



MINISTERIO  
DE SALUD

# Protocolos para la atención integral en salud a personas afectadas por lesiones intencionales

El Salvador 2025



MINISTERIO  
DE SALUD

# Protocolos para la atención integral en salud a personas afectadas por lesiones intencionales

El Salvador 2025

## 2025 Ministerio de Salud



Está permitida la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o formato, siempre que se cite la fuente y que no sea para la venta u otro fin de carácter comercial. Debe dar crédito de manera adecuada. Puede hacerlo en cualquier formato razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen apoyo de la licencia.

La documentación oficial del Ministerio de Salud, puede consultarse en el Centro Virtual de Documentación Regulatoria en: <http://asp.salud.gob.sv/regulacion/default.asp>

Ministerio de Salud  
Calle Arce No. 827, San Salvador. Teléfono: 2591 7000  
Página oficial: <http://www.salud.gob.sv>

## Autoridades

Dr. Francisco José Alabi Montoya  
Ministro de Salud *Ad honorem*

Dr. Carlos Gabriel Alvarenga Cardoza  
Viceministro de Gestión y Desarrollo en Salud *Ad honorem*

Dra. Karla Marina Díaz de Naves  
Viceministra de Operaciones en Salud *Ad honorem*

## Equipo técnico

Dra. Altagracia Xochitl Panameño Romero	Oficina de Atención a Víctimas de Todas las Formas de Violencia
Dr. Julio César Campos Yada	
Dr. Adiel Delgado	
Dr. Rafael Antonio Martínez	Dirección Nacional del Primer Nivel de Atención
Licda. Gloria Menjívar	Dirección Nacional de Hospitales
Dra. Emeli Jeanmillet Carranza	Dirección de Monitoreo Estratégico de Servicios de Salud
Dra. Graciela Angélica Baires Escobar	Dirección de Regulación
Dra. Claudia Mérida López	Unidad de la Niñez
Dra. Leydy Lorena Romero	Unidad de Atención Integral a la persona Adolescente
Licda. Silvia Rosa Alas de Dominguez	Unidad Nacional de Enfermería
Licda. Tania Elizabeth Portillo	
Dra. Tania Burgos	Unidad por el Derecho a la Salud
Lic. Saúl Ponce	
Lic. Joaquín Cortez	
Dr. Carlos Alberto Bonilla	Unidad de Atención a la Persona Adulta Mayor
Dra. Victoria Sales	Unidad de Género
Dra. Patricia de Muñoz	
Dr. Humberto Andreu	Unidad del Programa ITS/VIH
Licda. María Luz Calles	
Dra. Andy María Juárez	Unidad de Habilitación y Rehabilitación
Licda. Karen Beralica Menjívar	Unidad de Estadística e Información en Salud
Lic. Francisco Mayorga	Unidad de Salud Mental
Licda. Glenda Eunice García Mejía	Unidad de Promoción y Vida Sana
Dra. Adriana Lara	Hospital Nacional de la Mujer "María Isabel Rodríguez"
Dra. Gisela Martínez	Hospital Nacional Especializado de Niños Benjamín Bloom
Licda. Nanci Carolina López	Hospital Nacional San Pedro, Usulután
Dra. Pamela Rodríguez	Fondo Solidario para la Salud
Lic. Luis Chacón	Fundación Luterana

## Índice

	Acuerdo	1
<b>I.</b>	Introducción	2
<b>II.</b>	Objetivos	3
<b>III.</b>	Ámbito de aplicación	3
<b>IV.</b>	Desarrollo de los protocolos	3
	A. Protocolo para la promoción de estilos de vida para una convivencia pacífica	3
	B. Protocolo para la prevención de lesiones intencionales	5
	C. Protocolo para el abordaje integral en salud a las personas afectadas por lesiones intencionales	6
	D. Protocolo para el registro de intervenciones de detección, prevención y promoción de la salud	102
	E. Protocolo para el registro de atención de casos de personas afectadas por lesiones intencionales	104
<b>V.</b>	Interinstitucionalidad	106
<b>VI.</b>	Monitoreo, asistencia técnica y evaluación	107
<b>VII.</b>	Indicadores	113
<b>VIII.</b>	Abreviaturas y siglas	116
<b>IX.</b>	Glosario	116
<b>X.</b>	Disposiciones finales	118
<b>XI.</b>	Vigencia	118
<b>XII.</b>	Referencias bibliográficas	119
<b>XIII.</b>	Anexos	122



Distrito de San Salvador y Capital de la República , 28 de octubre de 2025.

**Acuerdo n.º 2778**

**El Órgano Ejecutivo en el Ramo de Salud**

**Considerando:**

- I. Que los artículos 1 y 65 de la *Constitución* determinan que El Salvador reconocen a la persona humana como el origen y el fin de la actividad del Estado, en consecuencia es su obligación asegurar a los habitantes de la República el goce a la salud. El Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento.
- II. Que el artículo 42, numeral 2), del *Reglamento Interno del Órgano Ejecutivo* establece que compete al Ministerio de Salud: Dictar las normas y técnicas en materia de salud y ordenar las medidas y disposiciones que sean necesarias para resguardar la salud de la población.
- III. Que el literal a) del artículo 23 de la *Ley Especial Integral para una Vida Libre de Violencia para las Mujeres* establece que el Ministerio de Salud, garantiza las medidas específicas en el ámbito de los servicios de salud pública, para la prevención, detección temprana, atención e intervención en los casos de violencia contra las mujeres.
- IV. Que el inciso cuarto del artículo 26 de la *Ley de Igualdad, Equidad y Erradicación de la Discriminación en contra de las Mujeres*, define que el Ministerio de Salud garantizará la protección de los derechos a la salud integral, a la salud sexual y reproductiva, y la igualdad y equidad en el acceso y atención en los servicios correspondientes.
- V. Que el literal k) de la *Ley Crecer Juntos para la Protección Integral de la Primera Infancia, Niñez y Adolescencia* determina que corresponde al Estado a través del Sistema Nacional Integrado de Salud, establecer, implementar y supervisar el cumplimiento de normativa que regule la actuación del personal de salud frente a cualquier forma de violencia que afecte a embarazadas, niñas, niños o adolescentes, así como las acciones de la administración pública frente al incumplimiento de dicha normativa.
- VI. Que en virtud de las leyes citadas, es necesario establecer las disposiciones técnicas para la atención integral en salud de las personas afectadas por lesiones intencionales en los diferentes niveles de atención del Ministerio de Salud.

**Por tanto**, en uso de las facultades legales, **acuerda** emitir los siguientes:

**Protocolos para la atención integral en salud a personas afectadas por lesiones intencionales**

## I. Introducción

Las lesiones de causa externa se clasifican en Lesiones no intencionales llamados comúnmente accidentes y las lesiones intencionales conocidos también como violencia. Las lesiones de causa externa son una amenaza para la salud en todo el mundo representan el 9% de la mortalidad mundial: más de 5 millones de muertes cada año, las lesiones causadas por los accidentes de tránsito, homicidios, suicidios, ahogamientos, quemaduras, envenenamientos y caídas<sup>(1)</sup>.

El Ministerio de Salud a través de la Unidad de Atención Integral a Todas Formas de Violencia, con el propósito de establecer procedimientos generales para el abordaje integral de las personas afectadas por lesiones intencionales en las Redes Integrales e Integradas de Salud (RIIS) elabora los presentes Protocolos Técnicos para la Atención Integral en Salud a Personas Afectadas por Lesiones Intencionales, con la finalidad que el personal de salud detecte oportunamente signos y síntomas en las personas afectadas y realice el manejo adecuado para el restablecimiento de su salud, tanto física como psicosocial.

La *Norma de atención integral en salud de las personas afectadas por Lesiones Intencionales* establece las disposiciones técnicas para el abordaje integral en salud de las personas afectadas por lesiones intencionales en el curso de vida, incluyendo acciones de promoción de estilos de vida para una convivencia pacífica, prevención, detección, atención y rehabilitación integral.

El presente documento constituye una actualización de los *Lineamientos técnicos de atención integral a todas las formas de violencia*, oficializados en marzo de 2019. Este documento retoma los objetivos y líneas de acción del *Plan Cuscatlán*. Incluye el abordaje de las lesiones intencionales y la atención que acuerdo a la *Ley Especial Integral para una Vida Libre de Violencia para las mujeres* (LEIV) detallando los pasos a seguir en los diferentes niveles de atención, para el manejo de personas afectadas por la violencia en el curso de vida, incluye la promoción de estilos de vida libres de violencia en el nivel individual, familiar, laboral y comunitario, prevención, detección y atención de todas las formas de violencia, rehabilitación psicosocial, así mismo desarrolla pautas generales para la coordinación interinstitucional e intersectorial, con participación comunitaria activa, a fin de promover una atención integral; contribuyendo con ello al bienestar de la población salvadoreña.

## II. Objetivos

### General

Establecer las disposiciones para la atención integral en salud de las personas afectadas por lesiones intencionales en los diferentes niveles de atención del Ministerio de Salud.

### Específicos

1. Establecer las directrices para la ejecución de acciones de promoción de estilos de vida para la convivencia pacífica, prevención, detección, atención y recuperación de la salud de las personas afectadas por lesiones intencionales en el curso de vida.
2. Planificar las acciones de promoción de estilos de vida para la convivencia pacífica y prevención de las lesiones intencionales en el curso de vida.
3. Establecer mecanismos de coordinación, articulación intersectorial, participación social y comunitaria, a fin de promover el abordaje integral de lesiones intencionales.
4. Realizar el monitoreo, seguimiento, asistencia técnica, supervisión y evaluación de los sistemas de información, análisis de datos y vigilancia relacionada con la atención de las personas afectadas por lesiones de intencionales.

## III. Ámbito de aplicación

Están sujetos a la aplicación y cumplimiento de los presentes protocolos los trabajadores de salud de los diferentes niveles de atención del Ministerio de Salud y Fondo solidario para la Salud.

## IV. Desarrollo de los protocolos

### A. Protocolo para la promoción de estilos de vida para una convivencia pacífica

La Norma técnica de promoción de la salud establece que el personal de los diferentes niveles organizativos del Ministerio de Salud debe realizar acciones de promoción de la salud, para lo cual debe incluir acciones encaminadas a promover los estilos de vida para la convivencia pacífica, en todos los ámbitos individual, familiar, educativo, comunitario y laboral, dirigidas a la población en el curso de vida, sobre:

- a) Violencia sexual, física, psicológica, negligencia, abandono y otras modalidades.
- b) Violencia a través del uso de tecnologías de información y comunicación.
- c) Erradicación del trabajo infantil y sus peores formas.
- d) Delitos de explotación sexual en niñas, niños y adolescentes, mujeres, hombres y adultos mayores.
- e) Trata de personas.
- f) Lesiones intencionales y poblaciones de alta prevalencia.
- g) Desplazamiento forzado interno.

#### 1. Ámbitos para la promoción de los estilos de vida para la convivencia pacífica.

##### 1.1 Ámbito individual

El equipo multidisciplinario del Nivel Local debe promover los estilos de vida para la convivencia pacífica en el ámbito individual a través de las siguientes estrategias:

- a) Proyecto de vida

- ✓ Promover en las personas afectadas por lesiones intencionales la elaboración de un proyecto de vida, que incluya objetivos y metas a corto, mediano y largo plazo, a través de consejerías, sesiones educativas, entre otras.
  - ✓ Educar a las personas sobre la identificación de situaciones de violencia y reducción de riesgos, así como las medidas de protección individual.
  - ✓ Promover la cultura de denuncia y asesorar sobre los procedimientos y las instancias legales establecidas para la protección integral de las personas afectadas por lesiones intencionales.
- b) Autocuidado
- ✓ Desarrollar jornadas de autocuidado con personas en riesgo o afectadas por lesiones intencionales que incluya las siguientes áreas: biológica, psicológica, social y espiritual.
  - ✓ Promover factores protectores para estilos de vida saludables, incorporando a las personas según curso de vida, con énfasis en niñas, niños, adolescentes, mujeres y personas adultas mayores, en diferentes actividades recreativas, ejercicio físico, campamentos, caminatas, ferias de la salud, socio-culturales y socialmente útiles, en los diferentes grupos psicoeducativos, así como la higiene personal, seguridad alimentaria y nutricional.

## **1.2 Ámbito familiar**

El equipo multidisciplinario del Nivel Local debe desarrollar acciones encaminadas a potenciar los factores protectores a todo nivel, promover estilos de vida para la convivencia pacífica, el fortalecimiento de la comunicación familiar y la promoción de la disciplina positiva, a través de las siguientes acciones:

- a) Informar y educar sobre estilos de vida para la convivencia pacífica, al grupo familiar durante la visita domiciliar, según riesgos, daños y determinantes sociales de la salud.
- b) Implementar estrategias de prevención de la violencia en adolescentes para fortalecer la comunicación familiar.

## **1.3 Ámbito educativo**

El equipo multidisciplinario del Nivel Local debe promover los estilos de vida para la convivencia pacífica, dentro de la comunidad educativa, según lo establecido en la legislación vigente, desarrollado las siguientes acciones:

- a) Implementar la Estrategia de Familias Fuertes, con población de 10 a 14 años, con la participación de madres, padres o cuidadores.
- b) Desarrollar charlas y sesiones educativas en el centro escolar para la prevención de las lesiones intencionales que afecta a la comunidad educativa: violencia física, psicológica, sexual, trabajo infantil, violencia y acoso escolar, explotación sexual comercial de NNA, violencia en el noviazgo, entre otros.

## **1.4 Ámbito comunitario**

El personal de salud debe coordinar con los municipios, distritos y la sociedad civil para la promoción de los estilos de vida libres de violencia en el ámbito comunitario a través de las siguientes intervenciones:

- a) Facilitar los procesos de organización social y participación comunitaria para el fortalecimiento de organizaciones existentes, convirtiéndose en un enlace entre las familias, la comunidad y las organizaciones gubernamentales o no gubernamentales involucradas en el proceso.
- b) Incorporar dentro del diagnóstico de situación de salud del área de responsabilidad, la identificación de personas o grupos en riesgo de violencia y la ubicación de áreas de mayor ocurrencia de hechos violentos.

- c) Elaborar mapeo de actores sociales en la comunidad relacionado con este problema, para conformar o fortalecer la red interinstitucional local para el abordaje de la violencia.
- d) Promover la conformación de comités locales de mujeres, para la promoción y abogacía de una vida libre de violencia para las mujeres.
- e) Realizar actividades de educación continua a las organizaciones comunitarias e intersectoriales, sobre los diferentes tipos de violencia.
- f) Desarrollar actividades de comunicación social en salud para favorecer los estilos de vida libres de violencia y convivencia pacífica, tales como talleres educativos, seminarios, campañas, desfiles, foros, debates públicos y socio-dramas, a través de los comités organizados en la comunidad, medios de comunicación y difusión existentes en la localidad.
- g) Orientar a la población en relación a la violencia en el curso de vida: violencia física, psicológica, sexual; maltrato o violencia a niños, niñas y adolescentes (NNA), violencia relacionada con el trabajo infantil, NNA en contexto de calle, violencia juvenil, respeto y no discriminación a las personas adultas mayores, personas con discapacidad, población de alta prevalencia, violencia sexual, violencia institucional, explotación sexual comercial y trata de personas, así como negligencia.
- h) Incentivar la participación de padres, madres o cuidadores en actividades educativas para la prevención de abuso, acoso, explotación sexual y otras formas de violencia en la comunidad.
- i) Implementar procesos educativos con las personas con factores de riesgo asociados a violencia, en las diferentes etapas del curso de vida, incorporándolos en seminarios, jornadas, charlas, sesiones, talleres, a través de comités comunitarios, comités de salud, a fin de promover empoderamiento, desarrollo de habilidades para la vida.
- j) Planificar y realizar visitas de seguimiento, según daños y factores de riesgos de salud relacionados con lesiones intencionales, identificados.

### **1.5 Ámbito laboral**

Promover espacios y acciones encaminadas a la promoción de los estilos de vida para una convivencia pacífica dentro de los establecimientos de salud en todos sus niveles, así como en su área geográfica de intervención a demanda.

## **B. Protocolo para la prevención de lesiones intencionales**

### **1. Plan Local para la promoción de estilos de vida para una convivencia pacífica, prevención y atención de las lesiones intencionales**

Los establecimientos de salud deben realizar estrategias para la prevención de lesiones intencionales con la finalidad de reducir los factores de riesgo y reforzar los factores protectores para disminuir la probabilidad de ocurrencia de situaciones de lesiones intencionales, desarrollando las siguientes intervenciones:

- a) Elaborar, implementar y actualizar anualmente el plan local para la promoción de estilos de vida para una convivencia pacífica, prevención y atención de las lesiones intencionales en cada establecimiento, el cual debe incluir:
  - Estrategias educativas para la prevención de la violencia, basadas en evidencia, buenas prácticas y que fortalezcan los factores protectores y disminuyan los factores de riesgo de las personas en el curso de vida como: Familias Fuertes, grupos de autoayuda para adolescentes y mujeres víctimas de violencia, construyendo capacidades para la prevención de la violencia que afecta a jóvenes, promotores juveniles, entre otras establecidos para grupos vulnerables.
- b) Fortalecer las capacidades intersectoriales para la prevención de lesiones intencionales que afecta a jóvenes, desarrollo de actividades deportivas, ejecución de proyectos productivos en coordinación con otros sectores, entre otras.

- c) Evaluar el plan de prevención y atención de lesiones intencionales local cada semestre.
- d) Implementar procesos educativos con las personas con factores de riesgo asociados a lesiones intencionales, en el curso de vida, con énfasis en NNA, así como mujeres con y sin discapacidad.
- e) Implementar procesos educativos con NNA, padres, madres, familiares y cuidadores expuestos a factores de riesgo asociados a lesiones intencionales, a través de charlas, foros, sesiones, jornadas, actividades lúdicas, socio-recreativas, con el propósito de reducir la vulnerabilidad, potenciar factores de protección así como la adopción de alternativas de supervivencia y la práctica de estilos de vida saludable.
- f) El equipo multidisciplinario de los establecimientos de los diferentes niveles de atención incluirá la prevención de lesiones intencionales en sus diferentes formas, en los planes integrales de promoción de la salud y en los planes de educación continua dirigido al personal, con el objeto de fortalecer las capacidades para una mejor respuesta en la atención, modificar patrones culturales de riesgo y fomento del empoderamiento de la población.
- g) Desarrollar intervenciones en situación de emergencias y desastres con el fin de reducir la violencia en los espacios de resguardo (albergues) como actividades lúdicas, recreativas y educativas.
- h) Participar en comités locales de derechos de la niñez y de la adolescencia, en cumplimiento a la Ley Crecer Juntos.

## 2. Desarrollo de habilidades

Los establecimientos de los diferentes niveles de atención deben establecer procesos de formación o capacitación continua en el personal de salud que atiende a personas afectadas por lesiones intencionales, para generar conocimientos, habilidades y destrezas para la detección, prevención y abordaje de las lesiones intencionales, incluyendo:

- a) Primeros auxilios psicológicos.
- b) Intervención en crisis.
- c) Escucha activa.
- d) Derivación segura.
- e) Marco jurídico y normativo institucional relacionado con la atención de personas afectadas por lesiones intencionales.
- f) Plan de seguridad o escape para víctimas de violencia.
- g) Proyecto de vida.
- h) Proceso de consejería, entre otros.

## C. Protocolo para el abordaje integral en salud a las personas afectadas por lesiones intencionales

### 1. Identificación de personas afectadas por lesiones intencionales

El personal de los establecimientos del MINSAL debe identificar a personas afectadas por lesiones intencionales, en los diferentes procesos como:

#### 1.1. Identificación en el triage

En los establecimientos de salud de todos los niveles de atención, el personal encargado del triage, al identificar personas con sospecha de afectación por diferentes formas de lesiones intencionales, debe clasificar como **Prioridad I, Intervención inmediata 0 a 10 minutos (Tarjeta roja)**, según lo establecido en la normativa vigente.

## 1.2. Identificación en la comunidad

### 1.2.1. Atención extramural

El personal multidisciplinario durante la atención extramural preventiva o curativa, al identificar a una persona con sospecha de violencia, debe realizar la detección a través de signos y síntomas de alarma, consignar en expediente clínico electrónico o soporte papel y referir al establecimiento de salud para completar la atención integral en salud.

- a) **Actividades del promotor:** El promotor de salud en el desarrollo de sus actividades en la comunidad, al sospechar que una persona se encuentra afectada por violencia, debe realizar la detección a través de signos y síntomas de alarma, reportar a la jefatura inmediata y remitir al establecimiento de salud, según normativa, vigente.
- b) **Durante la visita domiciliar:** El personal multidisciplinario, debe referir oportunamente al establecimiento de salud para la atención integral a las personas en situación de lesiones intencionales detectadas a nivel comunitario, según la normativa vigente.

## 2. Detección de personas afectadas por lesiones intencionales

El personal de salud que sospeche que una persona enfrenta una situación de violencia debe actuar consecuentemente. La valoración y detección durante la atención de una situación de violencia, se basa en la observación de signos, síntomas y la entrevista con el paciente, para ello es indispensable hablar con la persona a solas, para lograr confianza y potenciar su autonomía, mostrando empatía, procurando la escucha activa; garantizando la confidencialidad y privacidad. Para tal fin deberá aplicar los formularios estandarizados para el tamizaje, en el caso de menores de 5 años y personas con discapacidad se deben desarrollar metodologías lúdicas, observación de conductas, signos de alarma durante la atención, identificar factores de riesgo y vulnerabilidad social, que predisponen a ser víctima de lesiones intencionales.

La *Política Nacional para el acceso de las mujeres a una vida libre de violencia, establece que la detección implica todas las intervenciones que tengan como fin la identificación y localización de los factores que originan los hechos de violencia contra las mujeres, adolescentes, niñas y niños, personas adultas mayores tanto en el ámbito público como privado, estableciendo modelos de detección de acuerdo a los tipos y modalidades de violencia.*

### 2.1. Tamizaje para la detección de lesiones intencionales por curso de vida

El personal de salud debe realizar tamizajes en pacientes ambulatorios u hospitalizados con sospechas de violencia, atendiendo a lo establecido en los *Lineamiento técnico para el cumplimiento del secreto profesional.*

La detección puede realizarse en las áreas de atención de los establecimientos del Primer Nivel de Atención y en hospitales, tanto en la consulta externa como en hospitalización, para este fin, se debe realizar una entrevista utilizando los formularios de tamizaje estandarizados para la detección de lesiones intencionales según la normativa vigente, iniciando con el Formulario General de Tamizaje de Violencia, cuando una respuesta sea positiva a cualquiera de las preguntas, indica que la persona está siendo afectada por alguna forma de violencia, por lo cual se debe continuar explorando con el formulario estandarizado de tamizaje específico.

Los profesionales de la salud deben aplicar los formularios de tamizaje estandarizados para la detección de violencia según la normativa vigente en los casos de embarazadas al 100% de las atendidas en el establecimiento en la inscripción y durante los controles prenatales y puerperio ante la sospecha o detección de signos y síntomas descritos en el Cuadro 3. Signos y síntomas de lesiones intencionales en mujeres

En personas con sospecha de enfrentar cualquier forma de violencia, personas con evidencia de lesiones autoinfligidas, ideación suicida o intento suicida.

El personal de salud que atiende directamente a las personas debe prestar especial cuidado en los casos de niñas, niños y adolescentes acompañados por personas que no tengan algún parentesco y demuestren temor o silencio y en embarazadas acompañadas por su pareja donde se observe falta de autonomía durante la atención.

La aplicación del tamizaje debe ser realizada por el siguiente personal de salud capacitado

1. Medicina
2. Enfermería.
3. Trabajo Social.
4. Psicología.
5. Materno infantil.

Cuando los trabajadores de salud identifiquen signos o síntomas que una persona ha sido afectada o se encuentra en situación de violencia, deberá referirla a consulta médica, para entrevista y llenado del formulario de tamizaje general, garantizando la confidencialidad.

Los profesionales de psicología y psiquiatría deben aplicar métodos y técnicas lúdicas para realizar detección de lesiones intencionales en niñas, niños, especialmente en población menor de 5 años con y sin discapacidad.

**Tabla 1. Formulario general de tamizaje de violencia**

Preguntas		Si	No
1	¿Tiene miedo a su pareja, novio(a), algún extraño o alguien de su familia, cuidador/a, amigo/a, vecino/a u otro miembro de su comunidad?		
2	¿Su pareja, novio(a), algún miembro de su familia, cuidador/a, maestro/a, compañero/a, amigo/a, vecino/a u otro miembro de la comunidad, le ha amenazado, gritado, humillado, le ha dicho o hecho cosas que no le gustan y que le han hecho sentir mal?		
3	¿Su pareja, alguien de su familia, cuidador/a, maestro/a, compañero/a, amigo/a le ha lastimado físicamente con golpes, arañones, halones de pelo u oreja, empujones u otros?		
4	¿Alguna vez le han castigado dejándole sin comer, quitado los permisos para realizar actividades recreativas, le han dejado encerrado/a, amarrado/a o impedido asistir a controles médicos?		
5	¿Alguna vez alguien de su familia u otra persona le ha tocado alguna parte de su cuerpo que le ha hecho sentirse mal o le ha forzado a tener relaciones sexuales?		
6	¿Le prohíben movilizarse libremente a cualquier lugar y hora que usted desee y recibe amenazas? (Si la persona responde afirmativamente aplicar Test específico de Trata de Personas).		
7	¿Alguna vez ha deseado morir, ha pensado en quitarse la vida o intentado dañar su cuerpo usted mismo?		

**Fuente:** Anexo 3 de la Norma técnica para la atención integral en salud de personas afectadas por lesiones intencionales.

### **3. Atención integral y humanizada de las personas afectadas por lesiones intencionales**

Para desarrollar los procesos de atención a las personas afectadas por lesiones intencionales, el personal de salud debe considerar los siguientes aspectos:

- a) Respetar principios éticos, para garantizar su honor y dignidad, la confidencialidad y seguridad personal, evitando la discriminación, revictimización de las personas afectadas y todo tipo de barreras (culturales, religiosas, políticas, entre otras).
- b) Debe tenerse presente que los diferentes tipos y modalidades de expresión de la violencia, pueden presentarse en forma única o combinada.
- c) Incluir acciones para la detección, diagnóstico, tratamiento oportuno y reparación para evitar las posibles complicaciones y promover el restablecimiento de la salud.
- d) Identificar a la persona afectada, registrando la atención en el expediente clínico electrónico o soporte papel según lo establecido en el artículo 13. De la Creación del Expediente Clínico y en el artículo 14. De las responsabilidades del personal de archivo.
- e) Completar el formulario estandarizado para tamizaje de violencia en formato papel, cumpliendo con lo establecido en el artículo 7 literal d) Disponibilidad de los formularios del expediente clínico en soporte papel que aún no se encuentren digitalizados durante el proceso de implementación del sistema del expediente clínico electrónico; Completar el módulo de causa externa.
- f) La atención debe ser provista a través de la participación de un equipo multidisciplinario: personal médico, enfermería, psicología, trabajador social, entre otros; en la medida de lo posible, por personal del mismo sexo de la persona afectada, a fin de garantizar la equidad y la continuidad en el tratamiento.
- g) La entrevista a las personas afectadas por violencia debe realizarse en un área adecuada para garantizar la confidencialidad, privacidad y comodidad de la persona.
- h) Orientar a la persona afectada sobre los procedimientos legales a seguir, para lo cual debe proveerse información de las diferentes leyes, sus derechos y las entidades legales establecidas para realizar la denuncia respectiva u otros servicios de protección.
- i) El abordaje emocional de las personas afectadas, sus familiares y cuidadores que lo ameriten, será brindado por recurso capacitado, tomando en cuenta la ficha de recomendaciones "qué hacer y qué no hacer" durante los primeros auxilios psicológicos (Anexo 1); fortaleciendo además su autoestima, derechos, valores y el autocuidado.
- j) La intervención en crisis incluye el desarrollo de las sesiones correspondientes por personal especializado (Anexo 2).
- k) Toda persona afectada por violencia, en quien se detecte conducta suicida, debe ser referida a un hospital para su ingreso, garantizando su traslado y brindándole medidas de protección.
- l) Toda persona atendida con signos y síntomas relacionados con la violencia, debe ser diagnosticada de acuerdo con la clasificación de CIE-10 (Cuadro 7. Registro de casos de personas afectadas por lesiones intencionales), y anotada en el formulario de registro diario de consulta ambulatoria y atenciones preventivas, registrando el ámbito de ocurrencia y la condición si lo amerita.

#### **3.1. Consentimiento Informado**

El personal de salud responsable de la atención debe gestionar el debido llenado de el consentimiento informado a toda persona afectada por lesiones intencionales, con el fin de informar al paciente, al responsable, cuidador o representante legal, de manera adecuada y comprensible de los derechos que le asisten y el proceso que seguirá el tratamiento y que implica un riesgo de sufrir un daño en su organismo en la atención en los servicios de salud, así mismo, entiendan a la perfección los aspectos relacionados con

los servicios y las opciones disponibles que tiene la NNA y sus familias o cuidadores/as; el modo en que se recopila y se utiliza la información, la confidencialidad y sus límites, entre otros.

En el caso de NNA, el consentimiento informado (Anexo 3), debe gestionarse en función de la edad y la etapa de desarrollo y en función de la presencia o ausencia de padre, madre, cuidadores/as dispuestos a apoyar a estos. En tal sentido el personal responsable de la atención deberá aplicar la normativa vigente para tal fin.

### **3.2. Historia clínica**

El personal médico de los diferentes niveles, que atiende a personas afectadas por lesiones intencionales debe tomar datos para la historia clínica completa y detallada, mediante entrevista con la persona afectada, responsable o representante legal en el caso de NNA con o sin discapacidad, utilizando hojas de formularios de tamizaje estandarizados de violencia, atención de niñas y niños menores de cinco años, historia clínica de adolescentes, hoja filtro para la atención de embarazo, historia clínica para personas adultas mayores, el llenado correcto de los módulos de Lesiones de Causa Externa y Violencia del Sistema Integrado de Salud (SIS). Ante la sospecha que el acompañante o responsable de la persona afectada sea el victimario, el personal debe atenderle en un espacio separado, asegurando la privacidad, confidencialidad y la autonomía.

### **3.3. Examen físico**

El personal de salud calificado debe realizar examen físico completo para identificar traumatismos o condiciones que requieren atención médica, así mismo, debe documentar en el expediente clínico electrónico o soporte papel la evidencia de violencia, tomando en cuenta los siguientes aspectos:

- a) Siempre debe ser realizado en presencia de personal de enfermería u otro profesional,
- b) En el caso de las NNA el examen físico debe realizarse con su asentimiento, previa explicación del procedimiento a realizar, de manera amable, clara, cuidadosa, sin utilizar la fuerza y tomándose el tiempo necesario para que la NNA se sienta cómodo.
- c) Según la capacidad instalada del establecimiento, el personal de salud que realice el examen físico debe ser del mismo sexo de la persona afectada.

### **3.4. Exámenes de laboratorio y gabinete**

El personal de salud que brinde atención a toda persona afectada por lesiones intencionales, debe indicar y registrar en el expediente clínico electrónico o soporte papel, dependiendo de los hallazgos encontrados y criterio clínico, los siguientes exámenes (según la categorización del establecimiento):

- a) Pruebas de coagulación para poder hacer el diagnóstico diferencial con otros problemas (en caso de equimosis no explicadas).
- b) Hemograma, heces y orina.
- c) Serología para sífilis.
- d) Prueba de VIH.
- e) Antígeno de superficie para hepatitis B.
- f) Directo y cultivo de secreciones vaginales o rectales tomados a ciegas con dos hisopos para: gonorrea, tricomonas y vaginosis bacteriana. (Ver Protocolo de atención a personas afectadas por violencia sexual)
- g) Prueba de embarazo, de preferencia gonadotropina coriónica humana factor beta (BHCG cualitativa en sangre).
- h) Radiografías especialmente cráneo, huesos largos y tórax, en sospecha de maltrato crónico.
- i) Debe individualizar caso por caso los exámenes necesarios para completar su estudio, y así poder indicar alguno de los siguientes exámenes de gabinete:
  - ✓ Ultrasonografía abdominal si se sospecha trauma cerrado de abdomen.

- ✓ Tomografía axial computarizada o resonancia magnética, según el caso.
- ✓ Otros.

De no contar con la capacidad instalada para realizar los exámenes se debe referir al establecimiento de mayor complejidad para cumplir lo indicado.

### **3.5. Atención clínica**

El personal multidisciplinario de salud debe priorizar la atención integral de las personas afectadas por lesiones intencionales cumpliendo las siguientes actividades:

#### **3.5.1 Consulta médica**

- a) Tomar datos para la historia clínica mediante entrevista con el paciente utilizando hojas de: tamizaje de violencia, atención de niñas y niños menores de cinco años, historia clínica de adolescentes, hoja filtro para la atención de embarazo, hoja de lesiones de causa externa y la historia clínica para personas adultas mayores.
- b) Realizar una historia clínica completa, examen físico por sistemas correctamente orientado a sospecha de lesiones intencionales, establecer un diagnóstico, tratamiento oportuno y rehabilitación integral para evitar complicaciones de acuerdo a la normativa institucional vigente.
- c) Si la lesión fuese por agresión sexual que comprometa la vida de la persona, se debe realizar el examen físico completo incluyendo el área genital, caso contrario se limitará a la observación de genitales externos, describiendo y registrando hallazgos en expediente clínico electrónico o soporte papel.
- d) Indicar y registrar en el expediente clínico electrónico o soporte papel exámenes de laboratorio y de gabinete (cuando sean requeridos).
- e) Realizar procedimientos según diagnóstico.
- f) Prescribir medicamentos según diagnóstico clínico.
- g) Aplicación de vacunas según los *Lineamientos técnicos para la prevención y control de enfermedades inmunoprevenibles*, vigente.
- h) En caso de agresión sexual debe iniciar profilaxis para ITS/VIH en las primeras 2 horas hasta 72 horas y anticonceptivos de emergencia a la mayor brevedad y hasta los 5 días posterior a la agresión sexual, según normativa vigente.

**3.5.2.** Entrevista con madres, padres, cuidadores, responsables o representantes legales, en los casos que sea necesario.

**3.5.3.** Soporte emocional detectando el nivel de riesgo e intervención en crisis (en caso de ser requerido).

**3.5.4.** Referencia, interconsulta y retorno para atención especializada a un establecimiento de salud de mayor complejidad.

**3.5.5.** Derivar a instancias de protección legal según el caso (Fiscalía General de la República, Juzgados de Familia, Juzgados de Paz, Juzgados de Niñez o Juntas de Protección de la Niñez y de la Adolescencia, Policía Nacional Civil o Centros de atención especializada para las mujeres), para realizar la denuncia respectiva.

**3.5.6.** Orientación sobre entidades legales establecidas y organismos no gubernamentales, donde acudir para solicitar apoyo y protección.

**3.5.7.** Promover la integración de las mujeres afectadas por violencia a los grupos de autoayuda existentes en los establecimientos de salud u otros espacios municipales.

### 3.6 Atención psicológica

Toda persona afectada por lesiones intencionales debe ser atendida por profesionales de psicología de los diferentes niveles de atención, deben realizar las siguientes acciones según sea el caso:

- a) **Intervención en crisis según la condición de la persona.** Los profesionales de psicología deben desarrollar procesos terapéuticos breves que vayan más allá de la restauración del afrontamiento inmediato, encaminados a la resolución de la crisis de manera que el incidente respectivo se integre a la vida cotidiana en la persona afectada por lesiones intencionales y ayude a afrontar el futuro. Esta intervención se brinda de acuerdo al momento en el que se encuentre la persona luego de la emergencia, la intervención en crisis puede darse en primera y en segunda instancia; las diferencias entre una y otra consisten en el tiempo que se requiere, quién la está brindando, en dónde, el procedimiento y las metas propuestas en el momento de la intervención; la intervención en primera instancia consiste en dar los primeros auxilios psicológicos y restablecer el enfrentamiento inmediato ante la crisis que se está viviendo y la intervención en segunda instancia consiste en brindar a las personas que lo requieren un proceso psicoterapéutico dirigido a ayudar a expresar, identificar y divulgar pensamientos, sentimientos e imágenes de los sucesos traumáticos.
- b) **Primeros auxilios psicológicos.** El profesional de psicología debe proporcionar apoyo a la persona afectada por lesiones intencionales, promoviendo un espacio donde la persona se sienta escuchada y comprendida, posibilitando la expresión de sentimientos y la ventilación de emociones negativas como el miedo, la tristeza, la angustia o el enfado, así mismo reducir la mortalidad, entendiendo que el evento estresor puede generar situaciones violentas como agresiones a otras personas o a sí mismo. También ser el nexo de unión con recursos de ayuda, proporcionándole a la persona víctima de violencia información necesaria y orientación sobre qué hacer y cómo hacerlo. La meta de los primeros auxilios psicológicos es que la persona salga del shock y active sus recursos para recuperar su capacidad de afrontamiento. Los primeros auxilios psicológicos también pueden ser proporcionados por personal multidisciplinario de salud, capacitado para tal fin.
- c) **Realizar referencia a la atención psiquiátrica.** El personal multidisciplinario de salud debe derivar a la persona afectada por violencia, según sea su condición, para atención especializada con profesionales de psiquiatría, para abordar enfermedades mentales como trastornos, abuso de sustancias, conductas de riesgo y otros problemas sociales o de salud mental, ya que corren un mayor riesgo de sufrir diferentes síntomas como: sentimientos de culpa y vergüenza, ira, ansiedad, miedo, pesadillas, pensamientos o intentos suicidas, entumecimiento, abuso de sustancias, disfunción sexual, síntomas somáticos médicamente inexplicables y problemas sociales.
- d) **Terapia de apoyo.** El profesional de salud mental debe realizar terapia de apoyo encaminada a la atenuación de ansiedades y el aumento de las defensas con el fin de mejorar el funcionamiento individual o retornar al funcionamiento previo al evento, evitando el desentrenamiento en habilidades adquiridas, fomentando la autonomía y el contacto con la realidad, permitiendo que la persona afectada logre mejoras y cambios positivos en aspectos relacionados con su comportamiento, su salud psíquica y física, su adaptación al entorno o su identidad psicológica.
- e) **Terapia familiar.** El profesional de salud mental debe realizar terapia familiar para restablecer el equilibrio de la familia cuando surgen conflictos, tensiones o problemas de comunicación. También resulta muy útil cuando uno de sus miembros tiene problemas que afectan a la convivencia común.  
Los familiares y cuidadores deben ser incorporados en el proceso de atención de las personas afectadas por violencia, pues son una fuente importante de apoyo. Sin embargo, algunos cuidadores o familiares pueden no ser solidarios, no pueden

conservar información confidencial, o pueden ser agresores, por lo que no deben ser incluidos.

- f) **Psicoterapia individual.** El profesional de salud mental debe proporcionar acompañamiento psicológico a las personas afectadas por violencia que requieran apoyo para enfrentar el trauma y pasar de ser víctima a ser sobreviviente, así mismo, favorecer el involucramiento de figuras de protección de sus entornos familiares o comunitarios y que puedan apoyar el proceso de acompañamiento psicológico de estas personas.

### **3.7. Atención en situación de emergencia y desastres**

El personal multidisciplinario de los diferentes niveles de atención debe desarrollar actividades prioritarias que se implementan en el inicio de una emergencia, estas deben estar encaminadas a prevenir la violencia sexual y proporcionar atención adecuada a las víctimas.

También debe cumplir con lo establecido en el literal b del Art. - 22 de la Norma técnica de gestión de riesgo en salud ante emergencias y desastres: "Riesgos asociados a situaciones de violencia".

### **3.8. Consejería**

El personal multidisciplinario capacitado de los diferentes niveles de atención debe proporcionar consejería a todas las personas afectadas y a su responsable (cuando aplique), cumpliendo con los criterios establecidos, según el tipo de violencia y de acuerdo a la normativa vigente.

La consejería en violencia, es un espacio que da oportunidad al personal de salud de proporcionar ayuda psicológica, facilita los procesos a través de la identificación de opciones, así como ayudar a descubrir las capacidades y fortalezas propias de la persona que busca ayuda y la manera de utilizarlas en la situación que la afecta. El acompañamiento que se brinda es integral, incluyendo la promoción de la cultura de denuncia, la búsqueda de asesoría jurídica, construcción del plan de seguridad o escape, también la derivación hacia otros sistemas de atención para los casos que así lo requieran.

La consejería ha de adaptarse a la demanda de cada persona, la cual puede manifestar necesidades similares a otras, pero cada una de ellas, suele requerir diferentes formas de apoyo. Una vez que se identifican los elementos de mayor vulnerabilidad en cada caso, la consejería debe ser enfocada a ese punto.

Además, la persona afectada obtiene información, comprensión incondicional y orientaciones acerca de sus posibilidades y desarrollo de capacidades.

