrome de Munchausen por poderes”. Situaciones en las cuales el padre o madre (principalmente) someten a la niña o niño a continuos ingresos y exámenes médicos, alegando síntomas físicos patológicos, ficticios o generados de forma activa por el padre o madre.

(Gancedo Baranda, 2017; Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2010)

**Maltrato institucional:** Cualquier maltrato provocado por las instituciones públicas, sanitarias y educativas, entre otras, que conlleve al abuso, daño de la salud, la seguridad, el estado emocional, el



bienestar físico, la correcta maduración o que viole los derechos básicos del menor; los protagonistas de este maltrato son las personas responsables de la atención, protección y educación del menor. (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2010)

**Acoso entre pares (bullying):** Conducta agresiva física o psicológica, repetida en el tiempo, con frecuencia en el ambiente escolar y que realiza un alumno (agresor) contra otro (víctima), esta dinámica permite que el agresor establezca una relación de dominancia que le reporta una gratificación social y/o individual, e incapacita a la víctima para salir de esa situación, acrecentando la sensación de indefensión y aislamiento. (Gancedo Baranda, 2017)

**Ciberacoso:** Son prácticas de intimidación, realizadas a través de internet o telefonía móvil, que se realizan con intención de dañar, se repiten en el tiempo y hay un desequilibrio de poder entre los participantes. El anonimato del agresor le hace diferente del acoso entre pares tradicional. (Gancedo Baranda, 2017)

**Grooming:** Son acciones deliberadas por parte de un adulto destinadas a establecer contacto con un menor en internet, con el objetivo de obtener una satisfacción sexual.

Pasa por varias fases, hasta alcanzar el “groomer”, su objetivo final: establecer lazos de amistad fingiendo ser menor, obtener información completa de la víctima, y a través de ese conocimiento, seducir



al menor para conseguir expresiones o conductas de contenido sexual cada vez más explícito, hasta llegar a chantajear y obtener fotos o vídeos pornográficos y por último el contacto sexual. (Gancedo Baranda, 2017)

**Sexting:** Es el envío a través del teléfono móvil de fotografías y vídeos de variable contenido sexual, grabados por el protagonista de estos, con voluntariedad y sin coacción. (Gancedo Baranda, 2017)



**Tabla 3.**  
Tipos de maltrato infantil y factores de riesgo

Tipo	Factores de riesgo en el niño o niña	Factores de riesgo en familiares	Factores de riesgo sociales
<b>Violencia física</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discapacidades físicas o psicológicas.</li> <li>• Separación de la madre en el período neonatal.</li> <li>• Niño hiperactivo</li> <li>• Prematuros de bajo peso al nacer.</li> <li>• Enfermedades crónicas.</li> <li>• Participación en actividades laborales para generar ingresos.</li> <li>• Retraso en el desarrollo o discapacitados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Familias monoparentales.</li> <li>• Embarazo no deseado.</li> <li>• Padres adolescentes.</li> <li>• Padre o madre no biológicos.</li> <li>• Abuso de drogas o alcohol.</li> <li>• Historia de violencia en la familia.</li> <li>• Bajo control de impulsos.</li> <li>• Trastorno psiquiátrico en los padres.</li> <li>• Discapacidad mental.</li> <li>• Prostitución.</li> <li>• Separación precoz en el período neonatal.</li> <li>• Abandono por fallecimiento de uno de los cónyuges.</li> <li>• Antecedente de maltrato familiar.</li> <li>• Baja tolerancia al estrés.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soporte social bajo.</li> <li>• Nivel socioeconómico bajo.</li> <li>• Aislamiento social.</li> <li>• Hacinamiento.</li> <li>• Inmigración.</li> <li>• Desempleo.</li> <li>• Desplazamiento forzado.</li> <li>• Tolerancia social al maltrato en general.</li> </ul>

Continúa...



Tipo	Factores de riesgo en el niño o niña	Factores de riesgo en familiares	Factores de riesgo sociales
Violencia o abuso sexual	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es más frecuente en niñas que en niños.</li> <li>• La condición de sometimiento y dependencia de las niñas y los niños.</li> <li>• Autoestima negativa.</li> <li>• Pobre vínculo con sus padres.</li> <li>• Discapacidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Padre dominante.</li> <li>• Madre pasiva.</li> <li>• Padres no naturales.</li> <li>• Alcoholismo y drogodependencias</li> <li>• Pobre relación marital entre los padres.</li> <li>• Límites generacionales difusos.</li> <li>• Antecedente de abuso sexual.</li> <li>• Dificultad de establecer relaciones sexuales con personas adultas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Machismo.</li> <li>• Tabúes, mitos y creencias erradas frente a la sexualidad.</li> <li>• Sumisión de la madre y las hijas o hijos.</li> </ul>
Violencia psicológica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dependencia biológica y social.</li> <li>• Separación de la madre en el periodo neonatal</li> <li>• Niño o niña hiperactivo</li> <li>• Prematuros</li> <li>• Discapacitados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relaciones conyugales conflictivas.</li> <li>• Desconocimiento de las necesidades psico-afectivas de la niña o el niño.</li> <li>• Enfermedades psiquiátricas de los padres.</li> <li>• Expectativas irracionales respecto al desarrollo del niño.</li> <li>• Uso del castigo físico como disciplina.</li> <li>• Antecedentes de maltrato familiar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel socioeconómico medio-alto.</li> <li>• Aislamiento social.</li> </ul>

Continúa...



Tipo	Factores de riesgo en el niño o niña	Factores de riesgo en familiares	Factores de riesgo sociales
Abandono emocional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desnutrición</li> <li>• Discapacidades físicas o mentales.</li> <li>• Problemas de aprendizaje</li> <li>• Baja autoestima.</li> <li>• Retraimiento.</li> <li>• Explotación laboral.</li> <li>• Niño o niña prematuros.</li> <li>• Niño con hiperactividad, déficit de atención o problemas de conducta.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Problemas conyugales.</li> <li>• Padres adoptivos.</li> <li>• Familias monoparentales.</li> <li>• Antecedentes de maltrato familiar.</li> <li>• Patrones culturales.</li> <li>• Importancia al sexo masculino.</li> <li>• Prostitución.</li> <li>• Desconocimiento de las necesidades físicas esenciales del niño o niña.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aislamiento social.</li> <li>• Patrones de crianza.</li> <li>• Padres autoritarios.</li> <li>• Tolerancia al maltrato.</li> <li>• Problemas económicos.</li> <li>• Aislamiento social.</li> </ul>

**Fuente:** Adaptado de Protocolo de atención en salud integral con enfoque intercultural de niñas y niños víctimas de maltrato infantil. 2010; MSPAS. Modificado IGSS 2019. (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2010)

## Diagnóstico

### *Examen clínico*

Durante la presentación inicial se necesita una evaluación completa del estado de la víctima. Los problemas agudos que se observan frecuentemente incluyen miedo y ansiedad, problemas mientras se está durmiendo y pesadillas, problemas somáticos, rabia y berrinches, baja autoestima, aislamiento social, dificultades en la escuela, sentimientos de impotencia, estigmatización y síntomas asociados con el trauma.



Se debe anticipar la posibilidad de que el niño desarrolle problemas como depresión, trastornos de estrés postraumático, delincuencia juvenil y abuso de sustancias. (Tan & Kamal, Norazlin; Sit Fong, Loh; Wahab, Suzaily; Marimuthu, Sheila; Lai Fong, 2016)

Las manifestaciones clínicas que tendrán los niños víctimas de algún tipo de maltrato se pueden clasificar en 2 grupos: “visibles” e “invisibles”.

### **Expresiones clínicas visibles**

Las expresiones visibles del MI pueden estar presentes en casi cualquier tipo. Habitualmente corresponden a lesiones que afectan la piel o las mucosas, tales como: equimosis, rasguños, quemaduras, huellas de agresión en la piel con un objeto contundente como alambre, cordón, cinturón o un objeto punzocortante así como mordeduras humanas, entre otras.

Estas lesiones suelen estar localizadas principalmente en el cráneo, cara, extremidades o en la mucosa genito-anal. (Loredo Abdala, Casas Muñoz, & Monroy Llaguno, 2014)

El mecanismo habitual es un traumatismo provocado por el puño, un puntapié, el azote directo contra una superficie dura como la pared, el suelo o un mueble. En la mayoría de los casos, además de la expresión visible en la piel y en las mucosas, puede existir una lesión ósea en cráneo, costillas, vértebras o miembros superiores e inferiores.