**La Consejería es una estrategia de atención que no debe mezclarse con otras intervenciones de carácter educativo**

### **3.9. Rehabilitación integral en salud**

El personal de salud debe orientar a la familia para que proporcione apoyo emocional a la persona afectada por lesión intencional; integrar a la persona a grupos de autoayuda, grupos de apoyo, clubes y otros programas socio-recreativos; dar seguimiento al desarrollo y cumplimiento de proyectos de vida y habilidades de la persona afectada. Así mismo, realizar acciones coordinadas intersectorialmente e interinstitucionalmente, para

la restitución de los derechos, recuperación y reintegración de las víctimas a su vida familiar y social.

### **3.10. Referencia, retorno e interconsulta (RRI)**

La gestión de la RRI debe cumplirse de acuerdo a lo establecido en los *Lineamientos técnicos para el cumplimiento de la referencia, retorno e interconsulta*, vigentes.

#### **3.10.1. Referencia**

El personal de salud de los diferentes niveles de atención, debe referir a las personas afectadas por lesiones intencionales a los establecimientos de salud de mayor complejidad, considerando lo siguiente:

- a) Personas con lesiones intencionales que comprometan la vida.
- b) Cuando el caso sobrepasa la capacidad instalada del establecimiento.
- c) NNA en el Primer Nivel de Atención, debe referirse para ingreso a hospital de la red.
- d) Personas afectadas por violencia sexual.
- e) Personas con discapacidad en el curso de vida afectadas por lesiones intencionales.

#### **3.10.2. Retorno**

El personal de salud de los diferentes niveles de atención, debe asegurar que las personas afectadas por lesiones intencionales retornen al nivel correspondiente, considerando las indicaciones del personal médico o de psicología, en los diferentes niveles de atención. Así mismo, la persona debe ser retornada para seguimiento y coordinación con las instituciones que provean atención complementaria.

#### **3.10.3. Interconsulta**

El personal de los diferentes niveles de atención, debe tramitar oportunamente la interconsulta para el abordaje integral de las personas afectadas por lesiones intencionales en el curso de vida.

### **3.11. Aviso a las instancias legales**

#### **a) Notificación obligatoria**

- ✓ Deben considerarse los aspectos legales, que respaldan el aviso en caso de violencia (Anexo 4)
- ✓ La persona asignada para notificar el aviso a las instancias legales y de protección debe hacerlo en de las ocho horas siguientes a la atención.
- ✓ El personal multidisciplinario de los diferentes niveles de atención, que durante la atención en salud evidencia o sospecha que la persona que consulta es afectada por cualquier forma de lesiones intencionales, debe informar a la dirección del establecimiento de salud, sobre el caso, para que se realicen los trámites correspondientes, según lo establecido en los *Lineamientos técnicos para el cumplimiento del secreto profesional en el Sistema Nacional Integrado de Salud*, vigentes.
- ✓ Para seguridad del personal de salud, los casos de violencia deben ser abordados con suma privacidad y confidencialidad, entre el personal que detecta y la jefatura del establecimiento al momento de la detección.
- ✓ El personal de salud que atiende un caso de persona afectada por lesiones intencionales debe informar a la dirección del establecimiento de salud, o la persona delegada para tal fin, para que realice la notificación de inmediato, en primera instancia a la Fiscalía General de la República (FGR) y en su defecto a la Policía Nacional Civil (PNC). En el caso de NNA se debe dar aviso a las Juntas de Protección de la Niñez y de la Adolescencia
- ✓ En el caso del Primer Nivel de Atención la notificación a través del aviso debe ser realizada por la dirección del establecimiento o en su defecto la persona delegada para tal fin. En horario FOSALUD, el jefe de turno debe realizar la notificación a las

- instancias correspondientes. En el Segundo y Tercer Nivel de Atención la notificación debe ser realizada por la dirección hospitalaria o la persona delegada dentro del Comité de prevención y atención de las lesiones intencionales. El nivel hospitalario deberá verificar que el aviso a FGR y a la junta de protección correspondiente en caso de NNA haya sido realizado por el establecimiento que refiere.
- ✓ En caso de peligro de la integridad física del personal o los pacientes se solicitará de inmediato asistencia a la PNC, para la protección (valorar cada caso). Lo cual deberá ser registrado en el expediente clínico electrónico o soporte papel del paciente e informe ejecutivo dirigido a la dirección del establecimiento.

#### **b) Aviso a la Junta de Protección de la Niñez y de la Adolescencia**

El personal de salud del MINSAL y FOSALUD debe realizar el aviso a la junta de protección según lo establece artículo 27 de la Ley Crecer Juntos, en el modelo de aviso de vulneración de derechos individuales a niñas, niños y adolescentes (NNA) y embarazadas menores de 18 años, establecido por el CONAPINA (Anexo 5). También debe dar aviso ante la FGR, cuando la conducta pudiera constituir un delito.

### **3.12. Seguimiento**

El personal multidisciplinario de los establecimientos de los diferentes niveles de atención debe dar seguimiento a las personas afectadas por lesiones intencionales, para verificar la adherencia al tratamiento de ITS/VIH y cierre de ciclo de pruebas de VIH en caso de violencia sexual, toma de exámenes de laboratorio, atención del embarazo, cumplimiento de atención médica general, especializada y psicológica subsecuente y otros tratamientos indicados de acuerdo al caso.

## **C.1. Protocolos para la atención integral de las lesiones intencionales en niñas, niños y adolescentes**

### **1. Generalidades**

Abarca todas las formas de malos tratos físicos, emocional, abuso sexual, descuido, negligencia y abandono, explotación sexual comercial o trata de personas, que originen un daño real o potencial para la salud de la NNA, su desarrollo y dignidad en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder.

Entre los tipos de violencia que afectan a NNA, ejercida por los padres, madres, cuidadores, entre pares y otras personas, se encuentran:

1. Maltrato físico: incluye actos infligidos que causan un daño físico evidente o tienen el potencial de provocarlo.
2. Maltrato emocional: actos que incluyen la restricción de los movimientos del menor, denigración, ridiculización, amenazas e intimidación, discriminación, rechazo y otras formas no físicas de tratamiento hostil.
3. Descuido o negligencia: cuando padres o cuidadores no toman medidas para promover el desarrollo de la niña, niño o adolescente en una o varias de las siguientes áreas: salud, educación, desarrollo emocional, nutrición, amparo y condiciones de vida seguras.
4. Violencia sexual: incluye actos en que una persona utiliza a un NNA para su gratificación sexual.

Los anteriores tipos de maltrato pueden presentarse en NNA tanto de forma individual o combinada. Otras condiciones que predisponen a la violencia en NNA son: situación de trabajo infantil, en situación o conexión de calle y en explotación sexual comercial (ESCNA), trata de personas y violencia escolar (bullying).

## 1.1 Condiciones que aumentan la vulnerabilidad de NNA al maltrato infantil

Las principales condiciones que aumentan la vulnerabilidad de NNA para presentar maltrato son:

- a) Edad menor de tres años y especialmente menor de un año.
- b) Prematurez.
- c) Presencia de anomalías congénitas.
- d) Presencia de discapacidad física o mental.
- e) Hiperactividad.
- f) Vivir en orfanatos, casa hogares o en hogares sustitutos.
- g) Ser hijo(a) no deseado o no planeado.
- h) Antecedentes de maltrato.
- i) Ser hijo(a) de madre soltera o padre soltero
- j) Vivir en un hogar:
  - ✓ Con violencia intrafamiliar.
  - ✓ Con desintegración (en proceso de divorcio, divorcio, separación de padres, emigración).
  - ✓ Hacinamiento.
  - ✓ Familias integradas o compuesta.
  - ✓ Vivir con otros familiares o cuidadores.
- k) Tener padres o madres:
  - ✓ Con abuso de sustancias incluyendo el alcohol o sustancias psicoactivas.
  - ✓ Con antecedentes de maltrato anterior, incluyendo abuso sexual.
  - ✓ Adolescentes.
  - ✓ Privados de libertad o en conflicto con la ley.
  - ✓ Familia con niveles elevados de estrés (por desempleo, aumento de carga financiera, enfermedad, pobreza extrema y otras).
  - ✓ Presencia en la familia de madrastra o padrastro.

## 2. Signos y síntomas

**Cuadro 1. Signos y síntomas de lesiones intencionales en niños, niñas y adolescentes**

Niñas y niños entre 0 y 3 años	
Signos emocionales, psicológicos y sociales	Signos físicos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Más llantos, gimoteos o gritos de lo normal.</li> <li>• Se aferran a las personas cuidadoras o los siguen de manera poco habitual.</li> <li>• Comportamientos regresivos.</li> <li>• Cambios en los hábitos alimenticios o de sueño no relacionados con el desarrollo típico.</li> <li>• Resulta difícil tranquilizarlos.</li> <li>• Comunican el dolor emocional en forma de dolor físico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les cuesta conciliar el sueño.</li> <li>• Marcas o magulladuras nuevas o sin explicación, especialmente en la zona genital.</li> <li>• Dolor, decoloración, llagas, cortes, hemorragia o secreción en los genitales, el ano o la boca.</li> <li>• Infecciones de transmisión sexual</li> </ul>
Niñas y niños entre 3 y 5 años	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Todo lo anterior y:</li> <li>• Se niegan a irse de lugares "seguros" o tienen miedo de ir a lugares concretos.</li> <li>• Muestran conocimiento o interés por actos sexuales inapropiados para su edad o comportamientos sexualizados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Todo lo anterior y:</li> <li>• Defecación incontrolada, mojan la cama (cuando ya habían dejado de hacerlo)</li> </ul>
Otros	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pueden insinuar problemas con comentarios "como no me gusta" en lugar de revelaciones directas.</li> <li>• Pueden reproducir el comportamiento sexual al que han sido expuestos durante el abuso.</li> </ul>	

<b>Niñas y niños de 6 a 9 años</b>	
<b>Signos emocionales, psicológicos y sociales</b>	<b>Signos físicos</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reacciones similares en niños y niñas de 3 a 5 años.</li> <li>• Miedo a determinadas personas, lugares, actividades o de ser atacado.</li> <li>• Comportamientos regresivos.</li> <li>• Se niegan de repente a ir a la escuela.</li> <li>• Se tocan las partes íntimas, más de lo que suele ser habitual o en situaciones inapropiadas.</li> <li>• Evitan a la familia y a las amistades o, en general, se aíslan.</li> <li>• Se niegan a comer o quieren comer todo el tiempo.</li> <li>• Muestran miedo, tristeza o son más propensos a tener comportamientos agresivos e ira.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Marcas o magulladuras nuevas o sin explicación, especialmente en la zona genital.</li> <li>• Aumento o pérdida de peso.</li> <li>• Dolor, decoloración, llagas, cortes, hemorragia o secreción en los genitales, el ano o la boca.</li> <li>• Defecación incontrolada, mojan la cama.</li> <li>• Infecciones de transmisión sexual (flujo vaginal, condiloma)</li> <li>• Infecciones de vías urinarias a repetición</li> <li>• Embarazo en el caso de niñas que han empezado a ovular.</li> </ul>
<b>Otros</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actos sexuales explícitos, planeados o agresivos o fantasías sexuales manifestadas.</li> <li>• Se introducen objetos en la vagina o el ano, ponen la boca en las partes íntimas del cuerpo de otras personas y fingen que los juguetes tienen relaciones sexuales (en raras ocasiones, esto puede ocurrir en niños y niñas que no han sufrido abusos sexuales).</li> <li>• Posibles problemas de concentración, lo que supone un menor rendimiento escolar.</li> </ul>	
<b>Niñas, niños y adolescentes de 10 a 14 años</b>	
<b>Signos emocionales, psicológicos y sociales</b>	<b>Signos físicos</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depresión (por ejemplo, sentirse triste, falta de energía, no querer hacer cosas que normalmente disfrutan, síntomas físicos inexplicables, dormir mal);</li> <li>• Ideas de suicidio o autolesión;</li> <li>• Recuerdos vívidos y repentinos de los abusos;</li> <li>• Comportamiento evasivo, retraimiento;</li> <li>• Ira, confrontación, desobediencia o falta de respeto a la autoridad;</li> <li>• Consumo de drogas o alcohol;</li> <li>• Problemas en la escuela;</li> <li>• Trastornos alimentarios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificultad para conciliar el sueño; aumento o pérdida de peso</li> <li>• Dolor, decoloración, llagas, cortes, hemorragia o secreción en los genitales, el ano o la boca;</li> <li>• Infecciones de transmisión sexual (flujo vaginal, condiloma)</li> <li>• Infecciones de vías urinarias a repetición</li> <li>• Se pueden observar fistulas</li> <li>• Embarazos no deseados, entre otros.</li> </ul>
<b>Otros</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pueden participar en juegos que incluyan aspectos sexuales</li> <li>• Sí hablan de abusos, es más probable que lo hagan si se trata de abusos sin contacto, abusos cometidos por un extraño o si perciben que los progenitores son comprensivos.</li> </ul>	
<b>Adolescentes de 15 a 18 años</b>	
<b>Signos emocionales, psicológicos y sociales</b>	<b>Signos físicos</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depresión (por ejemplo, sentirse triste, falta de energía, no querer hacer cosas que normalmente disfrutan, síntomas físicos inexplicables, dormir mal).</li> <li>• Ideas de suicidio o autolesión.</li> <li>• Comportamiento autolesivo.</li> <li>• Recuerdos vívidos y repentinos de los abusos.</li> <li>• Comportamiento evasivo, retraimiento;</li> <li>• Consumo de drogas o alcohol.</li> <li>• Ira, desobediencia o falta de respeto a la autoridad.</li> <li>• Problemas en la escuela o evitar ir.</li> <li>• Trastornos alimentarios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les cuesta conciliar el sueño.</li> <li>• Aumento o pérdida de peso.</li> <li>• Dolor, decoloración, llagas, cortes, hemorragia o secreción en los genitales, el ano o la boca.</li> <li>• Infecciones de transmisión sexual (flujo vaginal, condiloma)</li> <li>• Infecciones de vías urinarias a repetición</li> <li>• Se pueden observar fistulas</li> <li>• Embarazos no deseados, entre otros.</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si hablan de abusos, es más probable que lo hagan con personas de su edad que con adultos.</li> <li>• Acoso u hostigamiento</li> </ul>	
Otros	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baja autoestima o percepción negativa de sí mismos, confusión respecto de su identidad, dificultades a la hora de expresar y controlar las emociones.</li> <li>• Se sienten distantes o aislados de otras personas.</li> <li>• Problemas para desarrollar o mantener un sentimiento de autonomía frente a los demás.</li> <li>• Las concepciones culturales acerca de la sexualidad masculina pueden repercutir en la capacidad de los adolescentes para reconocer la experiencia como abuso y puede preocuparles que la gente piense que son homosexuales a causa del abuso.</li> <li>• Sentimiento de culpa, sobre todo en el caso de las adolescentes, así como prácticas motivadas por la necesidad de "recuperar el honor" (por ejemplo, el matrimonio forzado precoz, castigos violentos, crímenes de horror).</li> <li>• Uniones tempranas y forzadas.</li> </ul>	

Fuente: "Caring for Child Survivors of Sexual Abuse Guidelines", segunda edición, Nueva York, 2023.

**Tabla 2. Formato estandarizado para el tamizaje para detectar violencia en niñas y niños de 5 a 9 años**

Tamizaje para detectar violencia en niñas y niños de 5 a 9 años		Si	No
1	¿Siente miedo a algún extraño o alguien de su familia, cuidador/a, amigo/a, vecino/a u otro miembro de su comunidad?		
2	¿Alguien de su familia, cuidador/a, maestro/a, compañero/a, amigo/a, vecino/a u otro miembro de la comunidad, le ha amenazado, gritado, humillado, le ha dicho o hecho cosas que no le gustan y que le han hecho sentir mal?		
3	¿Alguien de su familia, cuidador/a, maestro/a, compañero/a, amigo/a le ha lastimado físicamente con golpes, arañones, halones de pelo u oreja, empujones?		
4	¿Alguna vez le han castigado dejándole sin comer, quitado los permisos para jugar, le han dejado encerrado/a, amarrado/a?		
5	¿Alguna vez ha tenido que suspender actividades recreativas (juegos, deportes, otros) o de estudio por estar obligado a trabajar?		
6	¿Alguna vez alguien de su familia u otra persona le ha tocado la vulva, pene, ano o los pechos o le ha pedido que lo haga usted?		
7	¿Ha sido usted forzada / forzado a tener relaciones sexuales, anales, orales, introducción de objetos en vagina, boca o ano?		
8	¿Alguna vez ha deseado morirse, pensado o intentado dañar su cuerpo usted mismo?		

Fuente: Anexo 4 de la Norma técnica para la atención integral en salud de personas afectadas por lesiones intencionales.

**Tabla 3. Formato estandarizado para el tamizaje para detectar violencia en adolescentes**

Tamizaje para detectar violencia en adolescentes		Si	No
1	¿Siente miedo a algún extraño o alguien de su familia, cuidador/a, amigo/a, vecino/a u otro miembro de su comunidad?		
2	¿Alguien de su familia, cuidador/a, maestro/a, compañero/a, amigo/a, vecino/a u otro miembro de la comunidad, le ha amenazado, gritado, humillado, le ha dicho o hecho cosas que no le gustan y que le han hecho sentir mal mediante mensajes, redes sociales, teléfono, actividades grupales?		
3	¿Algún miembro de su familia, cuidador/a, maestro/a, compañero/a, amigo/a le ha lastimado físicamente con golpes, arañones, alones de pelo, empujones?		
4	¿Alguna vez ha tenido que suspender actividades recreativas o de estudio por estar obligado a trabajar?		
5	¿Le han presionado o amenazado para pertenecer a un grupo de jóvenes que usted no desea?		
6	¿Alguna vez, su pareja, novio o compañero le ha insultado verbalmente, amenazado de muerte o le ha golpeado?		
7	¿Está (o ha estado alguna vez) en una relación de noviazgo o pareja en la cual se ha sentido maltratada(o) u obligado a tener relaciones sexo coitales, anales, orales, introducción de objetos en vagina, boca o ano y sin protección anticonceptiva?		
8	¿Alguna vez alguien de su familia, maestro / maestra u otra persona le ha tocado la vulva, pene, ano o los pechos o le ha pedido que lo haga?		
9	¿Alguna persona le ha pedido tener sexo a cambio de algo? (Obtener o conservar un trabajo, por préstamo de dinero, proporcionar alimentos, ropa, viajes, estudios, joyas).		
10	¿Alguna vez se ha sentido solo, desilusionado(a), sin forma de resolver alguna situación en su vida, angustiado(a), sin ganas de vivir?		
11	¿Alguna vez ha deseado morirse, pensado o intentado dañar su cuerpo usted mismo?		

**Fuente:** Anexo 6 de la Norma técnica para la atención integral en salud de personas afectadas por lesiones intencionales.

### C.1.1. Protocolo para el abordaje de NNA afectados por maltrato o abuso físico

#### 1. Generalidades

El personal de salud debe realizar el abordaje en caso de niña, niño o adolescente que presenta afectación emocional, lesiones físicas, historia de abuso sexual, lesiones por abuso sexual, privaciones como producto de acciones infligidas por la madre, padre u otras personas a cargo, que causan un daño físico o tienen el potencial de provocarlo.

#### 2. Diagnóstico

El personal de salud debe sospechar maltrato o abuso físico infantil en los casos siguientes:

- Las lesiones de la NNA no pueden explicarse por la historia que proporciona el paciente, sus familiares o acompañante.
- La historia es vaga o con muy pocos detalles.
- La versión de la historia dada por la persona encargada del cuidado del NNA cambia repetidamente o existe conflicto entre las historias brindadas por diferentes miembros de la familia.

- d) No se ofrece ninguna historia que explique el evento, por ejemplo: "No sé qué fue lo que pasó, su pierna se quebró de repente".
- e) La historia es inconsistente con el estadio de desarrollo del niño(a), por ejemplo: un niño(a) de cuatro meses que le dio vuelta a agua que estaba caliente y se quemó.
- f) Se observan lesiones localizadas en diferentes lugares del cuerpo y que a menudo se encuentran en diferentes grados de evolución.
- g) Puede existir la presencia de marcas con patrones regulares, que con frecuencia asemejan a la forma del objeto utilizado para producir la lesión, por ejemplo: manos, dientes, hebilla de un cincho, cable eléctrico, entre otros.

En los casos anteriores, cuando la NNA sea detectado por el personal de promotores de salud, o por algún profesional de salud, debe ser referido de forma inmediata a la unidad de salud correspondiente; en horarios nocturnos, fines de semana o vacación y si el establecimiento no cuenta con atención las 24 horas referir al hospital.

En establecimientos del Primer Nivel de Atención la NNA debe ser atendido por personal médico capacitado en los presentes protocolos y referido al hospital según amerite el caso para completar tratamiento.

En el nivel hospitalario el NNA debe ser atendido de preferencia por pediatra, cirujano pediatra o cirujano general capacitado, según tipo y complejidad de la lesión. Así mismo, en el caso de NNA con discapacidades intelectuales, auditivas y de lenguaje, el personal de salud debe auxiliarse de los profesionales de psicología y realizar actividades lúdicas para complementar la historia clínica.

### **3. Historia clínica**

Ante la presencia de estas lesiones, el personal de salud debe recabar una historia clínica completa, para tratar de establecer si ésta puede explicar la presencia de las lesiones y la gravedad de las mismas y para lo cual debe realizar lo siguiente:

- a) Crear un ambiente de confianza y de empatía con la NNA. Si es factible debe auxiliarse de personal de trabajo social, psicología o personal de salud capacitado.
- b) Recabar la historia clínica de la NNA, si es capaz de hablar, separado de los padres, garantizando el interés superior del niño y su privacidad.
- c) No presionar al NNA para que responda las preguntas que no quiere responder. Debe entenderse que, para él o ella, ésta es una situación difícil, y debe aclarársele que no tiene la culpa de la violencia.
- d) Comenzar la entrevista con preguntas generales. Pedirle a la NNA que explique qué fue lo que pasó, y si no queda claro pídale que le aclare o amplíe con detalles.
- e) Utilizar preguntas abiertas no sugerentes y de acuerdo a la edad de la NNA, por ejemplo: "¿Por qué lo traen? ¿Qué le pasó? No hacer preguntas como: "¿Verdad que le pego su...?" (papá, mamá, tío, abuela, entre otros).
- f) Determinar si alguien más ha interrogado a la NNA previamente.
- g) Si es factible, obtener información pertinente de otras personas como familiares, vecinos o amigos, antes de entrevistar al paciente y a sus padres.
- h) En la historia clínica se debe describir las lesiones, diagnosticar y atender oportunamente.

En la entrevista con la NNA, el personal de salud debe preguntar respecto a:

- a) Datos relacionados con la lesión deben ser orientados al tipo, localización y severidad de la misma.
- b) ¿Dónde?, ¿cómo ocurrió la lesión? y ¿qué estaba haciendo?.
- c) ¿Cuándo? Intentar establecer el día de la semana, periodo del día: mañana, tarde o noche, y el lugar en que se dio el maltrato.
- d) Relación o parentesco que tiene con la persona que ha causado la lesión.

- e) Secuencia de eventos que ocurrieron en el maltrato o abuso físico.
- f) Personas presentes durante el episodio violento.
- g) Tiempo transcurrido para buscar ayuda médica.
- h) Comunicación de la agresión por parte de la NNA a alguna persona.
- i) Medicamentos que la NNA toma por alguna patología en particular.

De igual manera el personal de salud debe obtener los datos de la historia del padre, madre, cuidador, responsable o representante legal por separado tomando en cuenta los siguientes aspectos:

- a) Explicar en forma cordial, la razón de la necesidad de la entrevista.
- b) Realizar la entrevista en un ambiente privado y de confianza.
- c) Evitar realizar juicio de valor hasta que se conozcan todos los hechos. (no intentar probar el abuso o recabar pruebas)
- d) Informar sobre la obligación legal de reportar el caso a la FGR y a la Junta de Protección de Niñez y Adolescencia.
- e) No mostrar enojo, horror o desaprobación respecto a los cuidadores o a la situación.
- f) No culpar a nadie.
- g) Indagar con respecto al episodio particular del abuso, al igual que lo hizo con la NNA.
- h) Establecer los antecedentes personales de la NNA, investigando discapacidad, antecedentes patológicos (como síndrome convulsivo, autismo, púrpuras, coagulopatías, entre otras) y uso de medicamentos que pudieran explicar algunas de las lesiones.
- i) En caso que la historia del padre, madre, cuidador, responsable o representante legal sea divergente, ésta debe quedar consignada en expediente clínico electrónico o soporte papel y notificar a la entidad legal correspondiente.

#### **4. Examen físico**

El examen físico debe realizarse de forma completa, en presencia de enfermera u otro profesional de salud, para poder evidenciar todas las posibles lesiones; además, explicarle a la NNA que es necesario el examen físico de forma completa y tener el consentimiento informado y asentimiento para poder realizarlo.

También documentar en el expediente del NNA los siguientes aspectos:

- a) Apariencia general del NNA, incluyendo el estado de su ropa.
- b) Verificar peso y talla de acuerdo a la edad.
- c) Características y localización de las lesiones en la piel si tienen un patrón de marcas definido o no, el tamaño, coloración y localización.
- d) Buscar y verificar la presencia de edemas, equimosis, hematomas, deformaciones o cicatrices recientes o antiguas en cualquier área de su cuerpo.
- e) Identificar la presencia de sensibilidad o dolor en alguna estructura ósea o en alguna extremidad.
- f) Revisar si hay lesiones oculares.
- g) No olvidar examinar cavidad bucal.
- h) Observar el área genital y perianal en búsqueda de traumas y descartar abuso sexual.
- i) Presencia de cicatrices de quemaduras con cigarrillo, sobre todo en palma de las manos y planta de pies, espalda o glúteos, quemaduras por inmersión sin salpicaduras en guante o calcetín, en glúteos o genitales o en forma de dona, quemaduras que semejan el objeto utilizado para producirla, como plancha o parrilla, orejas en coliflor y lesiones en lugares no usuales.
- j) Laceraciones o abrasiones de quemaduras por cuerdas sobre todo en tobillo, muñecas, cuello o tronco; laceraciones en el paladar, carrillos, encías, labios, ojos, oídos y genitales.
- k) Fracturas de cráneo, costillas y en metáfisis de huesos largos, golpes en la pared abdominal, sospecha de lesiones en órganos internos, como: hematomas del

- duodeno o yeyuno, perforación intestinal, ruptura de hígado o vesícula, bazo, riñón, vejiga y páncreas.
- l) Lesiones del sistema nervioso central como: hematomas subdurales, hemorragia retiniana, hemorragia subaracnoidea, infarto cerebral secundario a edema cerebral.
  - m) Lesiones provocadas por etnoprácticas: succión de la fontanela, manejo del "mal de ojo", sacudidas violentas, entre otras.

## **5. Exámenes de laboratorio y gabinete**

El personal médico debe indicar y registrar en el expediente clínico electrónico o soporte papel, a todo NNA afectado por maltrato físico los siguientes exámenes (según hallazgos y criterio clínico):

- a) Radiografías especialmente de cráneo, huesos largos y tórax, en sospecha de maltrato crónico.
- b) Pruebas de coagulación para poder hacer el diagnóstico diferencial con otros problemas (en caso de equimosis no explicadas).
- c) Hemograma, heces y orina.
- d) Debe individualizar cada caso para indicar los exámenes necesarios para completar su estudio, y así poder indicar alguno de los siguientes exámenes de gabinete:
  - ✓ Ultrasonografía abdominal si se sospecha trauma cerrado de abdomen.
  - ✓ Tomografía axial computarizada o resonancia magnética, según el caso.

## **6. Tratamiento**

El personal de salud para el manejo de la NNA víctima de abuso o maltrato físico, debe enfocarse en los aspectos siguientes:

- a) El interés superior de la NNA y prioridad absoluta.
- b) Valorar las necesidades médicas y psicológicas inmediatas de la NNA.
- c) Obtener una historia clínica social de la NNA y de los miembros de la familia.
- d) Determinar el grado de riesgo para la NNA
- e) Evaluación y manejo psicológico.
- f) Atención psicológica de seguimiento.

El personal de salud, para el tratamiento de las NNA que sufren maltrato físico, debe realizar las siguientes acciones:

- a) Atender en forma oportuna e inmediata las lesiones que comprometan la vida de la NNA, según el cuadro clínico del mismo.
- b) Cuando la NNA reciba atención en la comunidad, por el personal de salud y requiera hospitalización por el tipo de lesiones o riesgo social, se debe referir al nivel correspondiente, conforme al funcionamiento en RIIS.
- c) Se debe mantener a la NNA ingresado en el hospital, hasta lograr la mejoría de las lesiones y tener la resolución de las autoridades competentes.

## **7. Atención psicológica**

Las NNA afectados por violencia física, tienen graves problemas psicológicos y en ocasiones psiquiátricos que requerirán de terapia individual, grupal o familiar o de medicamentos para poder tratarlos oportunamente. El personal de psicología tratante debe establecer el manejo terapéutico a seguir, así como la referencia con psiquiatría.

## **8. Consejería**

Brindar consejería a la madre, padre o cuidador de la niña, niño afectado por maltrato o abuso físico y al adolescente, registrando en el expediente clínico electrónico o soporte papel, según factores de riesgo identificado o necesidades individuales, reforzando los siguientes aspectos:

- a) Que es el abuso maltrato o abuso físico y ámbitos de ocurrencia.

- b) Consecuencia del maltrato o abuso físico en el desarrollo del NNA
- c) Los principales signos de alarma ante los cuales deben estar atentos.
- d) Destacar que su principal preocupación es el bienestar del NNA.
- e) Patrones de crianza libre de malos tratos.
- f) Leyes nacionales que protegen a los NNA.
- g) Brindar información de las Instituciones legales que participan en el abordaje de NNA que enfrentan violencia.
- h) La importancia de continuar el tratamiento farmacológico (si es necesario) y de psicoterapia.
- i) Informar al padre, madre o cuidador sobre la importancia de hacer la denuncia ante la instancia legal correspondiente, para la protección de acuerdo a las leyes existentes.

## **9. Referencia, retorno e interconsulta**

- a) El médico tratante debe realizar interconsulta en forma urgente con personal de psicología u otras especialidades para la evaluación del NNA, e iniciar el tratamiento adecuado de los problemas psicológicos y otros que tenga como secuelas del maltrato, para evaluar la referencia con psiquiatra, si lo considera necesario.
- b) El médico tratante debe referir a otras especialidades para el tratamiento y rehabilitación de secuelas.
- c) Realizar la referencia o retorno de la NNA, al primer nivel de atención para el seguimiento, según los *Lineamientos técnicos para la referencia ,retorno e interconsulta vigentes*, vigente:
  - c. 1. El personal de salud de cada establecimiento emisor de referencias, será responsable de la captación de los retornos y del seguimiento de pacientes priorizados.
  - c. 2. Para garantizar la continuidad de la atención se deberá informar al personal receptor sobre procedimientos realizados, indicaciones y recomendaciones brindadas al paciente.
- d) Para el retorno, el personal de salud de los establecimiento de salud debe informar el plan de seguimiento al equipo multidisciplinario para realizar el cumplimiento de este.
- e) Coordinar acciones con otras instituciones locales que pueden complementar la atención psicológica y consejería en salud en diversas modalidades de atención, acompañamiento jurídico, proyectos productivos, grupos de autoayuda, ayuda humanitaria, entre otras.

## **10. Aviso**

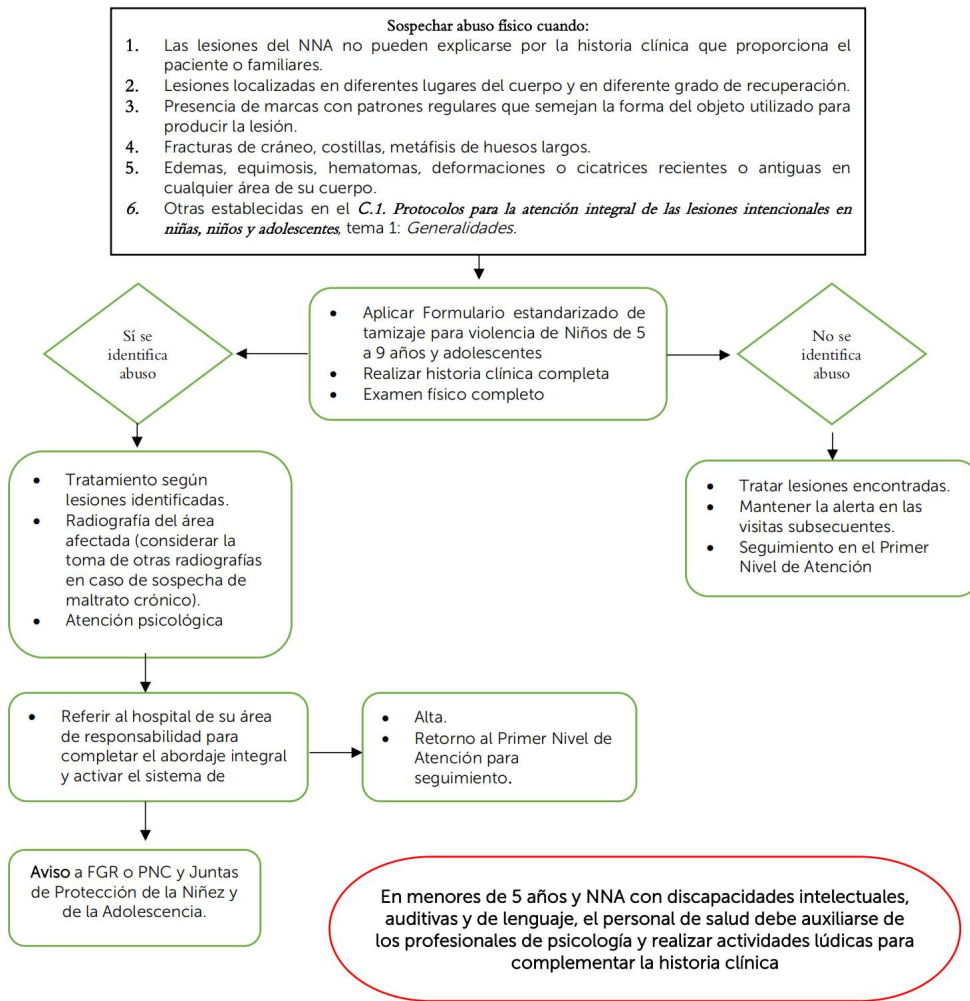
El personal de salud del MINSAL y FOSALUD debe realizar el aviso a la junta de protección utilizando el modelo de aviso de vulneración de derechos individuales a niñas, niños y adolescentes (NNA) y embarazadas menores de 18 años, establecido por el CONAPINA (Anexo 5). También debe dar aviso ante la FGR y en su defecto a la PNC, vía telefónica, registrando datos de la persona que recibe el aviso, fecha y hora.

## **11. Seguimiento**

El personal multidisciplinario de salud debe:

- a) Coordinar la visita domiciliar y evaluación del ambiente familiar de la NNA, según lo establecido en la normativa, vigente.
- b) Realizar exámenes de laboratorio de control, cumplimiento de atención médica general, especializada y psicológica subsecuente y otros tratamientos indicados de acuerdo al caso.

## Vía clínica 1. Atención de NNA afectados por maltrato o abuso físico



Fuente. Ministerio de Salud El Salvador, 2025.

### C.1.2. Protocolo para el abordaje de NNA afectados por maltrato o abuso psicológico

#### 1. Generalidades

Es un patrón repetitivo de interacciones perjudiciales por parte del padre, madre, responsable del cuidado o entre niñas, niños y adolescentes, que se expresa a través de ataques sobre el desarrollo de la personalidad y de la competencia social de las niñas, niños y adolescentes mediante una conducta psicológicamente destructiva que se manifiesta en acciones como rechazar, aislar, humillar, infundir miedo o terror, ignorar y corromper. Ley Crecer Juntos

Los tipos del abuso psicológico son:

- a) Privación: denegar el valor de la niñez y adolescencia, la legitimidad de sus necesidades o negar muestras de afecto.
- b) Aislamiento: negar las experiencias sociales propias de la niñez y adolescencia, y tener una pobre relación familiar, crear el sentimiento en la niñez que están solos en el mundo, algunos padres, madres o cuidadores pueden encerrar a la NNA en su dormitorio, armario, o en otros lugares lejos de la interacción con la familia y la comunidad.

- c) Atemorizar: expresiones verbales o amenazas a la NNA o a la persona u objetos que más ama, haciendo sentir inseguridad, creando un clima de miedo y convenciendo a la NNA de que el mundo es hostil y caprichoso. Las armas de fuego, objetos corto punzantes, obtusos y otros pueden ser utilizadas para atemorizarlo.
- d) Ignorar la necesidad de atención psicológica, negándole estimulación, interacción emocional y la protección necesaria.
- e) Corromper: estimulación destructiva, antisocial o explotación sexual de la NNA, reforzamiento de comportamientos violentos.
- f) Agresión verbal: llamarlos con sobrenombres, comportamiento sarcástico que refuerza una imagen negativa de sí mismo en la NNA; gritarle para criticarlo o castigar; humillar públicamente.
- g) Sobre presionar: expectativas extremadamente altas del comportamiento del NNA de acuerdo a su edad; criticar el comportamiento apropiado a su desarrollo y que es normal para su edad, haciendo creer que es inapropiado al compararlo con otras personas, lo cual resulta en una imagen negativa de sí mismos y en un comportamiento inadecuado.

## 2. Diagnóstico

El personal de salud debe sospechar de maltrato emocional (incluye sospecha de bullying), en un NNA que presente las siguientes condiciones:

**Tabla 4 . Condiciones para sospecha de maltrato emocional en NNA**

Condición	Manifestaciones	
Ansiedad	Retraso en su desarrollo, conductas regresivas	Trastornos del apetito, como anorexia, bulimia u otros
Depresión	Bajo rendimiento escolar	Desadaptación social.
Agitación	Abuso de alcohol o drogas	Conductas agresivas
Temor	Deserción escolar	Fuga del hogar
Aislamiento	Limitada participación social	Mutismo selectivo

Fuente: Ministerio de Salud, 2025.

En los casos en que se sospeche maltrato psicológico, el personal de salud debe:

- a) Realizar descripción u observación del comportamiento del niño.
- b) Observar la relación entre los padres, madres o cuidadores del NNA para detectar cualquier forma de maltrato psicológico.
- c) En ocasiones se requiere más de una observación para confirmar la sospecha diagnóstica, por lo cual, se debe realizar interconsulta con psicología, para la evaluación del estado emocional de la NNA y tratar de confirmar el maltrato.
- d) Dejar cita con trabajo social en el caso de hospitales y referir al Primer Nivel de Atención para el seguimiento del caso.

## 3. Historia clínica

El personal de salud que atiende a la NNA afectado por maltrato o abuso psicológico debe realizar el interrogatorio en un lugar reservado y estará fundamentado en preguntas abiertas, para obtener detalles sobre lesiones, incidentes, historia clínica de la NNA e información sobre familiares o acompañantes. No emitir opiniones ni manifestar rechazo, desaprobación o acusaciones en torno a lo revelado durante la elaboración de la anamnesis.

Es necesario que el personal de salud responsable de realizar la historia clínica contraste la coherencia del testimonio ofrecido por el padre, madre o cuidador, con los hallazgos del

examen físico y los estudios complementarios. Cuando sean observadas inconsistencias en la historia clínica o se sospeche de lesiones en tejidos blandos, será considerada la probabilidad de estar frente a un caso de maltrato o abuso.

Algunos hallazgos en la historia clínica de una NNA maltratado psicológicamente son:

- a) Baja autoestima.
- b) Estado de pánico y/o ansiedad.
- c) Problemas de aprendizaje.
- d) Comportamiento agresivo, hiperactivo, destructivo y autodestructivo.
- e) Trastornos del sueño.
- f) Tendencias suicidas.

#### **4. Examen físico**

El examen físico debe realizarse de forma completa, en presencia de enfermera u otro profesional de salud, para poder evidenciar todas las posibles lesiones; además, explicarle a las NNA que es necesario el examen físico de forma completa y tener el consentimiento informado y asentimiento para poder realizarlo.

#### **5. Exámenes de laboratorio**

El personal médico debe indicar y registrar en el expediente clínico electrónico o soporte papel, exámenes de laboratorio y de gabinete a las NNA afectados por maltrato o abuso psicológico, tomando en cuenta los hallazgos obtenidos en la historia clínica y el examen físico completo.

#### **6. Tratamiento**

La principal prioridad del tratamiento de un NNA afectado por maltrato o abuso psicológico es garantizar la seguridad y la protección. El tratamiento permanente se centra en prevenir el maltrato futuro y reducir las consecuencias psicológicas y físicas a largo plazo del maltrato.