Lesiones en los órganos de la cavidad craneal, la cavidad torácica, la cavidad abdominal y pélvica. En





los casos de lesión ósea, la expresión habitual es la presencia de fracturas de grado y gravedad variable.

(Loredo Abdala et al., 2014)

Las quemaduras también son indicios de MI así como lesiones en la mucosa oral y en las piezas dentarias. En los casos en los que se da el estallamiento de una víscera hueca abdominal, generalmente se manifiesta como abdomen agudo.

El sufrimiento súbito y grave del sistema nervioso central se puede observar en niños menores como consecuencia del sacudimiento severo del cráneo.

(Loredo Abdala et al., 2014)

Dentro del rubro de daño “visible” del abuso sexual: la mayoría de niños o niñas abusados sexualmente no muestran huellas de golpes o señales exteriores obvias así como la evidencia de trauma físico o de enfermedad venérea no existe (75% de los casos).

Existen algunos indicadores de sospecha como dificultad para caminar o sentarse, dolor, hinchazón o picazón en el área genital o anal, manchas de sangre o flujo en la ropa interior, moretes o sangrado en área genital, vaginal o anal, dolor al orinar, infecciones urinarias a repetición, cuerpos extraños en vagina o recto; embarazo en niñas menores de 12 años o la existencia de una enfermedad de transmisión sexual en una edad no esperada. (CONACMI, 2000; Loredo Abdala et al.,

2014; Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2010)

Se deberá prestar mucha atención a los signos encontrados en el examen físico, por ejemplo:



hematomas, equimosis, eritema, contusiones en alguna parte del cuerpo, cicatrices en varias etapas de evolución, marcas, señales de golpes, laceraciones (cara, labios, nariz, brazos, piernas, tronco o glúteos), marcas de dedos (en brazos, piernas, mejillas).

Marcas de objetos como cinturón, quemaduras inexplicables (por inmersión, planchas o cigarrillos), luxaciones o fracturas inexplicables en diversas fases de consolidación (nariz, mandíbula, costillas, huesos largos).

Señales de mordeduras humanas, lesiones musculares, traumas oculares o trauma de cráneo, cortes o pinchazos, hemorragia retiniana, hematoma epidural, subdural, signos de asfixia (Gimeno Díaz de et al., 2009).

Considerar también indicadores de maltrato psicológico como retardo en el desarrollo físico, intelectual, emocional, cansancio, somatizaciones, problemas de lenguaje, fobias, autoestima baja, sentimiento de miedo o ira, tristeza y conductas inadecuadas.

Cambio súbito de comportamiento, angustia ante el llanto de otros niños, agresividad, negativismo, miedo de ir a la casa o escuela, miedo a los adultos, tartamudeo, tics, fobias, intentos de suicidio e inadecuada supervisión.

Los cambios de comportamiento, también se pueden manifestar en el ente agresor o tutor responsable, tales como hostilidad y humillación hacia los menores



de edad, disciplina inadecuada, manifestaciones psicopáticas, sentimientos de culpa y ausencia en el hogar (CONACMI, 2000; Gimeno Díaz de et al., 2009; Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2010)

Por otro lado, el paciente también puede manifestar indicadores de maltrato por abandono, si se presenta con ropa inadecuada para el clima, cuando presenta falta de atención médica u odontológica, el paciente se encuentra hambriento o desnutrido, con retraso en el desarrollo físico, emocional o intelectual, presenta fatiga, sueño o hambre, entre otros. (Gimeno Díaz de et al., 2009).

Determinar también si existen indicadores conductuales en el niño presuntamente maltratado, si el paciente se manifiesta con temor al contacto o a los acercamientos físicos, conducta sexual explícita no adecuada a la edad, temor exagerado a un adulto, conducta agresiva o destructiva, depresión, intentos de autoagredirse, enuresis, encopresis, problemas alimenticios, bajas calificaciones o inasistencias escolares, inhibición para jugar, timidez exagerada o carencia de afecto. (Gimeno Díaz de et al., 2009; Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2010)

## **Expresiones clínicas no visibles**

La segunda expresión de MI son las alteraciones invisibles, y para ejemplificar dichas manifestaciones consideraremos 5 condiciones patológicas:

- a) Desnutrición grave.
- b) Talla baja.



- c) Sobrepeso u obesidad.
- d) Alteraciones emocionales (descritas anteriormente).
- e) Retardo en el desarrollo. (Loredo Abdala et al., 2014)

El evaluador deberá adaptarse al niño teniendo en cuenta su edad y su nivel de desarrollo cognitivo con el fin de facilitar la obtención de la información. Los niños en edad preescolar tienen dificultades para identificar tiempo y lugar y probablemente no serán capaces de decir con qué frecuencia ha ocurrido algo, cuándo sucedió o incluso dónde sucedió. (Tan & Kamal, Norazlin; Sit Fong, Loh; Wahab, Suzaili; Marimuthu, Sheila; Lai Fong, 2016)

Entre los tres y los cinco años, los niños aún no han adquirido la capacidad de pensamiento abstracto, se distraen fácilmente, durante la entrevista. Pueden estar inquietos e incluso agitarse. Pueden ser capaces de situar ciertos hechos en relación con algún evento en particular. Pedir que lo dibujen o que demuestren lo que sucedió es a menudo útil y más fácil para ellos que la descripción verbal. (Tan & Kamal, Norazlin; Sit Fong, Loh; Wahab, Suzaili; Marimuthu, Sheila; Lai Fong, 2016)

Entre los seis y los nueve años, los niños son capaces de orientarse a nivel temporo-espacial, así como entender ciertos conceptos y ya han desarrollado un pensamiento concreto. Pueden igualmente dibujar planos sencillos. Son más capaces de engañar al interlocutor que los niños más jóvenes y son capaces de guardar secretos.



Pueden experimentar a menudo conflictos emocionales, se sienten confundidos, culpables y avergonzados, además de sentir temor a ser castigados. (Tan & Kamal, Norazlin; Sit Fong, Loh; Wahab, Suzaily; Marimuthu, Sheila; Lai Fong, 2016)

Los preadolescentes se sienten más a gusto con un entrevistador del mismo sexo; se sienten incómodos y azorados al hablar de su cuerpo o de temas con contenido sexual.

Por lo general entienden que lo que les ha ocurrido está mal, pero se sienten sobrepasados por la situación, con fuertes sentimientos de culpa y vergüenza que pueden conducirles a la negación de los hechos del maltrato.

Los adolescentes son más propensos a responder a una persona honesta, abierta y directa que demuestra preocupación por sus necesidades e intereses y que evita una actitud de crítica. (Tan & Kamal, Norazlin; Sit Fong, Loh; Wahab, Suzaily; Marimuthu, Sheila; Lai Fong, 2016)

## Diagnóstico

Si el personal de salud se encuentra frente a un paciente con indicios de maltrato infantil y **se considera el diagnóstico presuntivo del mismo**, debe realizar los siguientes procedimientos:

### *Historia clínica*

Interrogar al padre, madre, tutor o responsable del paciente acerca de los sucesos relacionados con el motivo de consulta y sospecha de maltrato hacia la niña o el niño.



Deberá interrogarse al niño, si la edad es apropiada, para que dé un relato de lo sucedido. Toda lesión o problema de conducta, deberá ser cuestionado y realizar una entrevista a detalle de lo sucedido.

El expediente clínico podrá ser el instrumento donde se describirá paso a paso la evaluación del paciente desde la consulta inicial hasta la resolución del caso. Se deben completar todos los datos, fecha y hora de consulta a la unidad de salud, detallar la entrevista realizada y los datos obtenidos por historia y la evaluación clínica, momento en que se realizó la denuncia a las autoridades correspondientes.

Es importante que lo descrito en el expediente clínico concuerde con los hallazgos del examen físico, los resultados de los exámenes de laboratorio o estudios de gabinete que se efectúen al paciente.

### ***Examen físico***

El personal de salud (idealmente el personal médico y de enfermería) deberán realizar un examen físico completo y detallado, en presencia del padre, madre, tutor o responsable del paciente.

Así mismo se debe realizar búsqueda de las lesiones, marcas, signos, síntomas e indicadores presuntivos del maltrato, los cuales fueron descritos en las manifestaciones clínicas. Existen diagramas de figuras en donde se evidencia el cuerpo desnudo del paciente, en donde el personal de salud marca la ubicación de las lesiones visibles.



## ***Reporte de lesiones***

Cuando se detecta una lesión en el paciente y se diagnostica maltrato presuntivo, se deberá realizar un reporte médico de las lesiones precisando detalladamente el tipo, tamaño, forma, color, localización, número, antigüedad y tiempo de cicatrización, si deja cicatriz perpetua y visible, si produce incapacidad funcional o estructural o si pone **en peligro la vida del paciente**.

## ***Exámenes de laboratorio y estudios de gabinete***

Para decidir qué exámenes de laboratorio y estudios de gabinete se llevarán a cabo, se debe individualizar el caso, de acuerdo a la historia clínica y examen físico completo con evidencia de las lesiones, así como de acuerdo al criterio médico. Si se dispone de los servicios en la propia unidad médica, se recomienda realizar los siguientes:

- Hematología completa
- Examen general de orina
- Cultivo o serología, considerando infecciones de transmisión sexual.
- Gram y cultivo de secreción de área genital, **al momento de la evaluación por el Ministerio Público** y personal correspondiente.
- Panel de Hepatitis, VIH, VDRL, considerando abuso sexual.
- Radiografías de cráneo, tórax, cuello, huesos largos, considerando maltrato físico.



En las unidades de atención que no disponen de los servicios para realizar los estudios mencionados, el personal de salud debe realizar el diagnóstico presuntivo y referir a la unidad médica correspondiente que cuente con los recursos de diagnóstico necesarios.

Según los hallazgos, si no se cuenta con capacidad resolutoria, se debe referir al paciente al servicio de salud más cercano para continuar el manejo del caso, con la descripción de lo que ya fue realizado.

Se puede considerar la decisión de internar al paciente de acuerdo a cada caso e informar a los familiares la necesidad de estudiar y asistirle adecuadamente, se deberá actuar con cautela al manifestar la sospecha de que haya sido maltratado para evitar la fuga y que la situación de riesgo se agrave para la niña o el niño. Paralelamente el Comité de Atención y Prevención contra el Maltrato Infantil tomará las medidas necesarias para proteger a la niña o el niño y derivar el caso y/o denunciar.

Ante el diagnóstico presuntivo de maltrato infantil, el personal de salud deberá seguir los pasos de acuerdo con el esquema institucional, creado para la notificación del diagnóstico presuntivo de los casos de maltrato.

Actualmente se realiza la notificación por medio de MAINA, ver Anexo 5.4.





## **Consecuencias del maltrato**

Para los niños que sobreviven al maltrato sin una intervención adecuada, el sufrimiento y el impacto deletéreo pueden perpetuarse en los años siguientes y subsistir en la edad adulta.

De esta forma, diversos trastornos orgánicos y mentales secundarios al maltrato pueden aparecer tanto durante la niñez como en la vida adulta.

Algunos tipos de abuso podrán causar alteraciones a largo plazo, como en el caso del “síndrome del bebé sacudido”, donde existen lesiones cerebrales muchas veces permanentes.

Los niños con fracturas óseas podrían tener además un mayor riesgo de desarrollo de cáncer entre otras **afecciones.** (Tan & Kamal, Norazlin; Sit Fong, Loh; Wahab, Suzaily; Marimuthu, Sheila; Lai Fong, 2016)

Además de los problemas sociales, los niños que viven en situaciones de abuso, maltrato o negligencia enfrentan un riesgo mayor de alteraciones cognitivas con un impacto importante en el desarrollo del lenguaje, el aprendizaje y la superación escolar.

Existe una mayor tendencia en estos individuos a desarrollar conductas antisociales con conductas delictivas y un mayor riesgo de embarazo durante la edad adolescente.

El riesgo de consumo de drogas como el tabaco, el alcohol y sustancias ilícitas se incrementa



igualmente. Casi un tercio de pacientes en tratamiento de desintoxicación o en tratamientos relacionados con el consumo de drogas refieren haber sido víctimas de maltrato durante la niñez. (Tan & Kamal, Norazlin; Sit Fong, Loh; Wahab, Suzailly; Marimuthu, Sheila; Lai Fong, 2016)

El maltrato infantil está fuertemente asociado con un estado de salud física y psíquica, más frágil en la edad adulta. Estas víctimas presentan un riesgo mayor de trastornos de ansiedad, trastornos alimentarios, depresión, obesidad y tendencias suicidas. Presentan igualmente un riesgo mayor de síntomas físicos, dolor crónico y conductas adictivas así como conductas sexuales de riesgo.

Estas consecuencias a largo plazo serían proporcionales a la severidad del maltrato recibido durante la infancia. (Tan & Kamal, Norazlin; Sit Fong, Loh; Wahab, Suzailly; Marimuthu, Sheila; Lai Fong, 2016)

## **Bases legales**

A continuación, se describen las bases legales vigentes en Guatemala y se citan las principales leyes y conceptos.

*A Objetivos de desarrollo sostenible (ODS):*

Meta 16.2: “poner fin al maltrato, la explotación, la trata y todas las formas de violencia y tortura contra los niños”.

Meta 5.2: “eliminar todas las formas de violencia contra todas las mujeres y las niñas en los ámbitos público y privado, incluidas la trata y la explotación sexual y otros tipos de explotación”.



Meta 16.1: “reducir significativamente todas las formas de violencia y las correspondientes tasas de mortalidad en todo el mundo”.

### *B Constitución de la República de Guatemala*

Artículo 1.- Protección a la Persona. El Estado de Guatemala se organiza para proteger a la persona y a la familia; su fin supremo es la realización del bien común.

Artículo 3: Derecho a la vida. El Estado garantiza y protege la vida humana desde su concepción, así como la integridad y la seguridad de la persona.

Artículo 100. Seguridad Social. “El Estado reconoce y garantiza el derecho a la seguridad social para beneficio de los habitantes de la Nación. Su régimen se instituye como función pública, en forma nacional, unitaria y obligatoria”.

### *C. Ley para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Intrafamiliar. Decreto 97-1996*

**Artículo 1:** “Violencia Intrafamiliar: la violencia intrafamiliar, constituye una violación a los derechos humanos y para los efectos de la presente ley, debe entenderse como cualquier acción y omisión que de manera directa o indirecta causare daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico o patrimonial, por parte de parientes o conviviente o ex conviviente, cónyuge o ex cónyuge o con quien se haya procreado hijos o hijas”.

(Fundación Sobrevivientes, 2013)



**Artículo 2:** “De la aplicación de la presente ley: la presente ley regulará la aplicación de medidas de protección necesarias para garantizar la vida, integridad, seguridad y dignidad de las víctimas de violencia intrafamiliar. Asimismo tiene como objetivo brindar protección especial a mujeres, niños, niñas, jóvenes, ancianos, ancianas y personas discapacitadas, tomando en consideración las situaciones específicas de cada caso. Las medidas de protección se aplicarán independientemente de las sanciones específicas establecidas por los Códigos Penal y Procesal Penal, en el caso de hechos constitutivos de delito o falta”. (Fundación Sobrevivientes, 2013)

**Artículo 3:** “Presentación de las denuncias: La denuncia o solicitud de protección que norma la presente ley, podrá hacerse en forma escrita o verbal con o sin asistencia de abogada o abogado”.

D) “Miembros de servicios de salud o educativos, médicos que por razones de ocupación tienen contacto con la persona agraviada, para quienes la denuncia tendrá carácter de obligatoria de acuerdo al artículo 298 del Decreto Número 51-92 del Congreso de la República. Quien omitiere hacer esta denuncia será sancionado según lo establecido en el artículo 457 del Código Penal”. (Fundación Sobrevivientes, 2013)

**Artículo 4:** “De las instituciones: Las instituciones encargadas de recibir el tipo de denuncias mencionadas en el artículo anterior, serán:



El Ministerio Público, a través de la Fiscalía de la Mujer, atención permanente y oficina de atención a la víctima; la Procuraduría General de la Nación, a través de la Unidad de Protección de los Derechos de la Mujer; la policía nacional; los juzgados de familia; bufetes populares; el Procurador de los derechos humanos. Quien reciba la denuncia deberá remitirla a un juzgado de familia o del orden penal, según corresponda, en un plazo no mayor de 24 horas”.