El personal médico debe establecer un plan el tratamiento, tomando como base los hallazgos obtenidos en la historia clínica y el examen físico completo, valorando las necesidades médicas, psicológicas, protección y determinar el grado de riesgo para la NNA.

#### **7. Atención psicológica**

El psicólogo o psiquiatra debe determinar la atención a seguir considerando los aspectos siguientes:

- a) En los casos de maltrato, el manejo se debe orientar a terapia de familia y a incrementar las habilidades de los padres, madres o educadores para el desarrollo integral de sus hijos/hijas; se debe dar terapia de soporte al NNA.
- b) Recomendar terapia psicológica, individual, familiar y terapia interpersonal.
- c) Recomendar monitorear el comportamiento de la familia a fin de verificar el cambio de conductas hostiles, en las próximas citas.

#### **8. Consejería**

Brindar consejería a la madre, padre o cuidador y registrar en el expediente clínico electrónico o soporte papel, según factores de riesgo identificado o necesidades individuales, reforzando los siguientes aspectos:

- a) Que es el maltrato, formas y ámbitos de ocurrencia.
- b) Consecuencia del maltrato en el desarrollo del NNA
- c) Enfatizar que el maltrato emocional es dañino para la salud mental de todos los miembros de la familia.

- d) Recomendar que el maltrato psicológico debe detenerse tan pronto se identifique, por las consecuencias a corto, mediano y largo plazo, así como sus implicaciones legales.
- e) Destacar que su principal preocupación es el bienestar del NNA.
- f) Patrones de crianza libre de malos tratos.
- g) Leyes nacionales que protegen a los NNA.
- h) Brindar información de las Instituciones legales que participan en el abordaje de NNA que enfrentan violencia.

### **9. Referencia, retorno e interconsulta**

- a) El personal de salud debe referir para el tratamiento al NNA, sus padres, madres o cuidadores, con el psicólogo o psiquiatra, según el caso. Debe realizar el retorno de la NNA al Primer Nivel de Atención para el seguimiento.
- b) Los establecimientos de salud que no cuenten con, psicólogo o psiquiatra, para la atención especializada, deberán referir al nivel correspondiente.
- c) Se debe coordinar con otras instituciones: CONAPINA y ONG, para el abordaje integral de la NNA y de su padre, madre o cuidador.
- d) Para el retorno las unidades de salud deben dar seguimiento. El personal de salud, por su seguridad, debe abordar estos casos con suma prudencia, discrecionalidad y privacidad.

### **10. Aviso**

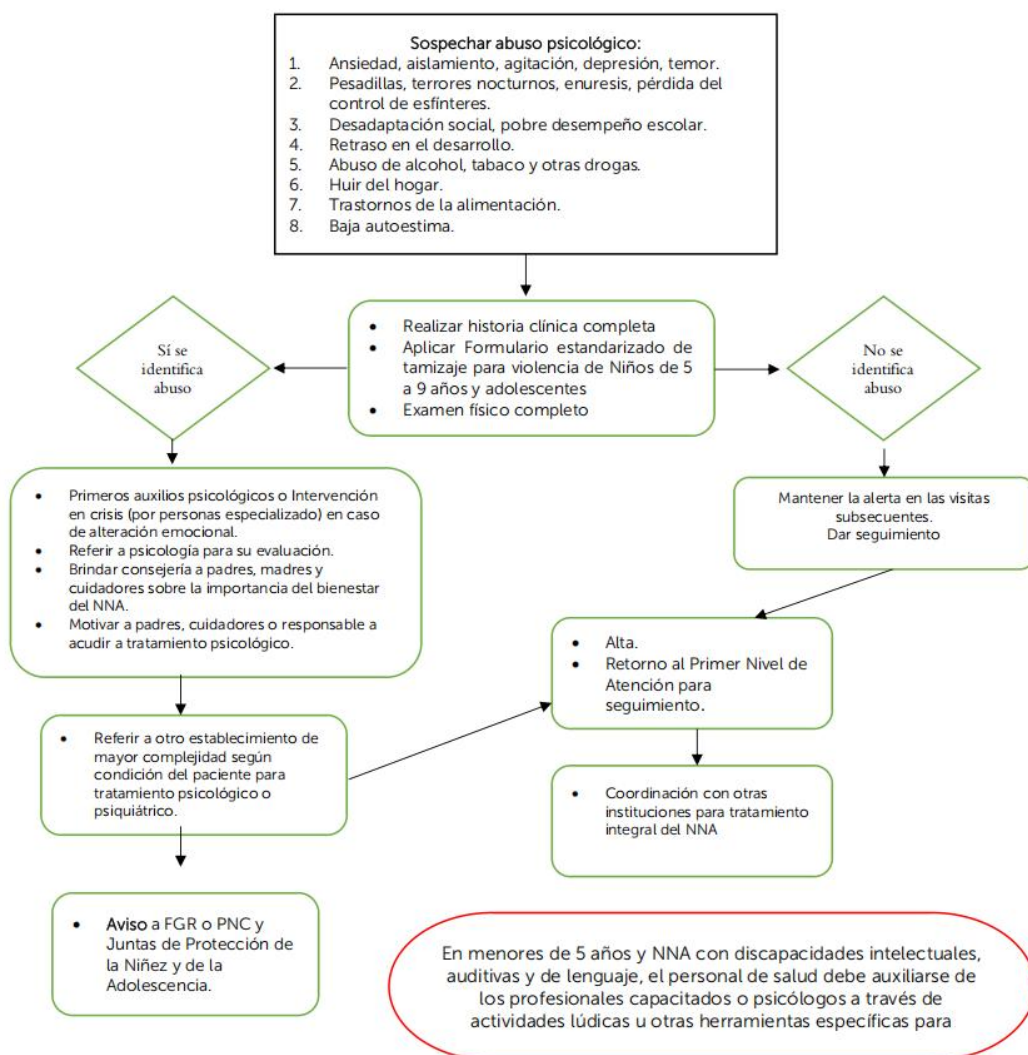
- a) Ante la sospecha o identificación de una NNA con afectación psicológica, el personal de salud debe dar aviso del caso a la Junta de Protección departamental de la NNA y FGR para el peritaje.
- b) El psicólogo o psiquiatra debe reportar los casos de maltrato emocional a la autoridad del establecimiento de salud, para la notificación a las Juntas de protección departamental de niñez y adolescencia, utilizando el formato establecido (Anexo 5)
- c) En la unidad de salud la dirección o coordinación o en su defecto el personal de salud asignado, debe hacer el aviso a la instancia legal correspondiente.
- d) En el hospital, la dirección debe establecer, quien será el personal responsable de la notificación a instancias legales, en horarios nocturnos, fines de semana, días festivos o vacaciones y hacer del conocimiento a todo el personal.
- e) El personal de salud que notifica, debe registrar en el expediente clínico electrónico o soporte papel, la fecha, hora y nombre de la persona que recibe el aviso en la entidad legal correspondiente.
- f) En caso de peligro de la integridad física del personal o los pacientes se debe solicitar de inmediato asistencia a la PNC, para la protección (valorar cada caso) y registrar esta acción en el expediente clínico electrónico o soporte papel del paciente.

### **11. Seguimiento**

El personal multidisciplinario de salud debe:

- a) Coordinar la visita domiciliar y evaluación del ambiente familiar de la NNA, según lo establecido en la normativa, vigente.
- b) Realizar exámenes de laboratorio de control, cumplimiento de atención médica general, especializada y psicológica subsecuente y otros tratamientos indicados de acuerdo al caso.

## Vía clínica 2. Atención de NNA afectados por abuso psicológico



Fuente. .Ministerio de Salud El Salvador, 2025.

### C.1.3. Protocolo para el abordaje de NNA afectados por abuso sexual

#### 1. Generalidades

El abuso sexual infantil está mediado por una relación desigual de poder, que implica a una niña, niño o adolescente como víctima y a una persona adulta o coetánea como agresora. Se trata de un problema social, de salud y de violación de los derechos de la NNA. Afecta, especialmente, el derecho a decidir sobre su cuerpo y sexualidad; el derecho a que sea respetada la privacidad e intimidad y el derecho a vivir libre de violencia.

El abuso sexual infantil es evidenciado por esta actividad entre un adulto y una NNA o por otro niño cuya edad o desarrollo lo hace ser responsable de la relación de poder o de confianza, esta actividad intenta gratificar las necesidades de otra persona. Éste incluye, aunque no está limitada a:

- a) Exhibir los genitales delante de niñas, niños o adolescentes con el fin de excitarse sexualmente.
- b) Observar a niñas, niños o adolescentes cuando están vistiéndose, desvistiendo o cuando están en el baño.
- c) Tocar, besar y acariciar con fines sexuales a niñas, niños o adolescentes.
- d) Realizar insinuaciones verbales con contenido sexual reiterado.
- e) Forzarles a ver imágenes o películas pornográficas.
- f) Inducir, coaccionar u obligar a niñas, niños o adolescentes a la realización de prácticas sexuales.
- g) Utilizar a niñas, niños o adolescentes en la comercialización o explotación sexual, prostitución infantil o pornografía.
- h) Violación sexual.

#### 1.1 Medidas generales

La NNA en quien se sospeche sufre de abuso sexual, debe ser atendido por personal debidamente capacitado en la aplicación de los presentes protocolos. De igual manera ser atendido por el equipo multidisciplinario capacitado para la atención de niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente (personal de enfermería, psicología, trabajo social y personal médico).

En la atención a NNA violentados sexualmente, el personal de salud debe considerar los siguientes aspectos:

- a) Brindar la atención con calidad, respetando la confidencialidad y los derechos de la NNA.
- b) Dar valor a las declaraciones de la NNA, y no ponerlas en duda.
- c) En caso de unidades de salud, debe referir a los pacientes a la red hospitalaria para su ingreso y tratamiento adecuado.
- d) Ingresar a la NNA independientemente de la gravedad de las lesiones y explorar el riesgo que pueda tener en el ambiente familiar y comunitario.
- e) Atender toda lesión que ponga en peligro la vida de la NNA, aun en ausencia del forense.
- f) Indicar interconsulta con psicología, quién debe aplicar el tratamiento apropiado, según su evaluación o la referencia con psiquiatra si es necesario.
- g) Los NNA deben ser atendidos por el equipo multidisciplinario capacitado en estos protocolos, establecer el nivel de riesgo del ambiente familiar, así como las fuentes de apoyo para el mismo.
- h) Informar a los familiares respecto a la condición de la NNA.
- i) Informar a la niña, niño (si su edad lo permite) o adolescente violentado sexualmente, y a su familia, que el personal de medicina forense realizará una evaluación.

## 2. Diagnóstico

En la mayor parte de los casos los hallazgos físicos son muy raros o sutiles, puesto que generalmente no se utiliza la fuerza física, por lo que el examen de los genitales puede ser normal o encontrar hallazgos no específicos de violencia sexual, sobre todo en niñas. Por lo que una historia clínica completa resulta importante para determinar el diagnóstico.

## 3. Historia clínica

Para la recopilación de la historia clínica, el personal de salud debe considerar los siguientes criterios:

- a) Recopilar los datos de la historia clínica de la NNA, separadamente de los padres o del responsable, auxiliándose del personal de psicología; en el caso de no contar con este recurso, enfermería u otro personal de salud, preferentemente del sexo femenino.
- b) En la historia clínica debe explorarse la situación de violencia y registrar de forma completa en el expediente clínico electrónico o soporte papel, en los casos de las adolescentes embarazadas, debe registrarse la edad de la pareja e indagar si existe una relación impuesta por los padres o responsables, así mismo se debe indagar si existe coacción por parte de la pareja.
- c) Se debe interrogar a los padres o familiares, posteriormente.
- d) No demostrar alarma ante el relato, evitar gestos, preguntas o juicios de valor que pueda hacer sentir mal o culpable de lo ocurrido a la NNA, víctima de violencia sexual.
- e) Para crear un ambiente de confianza y empatía durante la entrevista con la NNA, se debe iniciar con preguntas generales, sin abordar directamente el tema del abuso, tales como: "¿Cuántos hermanos tienes?", "¿A dónde estudias?", "¿A qué grado vas?", "¿Quiénes son tus mejores amigos?", entre otras.
- f) No realizar preguntas sugerentes como "¿Verdad que alguien te tocó?", redactar las respuestas, utilizando las palabras exactas empleadas por la NNA en situación de violencia. Si no se entiende alguna expresión o palabra, solicitar que se aclare.

En la entrevista con la NNA se debe obtener la información que le permita identificar las posibles lesiones que requieran de una atención inmediata y el posible riesgo que exista, para ello debe indagar sobre:

- a) Dolor al orinar, infecciones urinarias recurrentes o incontinencia urinaria.
- b) Dolor al defecar o incontinencia fecal.
- c) Prurito en el área genital o anal.
- d) Sangrado o secreciones cuando va al baño o en su ropa interior.
- e) Cuando fue la primera vez que él o ella recuerda que ocurrió la agresión sexual.
- f) Si ya había mencionado el hecho de violencia sexual y a quién se lo dijo.
- g) Si alguien más le había interrogado anteriormente.
- h) Cuando sucedió el hecho o la última vez, en caso de ser recurrente.
- i) Que parte del cuerpo fue lastimada (anal, oral, vaginal, o combinaciones) o hubo solo manipuleo o caricias.
- j) Si el agresor utilizó al algún objeto para ejercer la violencia sexual (abuso o agresión).
- k) Si la violencia sexual fue reciente, se debe establecer si la NNA se ha bañado o lavado luego de la agresión sexual.
- l) En el caso de niñas en la etapa de la pubertad establecer si ya presentó la menarquia y cuándo fue su última menstruación.
- m) Ingresos o consultas frecuentes por cualquiera de las causas anteriores.
- n) Quién fue la persona que le agredió. Si es una persona conocida o desconocida y cuál es su relación con el agresor.

El personal de salud debe estar atento ante los siguientes signos sugestivos de abuso sexual en NNA:

- a) Emociones y sentimientos de pesimismo, culpabilidad, ansiedad, tristeza, temor, miedo, vergüenza, confusión, rechazo, entre otros (por ejemplo: la NNA se observa cabizbajo, llora espontáneamente, no responde a las preguntas).
- b) Aislamiento, cambios repentinos en la conducta o negarse sistemáticamente a hacer actividades cotidianas (por ejemplo: no se baña, no se peina, no cuida su apariencia personal).
- c) Trastornos en los hábitos de alimentación.
- d) Terrores nocturnos, insomnio y pesadillas.
- e) Bajo rendimiento escolar o fugas constantes de la escuela.
- f) Desconfianza en los adultos.
- g) Ataques de pánico (miedos excesivos que pueden darse de manera incontrolable).
- h) Depresión severa (determinado por un especialista).
- i) Aparecimiento de comportamiento suicida y autolesiones.
- j) Presencia del trastorno de estrés post traumático en grado moderado o grave (determinado por un especialista).
- k) Incapacidad de controlar los esfínteres, posterior a la agresión.

La entrevista con los padres o los responsables de la NNA, se debe realizar en un tono no amenazante, sin realizar prejuicios, ni buscar culpables y debe documentarse en el expediente, cuáles fueron sus reacciones durante la misma.

Se debe preguntar respecto a lo siguiente:

- a) ¿Cuándo se sospechó de la agresión sexual?, ¿Por qué sospechó esto?
- b) Si la NNA expuso acerca del abuso a los padres, pedirles que digan ¿qué y cuándo exactamente lo hizo?, y preguntarles ¿cuál fue su reacción al saber del abuso?
- c) ¿Qué sintomatología ellos han visto en la NNA?, dolor, sangrado o secreciones vaginal o rectal.
- d) Preguntar si el agresor es conocido o desconocido, cuál es su relación con la NNA y su nombre en caso de tenerlo.
- e) En los antecedentes de la NNA, se debe establecer si hay alergia a medicamentos o si padece de alguna enfermedad previa, si se ha cumplido el esquema de vacunación para la hepatitis B y VPH, edad de menarquía y fecha de última regla.
- f) Se debe informar al padre, madre, cuidador, responsable o representante legal de la obligación que tienen de denunciar estos casos a las autoridades competentes.

#### **4. Examen físico**

Con relación al examen físico de la NNA, el personal de salud debe considerar los siguientes aspectos generales:

- a) Si la NNA es recibido en el Primer Nivel de Atención, se debe realizar examen físico completo céfalo-caudal, establecer una sospecha diagnóstica y referir al nivel hospitalario para su confirmación y tratamiento.
- b) Se debe informar a la madre, padre, cuidador, responsable, representante legal, sobre el examen a realizar, los procedimientos a seguir y aclarar las dudas.
- c) Al examinar se debe realizar inspección del área genital y perianal, únicamente en aquellos casos en los que se sospeche que hay una lesión vulvar, vaginal, anal, rectal o en los que se crea que hay un cuerpo extraño en el área rectal o vaginal, que puedan poner en peligro la salud o la vida de la NNA, para agilizar su traslado al hospital más cercano.
- d) Ser sensibles a los sentimientos de la NNA, tratando de no forzarlo, asegurando su privacidad.
- e) Durante el examen, un familiar debe acompañar a la NNA, siempre y cuando éste no altere la condición emocional o se sospeche, que está involucrado en la agresión.

- f) Asegurar la presencia de una enfermera u otro personal del sexo femenino capacitado en la aplicación de estos protocolos al momento del examen.
- g) Para realizar el examen físico en forma adecuada, es indispensable contar con buena iluminación.
- h) Si se trata de un niño o niña menor de 5 años alterado emocionalmente, puede examinarse sobre las piernas del familiar que le acompaña.
- i) Registrar el peso y la talla del NNA para determinar el estado nutricional, ya que en ocasiones el abuso sexual va acompañado de negligencia.
- j) Documentar cualquier equimosis, hematoma, quemadura, cicatrices o erupción en la piel.
- k) Buscar la presencia de equimosis en las mamas.
- l) Describir cuidadosamente localización, tamaño, coloración, y patrón de la o las lesiones.
- m) Determinar la presencia de cualquier signo de forcejeo o de ataduras en cuello, muñecas o tobillos.
- n) Si se trata de una niña, el área vulvar, puede examinarse mejor al colocarla en "posición de piernas de rana".
- o) Al examinar el área anal y rectal hacerlo en posición genupectoral o lateral izquierda.
- p) El personal de salud debe tener en cuenta y documentar los siguientes hallazgos:
  - ✓ Presencia de inflamación, enrojecimiento, dolor o secreción en el área genital.
  - ✓ Contusión o sangrado vaginal o rectal.
  - ✓ Contusiones y sangrados en áreas externas.
  - ✓ Dificultad al sentarse.
  - ✓ Manchas de sangre en la ropa interior.
  - ✓ Signos sugestivos de infecciones de transmisión sexual o VIH.
- q) Identificar signos compatibles con un intento de suicidio.
- r) En aquellos casos en los que peligre la vida por sangrado o shock séptico, entre otros, las evidencias forenses toman un papel secundario y el personal de salud debe tratar en forma oportuna las lesiones de la NNA.

## 5. Exámenes de laboratorio

En todos los casos de abuso sexual se indicará, realizará y registrará en el expediente clínico electrónico o soporte papel los siguientes exámenes:

1. Serología para sífilis, según normativa vigente.
2. Prueba de VIH, según normativa vigente.
3. Antígeno de superficie para hepatitis B.
4. Directo y cultivo de secreciones vaginales o rectales tomados a ciegas con dos hisopos para: gonorrea, tricomonas y vaginosis bacteriana.
5. Prueba de embarazo, de preferencia gonadotropina coriónica humana factor beta (BHCG cualitativa en sangre).
6. Pruebas de funcionamiento hepático, renal y un hemograma completo, previo al inicio de la profilaxis para VIH.

## 6. Tratamiento

El manejo de las NNA abusados sexualmente debe orientarse a las siguientes situaciones:

- a) Dar tratamiento inmediato según las lesiones externas identificadas.
- b) Dar tratamiento profiláctico para ITS (incluyendo hepatitis), VIH.
- c) Inmunizar contra hepatitis B, tétano, VPH de acuerdo con su esquema de vacunación
- d) Anticoncepción de emergencia (en niñas de 9 a 10 años y adolescentes evaluar según grados de la escala de Tanner, establecida en normativa para la atención de adolescentes vigente, indicar, si se encuentra en estadio 2 o la niña ha tenido ya su menarquia).
- e) Iniciar tratamiento psicológico inmediato según condición de la NNA.

## 6.1 Tratamiento de lesiones externas

- Atención de traumatismos.
- Colocación de férulas.
- Administración de analgésicos y antiinflamatorios.

## 6.2 Prevención de ITS

Dar profilaxis y tratamiento de ITS.

Se debe indicar profilaxis para ITS en NNA en los siguientes casos:

- Cuando el NNA es atendido en las primeras setenta y dos horas después de ocurrido el abuso sexual.
- Si se sabe que la persona agresora tiene alguna ITS.
- Si la víctima tiene signos y síntomas de una ITS, según la impresión clínica del personal médico consultante.
- Investigar antecedentes sobre la presencia de alergias a medicamentos y evaluar la prescripción de otros, según la condición de la NNA.
- El personal de salud debe aplicar los mismos medicamentos de profilaxis de ITS, cuando la evaluación clínica o en el resultado del examen directo o cultivo de las secreciones vaginales, anales u orales confirme el diagnóstico.

## 6.3 Profilaxis para hepatitis B

En el seguimiento se deben indicar antígenos de superficie para la hepatitis B a las 6, 12 y 24 semanas del episodio de violencia sexual, independientemente si se aplicó o no la profilaxis rápida para hepatitis B, o si se completó dicho esquema de vacunación.

**Tabla 5. Profilaxis para ITS bacteriana post exposición en NNA**

Etiología	Paciente	Medicamento recomendado	Dosis	Medicamento alternativo	Dosis
Gonorrea	Niñas, niños (después del período neonatal) hasta 45 kg	Ceftriaxona	125 mg IM. Dosis única.	Cefixima	8 mg/kg VO. Dosis única.
	Niñas, niños de 45 kg o más.	Ceftriaxona	1g IM. Dosis única.	Cefixima	400 mg VO. Dosis única.
	Adolescentes	Ceftriaxona	1 g vía IM. Dosis única.	Monoterapia Cefixima	400 mg VO IM. Dosis única.
		Doxiciclina (Recomendada o en manejo sintromico de coinfección con Clamidia)	100 mg VO. C/12 horas por 7-10 días.	Terapia combinada: Cefixima + Azitromicina	400 mg VO. Dosis única + 1 gr VO (dosis única)
Sífilis	Niñas, niños hasta los 12 años	Penicilina G (benzatínica)*	50,000 UI/Kg IM. Hasta un máximo de 2.4 millones de UI, IM, en dosis única.		
	Adolescentes	Penicilina G (benzatínica)*	2.4 millones de UI, IM. En dosis única (1.2 millones de UI en cada glúteo)	Doxiciclina	100 mg VO. C/12 horas por 14 días.
				Ceftriaxona	1 g IM ó IV. C/ día por 10 días.
Clamidia	Niñas, niños	Azitromicina	20 mg/kg/día. VO, por 3 días.	Claritromicina	15 mg/kg/día. VO, c/ 12 horas por 14 días.
	Adolescentes	Doxiciclina	100 mg VO. C/12 horas por 7-10 días.	Claritromicina	500 mg VO c/12 horas por 7-14 días.
				Azitromicina	1 g VO dosis única.

Candidiasis vulvovaginal	Niñas mayores de 10 años	Clotrimazol vaginal 1%	2 veces al día por 7 días. Uso externo	Fluconazol	6 – 12 mg dosis única.
	Niñas menores de 12 años	Clotrimazol vaginal 1%	2 veces al día por 7 días. Uso externo (No uso de aplicador)		
	Niñas mayores de 12 años	Clotrimazol vaginal 1%	2 veces al día por 7 días. Uso externo	Fluconazol	6 – 12 mg dosis única.
	Adolescentes	Clotrimazol vaginal 1%	1 aplicador lleno (5 gr) intravaginal cada noche por 7 – 14 noches.	Fluconazol (contraindicado en el embarazo)	150 mg VO. Dosis única.
	Fluconazol (contraindicado en el embarazo)			150 mg VO. Cada semana por 3 semanas en pacientes diabéticos o con inmunosupresión.	
Vaginosis bacteriana	Niñas	Metronidazol	15-30 mg/kg/día, VO c/8 horas, de 5 a 7 días, no exceder 500 mg/dosis.		
	Adolescentes	Metronidazol	500 mg VO, c/12 horas por 7 días.	Metronidazol gel vaginal 0.75%	1 aplicador lleno (5g) intravaginal, una vez al día por 5 días.
Tricomonomias vaginal	Niñas	Metronidazol	15-30 mg/kg/día, VO c/8 horas, de 5 a 7 días, no exceder 500 mg/dosis.		
	Adolescentes	Metronidazol	2 gr VO. Dosis única.	Metronidazol	500 mg VO, c/12 horas por 7 días.
Hepatitis B	Niñas, niños y adolescentes	Vacuna para la hepatitis B	Completar esquema, si ya fue iniciado, o 0.5 ml intramuscular en el deltoides o en el glúteo, los días 0,7 y 21 de su consulta.		

\*Para niños alérgicos a la penicilina, referir a un nivel de atención superior para desensibilización y tratamiento.

**Fuente:** Lineamientos técnicos para el control de las infecciones de transmisión sexual y hepatitis virales, 2024. Adaptado por el equipo técnico para la elaboración de Protocolos para la atención integral en salud a personas afectadas por lesiones intencionales. 2025

**Tabla 6. Profilaxis Post exposición para ITS bacterianas en niñas y adolescentes embarazadas**

Etiología	Paciente	Medicamento recomendado	Dosis	Medicamento alternativo	Dosis
Gonorrea	Niña, adolescente embarazada	Ceftriaxona	1g vía IM. Dosis única.		
Sífilis	Niña, adolescente embarazada	Penicilina benzatínica	Dar tratamiento como sífilis latente tardía desde reactivo débil. 2.4 millones de UI, IM. Cada semana por 3 semanas. (1.2 millones de UI, IM, en cada glúteo).		
Clamidia	Niña, adolescente embarazada	Azitromicina	1g VO. Dosis única.	Amoxicilina	500 mg VO. C/8 horas por 7 días.
Vaginosis bacteriana	Niña, adolescente embarazada	Metronidazol	500 mg VO, c/12 horas por 7 días.	Clindamicina vaginal (de acuerdo a la disponibilidad institucional)	1 aplicador lleno (5 g) intravaginal una vez al día por 5 días.
		Metronidazol gel vaginal 0.75%	1 aplicador lleno (5 grs) intravaginal una vez al día por 5 días.		
Tricomonomias vaginal	Niña, adolescente embarazada	Metronidazol	500 mg VO c/12 horas por 7 días.	Metronidazol	2 g VO dosis única.
Hepatitis B	Niña, adolescente embarazada	Vacuna para la hepatitis B	Completar esquema, si ya fue iniciado, o 0.5 ml intramuscular en el deltoides o en el glúteo, los días 0,7 y 21 de su consulta.		

**Fuente:** Lineamientos técnicos para el control de las infecciones de transmisión sexual y hepatitis virales, 2024.

## 6.4 Prevención del VIH

La profilaxis de VIH en personas afectadas por violencia sexual es una urgencia médica. Se debe considerar profilaxis para VIH en la niñez, únicamente en los casos siguientes:

- Si la persona afectada por violencia sexual se presenta antes de las primeras setenta y dos horas de ocurrido el abuso sexual.
- Si el perpetrador es VIH (+) o tiene alto riesgo de serlo.
- Si la naturaleza del contacto sexual, se estima de alto riesgo (múltiples perpetradores, contacto anal, vaginal u oral).
- En casos de violencia sexual repetitiva, cuando la última violación sexual ha sido en las últimas setenta y dos horas.

Es importante hacer notar a la familia que el tratamiento debe administrarse según prescripción médica, durante treinta días y deben estar informados de los efectos secundarios de los mismos.

Se debe citar en la consulta externa en una semana, para interconsulta con especialista en VIH. Se deben repetir las pruebas de serología para VIH a los 3 y 6 meses durante el seguimiento, independientemente si se cumplió o no la profilaxis para VIH.

El tratamiento profiláctico para VIH es el siguiente:

**Tabla 7. Antirretrovirales**

No	Medicamento	Presentación
<b>Inhibidores de la transcriptasa reversa nucleótidos (ITRN)</b>		
1	Zidovudina (AZT)	Jarabe: 10 mg/ml Tabletas: 300 mg
		Combinado con lamivudina (3TC): tabletas lamivudina 150 mg/ zidovudina 300 mg.
2	Lamivudina (3TC)	Solución: 10 mg/ml
		Tabletas: 150 mg
3	Abacavir (ABC)	Tabletas: 300 mg A
<b>Inhibidores de la transcriptasa reversa nucleósidos (ITRn)</b>		
4	Tenofovir disoproxil fumarato (TDF)	Tabletas: 300 mg Combinado con emtricitabina (FTC): tabletas emtricitabina (FTC) 200 mg/tenofovir disoproxil fumarato 300 mg
5	Tenofovir alafenamida (TAF)	Cápsula 25 mg
6	Emtricitabina (FTC)	Cápsula: 200 mg Combinado con tenofovir disoproxil fumarato (TDF) emtricitabina (FTC) 200 mg/tenofovir disoproxil fumarato 300 mg
<b>Inhibidores de la proteasa (IP)</b>		
7	Lopinavir/ ritonavir (LPV/r)	Solución: 80 mg (LPV) + 20 mg (RTV) por ml Tabletas: LPV 200 mg + RTV 50 mg
8	Ritonavir (RTV)	Solución: 80 mg/ml Cápsulas: 100 mg
9	Atazanavir (ATV)	Cápsulas de 300 mg
10	Darunavir (DRV)	Tableta 600 mg
<b>Inhibidores de la integrasa</b>		
11	Dolutegravir (DTG)	Comprimido 50 mg

**Fuente:** Lineamientos técnicos para la profilaxis post exposición al VIH 2023, adaptado por el equipo técnico para elaboración de los Protocolos de Atención Integral a Personas Afectadas por Lesiones Intencionales 2025

**Tabla 8. Régimen profilaxis post exposición al VIH de tres medicamentos para niños y niñas menores de 10 años**

Régimen antirretroviral	Combinación de dos nucleótidos	Tercer medicamento	Duración
Preferencial	Zidovudina (AZT) + lamivudina (3TC)	Dolutegravir DTG	30 días
Alternativo	Abacavir (ABC) + lamivudina (3TC)	Lopinavir/ritonavir (LPV/r)	30 días
	Abacavir (ABC) + lamivudina (3TC)	Darunavir + ritonavir (DRV +RTV)	

Fuente: Adaptado por el equipo técnico para la elaboración de Protocolos para la atención integral en salud a personas afectadas por lesiones intencionales. 2025.

**Dosis y presentaciones pediátricas:** En casos de no estar indicada la vía oral: Usar zidovudina (AZT) endovenosa, iniciar con dosis de carga de zidovudina (AZT) EV 2 mg/kg a pasar en una hora y mantenimiento de 1 mg/kg/hora hasta recuperar la vía oral. Para el resto de medicamentos antirretrovirales de presentación farmacéutica sólido oral, evaluar la administración de las dosis, por sonda orogástrica. (Ver anexo 5 de los Lineamientos técnicos para la profilaxis post exposición al VIH. 2023)

**Tabla 9. Régimen profilaxis post exposición al VIH por violación sexual NN mayores de 10 años y Adolescentes**

Régimen antirretroviral	Medicamentos	Concentración	Dosis	Duración
Preferencial	Dolutegravir/lamivudina/ tenofovir disoproxil fumarato (DLT)	50/300/300 mg	Una tableta vía oral, cada 24 horas	30 días
	Dolutegravir/ emtricitabina/ tenofovir alafenamida	50/200/25 mg	Una tableta vía oral, cada 24 horas	30 días
Alternativo	Lamivudina/zidovudina (3TC/AZT) + darunavir + ritonavir	150/300/mg + 600 mg + 100 mg	Una tableta 3TC/AZT + Una tableta darunavir + Una tableta ritonavir vía oral, cada 12 horas	30 días
	Emtricitabina/tenofovir disoproxil fumarato (FTC/TDF) + darunavir + ritonavir	200/300 mg + 600 mg + 100 mg	Una tableta FTC/TDF vía oral cada 24 horas + Una tableta darunavir + Una tableta ritonavir vía oral, cada 12 horas	30 días

Fuente: Adaptado por el equipo técnico para la elaboración de Protocolos para la atención integral en salud a personas afectadas por lesiones intencionales. 2025.

**Tabla 10. Régimen profilaxis post exposición al VIH por violación sexual NN mayores de 10 años y Adolescentes, en enfermedad renal crónica con TFG abajo de 30ml/min**

Régimen antirretroviral en ERC	Concentración	Dosis	Duración
Dolutegravir (DTG) + Zidovudina (AZT) + Lamivudina (3TC)	50 mg + 300mg + 150mg	Una tableta dolutegravir + Vía oral, cada 24 Horas + Una tableta AZT Vía oral, cada 12 Horas + Una tableta 3TC vía oral cada 24 horas	30 días

Fuente: Lineamientos técnicos para la profilaxis post exposición al VIH. 2023.

## 6.5. Prevención de embarazo

Para reducir el riesgo de embarazo en las niñas de 9 a 10 años y adolescentes que han iniciado sus ciclos menstruales o que no han presentado menarquía y que encuentran en estadio 2 de la escala de Tanner, administrar anticoncepción de emergencia tal como lo establece el Lineamiento técnico para la provisión de anticonceptivas.

Existen dos tipos principales:

- a) Anticonceptivos orales combinados, aquellos que contienen tanto un estrógeno como una progestina.
  - ✓ Progestinas solas Presentación de 750 microgramos de levonorgestrel administrar 2 dosis con un intervalo de 12 horas, dentro de los 5 días posteriores (120 horas) posteriores a una relación sexual, si la presentación de levonorgestrel es de 1.5 mg administrar una sola tableta.
- b) Anticonceptivos orales que contienen sólo progestina

### 6.5.1 Método Yuzpe

- a) El régimen recomendado es el uso en 2 dosis, administradas con un intervalo de 12 horas, dentro de los 5 días posteriores (120 horas) a la agresión sexual; cada una de estas dosis debe contener 100 microgramos de etinil-estradiol y 0.5 mg de levonorgestrel.
- b) En el caso de anticonceptivos orales combinados que contienen de 25 a 35 microgramos de etinil-estradiol deben usarse 4 tabletas, seguidas de una segunda dosis de 4 tabletas, 12 horas después. Cuando se deseen usar orales combinados que contengan menos de 25 microgramos de etinil-estradiol deben administrarse un número de pastillas suficientes para proporcionar al menos 100 microgramos de etinil-estradiol en cada dosis.

### 6.5.2 Dispositivos intrauterinos de cobre de emergencia (DIU)

- a) Si la persona víctima se presenta en los primeros cinco días posteriores a la violación (y no ha mantenido relaciones sexuales sin protección previas durante el mismo ciclo menstrual), la colocación de un DIU de cobre es un método anticonceptivo de emergencia efectivo, ya que impide más del 99% de los embarazos que hubieran podido producirse con posterioridad.
- b) Esa opción no debe considerarse como posibilidad si la adolescente está embarazada.
- c) Es preciso orientar a las personas víctimas en relación con este método para que puedan tomar una decisión informada
- d) Esa opción es más eficaz como anticonceptivo de emergencia que las píldoras anticonceptivas de emergencia.
- e) Ofrece una protección contra el embarazo a largo plazo y se puede mantener hasta 12 años tras su colocación. La fecundidad queda restablecida inmediatamente una vez que se retira el dispositivo.
- f) El DIU podrá retirarse cuando la adolescente tenga su siguiente período o mantenerse para evitar embarazos futuros.
- g) Si se opta por colocar un DIU, deberá administrarse el tratamiento completo para las infecciones de transmisión sexual
- h) Debe ser un profesional con experiencia quien oriente a la paciente y coloque el DIU.

Niñas: La anticoncepción de emergencia que figura en este protocolo puede aplicarse, sin restricción alguna, a niñas que hayan alcanzado la menarquía (niñas posmenárquicas), así como a aquellas que se encuentran en las fases iniciales de la pubertad (estadios 2 o 3 de Tanner).

El personal de salud debe aplicar el esquema siempre y cuando consulte en los primeros 5 días de la agresión, independiente de la etapa del ciclo menstrual en la que se encuentre la niña o adolescente.

### 6.6 Prevención de VPH

Todas las NNA a partir de los 9 años de edad que ha sido agredida sexualmente, debe ser vacunada contra VPH según normativa vigente.

### 6.7 Prevención del tétano

Administrar vacuna contra el tétano según esquema de vacunación vigente.

## 7. Atención psicológica

- a) Dar primeros auxilios psicológicos por personal capacitado.
- b) Cuando la persona afectada se encuentra en crisis y el establecimiento no cuente con personal de psicología, referir al hospital lo más pronto posible.
- c) Debe dejarse interconsulta urgente con psicología para el proceso de intervención en crisis, según la condición del NNA.
- d) Inicio oportuno de tratamiento psico-terapéutico por psicología o psiquiatría, para el abordaje del trastorno de estrés post traumático.
- e) El padre, madre, cuidador, responsable o representante legal de la víctima también deben recibir atención psicológica.
- f) Dar consejería al padre, madre, cuidador, responsable o representante legal de la NNA, que han sido abusados sexualmente, sobre las secuelas a largo plazo (que incluyen depresión, baja autoestima, trastornos del sueño, actividad sexual precoz, problemas para entablar relaciones interpersonales, disfunciones sexuales cuando son adultos, revictimización y abuso de drogas), por lo que deben llevarlos a sus consultas con psicología.

## 8. Consejería

Brindar consejería a la madre, padre o cuidador de la niña, niño afectado por abuso sexual y al adolescente, registrando en el expediente clínico electrónico o soporte papel, según factores de riesgo identificado o necesidades individuales, reforzando los siguientes aspectos:

- a) Que es el abuso sexual, formas y ámbitos de ocurrencia.
- b) Consecuencia del abuso sexual en el desarrollo de la NNA.
- c) Los principales signos de alarma ante los cuales deben estar atentos.
- d) Conversar e informar sobre la necesidad de hacer pruebas diagnósticas para ITS, VIH y prueba de embarazo, entre otras.
- e) Explorar sobre los mitos acerca del abuso sexual.
- f) Tener en cuenta que el abuso sexual **no es situación normal**, aun cuando se trate entre adolescentes.
- g) Destacar que su principal preocupación es el bienestar de la NNA.
- h) Leyes nacionales que protegen a las NNA.
- i) Orientar sobre la construcción de un plan de vida.
- j) La importancia de continuar el tratamiento farmacológico (si es necesario) y de psicoterapia.
- k) Informar al padre, madre o cuidador sobre la importancia de hacer la denuncia ante la instancia legal correspondiente, para la protección de acuerdo a las leyes existentes.
- l) Brindar información de las Instituciones legales que participan en el abordaje de la NNA que enfrentan violencia.

## **9. Referencia retorno e interconsulta**

- a) La referencia, retorno e interconsulta debe realizarse de acuerdo a la normativa técnica vigente.
- b) En el caso que la NNA consulte en un establecimiento del Primer Nivel de Atención por abuso sexual, que no incluya penetración, debe referirse al nivel hospitalario, posterior a la evaluación médica, para confirmar diagnóstico y completar protocolo post agresión sexual.
- c) En el caso que la NNA consulte en un establecimiento del primer nivel de atención, por abuso sexual ocurrido en menos de setenta y dos horas, que incluya penetración vaginal, anal u oral, debe referirse al hospital, para confirmación y tratamiento profiláctico. Así mismo, si presenta lesiones graves o peligro de muerte.
- d) Cuando las necesidades en salud de la NNA afectado sobrepase la capacidad de respuesta de un hospital, deberá referir a otro de mayor complejidad.
- e) El retorno se debe realizar para el seguimiento de la atención psicológica o de problemas médicos.