(Fundación Sobrevivientes, 2013)

**Artículo 13:** Ente asesor. “En tanto se crea el ente rector, corresponderá a la Procuraduría General de la Nación, de conformidad con las funciones estipuladas en la Constitución Política de la República de Guatemala, ser el ente asesor encargado de las políticas públicas que impulsen la prevención, atención, sanción y erradicación de la violencia. Asimismo, vigilará el cumplimiento de la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer”.

*D. Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia (LPINA) Decreto 27-2003*

Título II. Derechos Humanos

Capítulo I: Derechos individuales

- Sección I: Derecho a la vida

**Artículo 9:** “Vida. Los niños y niñas adolescentes tienen derecho fundamental a la vida. Es obligación del Estado garantizar su supervivencia, seguridad y desarrollo integral. Los niños, niñas y adolescentes



tienen derecho a la protección, cuidado y asistencia necesaria para lograr el adecuado desarrollo físico, mental, social y espiritual. Estos derechos se reconocen desde su concepción”.

- Sección II: Derecho a la igualdad

**Artículo 10:** “Igualdad. Los derechos establecidos en esta Ley serán aplicables a todo niño, niña o adolescente sin discriminación alguna, por razones de raza, color, sexo, idioma, religión, origen nacional, étnico o social, posición económica, discapacidad física, mental o sensorial, nacimiento o cualquier otra índole o condición de estos, de sus padres, familiares, tutores o personas responsables”.

- Sección III: Derecho a la integridad personal.

**Artículo 11:** “Integridad. Todo niño, niña y adolescente tiene derecho a ser protegido contra toda forma de descuido, abandono o violencia, así también a no ser sometido a torturas, tratos crueles inhumanos o degradantes”. (Fundación Sobrevivientes, 2013)

## Capítulo II. Derechos Sociales

- Sección I. Derecho a un nivel de vida adecuado y a la salud.

**Artículo 25:** “Nivel de vida adecuado. Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a un nivel de vida adecuado y a la salud, mediante la realización de políticas sociales, públicas que les permitan un nacimiento y desarrollo sano y armonioso, condiciones dignas de existencia”.



**Artículo 29:** “Comunicación de casos de maltrato: Los casos de sospecha o confirmación de maltrato contra el niño, niña y adolescente detectados por personal médico o paramédico de centros de atención social, centros educativos y otros deberán obligatoriamente comunicarlos a la autoridad competente de la respectiva localidad, sin perjuicio de otras medidas legales”.

**Artículo 32:** “Autorización de tratamientos médicos. Los centros de atención médica, públicos o privados deben de pedir autorización de los padres de familia, tutores o encargados para poder hospitalizar o aplicar los tratamientos que requieran los niños o niñas y adolescentes, salvo en casos de emergencia en los cuales la vida o integridad de estos se encuentren en riesgo. Cuando por razones de índole cultural o religiosa, los padres, tutores o encargados negaren su consentimiento para la hospitalización de sus hijos o hijas que tutelan esta ley, el médico tratante queda facultado para adoptar las acciones inmediatas a efecto de proteger la vida o la integridad física de estos”. (Fundación Sobrevivientes, 2013)

- Sección VII: Derecho a la Protección por el maltrato.

**Artículo 53.** Maltrato y agravios. “Todo niño, niña o adolescente tiene el derecho de no ser objeto de cualquier forma de negligencia, discriminación, marginación, explotación, violencia, crueldad y opresión, punibles por la ley, ya sea por acción u omisión a sus derechos fundamentales. Asimismo,



tienen derecho a ser protegidos contra toda forma de maltrato. El Estado estimulará la creación de instituciones y programas preventivos o psicosociales necesarios, para dar apoyo y orientación a la familia y a la comunidad. Deberá proporcionar la asistencia necesaria, tratamiento y rehabilitación a las víctimas, a quienes cuidan de ellas y al victimario”.

(Fundación Sobrevivientes, 2013) (Ley Pina)

**Artículo 54.** Obligación estatal. El Estado deberá adoptar las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger a los niños, niñas y adolescentes contra toda forma de:

- a) Abuso físico: que ocurre cuando una persona que está en una relación de poder con un niño, niña o adolescente, le inflige daño no accidental, provocándole lesiones internas, externas o ambas. La relación de poder se da cuando existe una diferencia de fuerza, edad, conocimiento o autoridad entre la víctima y el ofensor.
- b) Abuso sexual: que ocurre cuando una persona en una relación de poder o confianza involucra a un niño, niña o adolescente en una actividad de contenido sexual que propicie su victimización y de la que el ofensor obtiene satisfacción incluyéndose dentro del mismo cualquier forma de acoso sexual.
- c) Descuidos o tratos negligentes: que ocurre cuando la persona o personas que tienen a su cargo el cuidado y crianza de un niño, niña





o adolescente, no satisface sus necesidades básicas de alimentación, vestido, educación, atención médica, teniendo la posibilidad de hacerlo.

- d) Abuso emocional: que ocurre cuando una persona daña la autoestima o el desarrollo potencial de un niño, niña o adolescente.

Cualquier persona que tenga conocimiento sobre un hecho de los descritos anteriormente deberá comunicarlo de inmediato a la autoridad competente más cercana, quien a su vez deberá realizar las diligencias pertinentes a efecto de que se sancione drásticamente a los que resultaren responsables de los mismos. (Fundación Sobrevivientes, 2013)

**Artículo 55.** Obligación de denuncia. El personal de las instituciones públicas y privadas, centros educativos, servicios de salud y otros de atención a los niños, niñas y adolescentes, tienen la obligación de denunciar los casos de maltrato que se detecten o atiendan en sus instituciones. (Fundación Sobrevivientes, 2013)

*Sección VIII. Derecho a la protección por la explotación y abusos sexuales.*

**Artículo 56.** Explotación o abuso sexual. Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a ser protegidos contra toda forma de explotación o abuso sexual, incluyendo:



- a) La incitación o la coacción para que se dedique a cualquier actividad sexual.
- b) Su utilización en la prostitución, espectáculos o material pornográfico.
- c) Promiscuidad sexual.
- d) El acoso sexual de docentes, tutores y responsables. (Fundación Sobrevivientes, 2013) (Ley LPINA)

El Procurador de los Derechos Humanos es quien vela por el cumplimiento de los derechos del niño, niña o adolescente a través de la defensoría de la niñez y la adolescencia, lo cual está estipulado dentro de la Ley LPINA.

### **Abordaje y ruta de manejo del maltrato infantil**

Siendo parte importante de las responsabilidades de la Sección Materno Infantil del Departamento de Medicina Preventiva de la Subgerencia de Prestaciones en Salud, en su calidad de ente rector técnico normativo de competencia, le corresponde brindar los lineamientos para la correcta coordinación a las distintas unidades médico asistenciales del Instituto que brindan atención a niños y niñas beneficiarias y que requieran atención oportuna relacionada con el tema del maltrato infantil y abuso sexual; presentando un documento que de forma técnica e integral exponga la organización, funciones, atribuciones y responsabilidades del personal que conforma los Comités que coordinan las actividades de prevención y tratamiento del maltrato infantil y



abuso sexual, con el propósito de convertirse en un instrumento de comunicación e información permanente. (Manual de Organización de los Comités de Prevención y tratamiento del Maltrato infantil y abuso sexual. IGSS, Octubre 2016)

### ***Abordaje psicosocial***

Diagnóstico del contexto psicosocial del grupo familiar

1. Levantado de información general de caso: entrevista a profundidad.
2. Identificación de necesidades y satisfactores del contexto social del grupo familiar: reunión familiar, aportes para el nivel de desarrollo.
3. Identificación de factores de riesgo y factores protectores: análisis con la información recolectada. (AIEPI, 1990)

Análisis e interpretación del contexto psicosocial del grupo familiar

1. Pronóstico de la situación: creación de escenarios.
2. Identificación de los recursos y medios de acción existentes y potenciales.
3. Determinación de prioridades en relación con las necesidades y problemas detectados en el grupo familiar.
4. Establecer las estrategias de acción necesarias para enfrentar con éxito los problemas que presentan.



5. Análisis de contingencias para el establecimiento del grado de viabilidad y factibilidad en el proceso. (AIEPI, 1990)

#### Promoción y rehabilitación de las competencias psicosociales

1. Acciones directas
2. Clarificar y apoyar
3. Informar y educar
4. Incidir
5. Confrontar
6. Monitorizar
7. Crear nuevas oportunidades
8. Establecer una relación de trabajo/proceso con el grupo familiar (AIEPI, 1990)

## Maltrato infantil en niñas y niños en periféricas, consultorios y policlínicas

Preguntar	Observar	Evaluar	Clasificar	TRATAMIENTO
<p>Si la niña o el niño presenta alguna lesión:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>¿Cómo se produjeron las lesiones?</li> <li>¿Cuándo se produjeron las lesiones?</li> <li>¿Cómo corrige a su hijo o hija?</li> <li>¿Cómo solucionan los conflictos en su hogar?</li> <li>¿La niña o el niño trabajan?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Determinar si presenta lesión física: <ul style="list-style-type: none"> <li>Sugestiva de maltrato: lesiones con la forma o huella de un objeto lesiones en zonas posteriores, dorso de las manos, espalda y glúteos o cualquier fractura.</li> <li>Inespecíficas: localizadas en áreas expuestas (en general son pocas, no tienen forma limitada, no tienen un patrón definido).</li> </ul> </li> <li>Determinar si presenta flujo, secreción, sangrado, lesiones o cicatrices en genitales o ano.</li> <li>Determinar si la niña o el niño expresa espontáneamente que es víctima de maltrato y/o abuso sexual, si la niña o el niño por su edad de desarrollo aun no puede hablar sea muy minucioso(a) en la observación.</li> </ul>	<p><b>Uno de los siguientes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Lesión física sugestiva de maltrato</li> <li>Lesiones en genitales o ano</li> <li>Indicadores clínicos psicológicos</li> <li>La niña o el niño expresa espontáneamente que es víctima de maltrato físico y/o abuso sexual</li> <li>Lesiones secundarias a trabajo infantil</li> <li>Detectar Síndrome de Münchaussen por poderes</li> </ul>	<p>Compatible con</p> <p><b>Maltrato infantil</b></p> <p>Si presenta</p> <p><b>Abuso Sexual</b></p> <p>(Referir al Protocolo de Atención a Víctimas/ Sobrevivientes de Violencia Sexual)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluación de daños</li> <li>Realice la evaluación de daños</li> <li>Brinde soporte básico de vida en trauma</li> <li>Trate las lesiones y el dolor</li> <li>Estabilice</li> <li>Notifique al Comité de Prevención y tratamiento de Maltrato Infantil y abuso sexual o a la autoridad correspondiente</li> <li>Competente: Procuraduría General de la Nación, Ministerio Público, Juzgados de Niñez y Adolescencia, Juzgados de Paz e INACIF</li> <li>Registre en expediente clínico</li> <li>Refiera inmediatamente al hospital más cercano</li> </ul>



<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar si existe discrepancia entre la historia/desarrollo y las lesiones.</li> <li>• Observar si hay evidencia de alteración en el comportamiento de la niña o del niño: agresivo, temeroso, retraído, evita el contacto visual y físico, presenta conductas autodestructivas o alteraciones del sueño.</li> <li>• Observar si hay evidencia de alteración en el comportamiento de los cuidadores: descuidados, castigadores, a la defensiva, agresivos.</li> <li>• Observar si hay evidencia de alteración en el comportamiento de los cuidadores: descuidados, castigadores, a la defensiva, agresivos.</li> <li>• Determinar si la niña o el niño está descuidado en su salud: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ La consulta es tardía para la causa.</li> <li>○ El esquema de vacunación está incompleto.</li> <li>○ El niño o la niña se encuentra desnutrido.</li> </ul> </li> </ul>	<p>Dos o más de los siguientes signos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lesiones físicas inespecíficas</li> <li>• Comportamiento del niño o la niña alterado</li> <li>• Comportamiento alterado de los cuidadores</li> <li>• Niño o niña descuidado en su higiene</li> <li>• Niña o niño descuidado en su salud</li> <li>• El niño o la niña expresa espontáneamente que es víctima de maltrato emocional o negligencia</li> <li>• Lesiones secundarias a trabajo infantil</li> <li>• Presenta uno solo de los signos descritos en la fila anterior</li> </ul> <p><b>Sospecha de maltrato infantil</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Refiera al hospital más cercano</li> </ul>
<p><b>Falla en la crianza</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presenta uno solo de los signos descritos en la fila anterior</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reforzar comportamientos positivos de buen trato.</li> <li>• Promover medidas preventivas.</li> <li>• Reforzar el respeto y garantía de los derechos de la niñez.</li> <li>• Citar para la próxima consulta</li> </ul>
<p><b>No hay sospecha de maltrato</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presenta uno solo de los signos anteriores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Felicitar a la madre, padre o encargado(a) de buen trato.</li> <li>• Reforzar comportamientos positivos de buen trato: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Felicitar a la madre, padre o encargado(a)</li> <li>• Reforzar comportamientos positivos de buen trato:</li> <li>• Promover los derechos de la niña y el niño</li> <li>• Promover medidas preventivas.</li> <li>• Recordar la próxima visita de crecimiento y vigilancia del desarrollo</li> </ul> </li> </ul>

Fuente: (AIEPI, 1990; Organización Panamericana de la Salud, 2000)



## ¿Tiene la niña o el niño signos compatibles con maltrato, abuso, negligencia o falla en la crianza?

Preguntar	Observar	Evaluar	Clasificar	TRATAMIENTO
<p>Si la niña o el niño presenta alguna lesión:</p> <p>¿Cómo se produjeron las lesiones?</p> <p>¿Cuándo se produjeron las lesiones?</p> <p>¿Cómo corrige a su hija o hijo?</p> <p>¿Cómo solucionan los conflictos en su hogar?</p> <p>¿La niña o el niño trabajan?</p>	<p>• <b>Determinar si presenta lesión física:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sugestiva de maltrato: lesiones con la forma o huella de un objeto lesiones en zonas posteriores, dorso de las manos, espaldas y glúteos o cualquier fractura.</li> <li>- Inespecíficas localizadas en áreas expuestas (en general son pocas, no tienen forma limitada, no tienen un patrón definido).</li> </ul> <p>• Determinar si presenta flujo, secreción, sangrado, lesiones o cicatrices en genitales o ano.</p> <p>• Determinar si la niña o el niño expresa espontáneamente que es víctima de maltrato y/o abuso sexual, si la niña o el niño por su edad de desarrollo aun no puede hablar sea muy minucioso(a) en la observación.</p>	<p><b>Uno de los siguientes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lesión física sugestiva de maltrato</li> <li>• Lesiones en genitales o ano</li> <li>• Indicadores clínicos psicológicos de violencia: cambios de conductas repentinos, cambios del rendimiento escolar, ansiedad, depresión, sentimientos de culpa, vergüenza, aislamiento extremo, regresión de conductas, enuresis, retraimiento e inhibición. Poca relación interpersonal con su compañero(as), fugas del hogar, intentos de suicidio, usos de drogas y alcohol, autolesiones</li> <li>• La niña o el niño expresa espontáneamente que es víctima de maltrato físico y/o abuso sexual</li> <li>• Lesiones secundarias a trabajo infantil</li> <li>• Detectar Síndrome de Münchaussen por poderes</li> </ul>	<p>Compatible con</p> <p><b>Maltrato infantil</b></p> <p>Si presenta</p> <p><b>Abuso sexual</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación de daños</li> <li>• Brinde soporte avanzado de vida en trauma</li> <li>• Trate las lesiones y el dolor</li> <li>• Notifique al Comité de Prevención y tratamiento de Maltrato Infantil y abuso sexual o a la autoridad correspondiente</li> <li>• Competente: Procuraduría General de la Nación, Ministerio Público, Juzgados de Niñez y Adolescencia, Juzgados de Paz e INACIF</li> <li>• Atención integral y multidisciplinaria por el Comité de Prevención y Atención del Maltrato Infantil.</li> <li>• Complete el Expediente Clínico Único en casos de Maltrato Infantil</li> <li>• Identifique lesiones en traumagrama</li> </ul>
		<p><b>Dos o más de los siguientes signos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lesiones físicas inespecíficas</li> <li>• Comportamiento del niño o la niña alterado</li> <li>• Comportamiento alterado de los cuidadores</li> <li>• Niño o niña descuidado en su higiene</li> <li>• Niña o niño descuidado en su salud</li> <li>• El niño o la niña expresa espontáneamente que es víctima de maltrato emocional o negligencia</li> </ul>	<p><b>Sospecha de maltrato infantil</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Referir a profesional de trabajo social y psicología, y si existen fundamentos contactar con la red de protección del niño o la niña maltratado: Comité prevención y atención del maltrato infantil del hospital, Unidades de Atención Psicosocial</li> <li>• Reforzar comportamientos positivos de buen trato.</li> <li>• Promover medidas preventivas.</li> <li>• Reforzar el respeto y garantía de los derechos de la niñez.</li> <li>• Control en 8 días.</li> </ul>