## **10. Aviso**

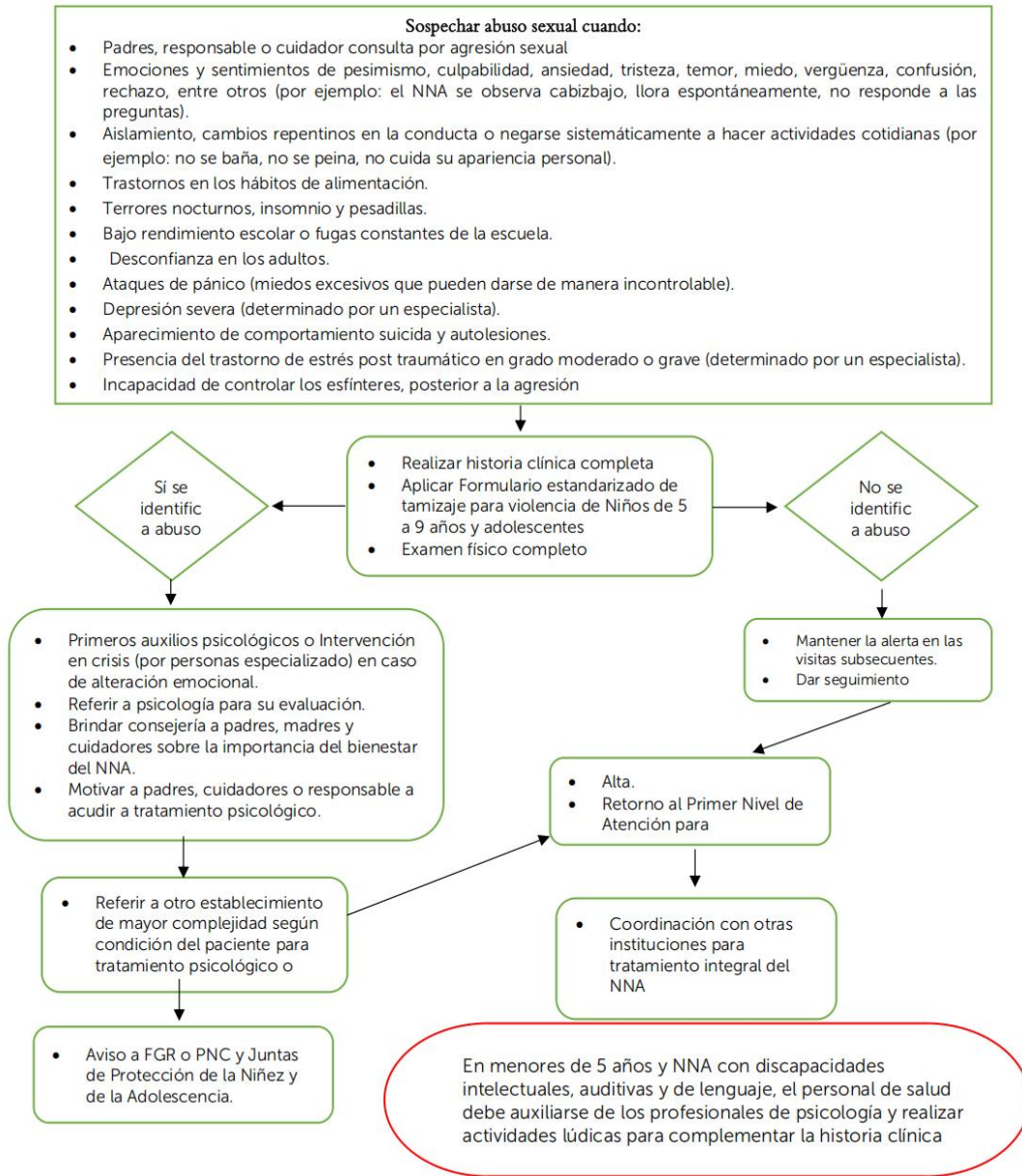
- a) Ante la identificación de la NNA con afectación por violencia sexual, la dirección, la coordinación o en su defecto el personal de salud asignado, debe dar aviso del caso a la Junta de Protección Departamental de la Niñez y la Adolescencia y a la FGR, para el peritaje.
- b) En el hospital en horario hábil será el director o la persona delegada, quien dará el aviso a las instancias legales correspondiente; en horarios no hábiles, será el jefe de turno del área de emergencia o la persona delegada, el responsable de notificar a la FGR para el peritaje, y a la Junta de Protección Departamental de la Niñez y la Adolescencia.
- c) En caso de peligro de la integridad física del personal o los pacientes, se debe solicitar de inmediato asistencia a la PNC, para la protección (valorar cada caso) y registrar esta acción en el expediente clínico electrónico o soporte papel del paciente.

## **11. Seguimiento**

El personal multidisciplinario de salud debe:

- a) Coordinar la visita domiciliar y evaluación del ambiente familiar del NNA, según lo establecido en la normativa, vigente.
- b) Realizar exámenes de laboratorio de control, cumplimiento de atención médica general, especializada y psicológica subsecuente y otros tratamientos indicados de acuerdo al caso.

### Vía clínica 3. Atención de NNA afectados por abuso sexual



Fuente: Ministerio de Salud de El Salvador, 2025.

## **C.1.4. Protocolo para el abordaje de la NNA en situación de negligencia y abandono**

### **1. Generalidades**

Se da cuando las necesidades básicas de la NNA, no están siendo provistas, por una falla intencional por negligencia y abandono del padre, madre, responsable o representante legal, en cuanto a alimento, abrigo o en actuar debidamente para salvaguardar la salud, seguridad, educación y bienestar de ellas y ellos.

Estas formas de maltrato, también se relacionan con la manera en que las NNA, se asocian a los patrones de crianza y en cómo se vinculan con los pequeños de manera psicoafectiva. Es importante detectarlas a tiempo, pues el impacto físico y psicológico del abandono, rechazo y negligencia afectan la personalidad a este grupo de población.

### **2. Diagnóstico**

Algunos factores que aumentan el riesgo de negligencia o abandono son los padres que son jóvenes o monoparentales, que han sufrido maltrato infantil o se descuidan a sí mismos, o sufren estrés personal o familiar (como inseguridad alimentaria, estrés financiero, violencia de pareja, aislamiento social, problemas de salud mental o un trastorno por consumo de sustancias).

Las NNA en situación de negligencia o abandono pueden parecer cansados, hambrientos, tener mala higiene o presentar lesiones físicas o problemas de salud emocional o mental, o pueden no tener signos evidentes de negligencia o abandono.

### **3. Historia clínica**

Los siguientes hallazgos, aislados, pero más frecuentemente en combinación, son sugestivos de lo que origina el síndrome de privación:

- a) La NNA no ha sido reconocido por el padre, la madre o ambos.
- b) Falta de cuidados necesarios para el desarrollo del NNA.
- c) Falta de atenciones en salud, incluyendo controles de crecimiento y desarrollo, vacunas, entre otros.
- d) Falta de atención médica en caso de enfermedades agudas o crónicas.
- e) Ausencia de aparatos como lentes, prótesis auditivas y otros, en caso de necesitarlos.
- f) Falta de cuidados dentales apropiados.
- g) Historia de permanecer solo/a durante varias horas o durante el día.
- h) Falta de aplicación de normas y límites.
- i) Padre, madre o cuidadores demasiado permisivos.

Hallazgos emocionales y de conducta:

- a) Depresión.
- b) Ansiedad.
- c) Enuresis.
- d) Trastornos del sueño.
- e) Masturbaciones excesivas.
- f) Relaciones interpersonales alteradas (evitar la mirada, preferencia por objetos inanimados).
- g) Problemas de disciplina, conducta agresiva.
- h) Rendimiento escolar bajo.
- i) Ideación e intento suicida.

Ante estos hallazgos el personal de salud, debe explorar la situación familiar del NNA y determinar si se encuentra en una situación de negligencia o abandono.

#### **4. Examen físico**

El personal de salud que atiende a una NNA en situación de negligencia y abandono debe considerar los siguientes aspectos:

- a) Malnutrición: bajo peso, delgadez, sobre peso, obesidad.
- b) Falta de lactancia materna sin justificación médica.
- c) Falta de higiene, como suciedad extrema o graves rozaduras de pañal.
- d) Retraso en el desarrollo biopsicosocial.
- e) Condiciones médicas no tratadas.
- f) Caries dentales generalizadas.
- g) Manifestaciones de etnoprácticas.

#### **5. Exámenes de laboratorio y gabinete**

Según hallazgos y criterio clínico el personal médico debe indicar y registrar en el expediente clínico electrónico o soporte papel, la toma de hemograma, heces y orina a todo NNA con sospecha de situación de negligencia o abandono. Debe individualizar cada caso para indicar los exámenes necesarios para completar su estudio.

#### **6. Tratamiento**

Tras examinar a un NNA con diagnóstico de negligencia o abandono, el personal de salud debe cumplir con las medidas de protección específicas, así como con el tratamiento según el área afectada, ya sea física, psicológica o sexual, a partir del tipo de lesiones encontradas.

#### **7. Atención psicológica**

El personal de psicología tratante debe establecer el manejo terapéutico a seguir en NNA en situación de negligencia y abandono, así como la referencia con psiquiatría cuando sea requerido.

#### **8. Referencia retorno e interconsulta**

La referencia, retorno e interconsulta debe realizarse de acuerdo a la normativa técnica vigente. Dependiendo del estado de salud y de las afectaciones físicas y psicológicas observadas, o si hay riesgo en el ambiente familiar, se debe referir al establecimiento de salud de mayor complejidad. Para el retorno la Unidad de Salud debe dar seguimiento, además de coordinar acciones con otras instituciones locales para complementar la atención.

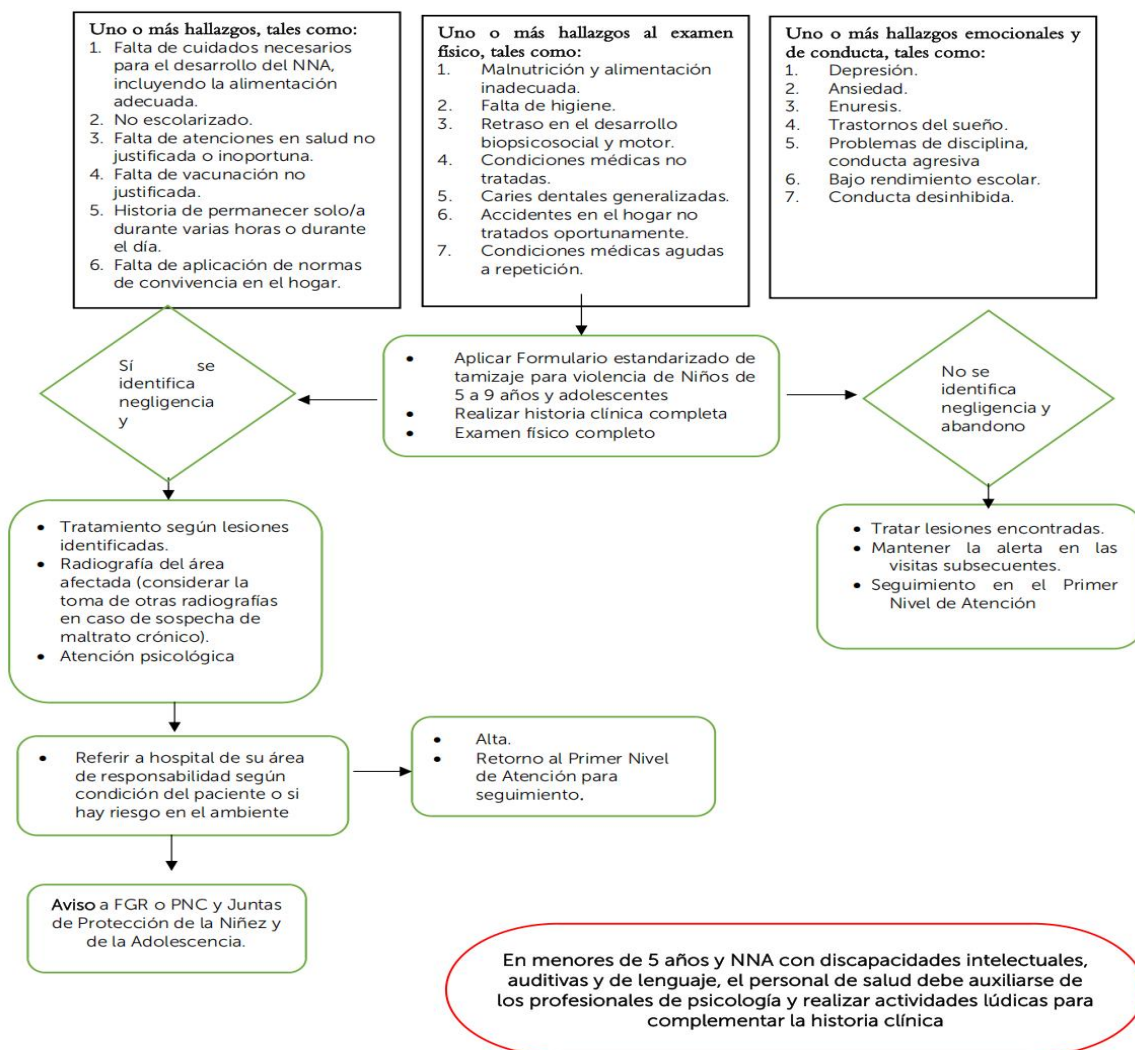
#### **9. Aviso**

Ante la identificación de NNA con diagnóstico de negligencia o abandono, el personal de salud debe cumplir con las medidas de protección específica, incluyendo el aviso a las entidades legales y de protección, entre ellos las Juntas de Protección de la Niñez y la Adolescencia, así como a la PNC.

#### **10. Seguimiento**

El personal multidisciplinario de salud debe realizar exámenes de laboratorio de control, cumplimiento de atención médica general, especializada y psicológica subsecuente y otros tratamientos indicados de acuerdo al caso.

## Vía clínica 4. Atención de NNA en situación de negligencia y abandono



Fuente: Ministerio de Salud de El Salvador, 2025.

### C.1.5. Protocolo para el abordaje de NNA en situación de trabajo infantil

#### 1. Generalidades

Según la definición dada por la Organización Internacional del Trabajo (OIT), "el trabajo infantil es todo aquel que priva a los niños de su niñez, su potencial y su dignidad, y es perjudicial para su desarrollo físico y psicológico". En El Salvador, se cuenta con el listado de actividades y trabajos peligrosos establecidos en el acuerdo 241 del Ministerio de Trabajo y Previsión Social (Anexo 6).

#### 2. Diagnóstico

Las NNA, se diferencian de los adultos en cuanto a su estructura fisiológica y psicológica, son también más vulnerables a algunos riesgos laborales específicos y se ven más afectados por esos peligros que los adultos. Como todavía no son mentalmente maduros, son menos conscientes de los riesgos potenciales que conllevan algunos trabajos.

En cada etapa de la vida el trabajo infantil puede originar impactos distintos. En la primera infancia, hasta los 3 años las niñas y niños suele acompañar a los padres en su trabajo o quedar en lugares que no son los adecuados, a menudo además al cuidado de hermanos menores.

En la segunda etapa, entre los 3 años y el inicio de la escolarización, sirve de ayuda para llevar y traer herramientas. Aparecen los accidentes, como las caídas a canales de riego o las lesiones con tijeras de podar y otros instrumentos; a estas edades la niña y el niño no evalúa la situación de riesgo.

En la etapa escolar, a la que frecuentemente se incorpora tarde, la niña y el niño que trabaja es retraído, menos sociable, sufre cansancio y tiene sueño. Puede sufrir deshidrataciones y quemaduras por el sol en el verano y bronquitis, bronquiolitis, adenoiditis en el invierno. El trabajo durante la adolescencia puede producir la deserción definitiva de la escuela y la falta de metas hacia el futuro.

Todos los indicadores sociales del bienestar de la niñez revelan una neta desventaja de los niños/as que trabajan con respecto a los que no lo hacen, siendo las tasas de mortalidad infantil, desnutrición, invalidez, analfabetismo, y abandono escolar más elevadas.

**Cuadro 2. Lesiones en la salud y sus respectivos factores de riesgo.**

<b>Lesiones observables</b>	<b>Factores predisponentes</b>
<b>Trastornos músculo esqueléticos (dolor, fatiga muscular, agotamiento, contracturas, esguinces, fracturas)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Traslado de cargas pesadas</li> <li>2. Movimientos repetitivos</li> <li>3. Posturas inadecuadas</li> <li>4. Largas jornadas de trabajo u horarios nocturnos</li> <li>5. Descanso insuficiente</li> <li>6. Manipulación de equipos peligrosos</li> <li>7. Falta de percepción del peligro por inmadurez intelectual</li> <li>8. Déficit crónico de nutrientes</li> <li>9. Déficit de indumentaria adecuada</li> </ol>
<b>Trastornos respiratorios (tos, obstrucción bronquial, alergias, infecciones) Intoxicaciones</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Exposición a polvos y emanaciones nocivas •</li> <li>Exposición a plaguicidas</li> <li>2. Ventilación inadecuada •</li> <li>3. Malas condiciones de higiene ambientales</li> <li>4. Exposición a monóxido de carbono por medios de calefacción inadecuados</li> <li>5. Bajas temperaturas</li> <li>6. Hacinamiento</li> <li>7. Contaminación ambiental por tabaco</li> </ol>
<b>Alteraciones psicológicas (depresión, comportamiento agresivo, sentimientos de pertenecer a una clase inferior)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Abuso de sustancias</li> <li>2. Acoso sexual</li> <li>3. Medio ambiente no acorde a su edad</li> <li>4. Horarios inapropiados</li> <li>5. Disfuncionalidad familiar</li> </ol>
<b>Alteraciones dermatológicas (lesiones, infecciones)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Exposición solar durante horas</li> <li>2. Lesiones por frío</li> <li>3. Lesiones expuestas a condiciones desfavorables</li> <li>4. Contacto con sustancias tóxicas</li> </ol>

**Fuente:** Recuperado de Torres Slimming, Paola A.; Nino Guerrero, Alfonso; Reyes, Esperanza; Cárcamo, César Trabajo infantil y riesgos en salud. Estudio exploratorio en tres regiones del Perú Lima: desco, DyA, WL, 2015. 64 p.

### **3. Historia clínica**

- a) Fuera del sistema de educación o extra edad.
- b) Repetición con frecuencia del año escolar
- c) Falta de atenciones en salud incluyendo controles de crecimiento y desarrollo, vacunas, entre otros.
- d) Falta de atención médica en caso de enfermedades agudas o crónicas.
- e) Ausencia de aparatos como lentes, prótesis auditivas y otros, en caso de necesitarlos.
- f) Falta de cuidados dentales apropiados.

Hallazgos de conducta:

- a) Depresión.
- b) Ansiedad.
- c) Trastornos del sueño.
- d) Relaciones interpersonales alteradas: conductas sexualizadas y adultizadas.
- e) Rendimiento escolar bajo.
- f) Conductas antisociales

### **4. Examen físico**

- a) Malnutrición y alimentación inadecuada.
- b) Falta de higiene personal.
- c) Riesgo en el desarrollo biopsicosocial.
- d) Condiciones médicas no tratadas: lesiones dermatológicas en manos y pies; callosidades en manos, entre otras.
- e) Caries dental generalizada.
- f) Consulta por lesiones o quemaduras a repetición.
- g) Accidentes laborales.
- h) Intoxicación por plaguicidas.
- i) Afectaciones musculoesqueléticas relacionadas con cargas pesadas.
- j) Hipoacusia.

### **5. Exámenes de laboratorio y gabinete**

Según hallazgos y criterio clínico el personal médico de indicar y registrar en el expediente clínico electrónico o soporte papel la toma de hemograma, heces y orina a todo NNA con sospecha de estar en situación de trabajo infantil. Debe individualizar cada caso para indicar los exámenes necesarios para completar su estudio.

### **6. Tratamiento**

Al examinar a una NNA en situación de trabajo infantil, el personal de salud debe dar atención según los presentes protocolos, a partir del tipo de lesiones físicas y psicológicas encontradas.

### **7. Atención psicológica**

El personal de psicología tratante debe establecer el manejo terapéutico a seguir en NNA en situación de trabajo infantil, así como la referencia con psiquiatría cuando sea requerido.

### **8. Referencia y retorno**

Dependiendo del estado de salud y de las afectaciones físicas, sexuales y psicológicas observadas, se debe referir al establecimiento de salud de mayor complejidad, además coordinar acciones con otras instituciones locales para completar la atención.

## 9. Aviso

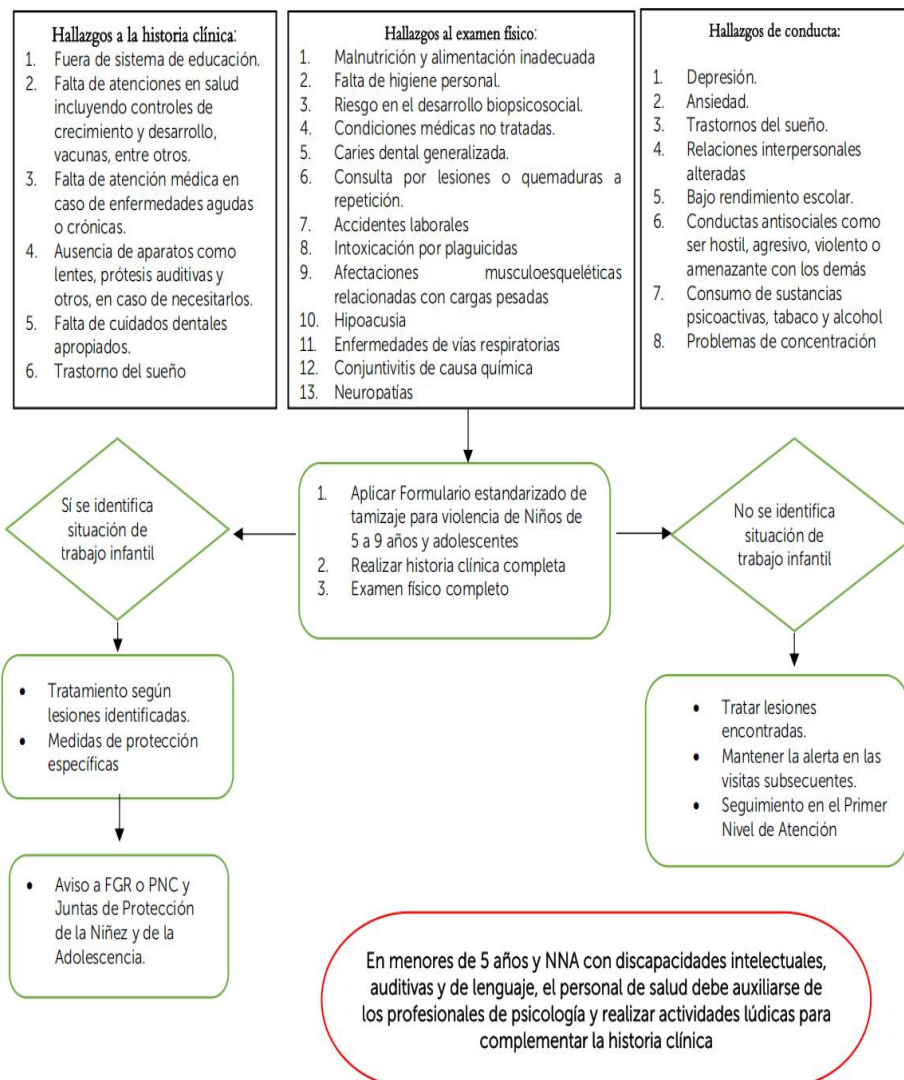
Ante un caso de NNA en situación de trabajo infantil, el personal de salud debe cumplir con las medidas de protección específicas, incluyendo el aviso a las entidades legales y de protección, como son las Juntas de Protección de la Niñez y de la Adolescencia y el Ministerio de Trabajo y Previsión Social.

## 10. Seguimiento

El personal multidisciplinario de salud debe:

- Coordinar la visita domiciliar y evaluación del ambiente familiar de la NNA, según lo establecido en la normativa, vigente.
- Realizar exámenes de laboratorio de control, cumplimiento de atención médica general, especializada y psicológica subsecuente y otros tratamientos indicados de acuerdo al caso.

### Vía clínica 5. Atención de NNA en situación de trabajo infantil



Fuente: Ministerio de Salud de El Salvador, 2025.

## C.1.6. Protocolo para el abordaje de la NNA en conexión con la calle

### 1. Generalidades

Los niños y adolescentes en situación de calle no son los pacientes tradicionalmente conocidos en los ámbitos académicos y asistenciales de salud.

Una diferencia sustancial reside en que esta población generalmente concurre a la atención médica sin un familiar o adulto responsable que los acompañe. En algunas ocasiones, lo hacen con un adulto al que conocieron en forma circunstancial.

La Ley Crecer Juntos los define como: niñas, niños y adolescentes que dependen de la calle para vivir o trabajar; ya sea por sí solos, con otros niños, personas o con su familia. Comprende la NNA que tienen vínculos sólidos con los espacios públicos y para quienes la calle tiene un papel fundamental en su vida cotidiana e identidad. En este conjunto se incluye a los que periódicamente o habitualmente viven, trabajan o permanecen en la calle con sus compañeros, hermanos o familiares.

Como otros pacientes en condiciones de extrema vulnerabilidad social, los niños y adolescentes en situación de calle no suelen poseer documentación que acredite su identidad por lo que debe crearse expediente temporal según lo establecido en el literal h) del Art. 14 de la Norma del Expediente Clínico

#### 1.1 Factores de riesgo

La vida en la calle es fuente de innumerables factores de que hacen de esta población, una población de alto riesgo en salud. Los factores de riesgo en salud tienen múltiples determinaciones, por lo que se hace necesario considerar la relación compleja que se establece entre las condiciones objetivas de vida y las representaciones y prácticas producidas por las NNA. Estos pueden estar ligados a:

- a) La vida material en la calle: ausencia de vivienda, deficiente alimentación, falta de higiene, inclemencias del clima, violencia callejera, ausencia de protección frente al maltrato, el abuso y la explotación, carencia de lazos afectivos.
- b) Las prácticas producidas en la calle: policonsumo de drogas, trabajo informal, delincuencia, accidentes callejeros.
- c) Las representaciones sobre el cuerpo y sobre la necesidad de atención médica que favorecen a la situación de riesgo.
- d) Las dificultades de acceso a los servicios de salud.

### 2. Diagnóstico

Del conjunto de representaciones y normas que guían la relación de las NNA con su cuerpo surgen las prácticas de riesgo en materia de drogas, sexualidad, atención médica, daños autoinfligidos, imprudencias en general que los ubican en una situación de alta vulnerabilidad, por lo que resulta importante hacer las siguientes acotaciones:

- a) Las malas condiciones de higiene son las causantes -entre otras afecciones- de la escabiosis, el impétigo y las pediculosis con sus consecuentes síntomas de sarpullidos, picazón, escoriaciones e infecciones, entre otros.
- b) Los problemas odontológicos se reiteran y los cuidados son inexistentes. Los problemas respiratorios también favorecidos por las condiciones de hacinamiento son agravados por la exposición a las inclemencias del clima.
- c) La violencia es causa de gran parte de las heridas y traumatismos que sufren los chicos. Las peleas y las agresiones se convierten en un problema central.
- d) El uso y abuso de drogas es uno de los principales problemas de salud que afecta a las NNA. Las sustancias más consumidas son la marihuana, los adhesivos de cola y la

- pasta base. En ocasiones, aunque en menor medida, consumen cocaína y distintos tipos de pastillas
- e) Las NNA en esta condición suelen iniciarse precozmente en la vida sexual. La información que tienen sobre la sexualidad no es buena, ni mucha.

A esto se suma el hecho de que esta población presente una baja disposición a utilizar los servicios de salud y resistencias a pedir ayuda o atención médica. Cuando tienen algún problema de salud suelen llevar al extremo de gravedad los síntomas antes de requerir atención. En el común que tengan el hábito de esperar a que las sensaciones de malestar desaparezcan solas.

### **3. Historia clínica**

Estos pacientes, muchas veces, están imposibilitados de brindar respuestas al interrogante sobre "antecedentes de enfermedad". Por lo tanto, resulta útil estar alerta a todo tipo de signos (cicatrices, canalizaciones en codos) que puedan dar cuenta de la existencia de cuadros retrospectivos de desnutrición, deshidratación e infecciones.

- a) Abandono por parte de los padres, madres o cuidadores.
- b) Expulsión de centros escolares.
- c) Antecedentes de institucionalizaciones anteriores.
- d) Antecedentes de consumo de drogas y otras sustancias psicoactivas.
- e) Falta de atenciones en salud incluyendo controles de crecimiento y desarrollo, vacunas, entre otros.
- f) Falta de atención médica en caso de enfermedades agudas o crónicas.
- g) Ausencia de aparatos como lentes, prótesis auditivas y otros, en caso de necesitarlos.
- h) Falta de cuidados dentales.
- i) Peligros del entorno: violencia, accidentes y abusos

### **4. Examen físico**

- a) Malnutrición y alimentación inadecuada.
- b) Falta de higiene personal.
- c) Riesgo en el desarrollo biopsicosocial..
- d) Condiciones médicas no tratadas: ITS, escabiosis, dermatosis, entre otras.
- e) Caries dental generalizada y enfermedades de la encía.
- f) Enfermedades respiratorias alérgicas, neumonía, asma bronquial
- g) Lesiones, sangrado o secreciones en el área genital y anal
- h) Retraso en el desarrollo y pubertad.
- i) Deformaciones musculoesqueléticas.
- j) Embarazo.
- k) Infecciones intestinales.

Hallazgos de conducta:

- a) Depresión.
- b) Ansiedad.
- c) Trastornos del sueño.
- d) Relaciones interpersonales alteradas.
- e) Conductas antisociales como ser hostil, agresivo, violento o amenazante con los demás
- f) Consumo de sustancias psicoactivas, tabaco y alcohol
- g) Problemas de concentración
- h) Inicio de relaciones sexuales a temprana edad

### **5.Exámenes de laboratorio y gabinete**

Según hallazgos y criterio clínico el personal médico debe indicar y registrar en expediente clínico electrónico o soporte papel la toma de hemograma, heces y orina a todo NNA con sospecha de estar en situación de conexión con la calle. Debe individualizar cada caso para indicar los exámenes necesarios para completar su estudio.

### **6.Tratamiento**

Al atender a una NNA en situación de conexión de calle, el personal de salud debe cumplir con las medidas de protección específicas, así como cumplir el tratamiento requerido de acuerdo al tipo de lesiones encontradas (físicas, psicológicas o sexuales).

### **7. Atención psicológica**

El personal de psicología tratante debe establecer el manejo terapéutico a seguir en NNA en contexto de calle, así como la referencia con psiquiatría cuando sea requerido.

### **8. Referencia retorno e interconsulta**

Dependiendo del estado de salud y de las afectaciones físicas, sexuales y psicológicas observadas, se debe referir al establecimiento de salud de mayor complejidad, además coordinar acciones con otras instituciones locales para completar la atención.

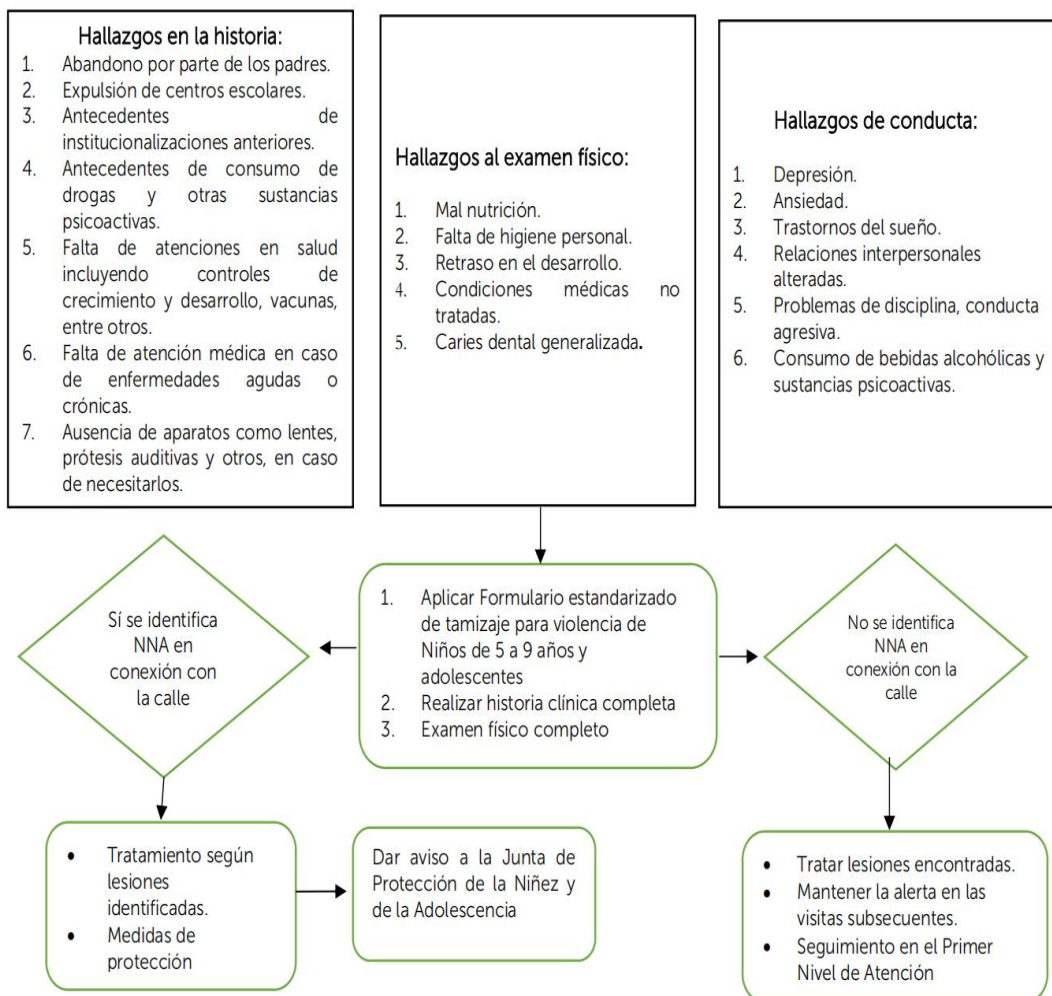
### **9. Aviso**

Tras la identificación de una NNA que se encuentra en conexión con la calle, el personal de salud debe dar aviso a la Junta de Protección de la Niñez y de la Adolescencia.

### **10. Seguimiento**

Debe coordinarse con las instancias de protección para el seguimiento de los casos cuando la NNA sea institucionalizado.

## Vía clínica 6. Atención de NNA en conexión con la calle



Fuente: Ministerio de Salud de El Salvador, 2025.

### C.1.7. Protocolo para el abordaje de NNA en situación de explotación sexual comercial (ESCNNA)

#### 1. Generalidades

La explotación sexual comercial supone la utilización de las personas menores de 18 años de edad para relaciones sexuales remuneradas, pornografía infantil y adolescente, utilización de niñas, niños y adolescentes en espectáculos sexuales, donde exista además un intercambio económico o pago de otra índole para la persona menor de edad o para un tercero intermediario.

La explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes incluye: las actividades sexuales o eróticas remuneradas con personas menores de edad: no se restringe a las relaciones coitales, sino que incluye también cualquier otra forma de relación sexual o actividad erótica que incumple acercamiento físico-sexual entre la víctima y el explotador.

La pornografía infantil y adolescente: incluye las actividades de producción, distribución, divulgación por cualquier medio, importación, exportación, oferta, venta o posesión de material en el que se utilice a una persona menor de dieciocho años o su imagen en actividades sexuales explícitas, reales o simuladas o la representación de sus partes genitales con fines primordialmente sexuales o eróticos.

Los espectáculos sexuales: consiste en la utilización de personas menores de edad, con fines sexuales o eróticos en exhibiciones o en espectáculos públicos o privados.

## **2. Diagnóstico**

El personal de salud debe comprender y actuar conforme al principio de que las NNA son víctimas, y no las causantes del problema. Ante signos tales como equimosis en cualquier parte del cuerpo, salida de secreción vaginal o peneana, prurito anal o vaginal, presencia de verrugas o condilomas en los genitales, el personal de salud debe orientar sus acciones a que puede haber implícito abuso sexual o explotación sexual en una NNA.

En casos de adolescentes en situación de deserción o ausentismo escolar, en posesión de artículos de lujo, que por su condición económica no pudieran adquirir, se debe indagar y descartar explotación sexual de algún tipo. Detectar actitudes negativas tales como retraimiento, agresividad, rebeldía, insomnio, anorexia, depresión, comportamiento seductor, intento de suicidio, entre otras.

## **3. Historia clínica**

Para la recopilación de la historia clínica, el personal de salud debe considerar los siguientes criterios:

- a) Infecciones de transmisión sexual.
- b) Riesgo potencial de contagio de VIH/SIDA.
- c) Dependencias: alcohol, estupefacientes.
- d) Comportamientos autodestructivos: golpes, intentos de suicidio.
- e) Fuga del hogar.
- f) Desarraigo familiar.
- g) Rompimiento de lazos familiares.

## **4. Examen físico**

Con relación al examen físico del NNA, el personal de salud debe considerar los siguientes aspectos generales:

- a) Equimosis en diferentes partes del cuerpo.
- b) Verrugas o condilomas en genitales.
- c) Evidencias de infección vaginal.
- d) Embarazos no deseados – embarazos interrumpidos.
- e) Signos de violencia y/o maltrato físico.
- f) Comportamiento sexualizado – físico y verbal-.
- g) Agresiones emocionales.
- h) Depresiones.
- i) Desnutrición.
- j) Evidencias de daño vaginal o anal.
- k) Fisuras o destrucción del esfínter anal.

## **5. Exámenes de laboratorio y gabinete**

Según hallazgos y criterio clínico el personal médico debe indicar y registrar en el expediente clínico electrónico o soporte papel la toma de hemograma, heces y orina a todo NNA con sospecha de estar en situación de explotación sexual comercial. Debe individualizar cada caso para indicar los exámenes necesarios para completar su estudio.

## **6. Tratamiento**

Al identificar a una NNA en situación de explotación sexual comercial, el personal de salud debe prestar atención, según las lesiones encontradas, tanto físicas, psicológicas o sexuales.

La atención es un proceso mediante el cual se articulan y movilizan recursos institucionales, familiares y comunitarios en función de:

- a) La protección de la víctima frente a la explotación y cualquier otro riesgo de revictimización.
- b) El ejercicio pleno de todos sus derechos.
- c) La recuperación integral de las secuelas producidas por la victimización.
- d) El aviso a la instancia competente

Por esta razón, el plan de atención debe incluir los siguientes componentes de intervención:

- a) Derecho a la vida y derecho a la salud.
- b) Derecho a la protección contra toda forma de abuso y explotación.
- c) Monitoreo de la implementación del plan de intervención con el fin de proteger a la víctima y garantizar sus derechos.

## **7. Atención psicológica**

El personal de psicología tratante debe establecer el manejo terapéutico a seguir en NNA en situación de explotación sexual comercial, así como la referencia con psiquiatría cuando sea requerido.

## **8. Referencia retorno e interconsulta**

Dependiendo del estado de salud y de las afectaciones físicas, sexuales y psicológicas observadas, se debe referir al establecimiento de salud correspondiente según complejidad, además coordinar acciones con otras instituciones locales para completar la atención.

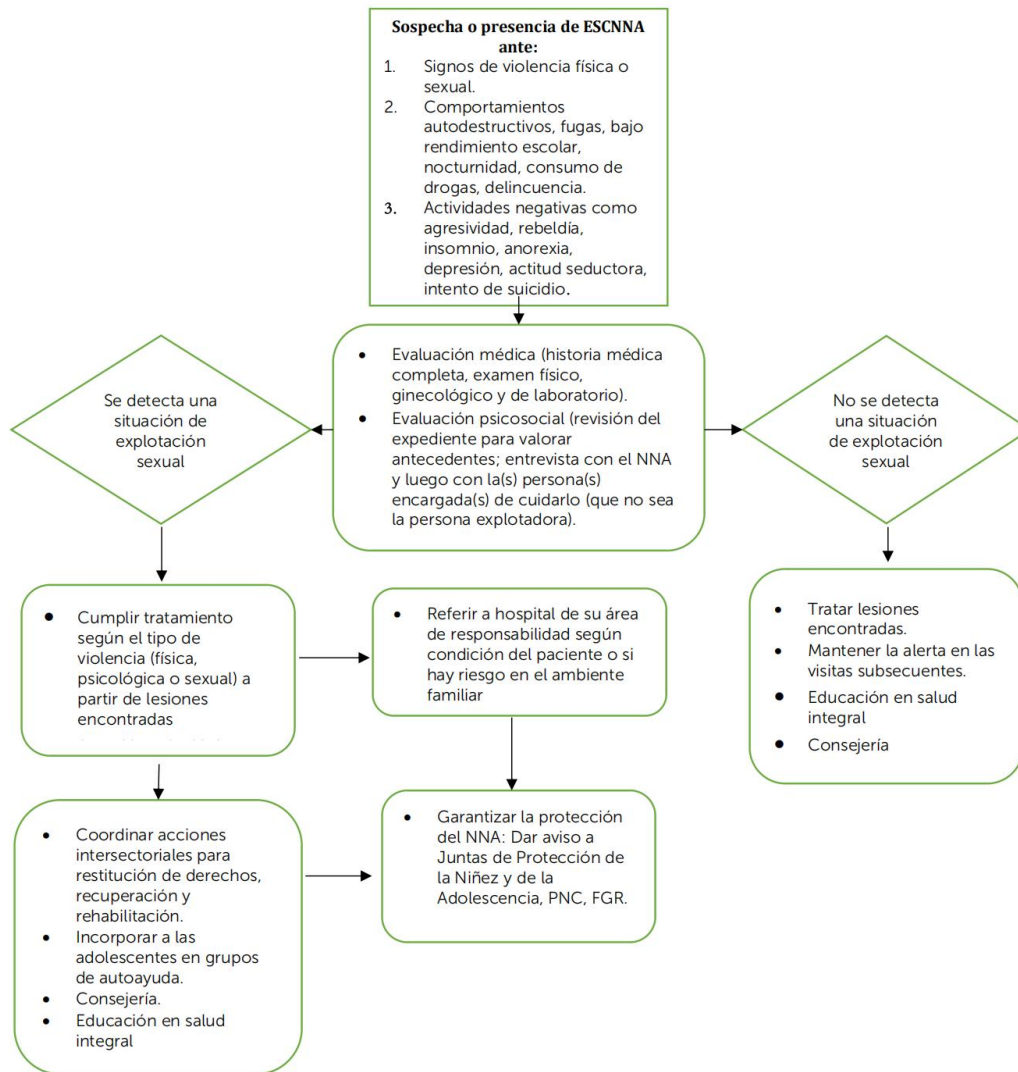
## **9. Aviso**

Ante un caso de la NNA en situación de explotación sexual comercial, el personal de salud debe cumplir con las medidas de protección específicas, incluyendo el aviso a las entidades legales y de protección: FGR y Juntas de Protección de la Niñez y de la Adolescencia.

## **10. Seguimiento**

El personal multidisciplinario de salud debe realizar exámenes de laboratorio de control, cumplimiento de atención médica general, especializada y psicológica subsecuente y otros tratamientos indicados de acuerdo al caso.

## Vía clínica 7. Atención de NNA en situación de explotación sexual comercial



Fuente: Ministerio de Salud, El Salvador 2025.

### C.2. Protocolos para la atención integral de las lesiones intencionales en mujeres

La violencia hacia las mujeres se refiere a “cualquier acción que cause muerte, daño o sufrimiento físico, psíquico o sexual a la mujer tanto en el ámbito público como privado”.

Entre los tipos de violencia de acuerdo a la Ley Especial Integral para una Vida Libre de Violencia para las Mujeres (LEIV), se encuentran los siguientes: física, psicológica, sexual, patrimonial, simbólica, económica y feminicida.

La afectación de algunos tipos de violencia en la salud de las mujeres se expresa a través signos y síntomas que se pueden abordar de manera integral, presentados a continuación:

**Cuadro 3. Signos y síntomas de lesiones intencionales en mujeres**

<b>Mujeres adultas</b>	
<b>Signos emocionales, psicológicos y sociales</b>	<b>Signos físicos</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Depresión.</li> <li>2. Ideas de suicidio o autolesión.</li> <li>3. Trastornos psicósomáticos.</li> <li>4. Síndrome de dolor crónico.</li> <li>5. Se muestra temerosa o ansiosa frente a su pareja.</li> <li>6. Su pareja pierde el temperamento frecuentemente sobre pequeñas cosas y le obliga a mantener una relación sexo coital en contra de su voluntad.</li> <li>7. No controla su dinero y no se le permite tomar decisiones financieras.</li> <li>8. Es amenazada con lastimarla, dejarla, robarle los hijos, lastimar a sus mascotas, destruir su propiedad, o suicidarse.</li> <li>9. Sentimientos de culpa por la violencia recibida.</li> <li>10. Destrucción de sus bienes y propiedades</li> <li>11. Amenazas de golpizas o de muerte.</li> <li>12. Acoso u hostigamiento (en redes sociales)</li> <li>13. Extorsión y chantajes</li> <li>14. Gritos, ofensas, insultos y menosprecio.</li> <li>15. Mostrarle sogas o armas con los que piensa agredirle.</li> <li>16. Amenazas de dañar a personas a quien ama o a la familia</li> <li>17. Impedir ir al trabajo, ir a la escuela o universidad.</li> <li>18. Control en el manejo del dinero, salidas, vestuario.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Es posible que la mujer presente lesiones inexplicables (Hematomas, equimosis, otros)</li> <li>2. Dolor, decoloración, llagas, cortes, hemorragia o secreción en los genitales, el ano o la boca;</li> <li>3. Infecciones de transmisión sexual;</li> <li>4. Fístulas, embarazos no deseados, amenaza de aborto, entre otros.</li> <li>5. Cambio en la vestimenta o prendas que sugiere que podría estar ocultando una lesión.</li> </ol>
<b>Otros</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. La pareja acompaña siempre a la mujer, insiste en mantenerse cerca y responde a todas las preguntas que se le hacen, demuestra demasiado afecto a la pareja.</li> <li>2. La mujer se empieza a aislar de la familia y amigos y deja de asistir a la iglesia, cumpleaños, reuniones, etc.</li> <li>3. Se niega a hablar o estar en desacuerdo frente a su pareja.</li> <li>4. No suele salir sola a ningún lado.</li> <li>5. La pareja no la deja hablar mucho en público o habla por y sobre ella.</li> <li>6. La acosa constantemente, llamándola por teléfono y mandándole mensajes.</li> <li>7. Le deja mensajes inapropiados o con amenazas.</li> <li>8. Su pareja actúa extremadamente celoso, posesivo y le falta el respeto en frente de otras personas;</li> <li>9. En la mayoría de los casos justifica comportamiento de su pareja.</li> <li>10. Las visitas a su hogar de familiares o amigos no parecen ser de agrado a su pareja.</li> <li>11. La mujer ha tenido dificultades para solicitar medidas de protección en las instancias correspondientes.</li> </ol>	
<b>Mujeres en estado de embarazo, parto y puerperio</b>	
<b>Signos emocionales, psicológicos y sociales</b>	<b>Signos físicos</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Todos los signos de las mujeres descritos anteriormente</li> <li>2. Labilidad emocional (llanto sin causa)</li> <li>3. Rechazo al embarazo</li> <li>4. Ocultan el embarazo</li> <li>5. Descuido en su higiene, vestimenta</li> <li>6. Inasistencia a controles</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Todos los signos de las mujeres descritos anteriormente</li> <li>2. Ganancia de peso inadecuado</li> <li>3. Infecciones vaginales, cervicales</li> <li>4. Infecciones de vías urinarias a repetición</li> <li>5. Sangrado vaginal</li> <li>6. Trauma abdominal</li> </ol>

7. Relaciones sexo coitales obligadas, sin importar complicaciones del embarazo (placenta previa, incompetencia del istmo cervical, amenaza de aborto, entre otros)	7. Hemorragia
8. Uso de sustancias nocivas (cigarro, alcohol, drogas)	8. Exacerbación de enfermedades crónicas
9. No trabaja porque la pareja no la deja	9. Complicaciones durante el parto
10. Trabajo sexual obligado	10. Retraso en el cuidado prenatal
11. Negación de la paternidad	11. Aborto espontáneo o a repetición
	12. Retardo en el crecimiento intrauterino
	13. Ruptura prematura de membrana
	14. Infecciones de transmisión sexual y VIH
<b>Otros</b>	
1. Historia de periodo intergenésico corto	
2. Falta de inscripción de control puerperal	
3. Es obligada a esterilizarse	
4. No permitir esterilización voluntaria y el uso de métodos de planificación familiar.	
5. Obligar a la atención del parto en el hogar y por personal no calificado.	
6. Obligar a trabajar en el puerperio	
7. Prohibición de la lactancia materna	
8. Obligar a tener relaciones sexuales en el puerperio	
9. Discriminación por tener parto por cesárea y el sexo del bebé	
10. Matrimonio forzado.	
11. Embarazo por incesto	

**Fuente.** Oficina de atención a víctimas de todas las formas de violencia. Ministerio de Salud El Salvador, 2024.

**Tabla 11. Formato estandarizado para el tamizaje para detectar violencia en mujeres**

Tamizaje para detectar violencia en mujeres		Si	No
1	¿En este momento, tiene usted miedo de que su pareja, novio, compañero o alguien de su comunidad la agreda verbalmente, maltrate o golpee?		
2	¿Su pareja, novio o compañero le impide ver a su familia o tener contacto con sus amigos, vecinos, compañeros de trabajo, además de ser demasiado celoso?		
3	¿Alguna vez, su pareja, novio, compañero o alguien de su comunidad le ha insultado verbalmente, amenazado de muerte o le ha golpeado?		
4	¿Su pareja, novio, compañero, alguien de su comunidad o desconocido le ha obligado a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad, sin protección anticonceptiva, o ha llegado a hacerle daño físico durante la relación sexual?		
5	¿Se ha sentido humillada por su pareja o novio por comentarios sobre su actividad sexual, por su cuerpo o por no ser físicamente / sexualmente atractiva?		
6	¿Alguna persona le ha pedido tener sexo a cambio de algo? (Obtener o conservar un trabajo, por préstamo de dinero, proporcionar alimentos, ropa, viajes, estudios, joyas).		
7	¿Su pareja, novio o compañero no le apoya económicamente en los gastos familiares, se ha quedado con sus bienes o le obliga a darle el dinero que usted gana?		
8	¿Cuándo existen conflictos o discusiones con su pareja, novio o compañero, él ha tirado objetos, dado portazos, destruido muebles, o la ha corrido de la casa?		
9	¿Su pareja, novio o compañero en algún momento le ha amenazado con pistola, cuchillo o alguna otra arma similar?		
10	¿Su pareja, novio o compañero minimiza o niega el abuso en su contra, y le culpa a usted por el comportamiento abusivo de él?		
11	En caso de tener hijos, ¿su pareja, novio o compañero le ha amenazado con		

	quitarle a los niños(as) y le dice que va a hacerle daño a usted y/o a sus niños(as)?		
12	¿Su pareja, novio o compañero toma alcohol constantemente, se ha drogado o le ha amenazado con suicidarse si usted lo deja?		
13	¿Alguna vez ha deseado morir, pensado o intentado dañar su cuerpo usted mismo?		

**Fuente:** Anexo 7 de la Norma técnica para la atención integral en salud de personas afectadas por lesiones intencionales.

## C.2.1. Protocolo para el abordaje de mujeres afectadas por abuso físico

### 1. Generalidades

#### A) Violencia física contra la mujer

Es toda conducta que directa o indirectamente, está dirigida a ocasionar daño o sufrimiento físico contra la mujer, con resultado o riesgo de producir lesión física o daño, ejercida por quien sea o haya sido su cónyuge o por quien esté o haya estado ligado a ella por análoga relación de afectividad, aún sin convivencia. Asimismo, tendrá la consideración de actos de violencia física contra la mujer, los ejercidos por la persona agresora en su entorno familiar, social o laboral.

Los casos identificados por abuso físico en la mujer, deben ser atendidos de preferencia por el personal médico capacitado en la aplicación de los presentes protocolos. El manejo de las mujeres afectadas por abuso físico requiere de un equipo multidisciplinario de las áreas de: psicología, trabajo social, medicina y enfermería, así como de la participación de organismos gubernamentales y no gubernamentales que trabajan en la comunidad con el tema de la violencia.

El personal que atienda a las mujeres afectadas por abuso físico debe evitar:

- a) Creer que el maltrato no ocurrió, porque la persona agresora se encuentra presente o es una persona muy amable y aparentemente se encuentra muy preocupado por la salud de la mujer o por las condiciones socioculturales de la misma.
- b) Mostrar impaciencia por la tardanza de la mujer en dar información sobre su situación.
- c) Culpar a la paciente y sentir frustración o enojo, si la mujer no sigue sus indicaciones.
- d) Pensar que debe limitarse a la atención de las lesiones físicas, y que la persona no debe participar en el diagnóstico y la referencia de las pacientes a los servicios de apoyo.
- e) Minimizar la magnitud y el origen de las lesiones.
- f) La contratransferencia de los sentimientos al escuchar a una mujer que describe su experiencia.
- g) Hacer comentarios, gesticulaciones o actitudes prejuiciosas que culpabilizan a la mujer agredida.
- h) Omitir dar aviso a las entidades correspondientes por temor a involucrarse en problemas legales, sociales o porque la mujer no quiere denunciar.
- i) Suponer que el abuso es natural en la mujer por sus condiciones socioculturales (nivel educativo, pobreza, bajo nivel social).

#### B) Condiciones de vulnerabilidad

Tienen un mayor riesgo de ser afectadas por abuso físico las mujeres que presentan las siguientes condiciones:

- a) Adolescentes y mujeres entre doce y veinticinco años.
- b) Abuso de alcohol u otras drogas, por la mujer, la pareja o ambos.
- c) Embarazo.
- d) Haber sufrido abuso físico o sexual en la infancia.

- e) Población clave.
- f) Mujeres trabajadoras del sexo.
- g) Mujeres con VIH.
- h) Mujeres que a la historia clínica se detecte con patrones culturales machistas.
- i) Mujeres con discapacidad y trastornos mentales.
- j) Falta de redes de apoyo.

## 2. Diagnóstico

El personal de salud debe sospechar algún tipo de violencia física contra la mujer en los casos siguientes:

- a) Retraso en la búsqueda de atención a las lesiones.
- b) Explicación inconsistente sobre la ocurrencia de las lesiones, su severidad o extensión.
- c) Somatización como dolores de cabeza, dolores abdominales, lumbago, fatiga, neurosis conversiva, alergias o herpes, entre otras.
- d) Cuadros de ansiedad, depresión, conductas suicidas, desórdenes alimenticios y abuso de sustancias.
- e) Condiciones ginecológicas como: abortos, control prenatal tardío, síndrome premenstrual, ITS, donde se incluye el VIH y VIH avanzado, embarazo no deseado y dolor pélvico crónico.
- f) Visitas frecuentes a la emergencia de los hospitales por diversos motivos de consulta.
- g) Localización de las lesiones típicamente en parte central del cuerpo, mamas, abdomen, genitales, pueden encontrarse lesiones en el cuello por intentos de estrangulación; de igual manera es frecuente encontrar lesiones de defensa en los antebrazos.
- h) Consulta a establecimientos de salud lejanos a su domicilio.

El personal que atiende a las mujeres por abuso físico, debe estar atento a las siguientes señales de alerta:

- a) Cuando la pareja o acompañante insiste en mantenerse cerca y responde a todas las preguntas que se le hacen, demuestra demasiado afecto a la pareja.
- b) La usuaria se niega a hablar o estar en desacuerdo enfrente de su pareja.
- c) Celos expresados por la pareja o reportados por la usuaria.
- d) Negación o minimización de la agresión por parte de la pareja o la usuaria.
- e) Sentimientos de culpa por la agresión recibida.

## 3. Historia clínica

El personal médico que atiende a la mujer, debe realizar una historia clínica completa en un ambiente de privacidad, confidencialidad y seguridad; orientada especialmente a establecer la gravedad de las lesiones y si dentro de éstas hay algunas que comprometen la vida de la usuaria.

Para detectar casos de mujeres que enfrentan diferentes tipos de lesiones intencionales, el personal de salud que las atiende, debe aplicar el formulario estandarizado para el "tamizaje para detectar violencia en embarazadas" al momento de la inscripción y en cualquier control cuando se sospeche violencia, así mismo aplicar el formulario "tamizaje para detectar violencia en mujeres" de cualquier grupo de edad en la que se detecten signos de estar enfrentando una situación de violencia.

De igual manera debe indagar sobre el origen las lesiones, preguntando respecto a:

- a) ¿Cuándo, dónde, en qué circunstancias y desde cuándo ocurre el maltrato físico?
- b) ¿Con qué fue agredida?
- c) ¿Quién fue el agresor y cuál es su relación con ella?
- d) ¿Cuál es la sintomatología derivada de la lesión? así como, limitaciones de la actividad física posterior a la lesión.

- e) Valoración del riesgo inminente de muerte para ella, sus hijas, hijos o familiares.
- f) Motivo de la agresión.

#### **4. Examen físico**

El personal médico que atiende a estas mujeres, debe dar especial énfasis a la búsqueda y al detalle minucioso de todas las lesiones, siendo las más comunes:

- a) Contusiones, equimosis, abrasiones, laceraciones menores, fracturas, esguinces.
- b) Lesiones en la cabeza, cuello, tórax, senos y abdomen.
- c) Lesiones en múltiples sitios y en diferente estadio de recuperación,
- d) Lesiones recurrentes o crónicas.
- e) Cicatrices.
- f) Marcas de mordeduras o quemaduras.
- g) Heridas con armas contundentes, cortantes, punzantes o de fuego.

Es frecuente encontrar varias lesiones en diferentes estadios de curación las cuales deben consignarse en el expediente.

Pueden haber de igual manera signos y síntomas de problemas ginecológicos como:

- a) ITS o infecciones del tracto urinario recurrentes.
- b) Dolor pélvico crónico.
- c) Amenazas de aborto o abortos, amenazas de partos prematuros.
- d) Dolor inexplicable en el área genital o en senos.

El personal médico debe indicar los exámenes de laboratorio y de gabinete pertinentes, según los signos y síntomas de las lesiones que presente la usuaria.

#### **5. Exámenes de laboratorio y gabinete**

Según hallazgos y criterio clínico el personal médico debe indicar y registrar en el expediente clínico electrónico o soporte papel los siguientes exámenes:

- a) Radiografías especialmente de cráneo, huesos largos y tórax.
- b) Pruebas de coagulación para poder hacer el diagnóstico diferencial con otros problemas (en caso de equimosis no explicadas).
- c) Hemograma, heces y orina.
- d) Debe individualizar cada caso para indicar los exámenes necesarios para completar su estudio, y así poder indicar alguno de los siguientes exámenes de gabinete:
  - ✓ Ultrasonografía abdominal si se sospecha trauma cerrado de abdomen.
  - ✓ Tomografía axial computarizada o resonancia magnética, según el caso.

#### **6. Tratamiento**

El personal de salud que atienden estos casos, debe asegurar los siguientes aspectos:

- a) Establecer una relación de empatía con la paciente.
- b) Manejo médico de las lesiones.
- c) Soporte emocional y psicológico.
- d) Consejería respecto a la problemática de la violencia.
- e) Referencia al hospital, si la condición de salud de la mujer lo amerita.
- f) Coordinación con otras instituciones de apoyo a la mujer que podrían ayudarla como: ISDEMU, Centros especializados de atención, grupos de autoayuda.

Para lograr estos objetivos, el personal que atiende a la mujer que ha sufrido abuso físico debe realizar lo siguiente:

- a) Considerar en cada caso la pertinencia de la presencia del acompañante durante la atención integral
- b) Atender las lesiones que la mujer presente en forma oportuna y eficiente, con especial énfasis en aquellas lesiones que comprometan la vida de la misma, o que podrían dejar posibles secuelas en su salud.

- c) Cuando existan lesiones leves atender de acuerdo al caso y dar aviso a FGR o PNC para el seguimiento legal del caso y garantizar la seguridad del ámbito familiar para la mujer y sus hijos(as), así como, dictar las medidas de protección para los mismos.
- d) En caso de existir lesiones de moderadas a graves previa estabilización, la Unidad de Salud debe referir al hospital y dar aviso a FGR o PNC. Si el Nivel Local no da el aviso a la instancia legal por razones de seguridad, se debe registrar en el módulo de RRI para enterar al personal del nivel hospitalario que brindará la atención y notifique el caso.
- e) El establecimiento de salud que no cuente con el recurso, debe referir para atención psicológica o psiquiátrica de ser necesario a la mujer e hijos(as).
- f) El nivel local debe garantizar el traslado de la mujer referida al hospital.

## **7. Consejería**

Brindar consejería y registrar en el expediente clínico electrónico o soporte papel , según factores de riesgo identificado o necesidades individuales, reforzando los siguientes aspectos:

- a) Explicar en qué consiste la violencia con énfasis en el abuso físico y sus consecuencias, auxiliándose material educativo como el violentómetro.
- b) Destacar la importancia de las relaciones familiares libres de violencia.
- c) Fortalecer en las mujeres afectadas por lesiones intencionales, la importancia de valorar su integridad física y la importancia de ésta para sus hijos.
- d) Identificar el grado de riesgo que corren su vida y la de sus hijos.
- e) Apoyar en la construcción del proyecto de vida.
- f) Orientar sobre desarrollar un plan en el que ella y sus hijos estén seguros en el caso de que decida abandonar al agresor (plan de escape: identificación de redes de apoyo, tener a la mano documentos importantes, preparación de artículos de primera necesidad entre otros).
- g) En casos en que la mujer no cuente con una red de apoyo familiar y necesita de albergue, coordinar con instituciones que cuentan con el mismo, o pueden gestionarlo (FGR, oficinas departamentales de ISDEMU, ODAC/UNIMUJER, Dirección General de Migración y Extranjería, municipalidades).
- h) Informar a la mujer sobre la importancia de hacer la denuncia a FGR o PNC para la protección, de acuerdo a las leyes existentes y como medida para salir del ciclo de la violencia. Haciendo la recomendación de no informar al agresor de la denuncia o de las medidas que tomará para proteger su seguridad.
- i) Dar a conocer que puede ser atendida por organismos gubernamentales y no gubernamentales que cuentan con los recursos para la asistencia psicológica o legal, tales como ISDEMU, CRS, ACNUR, entre otras.

## **8. Atención psicológica**

El personal de psicología tratante debe establecer el manejo terapéutico a seguir en la mujer en situación de abuso físico, así como la referencia con psiquiatría cuando sea requerido, no olvidar la necesidad de la atención psicológica de la familia y el seguimiento, promoviendo en esta fase la incorporación al grupo de autoayuda de mujeres afectadas por violencia.

## **9. Referencia, retorno e interconsulta**

Dependiendo de las lesiones físicas, se debe referir a las mujeres afectadas, al establecimiento de salud de mayor complejidad. Es de suma importancia coordinar actividades con otras organizaciones que trabajan en la temática de lesiones intencionales, para que en los casos en los que el ambiente familiar o comunitario sea muy peligroso, estos organismos puedan gestionar o brindar albergue temporal y dar asistencia psicológica individual o grupal.

El retorno al Primer Nivel de Atención depende de la condición de salud de la usuaria. Para el retorno, la unidad de salud debe dar seguimiento y coordinar acciones con otras instituciones locales, que pueden proveer atención complementaria.

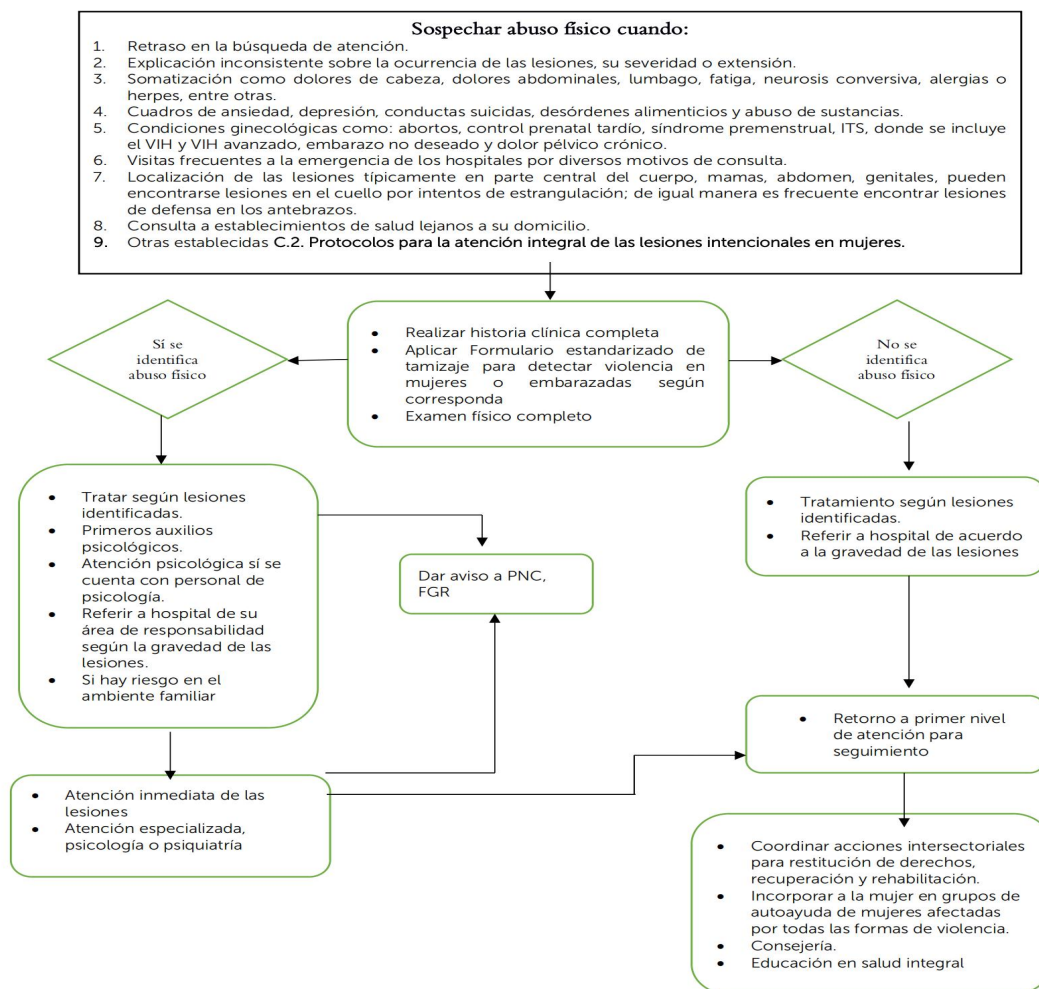
### 10. Aviso

El personal de salud debe dar aviso a la FGR o PNC de todo caso de mujer afectada por abuso físico, lo cual debe registrarse en el expediente clínico electrónico o soporte papel de la paciente, detallando la fecha, hora y de ser posible nombre de la persona que recibe la notificación.

### 11. Seguimiento

El personal multidisciplinario de salud debe realizar exámenes de laboratorio de control, cumplimiento de atención médica general, especializada y psicológica subsecuente y otros tratamientos indicados de acuerdo al caso.

## Vía clínica 8. Atención de mujeres afectadas por abuso físico



Fuente: Ministerio de Salud, El Salvador 2025.

## C.2.2. Protocolo para el abordaje de mujeres afectadas por abuso psicológico.

### 1. Generalidades

#### Abuso psicológico

Es toda conducta directa o indirecta que ocasione daño emocional, disminuya el autoestima, perjudique o perturbe el sano desarrollo de la mujer; ya sea esta conducta verbal o no verbal, que produzca en la mujer desvalorización o sufrimiento, mediante amenaza, exigencia de obediencia o sumisión, coerción, culpabilización o limitación de su ámbito de libertad, y de cualquier alteración en su salud que se desencadene en la distorsión del concepto de sí misma, del valor como persona, de la visión del mundo o de las propias capacidades afectivas, ejercidas en cualquier tipo de relación.

Esto puede producirse además mediante intimidación, manipulación, humillaciones, acusaciones falsas, vigilancia, persecución o aislamiento, así como maltrato verbal en forma repetida, acoso, reclusión y privación de los recursos físicos, financieros y personales, enviar mensajes, gestos o manifestar actitudes de rechazo, incluye además la violencia obstétrica sufrida por la mujer, en el ámbito institucional durante la atención en su período reproductivo: embarazo, parto y puerperio.

El abuso emocional, puede ser el origen de alteraciones en la salud de la mujer, que se manifiesta en la presencia de diversos trastornos psicósomáticos (cefaleas, lumbagos, gastritis, colitis, entre otros), psicopatológicos (Síndrome de Estocolmo, síndrome de estrés post trauma, trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, entre otros).

La violencia psicológica y emocional se manifiesta como:

- a) **Violencia verbal:** es el uso de la palabra para hacer sentir a una persona que no hace nada bien, se le ridiculiza, insulta, humilla y amenaza en la intimidad o en público.
- b) **Violencia no verbal** es aquella que se manifiesta en actitudes corporales de agresión tales como: miradas de desprecio, muestras de rechazo, indiferencia, silencios y gestos insultantes para descalificar a la persona, la falta de demostración de afecto hacia la pareja o a sus hijos e hijas.

El personal de salud que atiende a las mujeres afectadas por maltrato psicológico debe evitar:

- a) Actitudes de discriminación hacia la mujer que consulta por abuso psicológico.
- b) Restar importancia al relato de la mujer sobre la situación que enfrenta.
- c) No creerle a la mujer que el maltrato ocurrió, porque la persona agresora se encuentra presente o es una persona muy amable y aparentemente se encuentra muy preocupado por la salud de la mujer o por las condiciones socioculturales de la misma.
- d) Manifestar frustración, molestia o enojo si la mujer no colabora.
- e) Limitarse a la atención de las lesiones físicas y diagnóstico clínico.
- f) Excluir del diagnóstico el abuso psicológico y no registrarlo como parte de la referencia de las pacientes a los servicios de apoyo.
- g) Minimizar la afectación del abuso psicológico y suponer que este es natural en la mujer por sus condiciones socioculturales: nivel educativo, pobreza, bajo nivel social.
- h) La contratransferencia de los sentimientos al escuchar a una mujer que describe su experiencia.
- i) Hacer comentarios, gesticulaciones, emitir juicios de valor propios o actitudes prejuiciosas que culpabilizan a la mujer agredida.
- j) Omitir el dar aviso a las instancias correspondientes por temor a involucrarse en problemas legales, sociales o porque la mujer no quiere denunciar.

## **2. Diagnóstico**

El personal de salud debe sospechar la presencia de abuso psicológico en aquellas mujeres detectadas que se encuentran en las situaciones siguientes:

- a) Aislamiento físico o social de la mujer (no se le permite salir, trabajar, estudiar, tener amistades, ni contacto con la familia, no hablar con nadie).
- b) Pérdida consecutiva de citas o controles de salud de ella o sus hijos(as).
- c) Consultas a repetición de enfermedades psicosomáticas.
- d) Mujeres con baja autoestima, sentimientos de culpa, tristeza, agresividad, apatía, desesperanza.
- e) Referencia de celos y posesividad de la pareja o de otras personas sobre la mujer.
- f) Coerción mediante amenazas verbales o no verbales.
- g) Amenazas de daño hacia la mujer o hacia las personas u objetos que ella más ama, privar del apoyo económico.
- h) Degradación y humillación de la mujer en cualquier ámbito incluyendo el institucional y laboral.
- i) Llamar a la mujer con nombres peyorativos, criticarla, insultarla y devaluarla constantemente.
- j) Manipular a los hijos.
- k) Acusarla falsamente, culpándola de todo lo que sucede.
- l) Ignorar, minimizar o ridiculizar sus necesidades.
- m) Mentir, no cumplir las promesas, destruir su confianza.
- n) Vivir en un entorno familiar machista.

## **3. Historia clínica**

El personal médico que atiende a la mujer debe realizar una historia clínica completa en un ambiente de privacidad, confidencialidad y seguridad; estableciendo una relación de empatía y orientada especialmente a realizar el diagnóstico emocional de la mujer.

Para detectar casos de mujeres que enfrentan abuso psicológico, el personal de salud que las atiende, debe aplicar el formulario estandarizado para el "tamizaje para detectar violencia en embarazadas" al momento de la inscripción y en cualquier control cuando se sospeche violencia, así mismo aplicar el formulario "tamizaje para detectar violencia en mujeres" de cualquier grupo de edad en la que se detecten signos de estar enfrentando una situación de violencia.

## **4 .Examen físico**

Con relación al examen físico de la mujer afectada, el personal de salud debe considerar los siguientes aspectos generales:

- a) El maltrato psicológico se trata de una lesión invisible, que atenta contra la integridad emocional de la víctima, en un proceso continuo y sistemático y con el fin de producir en ella intimidación, desvalorización, sentimientos de culpa o sufrimiento.
- b) El maltrato psicológico puede ser inherente a la violencia física, anteceder a la misma, o bien se puede dar con independencia de estas agresiones, por lo que el personal médico debe realizar examen físico completo en presencia de enfermera u otro profesional de salud, para poder evidenciar todas las posibles lesiones.

## **5. Exámenes de laboratorio y gabinete**

Según hallazgos y criterio clínico el personal médico debe indicar y registrar en expediente clínico electrónico o soporte papel si es requerido la toma de exámenes de laboratorio y gabinete a toda mujer afectada por abuso psicológico. Debe individualizar cada caso para indicar los exámenes necesarios para completar su estudio.

## **6. Tratamiento**

Las mujeres afectadas por abuso psicológico deben recibir psicoterapia o farmacoterapia, de acuerdo al caso.

## **7. Consejería**

Brindar consejería y registrar en el expediente clínico electrónico o soporte papel, según factores de riesgo identificado o necesidades individuales, reforzando los siguientes aspectos:

- a) Explicar en qué consiste la violencia con énfasis en el abuso psicológico y sus consecuencias, auxiliándose material educativo como el violentómetro.
- b) Destacar la importancia de las relaciones familiares libres de violencia.
- c) Fortalecer en las mujeres afectadas por lesiones intencionales, la importancia de valorar su integridad física, emocional y la importancia de ésta para sus hijos.
- d) Identificar el grado de riesgo que corren su vida y la de sus hijos.
- e) Apoyar en la construcción del proyecto de vida.
- f) Informar a la mujer sobre la importancia de hacer la denuncia a FGR o PNC para la protección, de acuerdo a las leyes existentes y como medida para salir del ciclo de la violencia. Haciendo la recomendación de no informar al agresor de la denuncia o de las medidas que tomará para proteger su seguridad.
- g) Dar a conocer que puede ser atendida por organismos gubernamentales y no gubernamentales que cuentan con los recursos para la asistencia psicológica o legal, tales como, ISDEMU, CRS, ACNUR, entre otras.
- h) Informar sobre los derechos que le asisten.
- i) Explicar la existencia de leyes que sanciona la violencia contra la mujer.
- j) Promover en la mujer la incorporación al grupo de autoayuda.

## **8. Atención psicológica**

Si la mujer presenta alteraciones en su estado emocional, el personal de salud capacitado debe priorizar la atención, brindando los primeros auxilios psicológicos, orientada a mejorar la salud emocional, la autoestima y el empoderamiento de la mujer. Si está en crisis, brindar la atención psicológica si se cuenta con el profesional especializado, de lo contrario realizar la referencia de inmediato al establecimiento de salud con capacidad instalada, para atención psicológica o psiquiátrica, además proporcionar atención psicológica a la familia y el seguimiento.

## **9. Referencia, retorno e interconsulta**

El personal de salud debe realizar la referencia oportuna de la mujer afectada por abuso psicológico y de los miembros de la familia que lo necesiten, para atención psicológica y psiquiátrica.

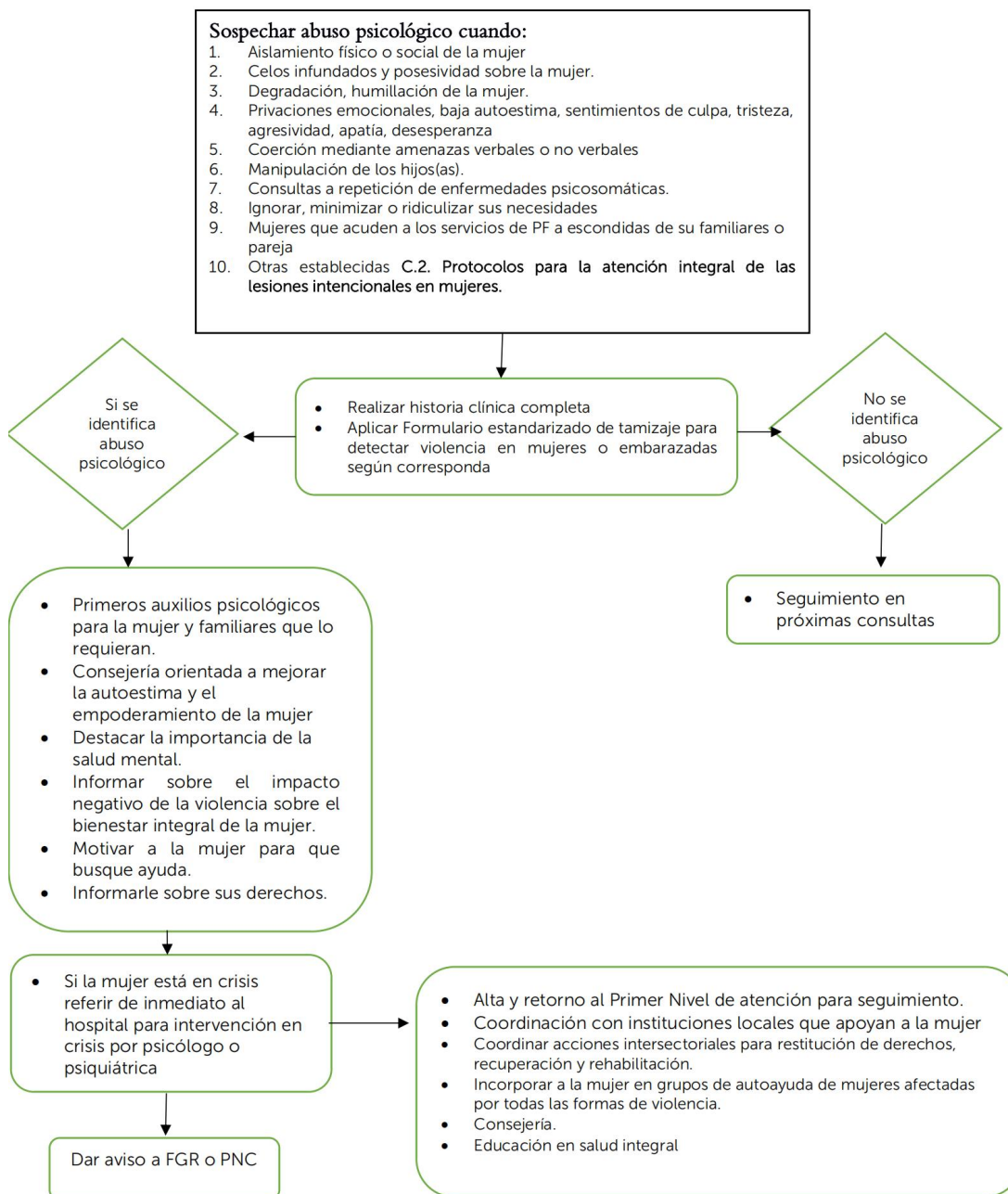
## **10. Aviso**

El personal de salud debe dar aviso a la FGR o PNC de todo caso de mujer afectada por abuso psicológico, lo cual debe registrarse en el expediente clínico electrónico o soporte papel de la paciente según normativa técnica vigente, detallando la fecha, hora y de ser posible nombre de la persona que recibe la notificación.

## 11. Seguimiento

El personal multidisciplinario de salud debe realizar exámenes de laboratorio de control, cumplimiento de atención médica general, especializada y psicológica subsecuente y otros tratamientos indicados de acuerdo al caso.

### Vía clínica 9. Atención de mujeres afectadas por abuso psicológico



Fuente: Ministerio de Salud, El Salvador 2025.

### C.2.3. Protocolo para el abordaje a las mujeres afectadas por abuso sexual

#### 1. Generalidades

##### A) Violencia sexual

Según la *Ley Especial para una Vida Libre para las Mujeres* es toda conducta que amenace o vulnere el derecho de la mujer a decidir voluntariamente su vida sexual, comprendida en ésta, no solo el acto sexual sino toda forma de contacto o acceso sexual, genital o no genital, con independencia de que la persona agresora guarde o no relación conyugal, de pareja, social, laboral, afectiva o de parentesco con la mujer víctima.

La violencia infligida por la pareja ocurre principalmente a partir de la adolescencia y la primera juventud, con mayor frecuencia en el contexto del matrimonio o la cohabitación, y suele incluir el maltrato físico, sexual y psíquico, y los comportamientos dominantes

##### B) Condiciones de vulnerabilidad

Cualquier mujer puede ser victimizada sexualmente, existen algunos factores individuales o grupales que pueden hacerla más susceptible de sufrir violencia sexual, estos son:

- a) Edad entre los 15 y 25 años (violencia sexual por pareja íntima)<sup>2</sup>
- b) Trastornos mentales.
- c) Discapacidad física o mental.
- d) Privación de libertad.
- e) Adicciones.
- f) Antecedentes de violación o abuso sexual.
- g) Mujeres trabajadoras sexuales.
- h) Víctimas de la guerra o conflictos armados.
- i) Vivir en situación de calle o en extrema pobreza
- j) Población clave.
- k) Migrantes
- l) Personas en situación de trata.