<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar si existe discrepancia entre la historia/ desarrollo y las lesiones.</li> <li>• Observar si hay evidencia de alteración en el comportamiento de la niña o del niño: agresivo, temeroso, retraído, evita el contacto visual y físico, presenta conductas autodestructivas o alteraciones del sueño.</li> <li>• Observar si hay evidencia de alteración en el comportamiento de los cuidadores: descuidados, castigadores, a la defensiva, agresivos.</li> <li>• Determinar si la niña o el niño está descuidado en su higiene: aseo, dientes, cabello, uñas.</li> <li>• Determinar si la niña o el niño está descuidado en su salud.</li> </ul>	<p>Presenta uno solo de los signos descritos en la fila anterior</p> <p><b>Falla en la crianza</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reforzar comportamientos positivos de buen trato.</li> <li>• Promover medidas preventivas.</li> <li>• Reforzar el respeto y garantía de los derechos de la niñez.</li> <li>• Citar para la próxima consulta</li> </ul>
<p>No tiene ninguno de los signos anteriores</p> <p><b>No hay sospecha de maltrato</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Felicitar a la madre, padre o encargado(a)</li> <li>• Reforzar comportamientos positivos de buen trato:</li> <li>• Promover los derechos de la niña y el niño</li> <li>• Promover medidas preventivas.</li> <li>• Recordar la próxima visita de crecimiento y vigilancia del desarrollo.</li> </ul>	<p>No tiene ninguno de los signos anteriores</p> <p><b>No hay sospecha de maltrato</b></p>

**Fuente:** (AIEPI, 1990; Organización Panamericana de la Salud, 2000)







## **Ruta crítica del abordaje integral para la atención de los casos con sospecha de maltrato infantil y/o abuso sexual**

**Paso 1:** Detección de Caso de Sospecha de Maltrato Infantil y Abuso Sexual, por el equipo multidisciplinario o cualquiera de los trabajadores de la unidad de atención.

**Paso 2:** Evaluación, diagnóstico y tratamiento integral por el equipo de profesionales integrado por médico, enfermera, trabajo social y salud mental:

- Evaluación, diagnóstico y tratamiento por el personal médico y enfermería aplicando la estrategia AIEPI.
- El médico tratante deberá referir el caso al Comité de prevención y tratamiento de maltrato infantil por medio de trabajo social.
- El médico tratante debe referir el caso a psicología y otras especialidades médicas según el caso amerite (psiquiatría, ginecología, dermatología, traumatología, Infectología, entre otras)
- Trabajo social debe proceder a realizar la entrevista inicial y aplicación del Marco Metodológico del Abordaje Integral. Presentación al COMITE
- Psicología deberá proceder a aplicar el Marco Metodológico del Abordaje Integral

**Paso 3:** Presentación del caso al COMITE, por parte de trabajo social.



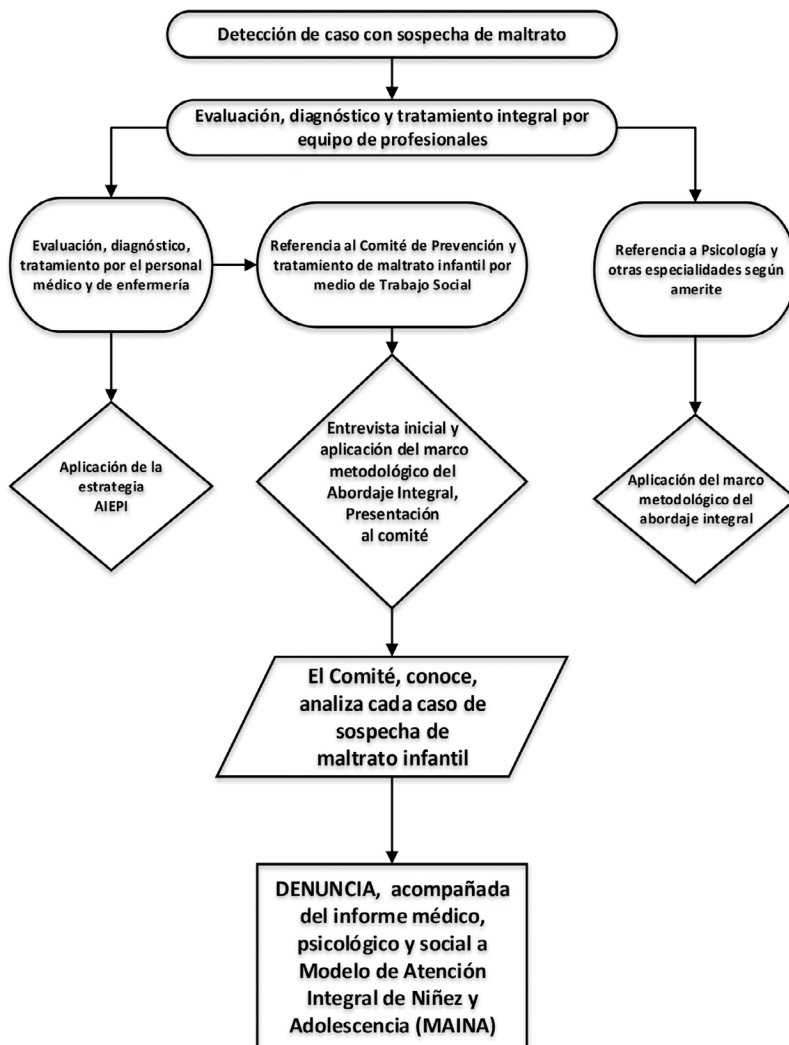
- El COMITÉ conoce, analiza cada sospecha de maltrato o abuso sexual, según el marco metodológico del Abordaje Integral:

Deberá hacer la denuncia al Modelo de Atención Integral de Niñez y Adolescencia (MAINA).

Elaborar un oficio dirigido a la Procuraduría General de la Nación (PGN), con copia al Ministerio Público (MP) y Juzgado de la Niñez y la Adolescencia en el que consigne el nombre completo de la víctima, nombre de los padres, dirección de la casa y habitación y el diagnóstico médico, asimismo debe anexarse el informe médico, social y psicológico.



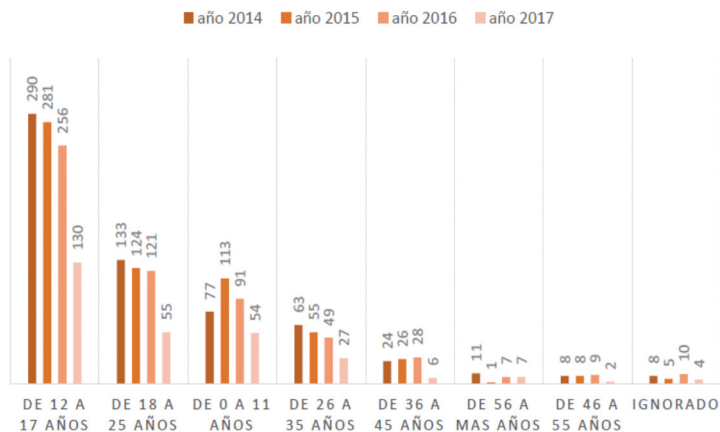
## Ruta crítica para la derivación de la denuncia en los casos de víctimas de maltrato infantil y abuso sexual





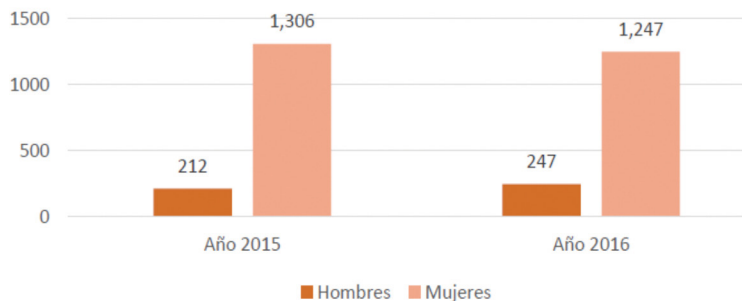
## 5.Anexos:

### Anexo 5.1 Gráfico 1 Violaciones por rangos de edad en los años 2014-2017.



Fuente: Situación de la niñez y adolescencia 2016-2017; ODHAG.