##### C) Medidas generales

El profesional médico que atienda a la mujer afectada, debe:

- a) El abordaje de las mujeres afectadas por violencia sexual, debe ser realizado por el personal de salud cumpliendo lo establecido en los presentes protocolos, de preferencia ginecóloga o médica agregada o residente mujer de mayor jerarquía.
- b) Atender en forma inmediata, tratando de reducir el tiempo de espera.
- c) Respetar sus derechos humanos, en un ambiente de privacidad y confidencialidad, manteniendo su ética profesional.
- d) El personal de salud debe establecer una relación de confianza y empatía con la mujer que ha sido agredida.
- e) Si la paciente se encuentra en crisis y es atendida en un establecimiento del Primer Nivel de Atención, se debe proporcionar los primeros auxilios psicológicos y referir al hospital de inmediato para realizar intervención en crisis por psicología, quién debe aplicar el tratamiento apropiado según su evaluación o la referencia con psiquiatra si es necesario.
- f) Informar a la mujer, al responsable o la institución que acompaña sobre los diferentes procedimientos a realizar, incluyendo profilaxis y tratamiento, además orientar sobre el proceso legal.

---

<sup>2</sup> Retomado Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Violencia Sexual. UNFPA. Desde [https://oig.cepal.org/sites/default/files/20184\\_violenciasexual.pdf](https://oig.cepal.org/sites/default/files/20184_violenciasexual.pdf)

- g) En caso de agresión sexual debe iniciar profilaxis para ITS/VIH en las primeras 2 horas hasta 72 horas y anticonceptivos de emergencia a la mayor brevedad y hasta los 5 días posterior a la agresión sexual, según normativa vigente.
- h) Prueba rápida de VIH confirmada positiva: no debe indicarse profilaxis post exposición al VIH, es necesario referir e iniciar lo más pronto posible el tratamiento antirretroviral<sup>3</sup>.
- i) Toda mujer que consulte en un establecimiento del Primer Nivel de Atención por abuso sexual deber ser referida al hospital y dar aviso dentro de las ocho horas siguientes al mismo, a la FGR o PNC para las diligencias respectivas.
- j) Si se identifica conducta suicida ingresar en un establecimiento del Segundo o Tercer Nivel de Atención y en el servicio donde esté ingresada será atendida por el equipo multidisciplinario capacitado en los presentes protocolos.
- k) Informar a la paciente, y registrar en el expediente clínico electrónico o soporte papel, que será necesario el examen de sus órganos genitales y la toma de diferentes muestras de laboratorio; es importante destacar la importancia de esta evaluación y de las pruebas dentro del proceso legal, por un médico forense del IML.
- l) Al dar el alta, dejar control en una semana en la consulta externa del hospital, si se indicó terapia antirretroviral (de preferencia debe atenderla el mismo personal médico que la asistió en el servicio) para verificar los resultados de los exámenes tomados a su ingreso y evaluar el cumplimiento del tratamiento médico y psicológico.
- m) Orientar a la usuaria que también puede continuar con la atención psicológica, social e incorporarse a grupos de autoayuda, en las US y en otras instituciones como ISDEMU, unidad municipal de la mujer y ONG que trabajan en este tema en el área geográfica.
- n) Para el abordaje de mujeres afectadas por violencia sexual en situaciones de emergencia y desastres en albergues, el personal de salud debe aplicar los presentes protocolos. (Anexo 7)

## 2. Diagnóstico

Para realizar el diagnóstico, el personal de salud se debe basar en la historia clínica que proporcione la mujer, en los hallazgos del examen físico y la inspección del área genital que confirmen la historia de violencia sexual y registrarlo en el expediente clínico electrónico o soporte papel.

## 3. Historia clínica

El personal médico que atiende a la mujer agredida, debe realizar una historia clínica completa en el módulo del SIS, Lesiones de Causa Externa, en caso de falla en la conectividad del sistema se debe cumplir con lo establecido el artículo 47 de la Norma técnica para la implementación y funcionamiento del Sistema Integrado de salud, se deben registrar los siguientes datos:

- a) Lugar, fecha y hora en que ocurrió el evento.
- b) Mecanismo de la lesión
- c) Severidad de la lesión
- d) Circunstancias en las que sucedió la agresión sexual, incluyendo el tipo de arma utilizada, el tipo de amenaza y el uso de la fuerza o de drogas.
- e) Actividad que estaba realizando la mujer afectada, al momento de ser agredida sexualmente.
- f) Contexto en que se realizó la violencia sexual.
- g) Establecer si la mujer está embarazada y las semanas de amenorrea.
- h) Consignar en la historia clínica si el agresor es una persona desconocida o conocida y cual su relación con ella.

---

<sup>3</sup> MINSAL Lineamientos Técnicos para la Profilaxis post exposición [disponible en] [https://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientostecnicosparalaprofilaxispostexposicionalvih-Acuerdo-2739\\_v2.pdf](https://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientostecnicosparalaprofilaxispostexposicionalvih-Acuerdo-2739_v2.pdf)

- i) En los antecedentes personales de la mujer agredida debe darse énfasis a sus antecedentes gineco-obstétricos (edad, edad de la menarquia, fecha de última regla, su fórmula obstétrica).
- j) Establecer si tiene vida sexual activa o si la violación fue su primera relación sexual.
- k) Documentar cuando fue su última relación sexual voluntaria.
- l) Uso de algún método de anticoncepción, (incluyendo esterilización quirúrgica) especificar cual método usa y cuando se lo aplicó.
- m) Consignar en el expediente, si hubo penetración oral, vaginal o rectal o combinaciones de estas y si hubo eyaculación y uso de condón si hubo introducción de objetos por vía vaginal o anal.
- n) Especificar si hubo traumatismos y sangrado en alguna parte del cuerpo.
- o) Establecer cuáles fueron las actividades que realizó la víctima luego de la agresión sexual, debe preguntar si se bañó, se lavó los dientes o utilizó enjuagues bucales, si ha usado enemas, si ha defecado, si ha orinado o usado duchas vaginales y si ha tenido relaciones sexuales consentidas posteriores o cercana a la agresión sexual.
- p) Interrogar respecto a antecedentes médicos y alergias a medicamentos.

#### **4. Examen físico**

El personal médico debe tener especial cuidado de no contaminar las posibles evidencias forenses, que pueden encontrarse en el cuerpo de la mujer, por lo que durante éste deben tomarse ciertas precauciones:

- a) En caso de ser posible, debe realizar el examen físico en presencia del personal de enfermería capacitado en estos protocolos.
- b) Las lesiones que pongan en riesgo la vida de la mujer deben identificarse y tratarse de forma inmediata, éstas pueden ser, hemorragias, desgarros, fracturas, traumas cráneo-encefálicos, entre otros. En estos casos la recolección de las evidencias forenses toma un papel secundario y lo prioritario es tratar en forma oportuna las lesiones, tomando en cuenta el procedimiento médico forense que se lleva a cabo tras un asalto sexual (Anexo 8)
- c) Se debe colocar espéculo únicamente cuando se presente sangrado o se sospeche presencia de cuerpo extraño en vagina o recto; de lo contrario debe ser el médico forense quien realice la recolección de las evidencias antes del examen ginecológico. Si se necesita poner un espéculo, no se debe lubricar con gel, se debe usar agua para ello; además recolectar y preservar las diferentes muestras, para evitar que se pierdan.

En el expediente, documentar los siguientes aspectos relevantes al examen físico:

- a) Describir el estado emocional de la mujer agredida.
- b) Cualquier trauma visible, del área genital.
- c) Las mamas, genitales externos, vagina, ano, recto, vejiga urinaria, deben ser examinados cuidadosamente para constatar la presencia o no de lesiones como desgarros, fisuras o laceraciones.
- d) En el área genital se debe constatar la presencia de hematomas, equimosis, así como su coloración, presencia de laceraciones, heridas o abrasiones en himen o genitales externos.
- e) Si se colocó espéculo por las condiciones establecidas anteriormente, describir en forma minuciosa los hallazgos encontrados en el área vaginal.

## 5. Exámenes de laboratorio

En todos los casos de abuso sexual se indicará, realizará y registrará en el expediente clínico electrónico o soporte papel los siguientes exámenes:

- Se tomará muestra sanguínea para establecer la línea de base de antígenos de superficie para la hepatitis B y C, prueba para VIH y serología para sífilis.
- Indicar prueba de embarazo de preferencia hormona gonadotropina coriónica humana (HCG).
- Pruebas de funcionamiento hepático, renal y un hemograma completo, previo al inicio de la profilaxis para VIH.
- Radiografías de las áreas en las que se sospeche fracturas, de acuerdo a las lesiones de la paciente.

Posterior a la evaluación médico forense realizar directo y cultivo de secreción vaginal, rectal o faríngea en busca de ITS, hisopado para frotis fresco (agregar SSN), en busca de tricomonas o de vaginosis bacteriana. Coordinar con médico forense para la toma de muestras y evitar revictimización.

## 6. Tratamiento

El manejo médico de las mujeres víctimas de abuso sexual debe orientarse a las siguientes situaciones:

- Tratamiento de las lesiones físicas con especial énfasis en el área genital, procurando preservar las evidencias forenses.
- Evaluación, prevención o tratamiento de ITS (incluyendo VIH, Sífilis, hepatitis B y C).
- Inmunizaciones contra hepatitis B, Td y VPH de acuerdo con su esquema de vacunación.
- Prevención del embarazo indicando la anticoncepción de emergencia o asistencia a éste, si la mujer está embarazada.
- Asegurar la atención psicológica y si lo amerita, atención psiquiátrica.

### 6.1 Atención de lesiones

El manejo inicial debe orientarse a los traumatismos resultantes de la agresión, como fracturas, lesiones de tejidos blandos, desgarros, laceraciones o heridas penetrantes.

### 6.2 Profilaxis de ITS

La profilaxis para ITS debe de aplicarse a todas aquellas mujeres que consultan en un período menor o igual a setenta y dos horas, desde el momento de la agresión sexual.

La profilaxis de las ITS debe incluir medicamentos para *Neisseria gonorrhoeae*, *Clamidia*, *Tricomonas*, vaginosis bacteriana, sífilis, hepatitis B y VIH; así mismo, debe incluir el abastecimiento de condones, hasta el alta, por el manejo de estas infecciones.

**Tabla 12. Profilaxis post exposición para ITS bacterianas en mujeres**

Etiología	Paciente	Medicamento recomendado	Dosis	Medicamento alternativo	Dosis
Gonorrea	Mujer	Ceftriaxona	1 g vía IM. Dosis única.	Monoterapia Cefixima	400 mg VO IM. Dosis única.
		Doxiciclina (Recomendado en manejo sintromico de coinfección con Clamidia)	100 mg VO. C/12 horas por 7-10 días.	Terapia combinada: Cefixima + Azitromicina	400 mg VO. Dosis única + 1 gr VO (dosis única)
Sífilis	Mujer	Penicilina G (benzatinica)*	2.4 millones de UI, IM. En dosis única (1.2)	Doxiciclina	100 mg VO. C/12 horas por 14 días.
				Ceftriaxona	1 g IM ó IV. C/ día

			millones de UI en cada glúteo)		por 10 días.
Clamidia	Mujer	Doxiciclina	100 mg VO. C/12 horas por 7-10 días.	Claritromicina	500 mg VO c/12 horas por 7-14 días.
				Azitromicina	1 g VO dosis única.
Candidiasis vulvovaginal	Mujer	Clotrimazol vaginal 1%	1 aplicador lleno (5 gr) intravaginal cada noche por 7 – 14 noches.	Fluconazol (contraindicado en el embarazo)	150 mg VO. Dosis única.
				Fluconazol (contraindicado en el embarazo)	150 mg VO. Cada semana por 3 semanas en pacientes diabéticos o con inmunosupresión.
Vaginosis bacteriana	Mujer	Metronidazol	500 mg VO, c/12 horas por 7 días.	Metronidazol gel vaginal 0.75%	1 aplicador lleno (5g) intravaginal, una vez al día por 5 días.
Tricomoniasis vaginal	Mujer	Metronidazol	2 gr VO. Dosis única.	Metronidazol	500 mg VO. C/12 horas por 7 días.
Hepatitis B	Mujer	Vacuna para la hepatitis B	Completar esquema, si ya fue iniciado, o 0.5 ml intramuscular en el deltoides o en el glúteo, los días 0,7 y 21 de su consulta.		

**Fuente:** Lineamientos técnicos para el control de las infecciones de transmisión sexual y hepatitis virales, 2024. Adaptado por el equipo técnico para la elaboración de Protocolos para la atención integral en salud a personas afectadas por lesiones intencionales. 2025.

### 6.3 Profilaxis para hepatitis B

- Toda mujer que ha sido agredida sexualmente, debe ser vacunada contra hepatitis B, si no está protegida. La primera dosis antes de transcurrir setenta y dos horas y máximo siete días posterior a la agresión sexual, la segunda al mes y la tercera a los seis meses.
- La vacuna de la hepatitis B, no está contraindicada en el embarazo.
- Se deben tomar antígenos de superficie de la hepatitis B de seguimiento a las seis, doce y veinticuatro semanas.
- Si el antígeno de superficie para hepatitis B es positivo, se debe descontinuar el esquema de vacunación.

### 6.4 Prevención del VPH

Toda mujer hasta los 21 años de edad que ha sido agredida sexualmente, debe ser vacunada contra el VPH, según normativa vigente.

### 6.5 Prevención del tétano

Administrar vacuna contra el tétano según esquema de vacunación vigente.

### 6.6 Profilaxis para VIH

La profilaxis para VIH en los casos de mujeres agredidas sexualmente, debe utilizarse únicamente en los siguientes casos:

- Sospecha de penetración vaginal, anal u oral.
- Debe iniciarse antes de las setenta y dos horas de la agresión sexual, idealmente entre las primeras dos luego de la exposición.
- La profilaxis será administrada en casos de violación sexual repetitiva cuando la última violación sexual ha sido en las últimas setenta y dos horas.

La profilaxis debe utilizarse por un período de treinta días

**Tabla 13. Profilaxis post exposición al VIH por violación sexual a mujeres**

Régimen antirretroviral	Medicamentos	Concentración	Dosis	Duración
<b>Preferencial</b>	Dolutegravir/lamivudina/tenofovir disoproxil fumarato (DLT)	50/300/300 mg	Una tableta vía oral, cada 24 horas	30 días
	Dolutegravir/emtricitabina/tenofovir alafenamida	50/200/25 mg	Una tableta vía oral, cada 24 horas	30 días
<b>Alternativo</b>	Lamivudina/zidovudina (3TC/AZT) + darunavir + ritonavir	150/300/mg + 600 mg + 100 mg	Una tableta 3TC/AZT + Una tableta darunavir + Una tableta ritonavir vía oral, cada 12 horas	30 días
	Emtricitabina/tenofovir disoproxil fumarato (FTC/TDF) + darunavir + ritonavir	200/300 mg + 600 mg + 100 mg	Una tableta FTC/TDF vía oral cada 24 horas + Una tableta darunavir + Una tableta ritonavir vía oral, cada 12 horas	30 días

**Fuente:** Adaptado por el equipo técnico para la elaboración de Protocolos para la atención integral en salud a personas afectadas por lesiones intencionales. 2025.

**Tabla 14. Profilaxis post exposición al VIH por violación sexual a mujeres, en enfermedad renal crónica con TFG abajo de 30ml/min.**

Régimen antirretroviral en ERC	Concentración	Dosis	Duración
Dolutegravir (DTG) + Zidovudina (AZT) + Lamivudina (3TC)	50 mg + 300mg + 150mg	Una tableta dolutegravir + Vía oral, cada 24 Horas + Una tableta AZT Vía oral, cada 12 Horas + Una tableta 3TC vía oral cada 24 horas	30 días

**Fuente:** Lineamientos técnicos para la profilaxis post exposición al VIH. 2023.

Deben tomarse pruebas de funcionamiento hepático, renal y un hemograma completo de base, se deben realizar controles serológicos, tomando pruebas para VIH a las seis y doce semanas, luego a los seis y doce meses posteriores al episodio de la agresión sexual. Se deben informar los beneficios del tratamiento y alertar sobre los efectos secundarios tales como, náuseas, vómito, cefaleas, de ictericia, para la consulta oportuna.

En el caso que la mujer agredida sexualmente consulte posterior a las setenta y dos horas de la agresión o que los resultados de las pruebas de laboratorio para diagnosticar ITS sean reactivos, se debe indicar tratamiento de los problemas de salud encontrados y no se debe indicar profilaxis.

### 6. 7 Profilaxis para la prevención embarazo

Debe prevenirse el embarazo, administrando anticoncepción de emergencia, desde el momento de la agresión hasta cinco días posteriores; para mayor efectividad se debe administrar a la brevedad posible (ver profilaxis de embarazo).

Se debe administrar a todas aquellas mujeres agredidas sexualmente, independientemente de la etapa del ciclo menstrual en la que se encuentre, siempre y cuando no esté utilizando ningún método de planificación familiar (incluida la esterilización quirúrgica). Si la mujer está embarazada no se debe indicar profilaxis.

En general no existe ninguna contraindicación para la aplicación de estos medicamentos, sin embargo, la mayoría de mujeres pueden presentar náuseas y vómitos, que se incrementarán con los tratamientos instaurados para la profilaxis de ITS, por lo que es importante explicarle.

## **6.8 Régimen de anticonceptivos de emergencia**

### **6.8.1 Anticonceptivos orales combinados (Régimen de Yuzpe)**

- a) El régimen recomendado es el uso en 2 dosis, administradas con un intervalo de 12 horas, dentro de los 5 días posteriores (120 horas) a la agresión sexual; cada una de estas dosis debe contener 100 microgramos de etinil-estradiol y 0.5 mg de levonorgestrel.
- b) En el caso de anticonceptivos orales combinados que contienen de 25 a 35 microgramos de etinil-estradiol deben usarse 4 tabletas, seguidas de una segunda dosis de 4 tabletas, 12 horas después. Cuando se deseen usar orales combinados que contengan menos de 25 microgramos de etinil-estradiol deben administrarse un número de pastillas suficientes para proporcionar al menos 100 microgramos de etinil-estradiol en cada dosis.
- c) Progestinas solas Presentación de 750 microgramos de levonorgestrel administrar 2 dosis con un intervalo de 12 horas, dentro de los 5 días posteriores (120 horas) posteriores a una relación sexual, si la presentación de levonorgestrel es de 1.5 mg administrar una sola tableta.

### **6.8.2 Dispositivos intrauterinos de cobre de emergencia (DIU)**

El personal de salud debe realizar las siguientes actividades:

- a) Si la persona víctima se presenta en los primeros cinco días posteriores a la violación (y no ha mantenido relaciones sexuales sin protección previas durante el mismo ciclo menstrual), la colocación de un DIU de cobre es un método anticonceptivo de emergencia efectivo, ya que impide más del 99% de los embarazos que hubieran podido producirse con posterioridad.
- b) Esa opción no debe considerarse como posibilidad si la mujer está embarazada.
- c) Es preciso orientar a las personas víctimas en relación con este método para que puedan tomar una decisión informada
- d) Esa opción es más eficaz como anticonceptivo de emergencia que las píldoras anticonceptivas de emergencia.
- e) Ofrece una protección contra el embarazo a largo plazo y se puede mantener hasta 12 años tras su colocación. La fecundidad queda restablecida inmediatamente una vez que se retira el dispositivo.
- f) El DIU podrá retirarse cuando la mujer tenga su siguiente período o mantenerse para evitar embarazos futuros.
- g) Si se opta por colocar un DIU, deberá administrarse el tratamiento completo para las infecciones de transmisión sexual
- h) Debe ser un profesional con experiencia quien oriente a la paciente y coloque el DIU

### **6.8. 3 Provisión del método y sitio de entrega**

El método será proporcionado por personal de salud debidamente capacitado, y podrá entregarse en los diferentes niveles de atención.

#### **6. 8. 4 Inicio de la anticoncepción de emergencia**

Debe administrarse inmediatamente después de una agresión sexual, dentro de los 5 días posteriores (120 horas) a la agresión sexual, en cualquier etapa del ciclo menstrual.

#### **7. Atención psicológica**

Si la mujer presenta alteraciones en su estado emocional, el personal de salud capacitado debe priorizar la atención, brindando los primeros auxilios psicológicos, orientada a mejorar la salud emocional, la autoestima y el empoderamiento de la mujer. Si está en crisis, brindar la atención psicológica si se cuenta con el profesional especializado, de lo contrario realizar la referencia de inmediato al establecimiento de salud con capacidad instalada, para atención psicológica o psiquiátrica, además proporcionar atención psicológica a la familia y el seguimiento.

En la atención psicológica se debe implementar un plan terapéutico, que contemple los siguientes aspectos:

- a) La atención psicológica debe asumirse como un proceso imprescindible para la reconstrucción del daño emocional recibido, se debe tener claro que el nivel del trauma a veces puede requerir de varios intentos o de llevar un tratamiento sistemático de largo plazo.
- b) Superación del trauma recibido con enfoque en el fortalecimiento de su autoestima y trabajar los sentimientos de culpa con respecto a la agresión recibida, brindando apoyo emocional para enfrenar el proceso legal.
- c) Proporcionar estrategias centradas en las emociones para fortalecer las capacidades de la mujer que le permitan superar condiciones de vulnerabilidad y conseguir su autonomía.
- d) Debe orientarla e informarle de la sintomatología que está presentando, para que no piense que se trata de un desequilibrio mental y que más bien el hecho de hablar es un paso en su proceso terapéutico.
- e) A la mujer agredida y a su grupo familiar, se le deben presentar todas las alternativas posibles de tratamiento, como la continuación del proceso terapéutico a nivel individual o el ingreso a un grupo de autoayuda.
- f) Se debe tratar como persona capaz de tomar sus propias decisiones y respetarlas.
- g) Tener en cuenta que podría requerir de otros servicios de atención social, concientizando de la importancia de continuar su proceso legal. Las alternativas de referencia intersectorial, pueden ser ISDEMU, PGR, centros de atención especializada para la mujer, ONG.

#### **8. Consejería**

Brindar consejería y registrar en el expediente clínico electrónico o soporte papel, según factores de riesgo identificados o necesidades individuales, reforzando los siguientes aspectos:

- a) Importancia de completar el tratamiento médico y psicológico.
- b) Importancia de completar la profilaxis para ITS y VIH, informar sobre los efectos secundarios y enfatizar en la adherencia, así como el control de exámenes de laboratorio.
- c) Anticoncepción de emergencia.
- d) Asistencia a citas médicas y psicológicas.
- e) Informar a la víctima sobre la importancia de hacer la denuncia a FGR o PNC para la protección de acuerdo a las leyes existentes.
- f) Importancia de integrarse al grupo de autoayuda del establecimiento o institución más cercana.
- g) Dar a conocer que puede ser atendida por organismos gubernamentales y no gubernamentales que cuentan con los recursos para complementar el tratamiento.

## **9. Referencia, retorno e interconsulta**

- a) La referencia, retorno e interconsulta debe realizarse de acuerdo a la normativa técnica vigente.
- b) En el caso que la mujer consulte en un establecimiento del primer nivel de atención por abuso sexual, debe referirse inmediatamente al hospital de la red, posterior a la evaluación médica, para completar protocolo post agresión sexual.
- c) Cuando las necesidades en salud del afectado sobrepasen la capacidad de respuesta de un hospital, deberá referir a otro de mayor complejidad.
- d) El retorno se debe realizar para el seguimiento de la atención psicológica o de problemas médicos.

## **10. Aviso**

En el caso que la mujer sea atendida por abuso sexual, el personal de salud del primer nivel de atención debe dar aviso a la PNC para el acompañamiento al hospital. Si la mujer consulta en un hospital, el personal debe dar aviso a FGR para el peritaje. Si la mujer expresa que ya ha iniciado el proceso de denuncia, pero no puede verificarse, ante la duda se debe dar aviso a FGR.

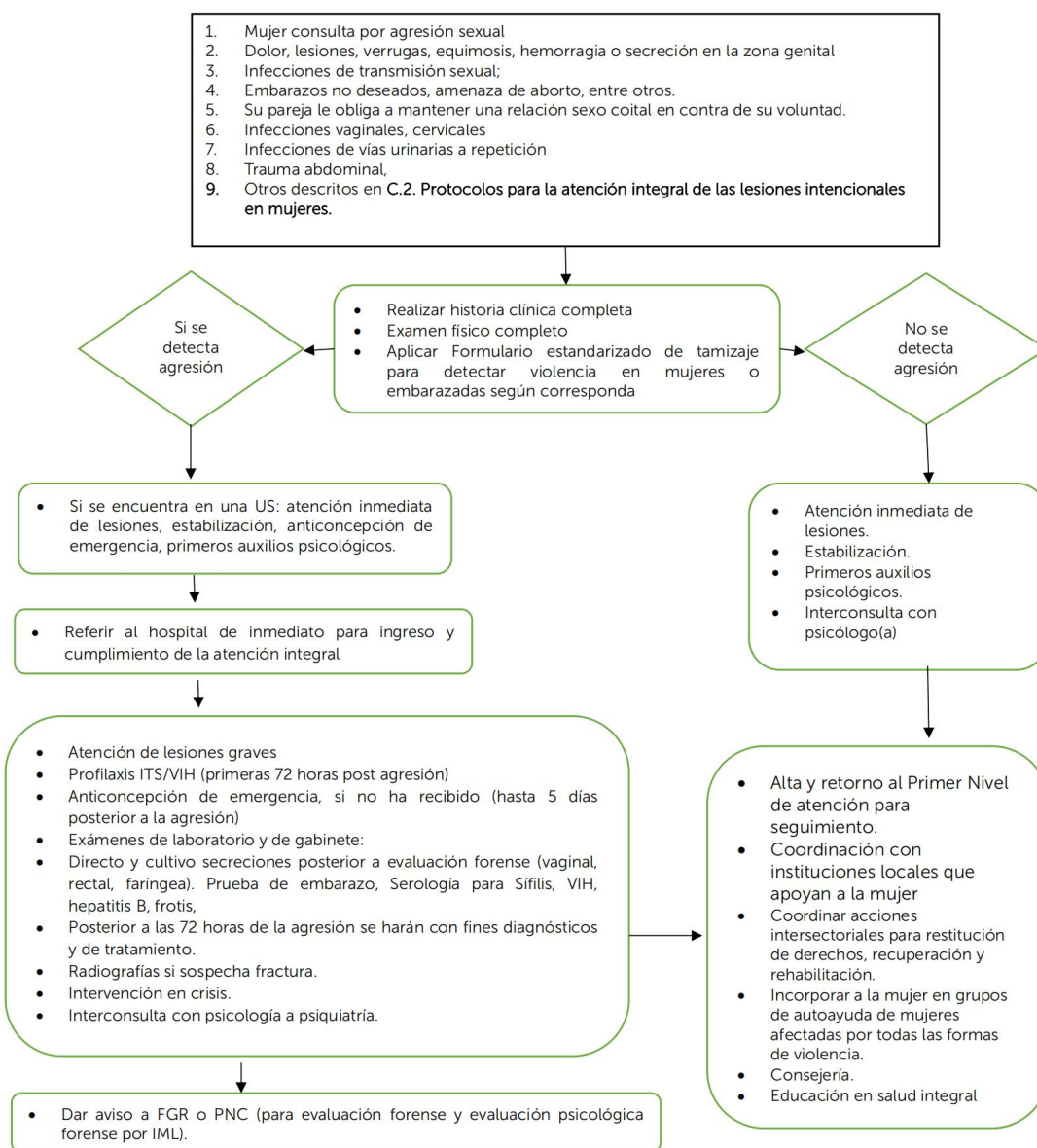
## **12. Seguimiento**

El seguimiento a los casos de violencia sexual debe ir enfocado a verificar el cumplimiento de la atención integral en cuanto a la prevención ITS, adherencia a los antirretrovirales, resultados de exámenes de laboratorio tomados en la primera consulta y los de seguimiento, embarazo, atención psicológica y psiquiátrica. Se debe realizar la toma de la citología cérvico vaginal.

Brindar atención psicológica de seguimiento durante un período no menor de 6 meses en los diferentes niveles de atención, de ser necesario y a solicitud de la paciente debe apoyarse de otras instituciones que cuenten con la oferta de este servicio (anexo 9).

La mujer agredida debe ser atendida por el personal capacitado en VIH, en las primeras veinticuatro a setenta y dos horas, a la semana, a los dos meses y a los seis meses posteriores a la post exposición según normativa vigente.

## Vía clínica 10. Atención de mujeres afectadas por abuso sexual



Fuente: Ministerio de Salud, El Salvador 2025.

### C.3. Protocolo para el abordaje de hombres adultos afectados por violencia en todas sus formas

#### 1. Generalidades

Si bien, la violencia en la pareja, alude principalmente a la violencia contra la mujer, también existen casos, con menor frecuencia, en hombres que son agredidos física, psicológica y sexualmente por sus parejas, la única diferencia es que históricamente el hombre ha sido formado para resistir, no hablar, no expresar sus sentimientos y no llora ha sido invisibilizada, "no existe" o "no se considera como violencia", se minimiza o se ridiculiza, pero en la realidad "existe".

La violencia hacia el hombre es toda forma de violencia expresada o que se ejerce hacia el adulto masculino. En el marco de una pareja se considerará cuando el abuso o maltrato es un patrón de comportamientos en los que la pareja domina, denigra, utiliza tácticas emocionales, físicas, sexuales o intimidantes contra él.

El abordaje de los hombres afectados por la violencia estará a cargo de un equipo multidisciplinario capacitado en la aplicación de los presentes protocolos, así como de la participación de organismos gubernamentales y no gubernamentales que trabajan en la comunidad con el tema de la violencia.

El personal que atienda a los hombres víctimas de violencia debe:

- a) Considerar que también hay hombres víctimas de violencia en todas sus formas, y que no todos son victimarios / agresores.
- b) Tener presente que el hombre también puede y tiene derecho a llorar y demostrar sus sentimientos.
- c) El personal médico además de atender las lesiones físicas, debe tomar en cuenta el abordaje integral, por lo que debe referir los pacientes detectados a los servicios de apoyo.
- d) Evitar minimizar la magnitud de las lesiones.
- e) Dar aviso a las entidades legales correspondientes como se hace con otros grupos de edad.

#### Cuadro 4. Signos y síntomas de lesiones intencionales en hombres

Hombre adulto	
Signos emocionales, psicológicos y sociales	Signos físicos
1. Denigraciones.	1. Heridas.
2. Control de las finanzas.	2. Arañazos.
3. Restringir sus libertades, aislamiento.	3. Equimosis (producto de pellizcones).
4. Irrespeto a sus creencias religiosas (ridiculizar o insultar la religión o creencias espirituales).	4. Mordidas.
5. Manipulación.	5. Fracturas.
6. Negar el contacto con sus hijos/as, se los esconden o arruinan las visitas, evitan relaciones con la familia o amigos.	6. Quemaduras.
7. Actitudes extremas de celos, posesividad o acusación constante de infidelidad sin ningún fundamento.	7. Laceraciones.
8. Culpar a la pareja de sus acciones violentas y justificar dicho comportamiento.	8. Amputación traumática de cualquier miembro u órgano.
9. Forzar o presionar al hombre a tener un tipo de relación sexual que no desea.	9. Señales de estrangulamiento.
10. Participar en actos sexuales en contra de su voluntad.	10. Sangramientos por el ano o por la uretra.
11. Ridiculizar, burlarse o criticar el desempeño sexual del hombre.	11. Infecciones de transmisión sexual y VIH.
12. Privar al hombre de afecto o de relaciones sexuales.	12. Envenenamiento, intoxicación o sedación por drogas u otras sustancias con fines de robo, abuso, soborno.
13. Destrucción de sus bienes y propiedades	
14. Amenazas de golpizas o de muerte.	
15. Acoso u hostigamiento (en redes sociales)	
16. Extorsión y chantajes	
17. Gritos, ofensas, insultos y menosprecio.	
18. Mostrarle sogas o armas con los que piensa agredirle.	
19. Amenazas de dañar a personas a quien ama o a la familia	
20. Impedir ir al trabajo, ir a la escuela, universidad o	

21.	lugares de esparcimiento. Control en el manejo del dinero, salidas, vestuario.	
<b>Otros</b>		
1.	Miedo o pena de contar su situación de violencia con alguien.	
2.	La pareja es sumamente celosa y posesiva. Sus celos son evidentes y enfermizos.	
3.	La pareja con frecuencia recurre al maltrato psicológico y verbal para hacerlo sentir inferior.	
4.	Llamadas telefónicas constantes, cuestionamiento cuando no atienden llamadas telefónicas de inmediato sobre, ¿qué estaba haciendo?, con quien está?, entre otros.	
5.	La pareja siempre tiene el control	
6.	Manipulación sexual como medida de control y castigo.	
7.	Crítica o desaprobación de amistades, compañeros de trabajo y familia.	
8.	La pareja le separa lenta y progresivamente de su entorno social.	
9.	Justificar que los actos posesivos y celos son debidos a amor excesivo.	
10.	La pareja lo culpa de todo lo que va mal en la vida.	
11.	Imposición o engaño en la paternidad	
12.	Matrimonio forzado	

**Fuente.** Oficina de atención a víctimas de todas las formas de violencia. Ministerio de Salud El Salvador, 2024.

**Tabla 15. Formato estandarizado para el tamizaje para detectar violencia en hombres adultos**

Tamizaje para detectar violencia en hombre adulto		Si	No
1	¿Siente temor a su pareja, alguna persona extraña, o alguien de su familia, cuidador/a, amigo/a, maestro/a, compañero/a de estudio o trabajo, vecino/a u otro miembro de su comunidad?		
2	¿Su pareja, algún familiar, cuidador/a, maestro/a, compañero/a, amigo/a, vecino/a u otro miembro de la comunidad, le amenaza, humilla, insulta, hace cosas que no le gustan y que le hacen sentir mal?		
3	¿Su pareja, alguien de su familiar, cuidador/a, maestro/a, compañero/a, amigo/a, vecino/a u otro miembro de la comunidad, le lastiman físicamente con golpes, quemaduras, arañazos, mordidas, pellicozcones, jalones de pelo u oreja, empujones u otros?		
4	¿Su pareja recurre al maltrato verbal y emocional haciéndola sentir inferior, manifestando evidentemente celos enfermizos, le llama por teléfono constantemente y le cuestiona cuando no atiende sus llamadas de inmediato, controla uso internet, le critica o desaprueba frente a familiares, amigos o compañeros de trabajo, se molesta porque se relaciona con familiares o personas de su entorno social?		
5	¿Su pareja se burla, ridiculiza o critica su desempeño sexual, le manipula sexualmente como medida de control y castigo o ha presionado para que tenga un tipo de relación sexual que no desea?		
6	¿Su esposa o pareja le niega el contacto con sus hijos(as), lo(as) esconden o interfiere cuando lo(as) visita, les hablan en mal de su persona con el objeto de alejarlos de usted?		
7	¿Su pareja, o alguien de su familia, amigo(as) maestro/a, trata de controlar tus gastos o su acceso al dinero mediante amenazas o chantaje?		
8	¿Su pareja lo culpa por los problemas de la relación o su comportamiento violento, o le dice que se lo merece?		
9	¿Alguna vez su pareja, algún miembro de su familia, cuidador/a, maestro/a, compañero/a, amigo/a, vecino/a u otro miembro de la comunidad o extraños le han propuesto salir de su casa o del país, ofreciéndole trabajo, dinero, joyas, estudios, viajes, bienes, entre otros, sin pedirle nada a cambio? (Si la persona responde afirmativamente aplicar hoja de tamizaje específico de Trata de Personas).		
10	¿Le prohíben movilizarse libremente a cualquier lugar y hora que usted desee y recibe amenazas?		
11	¿Alguna vez ha deseado morir, ha pensado en quitarse la vida o intentado dañar su cuerpo usted mismo?		

**Fuente:** Anexo 8 de la Norma técnica para la atención integral en salud de personas afectadas por lesiones intencionales.

## 2. Diagnóstico

Detectar la violencia en un hombre adulto no es fácil, por patrones sociales y culturales. El personal de salud puede sospechar que existe violencia si observa alguno de los siguientes hallazgos:

- a) Arañazos.
- b) Golpes en cualquier parte del cuerpo.
- c) Mordidas.
- d) Infecciones de transmisión sexual o VIH
- e) Depresión.
- f) Ansiedad.
- g) Angustia.
- h) Violencia autoinfligida (signos de envenenamiento, ideas o intentos suicidas), entre otros.

Con la finalidad de sondear la posibilidad de estar sufriendo violencia se le puede preguntar:

- a) ¿Alguien le está controlando o acusando?.
- b) ¿Alguien le está amenazando?.
- c) ¿Ha perdido su trabajo?.
- d) ¿Ha perdido contacto con su familia materna, paterna, con sus hijos/as o compañeros de trabajo o amistades?.
- e) ¿Alguien le critica o la humilla frente a sus hijos o frente a otras personas?
- f) ¿Alguien le controla estrictamente sus ingresos?.
- g) ¿Su pareja tiene cambios bruscos de comportamiento y todo lo que usted hace le irrita?.
- h) ¿Le ha golpeado o le golpea con intención?.
- i) ¿Así como es de violenta con usted es lo mismo con sus hijos/as o con otras personas?.

### 2.1 Indicadores de alarma

Sospechar de algún tipo de maltrato o abuso cuando:

### 2.2 Violencia emocional, incluye:

- a. Denigraciones
- b. Control de las finanzas
- c. Restringir sus libertades, aislamiento.
- d. Irrespeto a sus creencias religiosas (ridiculizar o insultar la religión o creencias espirituales).
- e. Manipulación
- f. Negar el contacto con sus hijos/as, se los esconden o arruinan las visitas, evitan relaciones con la familia o amistades.
- g. Actitudes extremas de celos, posesividad o acusación constante de infidelidad sin ningún fundamento.
- h. Lástima de alguna manera a los hijos/as, mascotas, empleadas de servicio.
- i. Culpar a la pareja de sus acciones violentas y justificar dicho comportamiento.

### 2.3 Violencia física

Incluye todo acto capaz de causar dolor o lesión física:

- a) Arañazos.
- b) Heridas.
- c) Pellizcos.
- d) Mordidas.
- e) Puñetazos, golpes con los pies.

- f) Fracturas.
- g) Quemaduras.
- h) Laceraciones.
- i) Castraciones, señales de estrangulamiento.
- j) Sangramientos por el ano o por la uretra.
- k) Infecciones de transmisión sexual o por VIH.
- l) Envenenamiento, intoxicación o sedación por drogas u otras sustancias con fines de robo (delincuencia).

#### **2.4 Violencia sexual incluye:**

- a) Forzar o presionar al hombre a tener un tipo de relación sexual.
- b) Participar en actos sexuales en contra de su voluntad.
- c) Ridiculizar, burlarse o criticar el desempeño sexual del hombre.
- d) Negar sus derechos sexuales.
- e) También incluye las violaciones de las que son víctimas en algunos espacios como las cárceles o en el ámbito comunitario.

#### **2.5 Amenazas o intimidación**

De palabra o por actos que otras personas o la pareja utiliza para amenazar al hombre, ejemplos:

- a) Destrucción de sus bienes y propiedades
- b) Amenazas de golpizas o de muerte.
- c) Acoso u hostigamiento.
- d) Extorsión
- e) Chantajos
- f) Gritos
- g) Mostrarle sogas o armas con los que piensa agredirle.
- h) Mensajes anónimos de amenazas
- i) Amenazas de dañar a personas a quien ama o a la familia
- j) ofensas, insultos, menosprecio.
- k) Impedir ir al trabajo, ir a la escuela, universidad, ir a lugares de esparcimiento.
- l) Control en el manejo de su dinero
- m) Trabajo forzado

#### **2.6 Mecanismos de control**

Cuando el hombre está en una situación de violencia en su relación de pareja:

- a) La pareja es sumamente celosa y posesiva. Sus celos son evidentemente enfermizos.
- b) Con frecuencia recurre al maltrato psicológico y verbal para hacerlo sentir inferior.
- c) Llamadas telefónicas constantes, cuestionamiento cuando no atienden llamadas telefónicas de inmediato sobre, ¿qué estaba haciendo?, con quien está?, entre otros.
- d) La pareja siempre tiene que tener el control
- e) Manipulación sexual como medida de control y castigo.
- f) Crítica o desaprobación de amistades, compañeros de trabajo y familia.
- g) Separación lenta y progresiva de su entorno social.
- h) Justificar que los actos posesivos y celos son debidos a amor excesivo.
- i) Lo culpa de todo lo que va mal en la vida.

### **3. Historia clínica**

Para la elaboración de la historia clínica, deben considerarse todos los aspectos que permitan obtener información detallada, basándose en el algoritmo de atención, hoja de tamizaje y detallar en el expediente clínico electrónico o soporte papel todos los hallazgos encontrados.

La entrevista constituye una parte fundamental de la atención médica, imprescindible para lograr un buen diagnóstico, se debe incentivar al usuario a hablar, escucharlo y lograr la confianza del paciente, además reiterarle que la información, será manejada bajo confidencialidad.

Se debe establecer una relación médico-paciente positiva, tener presente que los datos accesorios que se van obteniendo durante la entrevista son de gran utilidad en la confección de la historia.

De igual manera debe recibir información relacionada con las lesiones preguntando respecto a:

- a) ¿Cuándo, dónde, en qué circunstancias y desde cuándo ocurre el maltrato físico?.
- b) ¿Con qué fue agredido?.
- c) ¿Quién fue el agresor / agresora y cuál es su relación con el / ella?.
- d) ¿Cuál es la sintomatología derivada de la lesión? así como, si hay limitaciones de la actividad física posterior a la lesión.

#### **4. Examen físico**

El personal médico que atiende a este grupo, debe dar especial énfasis a la búsqueda y al detalle minucioso de todas las lesiones, siendo las más comunes:

- a) Contusiones, equimosis, abrasiones, laceraciones menores, fracturas, esguinces.
- b) Lesiones en la cabeza, cuello, tórax y abdomen.
- c) Lesiones en múltiples sitios y en diferente estadio de recuperación,
- d) Lesiones recurrentes o crónicas.
- e) Cicatrices.
- f) Marcas de mordeduras o quemaduras.
- g) Heridas con armas contundentes, cortantes, punzantes o de fuego.
- h) Infecciones de transmisión sexual
- i) Dolor inexplicable en el área genital o anal.

#### **5. Exámenes de laboratorio**

El personal médico debe indicar y registrar en el expediente clínico electrónico o soporte papel los exámenes de laboratorio y de gabinete adecuados, según los signos y síntomas de las lesiones que presente el usuario, tales como rayos X, TAC, entre otros, según la gravedad del caso.

#### **6. Tratamiento**

El personal de salud que atiende estos pacientes, debe asegurar los siguientes aspectos:

- a) Manejo médico de las lesiones.
- b) Soporte emocional y psicológico.
- c) Consejería respecto a los tipos de violencia.
- d) Referencia a otras instituciones que podrían ayudarlo.
- e) Referir al hospital o ingresar al paciente de acuerdo con el grado de severidad de las lesiones.
- f) Atender las lesiones que el hombre presente en forma oportuna y eficiente, con especial énfasis en aquellas lesiones que comprometan la vida de la misma, o que podrían dejar posibles secuelas en su salud.
- g) Dar referencia para atención psicológica al hombre y su grupo familiar.

#### **7. Consejería**

Brindar consejería y registrar en el expediente clínico electrónico o soporte papel, según factores de riesgo identificado o necesidades individuales, reforzando los siguientes aspectos:

- a) Importancia de completar el tratamiento médico y psicológico.

- b) Importancia de completar la profilaxis para ITS y VIH, informar sobre los efectos secundarios y enfatizar en la adherencia, así como el control de exámenes de laboratorio.
- c) Asistencia a citas médicas y psicológicas.
- d) Informar sobre la importancia de hacer la denuncia a FGR o PNC para la protección de acuerdo a las leyes existentes.
- e) Identificación de las redes de apoyo.
- f) Dar a conocer que puede ser atendido por organismos gubernamentales y no gubernamentales que cuentan con los recursos para complementar el tratamiento.

## 8. Prevención de ITS y VIH

Se debe indicar profilaxis para ITS en hombres en los siguientes casos:

- a) Cuando el hombre es atendido en las primeras setenta y dos horas después de ocurrido el abuso sexual.
- b) El personal de salud debe aplicar los mismos medicamentos de profilaxis de ITS, cuando la evaluación clínica o en el resultado del examen directo o cultivo de las secreciones genitales, anales u orales confirme el diagnóstico

**Tabla 16. Profilaxis post exposición para ITS bacterianas en hombres adultos**

Etiología	Paciente	Medicamento recomendado	Dosis	Medicamento alternativo	Dosis
Gonorrea	Hombre adulto	Ceftriaxona	1 g vía IM. Dosis única.	Monoterapia Cefixima	400 mg VO IM. Dosis única.
		Doxiciclina (Recomendado en manejo sintomático de coinfección con Clamidia)	100 mg VO. C/12 horas por 7-10 días.	Terapia combinada: Cefixima + Azitromicina	400 mg VO. Dosis única + 1 gr VO (dosis única)
Sífilis	Hombre adulto	Penicilina G (benzatinica)*	2.4 millones de UI, IM. En dosis única (1.2 millones de UI en cada glúteo)	Doxiciclina	100 mg VO. C/12 horas por 14 días.
				Ceftriaxona	1 g IM o IV. C/ día por 10 días.
Clamidia	Hombre adulto	Doxiciclina	100 mg VO. C/12 horas por 7-10 días.	Claritromicina	500 mg VO c/12 horas por 7-14 días
				Azitromicina	1 g VO dosis única.
Tricomonirosis	Hombre adulto	Metronidazol	2 gr VO dosis única.	Metronidazol	500 mg VO, c/12 horas por 7 días.
Hepatitis B	Hombre adulto	Vacuna para la hepatitis B	Completar esquema, si ya fue iniciado, o 0.5 ml intramuscular en el deltoides o en el glúteo, los días 0,7 y 21 de su consulta.		

**Fuente:** Lineamientos técnicos para el control de las infecciones de transmisión sexual y hepatitis virales, 2024. Adaptado por el equipo técnico para la elaboración de Protocolos para la atención integral en salud a personas afectadas por lesiones intencionales. 2025.

## 9. Profilaxis para hepatitis B

Todo hombre que ha sido agredido sexualmente, debe ser vacunado contra hepatitis B, si no está protegido. La primera dosis se debe administrar antes de transcurrir setenta y dos horas y máximo siete días posterior a la agresión sexual, la segunda al mes y la tercera a los seis meses.

Se debe aplicar 0.5 ml. de vacuna de la hepatitis B vía IM en la región deltoidea o en el glúteo. Se deben tomar antígenos de superficie de la hepatitis B de seguimiento a las 6, 12 y 24 semanas. Si el antígeno de superficie para hepatitis B es positivo, se debe discontinuar el esquema de vacunación.

## 10. Prevención de VIH

Se debe considerar profilaxis para VIH en el hombre, sólo en los casos siguientes:

- Si el paciente se presenta antes de las primeras setenta y dos horas de ocurrido el abuso sexual.
- Si el perpetrador tiene VIH o tiene alto riesgo de tenerlo.
- Si la naturaleza de contacto sexual se estima es de alto riesgo (múltiples perpetradores, contacto oral, anal).

Se debe informar al hombre o familiares que el tratamiento debe administrarse según prescripción médica, durante treinta días, como se describe en las tablas 17 y 18 de los presentes protocolos y deben estar claros de los efectos secundarios de los mismos.

Deben tomarse pruebas de funcionamiento hepático y un hemograma completo de base, deben realizarse controles serológicos tomando pruebas para VIH a las 6 y 12 semanas y a los 6 y 12 meses posteriores, al episodio de la agresión sexual. Se debe informar sobre los beneficios del tratamiento y los efectos secundarios tales como náuseas, vómitos, cefaleas, ictericia, para la consulta oportuna.

El hombre abusado sexualmente debe ser visto en la consulta externa en un período máximo de una semana, para verificar los resultados de los exámenes tomados, si el VIH es positivo suspender el medicamento antirretroviral. Así mismo, debe ser visto en la consulta externa por el médico capacitado en VIH para verificar adherencia, efectos secundarios de los medicamentos antirretrovirales y apoyo psicológico.

En este momento deben indicarse pruebas de funcionamiento hepático (transaminasas, bilirrubinas) y hemograma, por la posibilidad de efectos tóxicos de los antirretrovirales. La profilaxis contra el VIH debe utilizarse por un período de 30 días:

**Tabla 17. Profilaxis post exposición al VIH por violación sexual a hombre adulto**

Régimen antirretroviral	Medicamentos	Concentración	Dosis	Duración
Preferencial	Dolutegravir/lamivudina/tenofovir disoproxil fumarato (DLT)	50/300/300 mg	Una tableta vía oral, cada 24 horas	30 días
	Dolutegravir/ emtricitabina/tenofovir alafenamida	50/200/25 mg	Una tableta vía oral, cada 24 horas	30 días
Alternativo	Lamivudina/zidovudina (3TC/AZT) + darunavir + ritonavir	150/300/mg + 600 mg + 100 mg	Una tableta 3TC/AZT + Una tableta darunavir + Una tableta ritonavir vía oral, cada 12 horas	30 días
	Emtricitabina/tenofovir disoproxil fumarato (FTC/TDF) + darunavir + ritonavir	200/300 mg + 600 mg + 100 mg	Una tableta FTC/TDF vía oral cada 24 horas + Una tableta darunavir + Una tableta ritonavir vía oral, cada 12 horas	30 días

**Fuente:** Adaptado por el equipo técnico para la elaboración de Protocolos para la atención integral en salud a personas afectadas por lesiones intencionales. 2025.

**Tabla 18. Profilaxis post exposición al VIH por violación sexual a hombre adulto, en enfermedad renal crónica con TFG abajo de 30ml/min**

Régimen antirretroviral en ERC	Concentración	Dosis	Duración
Dolutegravir (DTG) + Zidovudina (AZT) + Lamivudina (3TC)	50 mg + 300mg + 150mg	Una tableta dolutegravir + Vía oral, cada 24 Horas + Una tableta AZT Vía oral, cada 12 Horas + Una tableta 3TC vía oral cada 24 horas	<b>30 días</b>

**Fuente:** Lineamientos técnicos para la profilaxis post exposición al VIH. 2023.

## 9. Atención psicológica

Se debe realizar la referencia para atención psicológica o psiquiátrica según la condición del paciente, procurando la atención psicológica de la familia.

El profesional de salud mental debe sospechar algún tipo de violencia contra el hombre y debe estar atento a algunas señales:

- Miedo o pena de contar su situación de violencia con alguien.
- Ansiedad.
- Desasosiego permanente.
- Depresión y descontrol emocional.
- Deterioro de la autoestima.
- Dificultades para establecer relaciones interpersonales duraderas.
- Disminución de sus posibilidades intelectuales, de trabajo e incapacidad para asumir los cambios de vida de manera apropiada.
- Pérdida de deseos e interés, adinamia.
- Humillación.
- Temeroso de haber fracasado como compañero sexual.
- Confundido porque a veces se muestra cariñosa y amable con él.
- Cree que se merece el maltrato.
- Sensación de soledad.

La reacción de la mayoría de los hombres, ante la violencia es callar, no hablar de la situación con nadie, ni con el familiar más cercano, ni persona de confianza, aceptan con resignación o huyen momentáneamente de la situación, esto debido a los siguientes aspectos:

- Considerar que no tiene derechos.
- Temor a que no le crean.
- Temor a la humillación y al ridículo debido a que sus lesiones fueron causadas por su pareja.
- Miedo a perder la vida.
- Temor el rechazo de su familia materna o paterna.
- Temor a ser considerados poco hombre.
- Temor a las venganzas.
- Temor a ser encarcelados.
- El temor a sentirse ridiculizados por sus amistades, compañeros de trabajo o simplemente por retraimiento ante sus semejantes. temor a ser destruidos económicamente como consecuencia de la separación de su pareja.

## 11. Referencia, retorno e interconsulta

La referencia, retorno e interconsulta debe realizarse de acuerdo a la normativa técnica vigente. Dependiendo del estado de salud y de las afectaciones físicas y psicológicas observadas, o si hay riesgo en el ambiente familiar, se debe referir al establecimiento de salud de mayor complejidad. Para el retorno la unidad de salud debe dar seguimiento, además de coordinar acciones con otras instituciones locales para complementar la atención (Asistencia legal, psicológica individual o grupal e inclusive si el entorno familiar o comunitario se vuelve peligroso, se debe considerar brindar albergue temporal).

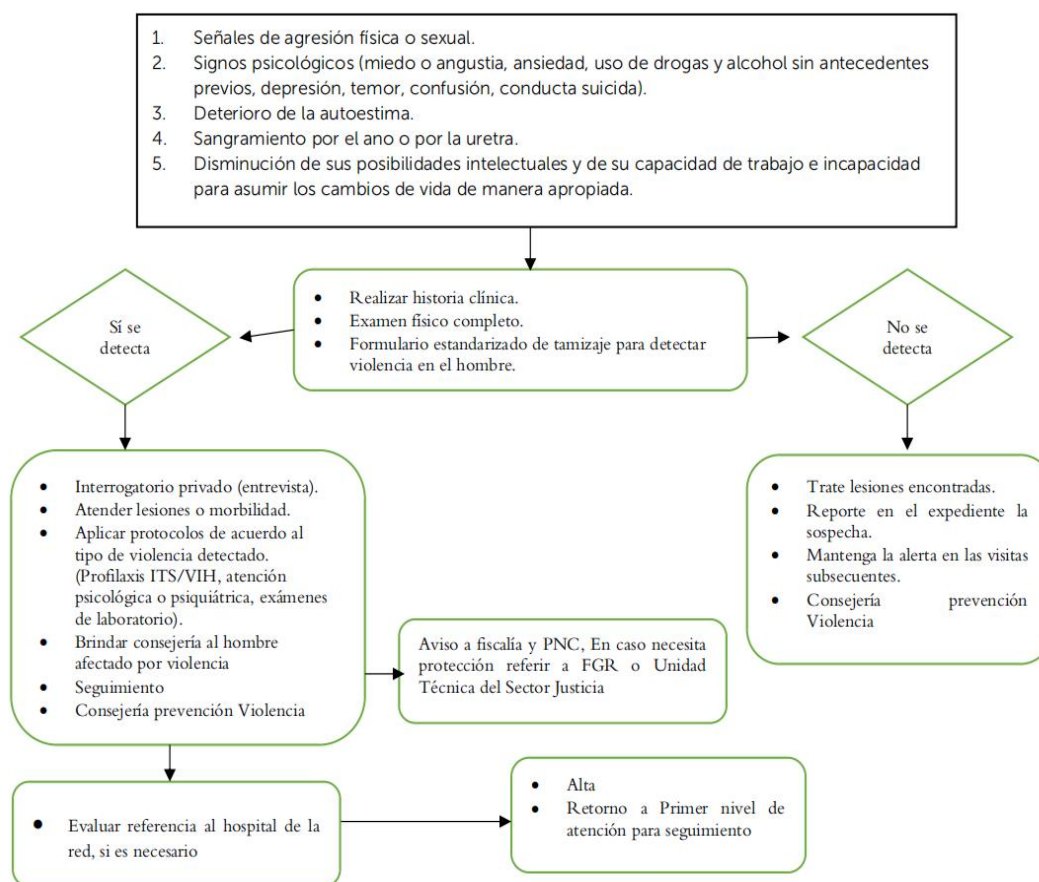
## 12. Aviso

Ante la identificación o sospecha de un hombre adulto en situación de violencia en cualquiera de sus formas, el personal de salud debe dar aviso a la PNC, FGR.

## 13. Seguimiento

El personal multidisciplinario de salud debe realizar exámenes de laboratorio de control, cumplimiento de atención médica general, especializada y psicológica subsecuente y otros tratamientos indicados de acuerdo al caso.

### Vía clínica 11. Atención de hombre adulto afectadas por lesiones intencionales



Fuente: Ministerio de Salud, El Salvador 2025.

## C.4. Protocolo para el abordaje de las personas adultas mayores víctimas de abuso o maltrato, negligencia y abandono

### 1. Generalidades

El abuso o maltrato se define como cualquier acción, serie de acciones, o la falta de acción apropiada, que produce daño físico o psicológico, este último incluye las agresiones emocionales o verbales, y que ocurre dentro de una relación de confianza o dependencia.

El abuso a las personas adultas mayores puede ser parte del ciclo de la violencia intrafamiliar, por parte de cuidadores o ser el resultado de maltrato infligido por falta de preparación y deshumanización de los sistemas de prestaciones sociales y sanitarios.

Una persona adulta mayor víctima de maltrato puede ser afectada por más de una forma de maltrato de manera simultánea o sucesiva y de diversas formas, físico, psicológico, abuso sexual, patrimonial y también negligencia o abandono, y se presenta en distintos contextos, ya sea en el ámbito familiar, en las instituciones que prestan asistencia a los adultos mayores y en la sociedad que los discrimina.

- a) Maltrato físico implica el uso de la fuerza física en contra de un adulto mayor que daña su integridad corporal, puede provocar dolor, lesión o discapacidad temporal o permanente y en casos extremos, la muerte. Se manifiesta, entre otros, mediante empujones o sacudidas, bofetadas, puñetes, patadas, golpes con objetos, pellizcos, quemaduras, inmovilización, sujeción mecánica o farmacológicas.
- b) Abuso sexual es mantener contacto sexual no consentido y otras formas de agresión sexual con una persona mayor, empleando la fuerza, amenaza o engaño aprovechándose de su deterioro físico o psíquico.
- c) Maltrato psicológico implica acciones que producen angustia, pena, estrés, sentimientos de inseguridad o culpa, baja autoestima o atentan contra la identidad, dignidad y respeto de la autonomía de una persona adulta mayor. Se incluye cualquier otra acción que supone el confinamiento u otra interferencia en la libertad personal de la persona adulta mayor, como negación en la toma de decisiones, encierro, aislamiento social de amigos y familiares.
- d) Abuso patrimonial, se refiere a las acciones, omisiones o conductas que afectan la libre disposición del patrimonio de la persona adulta mayor, incluyéndose los daños a los bienes comunes o propios mediante la transformación, apropiación indebida de sus bienes, destrucción, distracción, daño, pérdida, limitación, retención de objetos, documentos personales, bienes, valores y derechos patrimoniales.
- e) Violencia económica incluye, la explotación de los bienes, el fraude o estafa y el robo de dinero a una persona adulta mayor.
- f) Negligencia es el incumplimiento por deserción o fracaso de las funciones propias del cuidado para satisfacer las necesidades vitales o de las actividades de la vida diaria de una persona adulta mayor (higiene, alimentación, vestuario, administración de medicamentos, cuidados médicos y sanitarios, entre otros).

La negligencia puede ser activa o pasiva:

- a) Negligencia activa, ocurre cuando el cuidador por prejuicio o descuido deja de proveer a la persona adulta mayor los cuidados necesarios para su condición, cuando por sí mismo no es capaz de proveérselos. Es un descuido intencional y deliberado.
- b) Negligencia pasiva, ocurre cuando el cuidador no provee los cuidados necesarios a una persona adulta mayor por una enfermedad, discapacidad, estrés, ignorancia o impericia o falta de recursos. Es un descuido involuntario.
- c) Auto negligencia, se refiere al comportamiento de una persona adulta mayor que amenaza su salud o seguridad. Se manifiesta por negarse a proveer a sí mismo de una adecuada alimentación, vestuario, vivienda, seguridad, higiene personal y medicación.
- d) Abandono, la falta de acción deliberada o no para atender de manera integral las necesidades de una persona mayor que ponga en peligro su vida o su integridad física, psíquica o moral.

**Cuadro 5. Signos y síntomas de lesiones intencionales en personas adultas mayores**

Signos emocionales, psicológicos y sociales		Signos físicos	
1.	Historia de conflictos entre la persona adulta mayor, familiares o cuidadores.	1.	Caídas recurrentes.
2.	Confusión y desorientación.	2.	Historia incongruente.
3.	Cambios en el estado de ánimo.	3.	Hematomas.
4.	Desconfianza.	4.	Fracturas que no tienen causa determinada.
5.	Depresión.	5.	Señales de sujeciones físicas o medicamentosas.
6.	Miedo a los extraños.	6.	Deshidratación
7.	Miedo a su ambiente natural.	7.	Desnutrición.
8.	Baja autoestima.	8.	Lesiones, secreciones o dolor en zona genital.
9.	Búsqueda de atención y afecto.	9.	Alopecia.
10.	Ansiedad.	10.	Úlceras por decúbito.
11.	Trastornos del sueño.	11.	Deterioro de la salud bucal.
12.	Trastornos de la alimentación	12.	Infecciones de transmisión sexual y VIH.
13.	Uso de sustancias psicoactivas sin antecedentes previos.	13.	Agresión sexual.
14.	Cambio de conducta, cuando está presente el posible agresor.		
15.	Lenguaje del cuidador que desvaloriza e infantiliza al adulto mayor.		
16.	Historia de episodios recurrentes en enfermedades similares a pesar de una adecuada educación y apoyo, así como problemas médicos no atendidos.		
17.	Apatía.		
18.	Mala higiene.		
19.	Deterioro progresivo de la salud, sin causa evidente.		
20.	Aislamiento.		
21.	Estrés familiar.		
22.	Descuido en su vestimenta (no adecuada para el clima, sucia o en mal estado)		
Otros			
1.	Prácticas sexuales de alto riesgo.		
2.	Pérdida inexplicable de dinero o pensión.		
3.	Evidencia de apropiación indebida de bienes materiales, retención de documento de identificación tarjetas bancarias del adulto mayor, por parte de la familia o cuidador.		
4.	Preocupación excesiva de la dependencia económica.		
5.	Falta de artículos de uso personal, vestuario que la persona adulta mayor debería ser capaz de comprarse.		
6.	Patrón irregular de gastos.		
7.	Incumplimiento terapéutico (exceso o insuficiente en relación al problema de salud, signos de intoxicación).		
8.	Explotación laboral.		

**Fuente.** Oficina de atención a víctimas de todas las formas de violencia. Ministerio de Salud El Salvador, 2024.

**Tabla 19. Formato estandarizado para el tamizaje para detectar violencia en personas adultas mayores**

Tamizaje para detectar violencia en personas adultas mayores		Si	No
1	¿Algún miembro de su familia, cuidador /a o comunidad le ha insultado y humillado enfrente de otras personas o en privado, diciéndole palabras ofensivas. Por ejemplo, ¿que no es útil o le han hecho sentir mal respecto a sí misma(o)?		
2	¿Algún miembro de su familia, cuidador /a o comunidad le ha intimidado para sustraer dinero, joyas, pensión, escrituras, entre otros?		
3	¿Alguna persona de su familia, cuidador /a o de la comunidad le ha obligado a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad, o ha llegado a hacerle daño físico durante la relación sexual?		

4	¿Algún miembro de su familia o cuidador le ha negado la alimentación, medicamentos o cumplir con las indicaciones médicas para prevenir complicaciones de sus problemas de salud?		
5	¿Algún miembro de su familia o cuidador /a le ha empujado, golpeado, arañado, halado el cabello u otra forma de agresión física?		
6	¿Ha sido obligado(a), a hacer actividades en contra de su voluntad, para beneficio de otras personas?		
7	¿Algún miembro de su familia o cuidador /a le ha dejado solo por largos periodos sin recibir alimentación, medicamentos, cuidados básicos y de salud?		
8	¿Algún miembro de su familia o cuidador se han negado a llevarle a pasar consulta, a retirar sus medicamentos o le han impedido tomárselos o le han robado sus medicamentos?		

*Fuente : Anexo 9 de la Norma técnica para la atención integral en salud de las personas afectadas por lesiones intencionales*

Al momento de realizar la entrevista, la familia, el cuidador, acompañante o representante legal, no le permite a persona adulta mayor expresar su situación de salud.

## 2. Diagnóstico

Los síntomas de abuso y maltrato en personas adultas mayores frágiles, dependientes o independientes, pueden tomar múltiples apariencias y por lo tanto al sospechar abuso o maltrato, el personal médico debe realizar una evaluación sistemática, del paciente por medio de la historia clínica, examen físico y entrevista en privado, utilizando la hoja de tamizaje para detectar violencia de las personas adultas mayores.

## 3. Historia clínica

Para la elaboración de la historia clínica, el personal médico debe explorar y registrar en el expediente clínico electrónico o soporte papel los siguientes signos que hacen sospechar maltrato o abuso:

### 3.1 Maltrato físico y sexual

Al entrevistar y realizar examen físico, existen versiones inconsistentes, improbables o conflictivos con relación a la lesión y se pueden evidenciar lo siguiente:

- a) Caídas recurrentes sin justificación.
- b) Historia incongruente.
- c) Hematomas.
- d) Fracturas múltiples que no tienen causa determinada.
- e) Señales de estar amarrado, atado o golpeado.
- f) Deshidratación
- g) Desnutrición.
- h) Infecciones de transmisión sexual.
- i) Lesiones, secreciones, sangrado o dolor en zona genital.
- j) Alopecia
- k) Úlceras por decúbito

### 3.2 Maltrato psicológico

Historia de conflictos entre la persona adulta mayor, familiares o cuidadores. Entre los hallazgos de conducta en la persona adulta mayor, se pueden encontrar:

- a) Confusión y desorientación.
- b) Desconfianza.
- c) Depresión.

- d) Miedo a los extraños.
- e) Miedo a su ambiente natural.
- f) Baja autoestima.
- g) Ansiedad.
- h) Uso de sustancias psicoactivas sin antecedentes previos.
- i) Se observa comunicación por parte del cuidador que desvaloriza, infantiliza o expresiones de edadismo al adulto mayor.
- j) Otros, mencionados en cuadro de signos y síntomas.

### **3.3 Negligencia y abandono**

Historia de episodios recurrentes de enfermedades similares a pesar de una adecuada educación y apoyo, así como problemas médicos no atendidos. Al hacer la entrevista y evaluación clínica se pueden encontrar:

- a) Apatía.
- b) Depresión.
- c) Mala higiene.
- d) Desnutrición.
- e) Deshidratación.
- f) Úlceras por decúbito.
- g) Deterioro progresivo de la salud, sin causa evidente.
- h) Aislamiento.
- i) Estrés familiar.
- j) Incumplimiento terapéutico (exceso o insuficiente en relación al problema de salud, signos de intoxicación).
- k) Otros, mencionados en cuadro de signos y síntomas.

### **3.4 Violencia económica y patrimonial**

Al hacer la entrevista, el tamizaje y la historia clínica, se puede encontrar que la persona adulta mayor manifiesta:

- a) Apropiación indebida de sus bienes.
- b) Evidencia de que se han tomado bienes materiales.
- c) Preocupación del adulto mayor por su estado económico.
- d) Falta de artículos de uso personal, vestuario que la persona adulta mayor debería ser capaz de comprarse.
- e) Patrón irregular de gastos.
- f) Otros, mencionados en cuadro de signos y síntomas.

## **4. Examen físico**

Con relación al examen físico de las personas adultas mayores afectadas por lesiones intencionales, el personal de salud debe considerar los siguientes aspectos generales:

- a) Caídas recurrentes.
- b) Historia incongruente.
- c) Hematomas.
- d) Fracturas que no tienen causa determinada.
- e) Señales de estar amarrado, atado o golpeado.
- f) Deshidratación.
- g) Desnutrición.
- h) Infecciones de transmisión sexual.
- i) Lesiones, secreciones, sangrado y dolor en zona genital.
- j) Alopecia.
- k) Úlceras por decúbito.
- l) Otros, mencionados en cuadro de signos y síntomas.

## **5. Exámenes de laboratorio y gabinete**

Según hallazgos y criterio clínico el personal médico debe indicar la toma de exámenes de laboratorio y de gabinete de acuerdo a la condición de la persona adulta mayor. Debe individualizar cada caso para indicar los exámenes necesarios para completar su estudio.

## **6. Tratamiento**

Durante la atención integral en salud a una persona adulta mayor, víctima de cualquier tipo de abuso o maltrato, el personal de salud debe realizar las siguientes intervenciones:

- a) Entrevista y aplicación del tamizaje para la detección de violencia, historia clínica, examen físico sistemático por parte del personal médico.
- b) Indicar tratamiento médico según diagnóstico.
- c) Al detectar violencia sexual en mujeres adultas mayores, aplicar las intervenciones detalladas en el **C.2.3 el protocolo de atención en salud integral a la violencia sexual en la mujer**, a excepción de lo referido a la anticoncepción de emergencia.

## **7. Consejería**

Brindar consejería y registro en el expediente clínico electrónico o soporte papel de la persona adulta mayor, a sus familiares y cuidadores según factores de riesgo identificado o necesidades individuales, reforzando los siguientes aspectos:

- a) Importancia de cumplir el tratamiento médico y psicológico.
- b) Importancia de cumplir la profilaxis para ITS y VIH, informar sobre los efectos secundarios y enfatizar en la adherencia, así como el control de exámenes de laboratorio.
- c) Asistencia a citas médicas y psicológicas.
- d) Informar a la víctima sobre la importancia de hacer la denuncia a FGR o PNC para la protección de acuerdo a las leyes existentes.
- e) Dar a conocer que puede ser atendido por organismos gubernamentales y no gubernamentales que cuentan con los recursos para complementar el tratamiento.
- f) Identificación de redes de apoyo.

## **8. Atención psicológica**

El personal de psicología tratante debe establecer el manejo terapéutico a seguir en las personas adultas mayores, así como la referencia con psiquiatría cuando sea requerido.

## **9. Referencia, retorno e interconsulta**

La referencia, retorno e interconsulta debe realizarse de acuerdo a la normativa técnica vigente. Dependiendo del estado de salud y de las afectaciones físicas y psicológicas observadas, o si hay riesgo en el ambiente familiar, se debe referir al establecimiento de salud de mayor complejidad. Para el retorno la unidad de salud debe dar seguimiento, además de coordinar acciones con otras instituciones locales para complementar la atención.

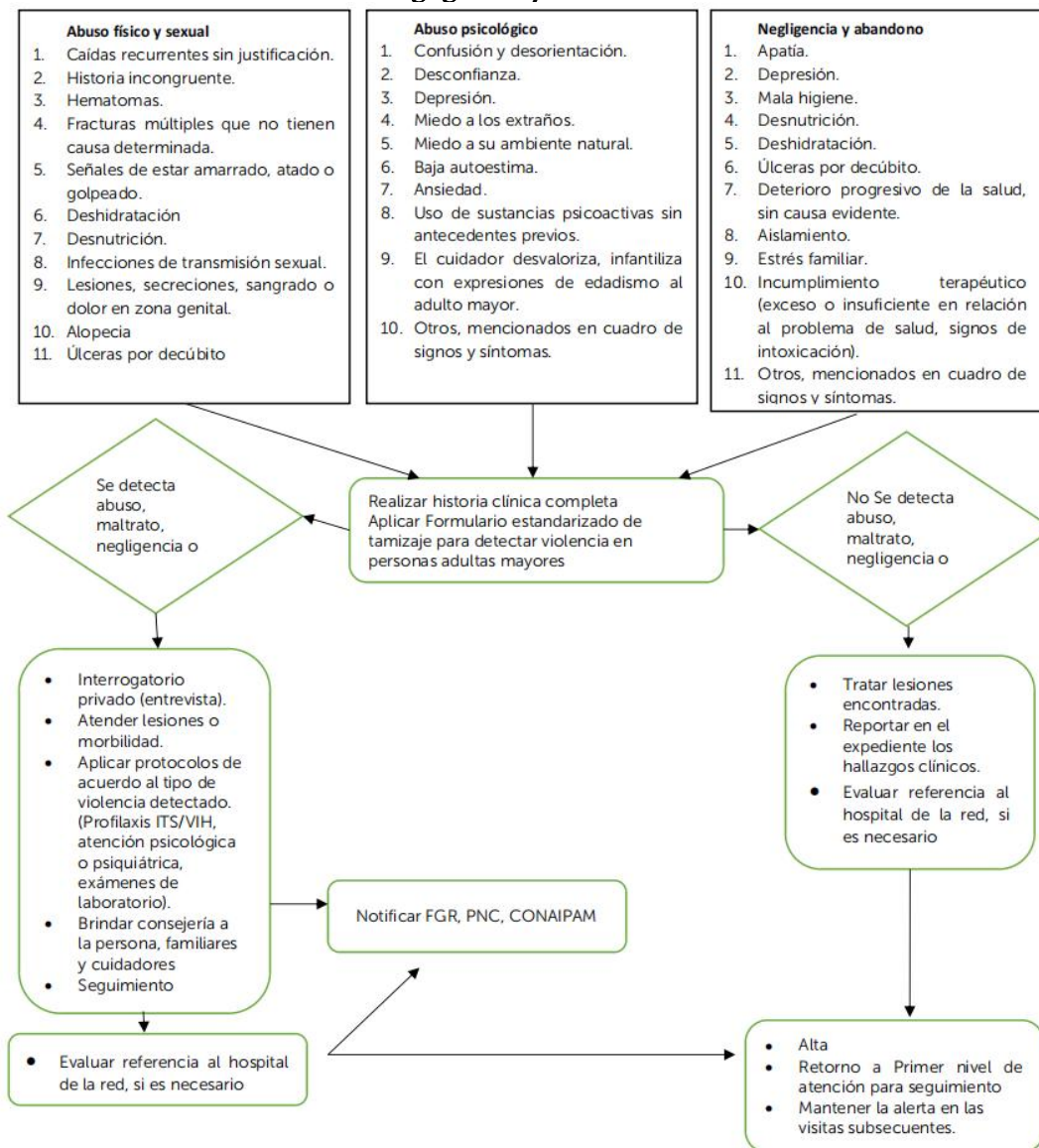
## **10. Aviso**

En caso de identificar persona adulta mayor afectada por negligencia, abandono, abuso, maltrato físico, psicológico o sexual, se debe avisar al CONAIPAM, FGR o PNC y PGR.

## 10. Seguimiento

El personal multidisciplinario de salud debe realizar exámenes de laboratorio de control, cumplimiento de atención médica general, especializada y psicológica subsecuente y otros tratamientos indicados de acuerdo al caso.

### Vía clínica 12. Atención de las personas adultas mayores víctimas de abuso o maltrato, negligencia y abandono



Fuente: Ministerio de Salud, El Salvador, 2025.

## C. 5. Protocolo para el abordaje de las personas víctimas de movilidad interna/ desplazamiento interno forzado

### 1. Generalidades

Se entenderá como "persona o grupos de personas que se ven forzadas u obligadas a huir, abandonar sus hogares o lugares de residencia habitual, en particular como resultado de, o con el fin de evitar, los efectos de situaciones de violencia generalizada, de violaciones de los derechos humanos, de catástrofes naturales o producidas por el ser humano, y que no han cruzado una frontera de Estado internacionalmente reconocida" (ONU, 1998).

El desplazamiento forzado es un fenómeno que vulnera los derechos humanos de las personas, familias y comunidades, atenta contra su salud psicológica, mental y física. Situación que puede generarse por violencia generalizada, conflictos armados o grupos armados al margen de la ley, así como por crimen organizado.

### 2. Diagnóstico

La detección de una persona o grupo familiar en condición de desplazamiento se realiza a través de la identificación de problemas de salud mental derivados del estrés y del trauma que acompaña esta condición. A esto se suma el estrés en el lugar de arribo, por desempleo, discriminación y pérdida de redes. Los problemas más comunes son la depresión y el síndrome de estrés post traumático (SEPT), cuya magnitud depende de factores personales y del entorno. La persona o grupo familiar en primera intención no refiere que se encuentra en condición de desplazamiento sino hasta que se indaga sobre su procedencia y la necesidad de abandonar la vivienda habitual por situación de violencia.

### 3. Historia clínica

El equipo de salud que atiende a las personas víctimas de desplazamiento forzado, debe realizar una historia clínica completa en SIS o soporte papel, en un ambiente de privacidad; orientada especialmente a establecer la existencia de lesiones que comprometen la vida de la persona.

Tomando como base la Hoja de ruta de coordinación interinstitucional para la atención y protección integral de las víctimas de movilidad interna a causa de la violencia, elaborada por el Ministerio de Justicia y Seguridad Pública, se enlistan los perfiles de víctimas considerados para la activación de la hoja de ruta:

- a) Personas amenazadas en su integridad física, psicológica o su libertad, por miembros de grupos delincuenciales organizados.
- b) Personas en riesgo de ser reclutadas u obligadas a colaborar de cualquier forma con estructuras de delincuencia organizada.
- c) Personas que sean víctimas o testigos de algún hecho delictivo, independientemente de si están o no dentro de un proceso de investigación o judicial.
- d) Persona cuyo familiar o grupo familiar, está siendo amenazado o perseguido por un miembro o miembros de delincuencia organizada.
- e) Comunidades—inclusive pueblos indígenas - cuyos integrantes estén siendo amenazados o perseguidos por un miembro o miembros de delincuencia organizada.
- f) Personas que sufran persecución o amenazas por pertenecer a la población clave.
- g) Persona migrante retornada, que, a causa de la violencia, no pueda regresar a su lugar de origen por ser víctima de amenaza, persecución o violencia ya sea física, sexual o psicológica, por cualquier miembro o miembros de delincuencia organizada.
- h) Niñas, niños, adolescentes, hombres y mujeres, que sean víctimas de violencia física, sexual y psicológica por miembros de delincuencia organizada.
- i) Niñas, niños y adolescente que sea obligado a formar parte o colaborar de forma directa e indirecta con cualquier grupo de delincuencia organizada.

- j) Personas que han tenido que movilizarse internamente a raíz de un evento como, desaparición, privación de libertad u homicidio de un familiar o grupo familiar, por la delincuencia organizada.

#### **4. Examen físico**

El personal médico debe dar especial énfasis a la búsqueda y al detalle minucioso de todas las lesiones en cualquier sitio anatómico del cuerpo, dejando evidencia de lo encontrado en el expediente clínico electrónico o soporte papel en SIS o soporte papel.

#### **5. Exámenes de laboratorio y gabinete**

El personal médico debe indicar los exámenes de laboratorio y de gabinete, según los signos y síntomas de las lesiones que presente la persona, dejando evidencia de la interpretación de los resultados en el expediente clínico electrónico o soporte papel en soporte papel o SIS.

#### **6. Tratamiento**

El equipo multidisciplinario que atienden estos casos, debe asegurar las siguientes intervenciones:

- a) Manejo de las lesiones.
- b) Profilaxis o tratamiento para ITS/VIH, en caso de violencia sexual
- c) Soporte emocional, psicológico o psiquiátrico.
- d) Tratamiento de enfermedades agudas y crónicas.
- e) Consejería sobre la problemática de la violencia y desplazamiento forzado.
- f) Referencia a otras instituciones que podrían ayudar o complementar el abordaje integral.
- g) Coordinar con instituciones que cuentan con albergues (PGR, Dirección de Atención a Víctimas del Ministerio de Justicia y Seguridad Pública, organizaciones de mujeres, entre otras) en caso de que la persona o grupo familiar detectado, necesiten protección u organizaciones de la sociedad civil que trabajan el tema.

Para lograr estos objetivos, el equipo multidisciplinario a las personas en condición de desplazamiento forzado, debe realizar lo siguiente:

- a) Referir al hospital o ingresar al paciente, de acuerdo al grado de severidad de las lesiones o enfermedad.
- b) Atender las lesiones que la víctima presenta, en forma oportuna y eficiente, con especial énfasis en aquellas que comprometan la vida de la misma, o que podrían dejar secuelas en su salud.
- c) Referir para atención psicológica o psiquiátrica a la víctima en condición de desplazamiento forzado y su grupo familiar.

#### **7. Consejería**

Brindar consejería y registrar en el expediente clínico electrónico o soporte papel, según factores de riesgo identificado o necesidades individuales, reforzando los siguientes aspectos:

- a) Fortalecer en las víctimas de desplazamiento forzado, el reconocimiento del valor de su integridad física y la importancia de ésta para su familia.
- b) Identificar el grado de riesgo que corre su vida y la de los miembros de su grupo familiar.
- c) Informar a la víctima sobre la importancia de hacer la denuncia ante la Fiscalía General de la República y en su defecto PNC.
- d) Dar a conocer que puede ser atendido por organismos gubernamentales y no gubernamentales que cuentan con los recursos para la asistencia psicológica o legal.
- e) Orientar a la persona sobre la importancia de elaborar un plan de vida y de seguridad para ella y su familia.

## **8. Atención psicológica**

El desplazamiento forzado por ser un evento traumático y extremo conlleva el desajuste en las dinámicas personales y familiares, provocando sintomatologías presentes en trastornos específicos. Son vulneraciones psicosociales ya que afectan la salud mental de las personas víctimas, su interacción y la respuesta con el entorno social. El profesional de salud mental, debe estar atento a algunos síntomas y trastornos:

- a) Miedo o angustia.
- b) Ansiedad.
- c) Depresión.
- d) Temor.
- e) Confusión.
- f) Irritabilidad.
- g) Ataques de ira.
- h) Conductas suicidas.
- i) Dificultades para concentrarse.
- j) Hipervigilancia o respuestas exageradas de sobresalto.
- k) Dificultades para conciliar o mantener el sueño.
- l) Deterioro de la autoestima.
- m) Disminución de sus posibilidades intelectuales y de su capacidad de trabajo e incapacidad para asumir los cambios de vida de manera apropiada.

## **9. Referencia, retorno e interconsulta**

La referencia, retorno e interconsulta debe realizarse de acuerdo a la normativa técnica vigente. Dependiendo del estado de salud y de las afectaciones físicas y psicológicas observadas, o si hay riesgo en el ambiente familiar, se debe referir al establecimiento de salud de mayor complejidad. Para el retorno la unidad de salud debe dar seguimiento, además de coordinar acciones con otras instituciones locales para complementar la atención, tomando en cuenta la seguridad de la persona y familia.