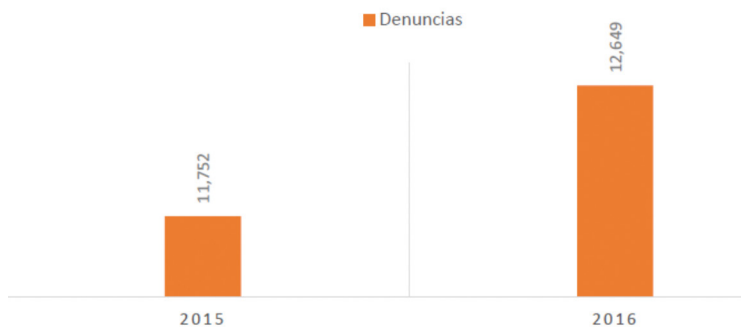
### Anexo 5.2 Gráfico 2 Agresiones sexuales en la niñez y adolescencia, niños y niñas entre 1 a 14 años de edad, años 2015 y 2016



Fuente: Situación de la niñez y adolescencia 2016-2017; ODHAG.



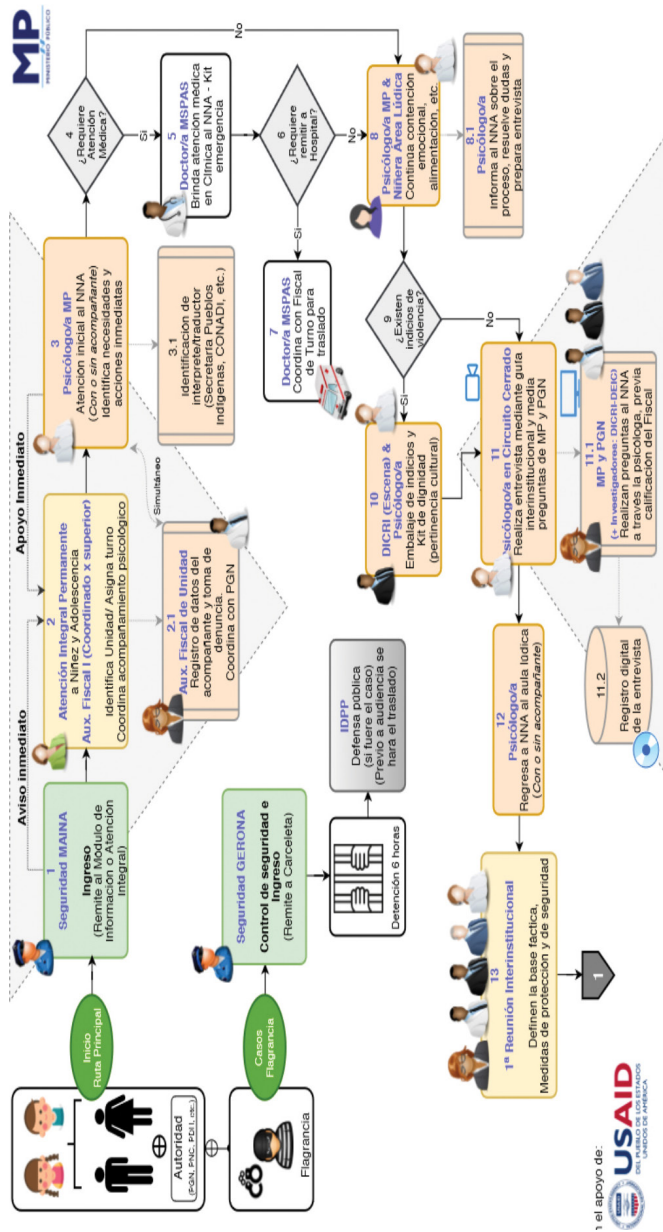
### Anexo 5.3 Gráfico 3 Delito de maltrato contra personas menores de edad, 2015-2016.

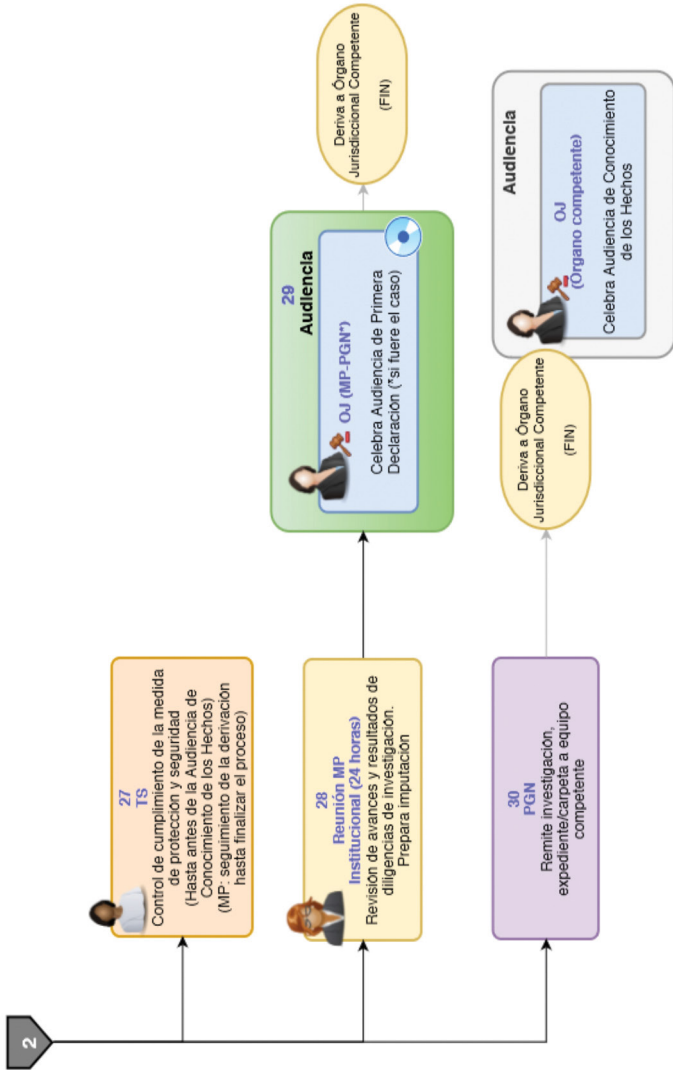


Fuente: Situación de la niñez y adolescencia 2016-2017; ODHAG.



## Anexo 5.4 Ruta de derivación MAINA Modelo de Atención Integral de Niñez y Adolescencia (MAINA)









## Nomenclatura



: Inicio



: Proceso



: Subproceso



: Decisión



: Registro iso



: Conector pág.



: Preparación



: "O"



: Fin



: Niña, niño o adolescente



: Padre/madre/hermano(a) o acompañante



: Agente de seguridad del MAINA (MP)



: Aux. Fiscal I (Atención Integral Permanente -AIP-)



Con el apoyo de:



: Aux. Fiscal (Unidad)



: Paseólogo MP



: Doctor(a) MSPAS



: PGN



: Niñera MP



: DICRI



: DEIC



: Doctor(a) INACIJF





<b>Números telefónicos para consultas y/o denuncias</b>	
<b>Institución</b>	<b>Número</b>
<b>INACIF</b>	<b>2327-3100</b>
<b>CONACMI</b>	<b>2220-7400</b>
<b>MAINA</b>	<b>2290-4920</b>
<b>MP</b>	<b>2411-9191</b>
<b>PGN</b>	<b>2414-8787</b>



## 6. Glosario

**Asfixia:** Suspensión o dificultad de la respiración (Real Academia Española, 2019). Esta puede darse por bloqueo u oclusión de la nariz o la boca que impide la respiración espontánea, causando en situaciones graves paro respiratorio.

**Contusión:** Lesión o daño causado al golpear o comprimir una parte del cuerpo sin producir una herida exterior (Real Academia Española, 2019).

**Desnutrición:** Estado nutricional deficiente por carencia, malabsorción, aumento de las necesidades o pérdida excesiva de nutrientes. Cualquiera de estas causas crea un desequilibrio entre el aporte y los requerimientos del organismo (Real Academia Española, 2019).

**Encopresis:** Evacuación de heces de consistencia normal o anormal, de forma repetida, involuntaria o voluntaria, en lugares no apropiados para este propósito (Asociación Española de Pediatría, 2008b).

**Enfermedad venérea o de transmisión sexual:** Son infecciones que se transmiten de una persona a otra a través del contacto sexual (MedlinePlus, 2019).

**Enuresis:** Incontinencia urinaria intermitente durante el sueño (Asociación Española de Pediatría, 2008a).

**Equimosis:** Mancha lívida, negruzca o amarillenta de la piel o de los órganos internos, que resulta de la sufusión de la sangre a consecuencia de un golpe, de una fuerte ligadura u otras causas (Real Academia Española, 2019).



**Fobia:** Aversión exagerada a alguien o a algo. Temor angustioso o incontrolable ante ciertos actos, ideas, objetos o situaciones (Real Academia Española, 2019).

**Hacinamiento:** Aglomeración en un mismo lugar de un número de personas que se considera excesivo (Diccionario de la lengua española, 2019).

**Hemorragia:** Flujo de sangre por rotura de vasos sanguíneos (Real Academia Española, 2019).

**Hematoma:** Acumulación de sangre en un tejido por rotura de un vaso sanguíneo (Real Academia Española, 2019).

**Instituto Nacional de Ciencias Forenses (INACIF):** Institución responsable de brindar servicios de investigación científica forense fundamentada en la ciencia y el arte, emitiendo dictámenes periciales útiles al sistema de justicia, mediante estudios médico legales y análisis técnico-científicos, apegados a la objetividad y transparencia (INACIF, 2019).

**Juzgado de la niñez y adolescencia:** (Procuraduría de la niñez y Adolescencia). Es la entidad encargada de la promoción y representación de la detección de los derechos e interés superior de los niños, niñas y adolescentes.

**Luxación:** Dislocación completa que se produce cuando un hueso se sale de su articulación (Real Academia Española, 2019).

**MAINA:** Modelo de Atención Integral de Niñez y Adolescencia.



**Maltrato:** Se define como los abusos y la desatención que son objeto los menores de dieciocho años, incluyendo todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial u otro tipo, que puedan causar 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 (Organización Mundial de la Salud, 2016).

**Ministerio Público (MP):** Es una institución auxiliar de la administración pública y de los tribunales con funciones autónomas, cuyos fines son velar por el estricto cumplimiento de las leyes del país (Ministerio Público, 2018).

**Obesidad:** Acumulación anormal o excesiva de grasa que supone un riesgo para la salud. Índice de masa corporal para la edad y el sexo con más de dos desviaciones típicas por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS (OMS, 2019).

**Policía Nacional Civil (PNC):** Es la fuerza armada de seguridad de Guatemala, que está a cargo de resguardar el orden público, así como de la seguridad civil de la población (Ministerio de Gobernación, 2019).

**Prematuro:** Dicho de un niño que nace antes del término de la gestación (Real Academia Española, 2019).

**Procuraduría General de la Nación (PGN):** Institución que tiene a su cargo la función de asesoría



y consultoría de los órganos y entidades estatales (PGN, 2019).

**Retardo en el desarrollo:** Se refiere a los niños cuyo peso o tasa de aumento de peso actual está por debajo con respecto a la de otros niños de su misma edad y sexo (MedlinePlus, 2019).

**Sobrepeso:** Índice de masa corporal para la edad y el sexo con más de una desviación típica por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS (OMS, 2019).

**Somatización:** Transformar problemas psíquicos en síntomas orgánicos de manera involuntaria (Real Academia Española, 2019).

**Talla baja:** Condición en la cual la altura de un niño o niña es más de dos desviaciones estándar por debajo del promedio poblacional esperado para su edad y sexo o por debajo del percentil tres (OMS, 2019).



## 7. Referencias bibliográficas

1. AIEPI. (1990). Manual de normas para el abordaje integral a la niñez víctima del maltrato infantil y del abuso sexual.
2. Asociación Española de Pediatría. (2008a). Diagnóstico y tratamiento de la enuresis nocturna. Retrieved from [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/10\\_3.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/10_3.pdf)
3. Asociación Española de Pediatría. (2008b). Encopresis. AEPNYa. Retrieved from <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/encopresis.pdf>
4. CONACMI. (2000). Manual para la detección de casos de maltrato a la niñez. (P. I. Guatemala, Ed.). Guatemala.
5. Diccionario de la lengua española. (2019). Hacinamiento. Retrieved November 4, 2019, from <https://www.wordreference.com/definicion/hacinamiento>
6. Fundación Sobrevivientes. (2013). Instrumentos legales en favor de los derechos de las mujeres, niñez y adolescencia. (I. Gráfica, Ed.), Fundación Sobrevivientes (1st ed.). Guatemala.
7. Gancedo Baranda, A. (2017). Abordaje integral del maltrato infantil. Curso de Actualización Pediátrica, 3(0), 535-543.



8. Gimeno Díaz de, A., Malmierca Sánchez, F., Pellegrini Belinchón, J., Sánchez Granados, J. M., De, Fernández Miguel, S., Expósito Casas, M. J., ... de José Gómez, M. I. (2009). Protocolo de actuación ante el maltrato infantil y situaciones de riesgo en el ámbito sanitario en la provincia de Salamanca. *Boletín de la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León*, 49, 127-135.
9. INACIF. (2019). INACIF. Retrieved September 20, 2019, from <https://www.inacif.gob.gt/>
10. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. (2016). *Manual de Organización de los Comités de Prevención y tratamiento del maltrato infantil y abuso sexual*. Guatemala.
11. Loredo Abdala, A., Casas Muñoz, A., & Monrroy Llaguno, D. A. (2014). Maltrato infantil : características clínicas usuales. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 57(55), 15-23.
12. MedlinePlus. (2019). Enfermedades de Transmisión Sexual. Retrieved November 4, 2019, from <https://medlineplus.gov/spanish/sexuallytransmitteddiseases.html>
13. Ministerio de Gobernación. (2019). Policía Nacional Civil. Retrieved September 20, 2019, from <https://mingob.gob.gt/category/noticias/policia-nacional-civil/>





14. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2010). Protocolo de atención en salud integral con enfoque intercultural de niñas y niños víctimas de maltrato infantil. Guatemala: MSPAS.
15. Ministerio Público. (2018). Ministerio Público. Retrieved September 20, 2019, from <https://www.mp.gob.gt/>
16. Ministerio Público. (2020). MAINA reporta 177 personas detenidas vinculadas en violencia sexual de niñez víctima. Retrieved April 2, 2021, from <https://www.mp.gob.gt/noticia/maina-reporta-177-personas-detenidas-vinculadas-en-violencia-sexual-de-ninez-victima/>
17. Oficina de los Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala. (2018). Situación de la niñez y la adolescencia. Guatemala 2016-2017. (ODHAG, Ed.). Guatemala, Guatemala.
18. OMS. (2019). Organización Mundial de la Salud. Retrieved September 20, 2019, from <https://www.who.int/es>
19. Organización Mundial de la Salud. (2016). Maltrato infantil. Retrieved December 17, 2018, from <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
20. Organización Panamericana de la Salud. (2000). Maltrato infantil y abuso sexual en la niñez. (A. OPS, Ed.). Washington, D.C.
21. Organización Panamericana de la Salud. (2017). INSPIRE Siete estrategias para poner fin a la



- violencia contra los niños y las niñas. (OPS, Ed.) (1st ed.). Washington, D.C.: 2017.
22. PGN. (2019). Procuraduría General de la Nación. Retrieved September 20, 2019, from <https://www.pgn.gob.gt/>
23. Real Academia Española. (2019). Asociación de Academias de las Lenguas Españolas. Retrieved November 1, 2019, from <https://dle.rae.es/?id=3zLbz0m>
24. Tan, S., & Kamal, Norazlin; Sit Fong, Loh; Wahab, Suzaily; Marimuthu, Sheila; Lai Fong, C. (2016). Maltrato y exposición precoz a la violencia. In D. Martínez-Uribe (Ed.), Manual de salud mental infantil y adolescente de la IACAPAP (Vol. Cap. B1, pp. 1–18). Retrieved from <https://iacapap.org/wp-content/uploads/B.1-CHILD-MALTREATMENT-Español-2016.pdf>



Instituto Guatemalteco  
de Seguridad Social

7a. avenida 22-72, zona 1  
Centro Cívico, Ciudad de Guatemala  
Guatemala, Centroamérica  
PBX: 2412-1224  
[www.igssgt.org](http://www.igssgt.org)