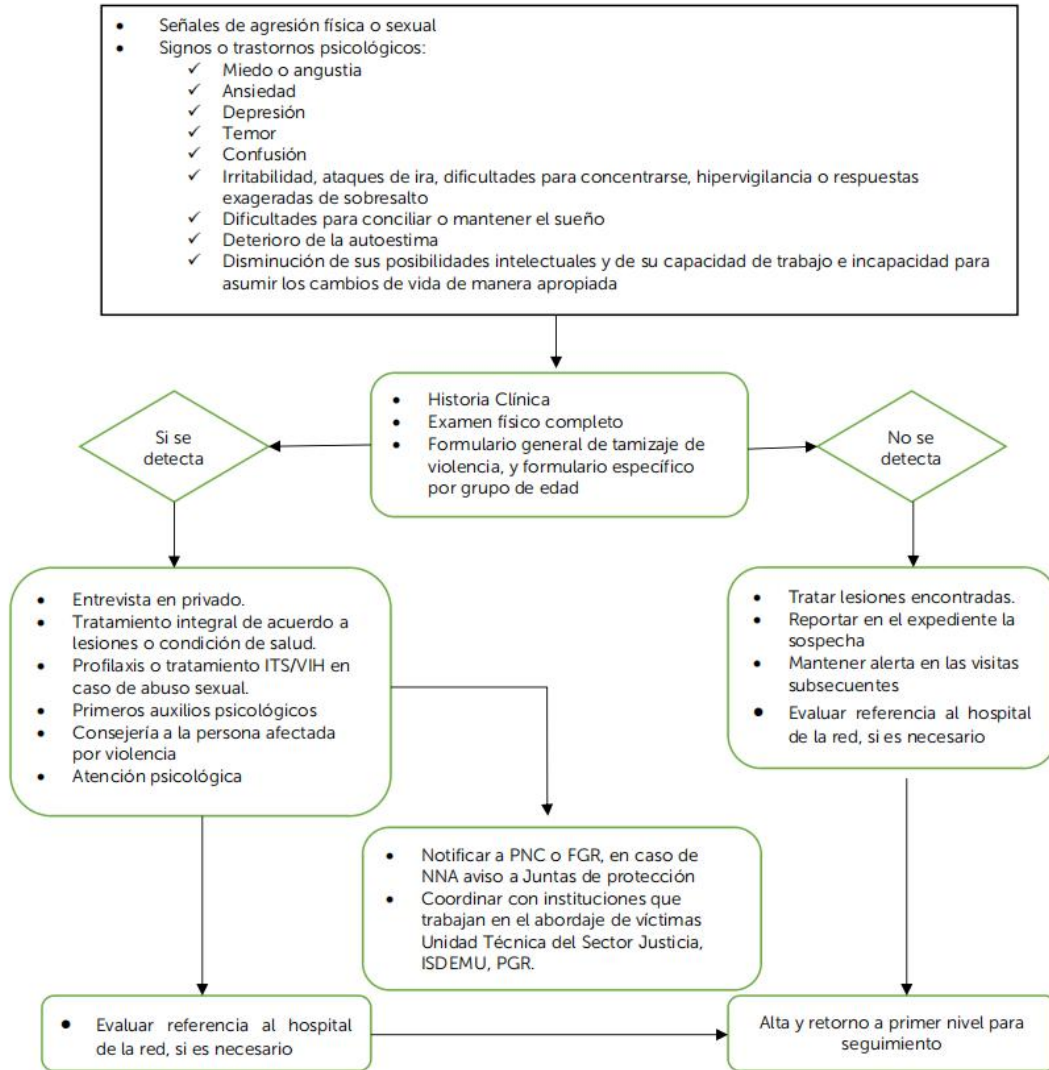
## **10. Aviso**

Ante la identificación de una persona o familia en condición de desplazamiento forzado y en situación de violencia en cualquiera de sus formas, se debe considerar de manera individualizada, la situación de seguridad de la persona o familia afectada y contar con la anuencia de ella, para dar aviso a la FGR o PNC en su defecto, en caso de niñez y adolescencia también se debe notificar a la Junta de Protección correspondiente. (Anexo 5)

## **11. Seguimiento**

El personal multidisciplinario de salud debe realizar exámenes de laboratorio de control, cumplimiento de atención médica general, especializada y psicológica subsecuente y otros tratamientos indicados de acuerdo al caso.

### Vía Clínica 13. Atención a las personas víctimas de movilidad interna/ desplazamiento interno forzado



Fuente: Ministerio de Salud, El Salvador 2025.

## C.6. Protocolo para la atención integral de la población indígena afectada por lesiones intencionales

### 1. Generalidades

El equipo de salud que atiende a las personas de los pueblos indígenas afectadas por lesiones intencionales, debe regirse por lo establecido en los presentes protocolos. La atención de la salud de esta población no difiere de la atención que se da al resto de la población de mujeres y hombres, la historia debe realizarse en un ambiente de privacidad, sin discriminación, respetando principios, valores, conocimientos y saberes de la población indígena, debe estar orientada especialmente a la identificación de lesiones que comprometen la vida de la persona, debiéndose garantizar el derecho a la salud en condiciones de igualdad.

Según la normativa vigente relacionada a la atención de pueblos indígenas, la definición de salud supera la visión estática, se acerca más a la definición de salud de los

pueblos Indígenas, que la reconoce como un proceso dinámico, social y culturalmente determinado, producto de las relaciones establecidas en una sociedad, que se trazan desde el campo individual al social, económico y político, y que se expresan en la buena o mala salud (incluye la enfermedad, pero no limitándose ésta); plantea además que solo las relaciones equitativas y democráticas en la sociedad y con la naturaleza pueden favorecer que el ambiente produzca buena salud.

## **2. Diagnóstico**

Los síntomas de abuso y maltrato en la población indígena, pueden tomar múltiples apariencias y por lo tanto al sospechar abuso o maltrato, el personal médico debe realizar una evaluación sistemática de la persona por medio de la historia clínica, examen físico y entrevista en privado, utilizando la hoja de tamizaje para detectar violencia

## **3. Historia clínica**

El equipo de salud que atiende a las personas de los pueblos indígenas, debe realizar una historia clínica completa en un ambiente de privacidad, sin discriminación, respetando principios, valores, conocimientos y saberes de la población indígena; la historia debe estar orientada especialmente a establecer si hay lesiones que comprometen la vida de la persona.

## **4. Examen físico**

El personal médico que atienda a estas personas, debe dar especial énfasis a la búsqueda y al detalle minucioso de todas las lesiones en cualquier sitio anatómico del cuerpo.

## **5. Exámenes de laboratorio**

El personal médico debe indicar y registrar en el expediente clínico electrónico o soporte papel los exámenes de laboratorio y de gabinete, según los signos y síntomas de las lesiones, así como la gravedad del caso que presente la persona.

## **6. Tratamiento**

Las barreras culturales plantean el reto más complejo, ya que hay poca comprensión de los factores sociales y culturales que derivan del conocimiento, actitudes y prácticas relacionadas con la salud de los pueblos indígenas.

La participación del personal médico y del personal de salud, que atienden a las personas de pueblos indígenas, afectadas por violencia, deben orientarse a asegurar los siguientes aspectos:

- a) Manejo de las lesiones.
- b) Soporte emocional y psicológico.
- c) Consejería respecto a la problemática de violencia.
- d) Referencia a otras instituciones que podrían ayudarlo o complementar el abordaje integral.

Para lograr estos objetivos, el personal que atiende a las personas de pueblos indígenas afectadas por violencia, debe realizar lo siguiente:

- a) Referir al hospital o ingresar al paciente de acuerdo con el grado de severidad de las lesiones.
- b) Atender las lesiones que la víctima presente en forma oportuna y eficiente, con especial énfasis en aquellas lesiones que comprometan la vida de la misma, o que podrían dejar posibles secuelas en su salud.
- c) Dar referencia para atención psicológica a la víctima de violencia y su grupo familiar.
- d) Brindar consejería y registrar en el expediente clínico electrónico o soporte papel, según factores de riesgo identificado o necesidades individuales, reforzando los siguientes aspectos:

- ✓ Destacar la importancia de las relaciones familiares libres de violencia.
- ✓ Fortalecer en las personas de pueblos indígenas, el valor de su integridad física y la importancia de ésta para su familia.
- ✓ Identificar el grado de riesgo que corre su vida y la de las personas de su grupo familiar.
- ✓ Orientar sobre la construcción de un plan de vida.
- ✓ Informar a la víctima sobre la importancia de hacer la denuncia ante la FGR o en su defecto a la PNC.
- ✓ Dar a conocer que puede ser atendido por organismos gubernamentales y no gubernamentales que cuenten con los recursos para la asistencia psicológica o legal.

### **7. Atención psicológica**

Se debe realizar la referencia para atención psicológica o psiquiátrica, según la condición del paciente, tomando en consideración la necesidad de atención psicológica de la familia. El profesional de salud mental debe estar atento a los síntomas o trastornos:

- a) Miedo o angustia.
- b) Ansiedad.
- c) Depresión.
- d) Confusión.
- e) Irritabilidad.
- f) Ataques de ira.
- g) Dificultades para concentrarse.
- h) Dificultades para conciliar o mantener el sueño.
- i) Deterioro de la autoestima.
- j) Disminución de sus posibilidades intelectuales y de su capacidad de trabajo.

### **8. Referencia, retorno e interconsulta**

Dependiendo de las lesiones físicas y psicológicas, se debe referir a las personas de pueblos indígenas afectadas por violencia, al establecimiento de salud de mayor complejidad.

Es de suma importancia coordinar actividades con otras organizaciones que trabajan en la temática de derechos de pueblos indígenas, para que se gestione un albergue temporal, en caso de ser requerido o para la asistencia psicológica individual o grupal.

El retorno al primer nivel de atención, depende de la condición de salud del usuario y la seguridad de las personas y familias.

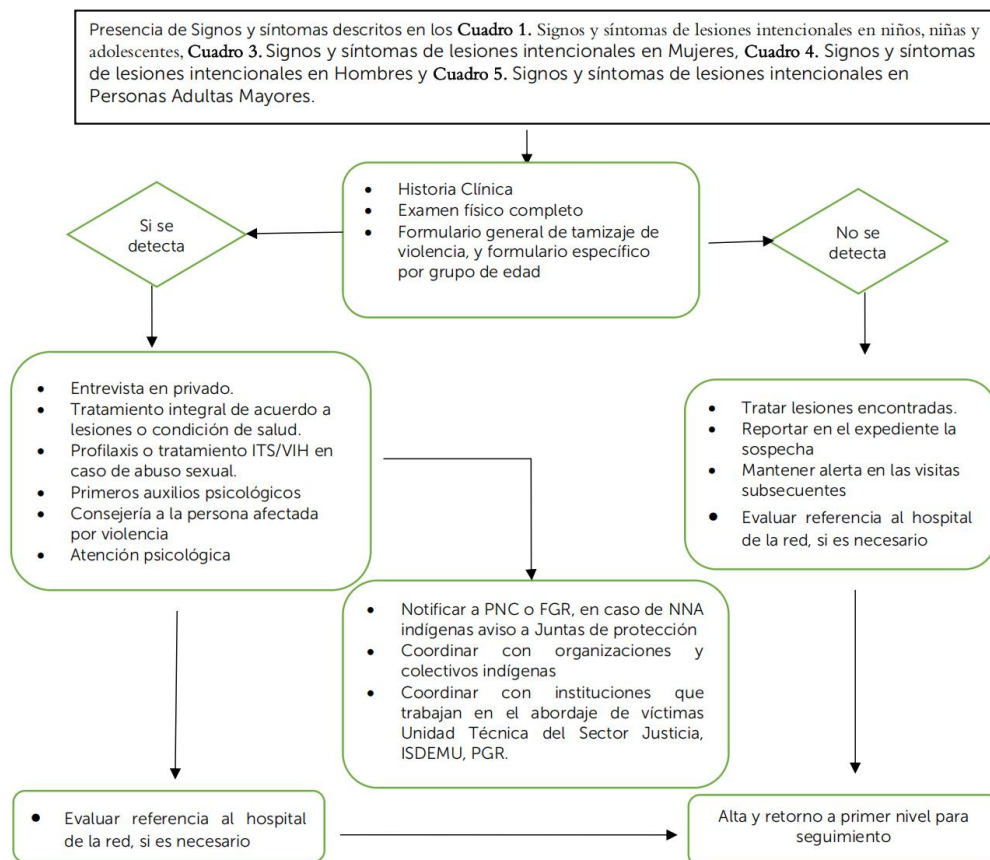
### **9. Aviso**

Ante la identificación o sospecha de una persona de pueblos indígenas afectada por violencia, en cualquiera de sus formas, el personal de salud, debe dar aviso a la FGR y PNC. En caso de niñez y adolescencia también a la junta de protección correspondiente.

### **10. Seguimiento**

El personal multidisciplinario de salud debe realizar exámenes de laboratorio de control, cumplimiento de atención médica general, especializada y psicológica subsecuente y otros tratamientos indicados de acuerdo al caso.

## Vía Clínica 14. Atención integral a la población indígena, afectada por lesiones intencionales



Fuente: Ministerio de Salud, El Salvador, 2025.

### C. 7. Protocolo para el abordaje de las personas afectadas por lesiones autoinfligidas

#### 1. Generalidades

Son aquellas lesiones provocadas por el uso deliberado de fuerza física u otra fuerza contra uno mismo, con la intención de causar daño, lesión o muerte. El auto maltrato incluye actos como la automutilación.

El intento de suicidio es usado para referirse a cualquier comportamiento suicida no fatal y se refiere a autointoxicación intencional, lesión o daño a sí mismo que puede o no tener un desenlace fatal.

#### 2. Clasificación

Lesiones intencionales autoinfligidas: condiciones de comportamiento suicida y las autolesiones. Incluye:

- a) **Comunicación suicida:** acto interpersonal en el que se transmiten pensamientos, deseos o intencionalidad de acabar con la propia vida, para los que existe evidencia implícita o explícita de que este acto de comunicación no supone por sí mismo una conducta suicida. Existen dos tipos de comunicación suicida:
  - ✓ Amenaza suicida. acto verbal o no verbal que podría predecir una posible conducta suicida en el futuro cercano.

- ✓ Plan suicida: propuesta de un método con el cual podría llevar a cabo una conducta autolesiva.
- b) **Intento de suicidio:** un acto no mortal en el que la persona, de forma deliberada, se autolesiona o ingiere medicamentos a dosis superiores de las prescritas. Considera además el deseo de morir, explica el intento de suicidio. Cualquier acto de auto perjuicio infligido con intención autodestructiva, aunque sea vaga o ambigua.
- c) **Lesiones autoinfligidas sin intención suicida:** la autoagresión no suicida es un acto autoinfligido que causa dolor o daño superficial, pero no tiene intenciones de causar la muerte.
- d) **Pensamientos suicidas:** los pensamientos suicidas, o idea suicida, se refieren a pensar o planear un suicidio. Los pensamientos pueden ir desde crear un plan detallado hasta tener una consideración pasajera. No incluye el acto final del suicidio.
- e) **Suicidio o suicidio consumado:** acto autoinfligido para causarse la muerte en forma voluntaria, deliberada, en el que intervienen sucesivamente tres etapas, llamadas en conjunto proceso suicida: el deseo suicida, la idea suicida y el acto suicida en sí. "Todo caso de muerte que resulta directa o indirectamente de un acto positivo o negativo realizado por la víctima y que, según ella sabía, debía producir este resultado".

Las personas y especialmente los adolescentes que tienen intentos suicidas requieren de atención médica inmediata con intervenciones psiquiátricas, psicológicas y psicosociales dependiendo de la existencia de una intención clara de atentar contra su vida, de los factores de riesgo y del soporte emocional con el que cuentan.

Entre los principales factores de riesgo que actúan acumulativamente para aumentar la vulnerabilidad al comportamiento suicida, se encuentran:

**Cuadro 6. Principales factores de riesgo que aumentan la vulnerabilidad al comportamiento suicida**

Factores demográficos o sociales	Factores clínicos	Factores específicos de la edad
1. Desesperanza. 2. Aislamiento social. 3. Acoso escolar. 4. Rezago escolar (Deserción, abandono, bajo rendimiento, extra edad) 5. Familia disfuncional. 6. Estrés laboral o académico. 7. Residir en una zona rural. 8. Pérdida de un ser querido. 9. Ser un hombre joven. 10. Soltería y en especial viudez. 11. Fácil acceso a un arma de fuego. 12. Acceso a fármacos. 13. Tener un plan, hacer notas o comentarios acerca de su propia muerte.	1. Enfermedades psiquiátricas (especialmente depresivas). 2. Trastornos de la personalidad. 3. Autodaño o intentos previos de suicidio. 4. Enfermedades crónicas. 5. Conducta violenta o impulsiva. 6. Antecedentes de familiares con intentos de suicidio. 7. Personalidad ansiosa. 8. Alcoholismo o drogadicción 9. Familiares que presenten problemas con el consumo de alcohol o drogas. 10. Trastorno de conducta, presentar ambivalencia acerca de morir o vivir.	1. Carencia de apoyo familiar. 2. Problemas escolares. 3. Antecedentes de abuso. 4. Embarazo no deseado. 5. Embarazo en adolescentes. 6. Ser víctima de alguna agresión. 7. Incomprensión. 8. Acoso laboral.

Fuente: Ministerio de Salud, 2025.

### **3. Factores precipitantes**

Las situaciones estresantes, pueden contribuir de modo significativo para que la persona cometa el acto suicida. Algunos de estos factores precipitantes pueden ser:

- a) Fracaso académico.
- b) Pérdida de un ser querido.
- c) Perder la seguridad emocional.
- d) Problemas económicos.
- e) Problema social.
- f) Presentar uno o varios de los factores de riesgo.
- g) Ser víctima de abuso sexual, físico o psicológico
- h) Conflicto con la pareja o la familia.
- i) Padecer de un trastorno mental.
- j) Enfermedad física crónica o incurable.
- k) Desempleo.
- l) Embarazo no deseado.
- m) Conducta adictiva.
- n) Problemas legales.
- o) Los contemplados en los lineamientos técnicos para la promoción de la salud mental, prevención, identificación temprana y abordaje de la conducta suicida en la adolescentes y mujeres jóvenes, con énfasis en el embarazo, vigentes.

### **4. Factores de protección**

Los factores de protección son aquellos acontecimientos o condiciones que disminuyen el riesgo de un suicidio, pudiendo ser:

- a) Relaciones familiares armoniosas.
- b) Bienestar emocional.
- c) Ausencia de factores estresantes.
- d) Buenas relaciones sociales.
- e) Presentar satisfacción y logro académico.
- f) Contar con una red de apoyo social.
- g) Experimentar respeto personal.
- h) Buena autoestima.
- i) Tener la habilidad para la resolución de problemas o de afrontamiento.
- j) Pertenecer a un grupo religioso.
- k) Tener personas dependientes.
- l) Ser una persona motivadora.

### **5. Diagnóstico**

Una vez que se tiene la sospecha de una lesión autoinfligida, para realizar el diagnóstico, se describe la naturaleza de la lesión y el sitio anatómico según sea necesario.

### **6. Historia clínica**

En la historia clínica es importante identificar la actitud de las personas ante su bienestar y sus expectativas futuras, se debe plasmar en el SIS o soporte papel.

Las personas afectadas por lesiones autoinfligida, pueden manifestar algunos de los síntomas siguientes:

- a) Cambios en los hábitos alimenticios y de sueño.
- b) Aislamiento de amigos, familiares o de sus actividades regulares.
- c) Acciones violentas, conducta rebelde o fuga del hogar.
- d) Descuido inusual en la apariencia personal.
- e) Cambios marcados de la personalidad.
- f) Aburrimiento persistente.
- g) Quejas frecuentes de síntomas físicos.

- h) Pérdida de interés en actividades agradables.
- i) Intolerancia a los halagos o recompensas.
- j) Quejarse de que es mala persona o que se siente mal.
- k) Mostrar señales de psicosis y cuadros depresivos.

El personal médico explorar con preguntas simples y concretas el grado de riesgo del comportamiento de la persona afectada por lesiones autoinfligidas con las siguientes preguntas:

- a) ¿Alguna vez ha pensado en morir? ¿Cuán frecuente?.
- b) ¿Qué piensa que pasará cuando usted muera?.
- c) ¿Alguna vez ha deseado estar muerto?.
- d) ¿Alguna vez ha pensado que el mundo estaría mejor, si usted estuviera muerto?.
- e) ¿Piensa que la vida de su familia o sus amigos sería más fácil, si usted estuviera muerto?.
- f) ¿Ha pensado como pondría fin a su vida?.
- g) ¿Ha pensado dañarse o quitarse la vida usted mismo?.
- h) ¿Ha intentado quitarse la vida?.

**Una o más respuestas positivas, el profesional debe referir para el abordaje psicológico.**

Perfil de las personas con alto riesgo suicida:

- a) Utilizaron métodos de alta letalidad o tomaron diferentes pasos para evitar ser descubiertos.
- b) Antecedentes de trastornos mentales y del comportamiento.
- c) Intoxicación con sustancias adictivas, como acompañante al intento suicida o con historia de abuso de drogas o sustancias psicoactivas.
- d) Incapacidad para desarrollar una verdadera relación con el médico tratante.
- e) Red social deficiente.

Para completar la historia clínica el personal médico debe referir a psicología para la aplicar escalas establecidas en los lineamientos técnicos para la promoción de la salud mental, prevención, identificación temprana y abordaje de la conducta suicida en la adolescentes y mujeres jóvenes, con énfasis en el embarazo, vigentes.

## **7. Examen físico**

Debe evaluarse y consignarse en expediente clínico electrónico o soporte papel especialmente los siguientes aspectos:

- a) Signos vitales, sobre todo si hay alguna anomalía que requiera una atención inmediata.
- b) Estado de conciencia y orientación.
- c) Documentar cualquier manifestación que sugiera intoxicación.
- d) Búsqueda de cicatrices menores que hacen sospechar autolesiones.
- e) Evidencia de intentos suicidas previos, como cicatrices en las muñecas o cuello, equimosis o quemaduras en diferentes partes del cuerpo.
- f) Evidencias de historia de abuso físico o sexual.
- g) Evidencias de abuso de sustancias como marcas de agujas, sangrado nasal.
- h) Marcas y quemaduras peri-orales.

## **8. Exámenes de laboratorio y gabinete**

Según hallazgos y criterio clínico el personal médico debe indicar la toma exámenes de laboratorio y gabinete a las personas afectadas por lesiones autoinfligidas. Debe individualizar cada caso para indicar los exámenes necesarios para completar su estudio.

## 9. Tratamiento

El equipo multidisciplinario del Primer Nivel de Atención debe realizar el manejo inicial en forma:

- a) Estabilizar la condición del paciente de acuerdo con el mecanismo utilizado para autolesionarse, lo cual debe ser prioritario.
- b) Referir a la emergencia del hospital más cercano.
- c) Posterior al alta realizar el seguimiento de estos casos cumpliendo con las indicaciones establecidas en el retorno enviado por el Segundo o Tercer Nivel de Atención.
- d) Brindar la consejería a familiares.

**"La conducta suicida constituye una emergencia psiquiátrica". La persona con alto riesgo de suicidio debe ser referida a psiquiatría e ingresada.**

El equipo multidisciplinario hospitalario debe realizar las siguientes acciones:

- a) Realizar evaluación y manejo oportuno del caso por el médico de la emergencia, quien gestionara la atención por especialista en psiquiatría.
- b) Gestionar el manejo y tratamiento según cada caso.
- c) Atención de lesiones físicas causadas por el intento suicida.
- d) Desintoxicación o aplicación del antídoto adecuado, según sea el caso.
- e) Proporcionar atención psicológica al paciente y sus familiares.
- f) Dar seguimiento del caso a través de controles periódicos para psicoterapia individual y familiar, grupos de autoayuda para personas sobrevivientes de suicidio.

## 10. Consejería

- a) Brindar consejería y registrar en el expediente clínico electrónico o soporte papel , según factores de riesgo identificados o necesidades individuales, reforzando los siguientes aspectos:
- b) Gravedad del problema.
- c) Importancia de continuar el tratamiento psicológico, psiquiátrico y farmacológico, si es necesario.
- d) Principales signos de alarma, ante los cuales los padres y familiares deben estar pendientes.
- e) Recomendar no dejar solo al paciente, respetando el espacio necesario para su desarrollo social.
- f) Evitar que en el hogar haya armas de fuego, medicamentos o tóxicos que podrían ser letales.
- g) Controlar que la persona no tenga forma de acceder a cualquier objeto que podría utilizar para suicidarse.
- h) Sensibilizar a la familia y al paciente acerca de los graves efectos que el alcohol y las drogas tienen en los intentos suicidas.
- i) Identificar situaciones o relaciones con pareja o familiares que precipitan la violencia autoinfligida.
- j) Fortalecer la comunicación, para un apoyo familiar adecuado.
- k) Identificar otras redes de apoyo.

## 11. Atención psicológica

El profesional de psicología debe aplicar escalas establecidas en los *Lineamientos técnicos para la promoción de la salud mental, prevención, identificación temprana y abordaje de la conducta suicida en la adolescentes y mujeres jóvenes, con énfasis en el embarazo, vigentes.*

Así mismo debe establecer el manejo terapéutico a seguir en las personas afectadas por lesiones autoinfligidas, como la referencia con psiquiatría.

## 12. Referencia, retorno e interconsulta

Dar referencia a un establecimiento de mayor complejidad dependiendo del estado de salud y en los casos de no contar con recurso humano capacitado, equipo o medicamentos esenciales para la atención y el seguimiento.

Se deben solicitar interconsultas con la especialidad que amerite cada caso, en los diferentes niveles de atención o en instituciones locales.

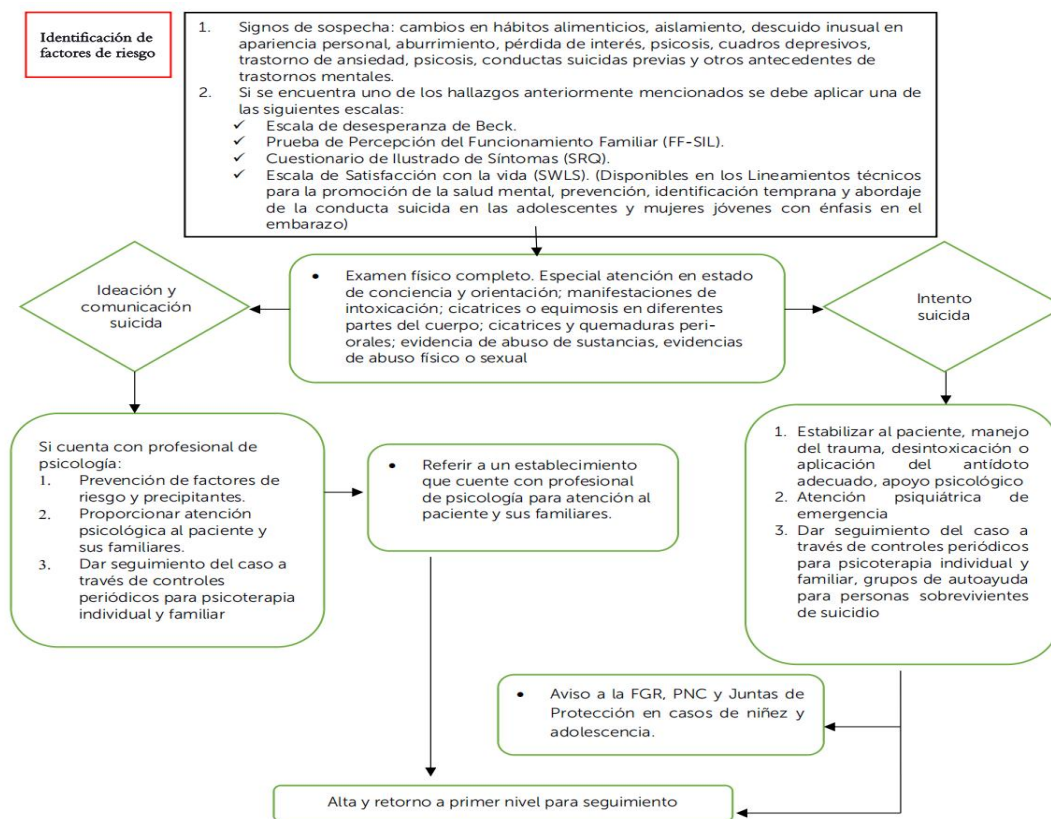
## 13. Aviso

En caso de que la persona afectada por violencia autoinfligida el personal asignado debe dar aviso a la FGR, PNC y Juntas de Protección en casos de niñez y adolescencia.

## 14. Seguimiento

El personal multidisciplinario de salud debe realizar exámenes de laboratorio de control, cumplimiento de atención médica general, especializada y psicológica subsecuente de acuerdo a la capacidad instalada del establecimiento de salud y otros tratamientos indicados de acuerdo al caso. Así mismo, debe brindar controles subsecuentes; orientar a la familia para que proporcione apoyo emocional; coordinar que la persona afectada se integre a grupos de apoyo, clubes y otros programas socio-recreativos; dar seguimiento al desarrollo y cumplimiento de proyectos de vida y habilidades de la persona afectada.

### Vía Clínica 15. Atención a las personas afectadas por lesiones autoinfligidas



Fuente: Ministerio de Salud, El Salvador, 2025.

## D. Protocolo para el registro de intervenciones de detección, prevención y promoción de la salud

### 1. Generalidades

- a) El personal que brinda la atención debe tabular diariamente las acciones de detección, prevención y promoción de la salud.
- b) Es responsabilidad de la dirección del establecimiento de primer nivel y el referente de violencia en los diferentes niveles de atención, revisar, analizar, consolidar y enviar la información generada del tabulador al estadístico.
- c) En el nivel hospitalario la jefatura de cada área o su delegado, será la responsable de revisar, analizar, consolidar y enviar la información generada del tabulador al estadístico.
- d) El estadístico de los diferentes niveles de atención debe digitar en Sistema Estadístico de Producción de Servicios de Salud (SEPS), las intervenciones de educación, prevención y promoción siguientes:

### 2. Detección de personas afectadas por violencia

El Tabulador Diario de Detección de Personas afectadas por violencia está diseñado para capturar por grupos atareos de especial interés y por sexo, los casos de personas afectadas por violencia: física, psicológica, sexual, negligencia y abandono; niñas, niños y adolescentes en situación de trabajo infantil, en conexión con la calle, explotación sexual. El personal responsable de realizar la actividad entenderá por detección: todas las intervenciones que tengan como fin la identificación y localización de los factores que originan los hechos de violencia contra las mujeres tanto en el ámbito público como privado, estableciendo modelos de detección de acuerdo a los tipos y modalidades de violencia (Adaptado de la Política Nacional para el acceso de las Mujeres para una vida libre de Violencia).

### 3. Avisos a instancias legales

El personal de los diferentes niveles de atención, responsable de hacer los avisos de casos de personas afectadas por violencia en todas sus formas a las instancias de protección y legales correspondientes, debe registrar en el tabulador correspondiente los avisos realizados a la Fiscalía General de la República, Consejo Nacional de la Primera Infancia, Niñez y Adolescencia (Juntas de Protección) y Policía Nacional Civil.

### 4. Charlas

El personal responsable de realizar la actividad entenderá por una charla la exposición verbal clara y participativa de un tema, situación o problema que hace el personal de salud dirigido a un grupo de personas, permite intervenciones con preguntas, comentarios o sugerencias durante la misma. Para esta técnica utilice las ayudas audiovisuales o visuales son indispensables. El tiempo de duración de la charla es de 15 a 20 minutos.

Algunas características son: lenguaje sencillo y claro de acuerdo a la capacidad interpretativa del grupo, con un grupo no muy grande de 20 a 25 personas, se debe estimular la participación, es necesario tener dominio del tema a desarrollar, el expositor debe tener habilidades para motivar, preguntar, contestar y discutir.

La charla se brinda en diferentes temáticas dependiendo del tipo o modalidad de violencia, detallados a continuación:

- a) Maltrato infantil.
- b) Trabajo infantil.
- c) Explotación sexual comercial de niñas, niños y adolescentes.

- d) Violencia escolar.
- e) Violencia en el noviazgo.
- f) Violencia sexual.
- g) Negligencia y abandono de niñas, niños, adolescentes y personas adultas mayores.

#### **4.1 Número de participantes**

El personal responsable de impartir las charlas debe registrar en el tabulador el número de participantes a quienes se les dirigió la charla en el establecimiento o fuera de éste, desglosado en hombres y mujeres.

#### **4.2 Total de charlas**

Registrar el número total de charlas realizadas.

### **5. Reuniones en comités interinstitucional e intersectoriales a nivel local para el abordaje de la violencia**

Anotar el número de reuniones (programadas y extraordinarias) a las que el personal de salud asiste para la coordinación y articulación intersectorial e interinstitucional para la prevención de la violencia y atención de las personas afectadas por la misma.

### **6. Estrategias para el abordaje de las lesiones intencionales**

Las estrategias de prevención de la violencia a registrar por parte del personal de salud son las siguientes:

- a) Fortalecimiento de las capacidades familiares para la prevención de la violencia: Programa familiar para prevenir conductas de riesgo en adolescentes y su familia (Familias Fuertes).
- b) Construyendo capacidades de formación en la prevención de violencia que afecta a jóvenes.
- c) Grupos de autoayuda para mujeres, adolescentes y jóvenes afectadas por violencia.

El personal responsable de desarrollar dichas estrategias entenderá por sesión educativa a las reuniones desarrolladas con grupos organizados, en forma planificada y secuencial con la finalidad de cumplir objetivos previamente establecidos. En ellas se hará uso de diferentes técnicas educativas participativas, tales como: charla dialogada, demostraciones, sociodrama, trabajo en grupos pequeños y otras técnicas educativas afines. El tiempo de duración es de 1 a 2 horas.

#### **D. 1. Estrategia Familias Fuertes**

El personal multidisciplinario de salud de los diferentes niveles de atención que desarrolla la estrategia debe registrar:

- Total de sesiones

Consignar el número total de sesiones realizadas con familias y sus hijos adolescentes de 10 a 14 años.

- Familias que finalizan

Registrar el número de familias beneficiadas con la estrategia Familias Fuertes, considerando que únicamente se debe reportar las familias que han finalizado las 7 sesiones.

- Adolescentes de 10 a 14 años

Registrar el número de adolescentes beneficiados por la estrategia, según sexo y que forman parte de la familia que ha finalizado las 7 sesiones.

## D. 2. Estrategia Grupos de autoayuda para mujeres

El personal multidisciplinario de salud de los diferentes niveles de atención que desarrolla la estrategia debe registrar:

- a) Sesiones: El número total de sesiones realizadas con las mujeres, independientemente si es de primera vez o subsecuente.
  - ✓ Mujeres de 10 a 19 años, de 20 a 59 años y de 60 a más.
  - ✓ Mujeres que inician en el grupo y mujeres con asistencia subsecuente, según grupo de edad.
- b) Grupos de autoayuda activos: Registrar el número de grupos de autoayuda activos en el mes

## 7. Registro de consejerías

El personal responsable de realizar la actividad entenderá por consejería como una técnica de educación individual o de pareja que se debe de ofrecer en un ambiente de confianza y privacidad, en la que él o la consejera informa, orienta o proporciona apoyo a una persona, transmitiendo información amplia y veraz sobre un tema o situación en particular, desarrollada en base a las necesidades de la persona. Permite establecer con la persona una negociación a fin de que ésta adquiera compromisos con respecto al cuidado de su salud. El tiempo de duración de la consejería es entre un mínimo de media hora y un máximo de dos horas.

El personal multidisciplinario que desarrolle esta intervención deberá registrar en el Sistema Integrado de Salud (SIS) las consejerías brindadas.

La consejería a desarrollar dependerá del riesgo identificado y del tipo o modalidad de violencia, detallados a continuación:

- a) Maltrato infantil.
- b) Trabajo infantil.
- c) Explotación sexual comercial de niñas, niños y adolescentes.
- d) Violencia escolar.
- e) Violencia en el noviazgo.
- f) Violencia sexual.
- g) Negligencia y abandono en niñas, niños, adolescentes y personas adultas mayores.
- h) Abuso sexual.
- i) Violencia intrafamiliar.

## E. Protocolo para el registro de atención de casos de personas afectadas por lesiones intencionales

### 1. Generalidades

- a) La *Ley Especial Integral para una Vida Libre de Violencia para las Mujeres*, en el artículo 23, establece que es responsabilidad del Ministerio de Salud el registro estadístico de casos de violencia contra las mujeres manifestados a través de enfermedades, accidentes y padecimientos atendidos dentro del servicio de salud pública.
- b) La Ley Crecer Juntos para la Protección Integral de la Primera Infancia, Niñez y Adolescencia en el artículo 17 establece entre las responsabilidades del Sistema Nacional Integrado de Salud literal u) Llevar la recopilación y análisis de información o datos desglosados por sexo, edad, origen, condición socioeconómica, así como la generación de estudios de grupos vulnerables de niñas, niños y adolescentes.
- c) Toda atención brindada a las personas afectadas por lesiones intencionales deberá ser consignada en el Registro diario de la consulta ambulatoria y atenciones preventivas.

## 2. Registro de atención de casos

- a) En toda consulta brindada por médico y psicólogo en la cual se detecte violencia en cualquiera de sus formas, registrar el tipo que ocasione mayor daño a la salud y desarrollo de la persona.
- b) Registrar los tipos de violencia según CIE-10, en Diagnóstico principal o Secundario:
  - ✓ Negligencia y abandono (T74.0)
  - ✓ Abuso físico (T74.1)
  - ✓ Abuso sexual (T74.2)
  - ✓ Abuso psicológico (T74.3)
- c) Toda inscripción materna en niña y adolescente menor de 18 años, obligará el registro de Abuso Sexual en diagnóstico principal o secundario y causa externa.
- d) Es obligatorio el registro de causa externa. (Cuadro 7. Registro de casos de personas afectadas por lesiones intencionales)
- e) En toda consulta brindada en los servicios de salud en la que se identifiquen situaciones de riesgo en poblaciones vulnerables; registrar en columna 37 la condición siguiente:
  - ✓ NNA en situación de calle (1)
  - ✓ NNA en situación de trabajo infantil (2)
  - ✓ Explotación sexual (4)
  - ✓ Desplazamiento forzado (5)
- f) La condición deberá registrarse cada vez que la persona sea atendida en el establecimiento de salud independientemente las veces que consulte. Teniendo el cuidado de anotar el tipo de consulta de primera vez o subsecuente.
- g) No todos los diagnósticos de lesiones intencionales detallados anteriormente, generan una condición a registrar en la columna 37.
- h) Registrar el ámbito de ocurrencia de la violencia:
  - ✓ **Intrafamiliar (1):** Acciones u omisiones contra las personas ejercidas en forma repetida y sostenida en el hogar, provocadas por un miembro de la familia, generalmente cónyuge, padres y padrastros, pero también puede ser por hermanos, tíos o cualquier pariente o conviviente.
  - ✓ **Comunidad (2):** Acciones u omisiones contra las personas ejercidas en forma repetida y sostenida en la comunidad. provocadas por amigos, vecinos o desconocidos.
  - ✓ **Educativo (3):** espacios socio-culturales donde se desarrolla el proceso de enseñanza. (Escuelas, institutos, universidades, otros). Acciones u omisiones contra las personas ejercidas en forma repetida y sostenida en los centros educativos.
  - ✓ **Laboral (4):** espacio o ambiente en donde las personas realizan diferentes labores. Acciones u omisiones contra las personas ejercidas en forma repetida y se mantiene en el tiempo en los centros de trabajo.

**Cuadro 7. Registro de casos de personas afectadas por lesiones intencionales**

Diagnóstico principal o secundario CIE-10	Código CIE-10	Causa externa CIE-10	Código CIE-10
Negligencia abandono	T74.0	Negligencia o abandono Por esposo y pareja Por padre o madre Conocido a amigo Por otra persona especificada Por otra persona no especificada	Y06.0 Y06.1 Y06.2 Y06.8 Y06.9
Abuso físico	T74.1	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (Ver listado CIE-10) Agresiones (Ver listado CIE-10) Intervención legal y operaciones de guerra (Ver listado CIE-10) Secuelas de agresiones	X60 hasta X84 X85 hasta Y09 Y35 hasta Y36 Y87.1
Abuso sexual	T74.2	Tipo de agresor	Y07.0 hasta Y07.9

		Por esposo y pareja Por padre o madre Conocido a amigo Por autoridades oficiales Por otra persona especificada Por otra persona no especificada	Y07.0 Y07.1 Y07.2 Y07.3 Y07.8 Y07.9
Abuso psicológico	T74.3	Tipo de agresor Por esposo y pareja Por padre o madre Conocido a amigo Por autoridades oficiales Por otra persona especificada Por otra persona no especificada	Y07.0 hasta Y07.9 Y07.0 Y07.1 Y07.2 Y07.3 Y07.8 Y07.9
Lesiones autoinfligidas Historia personal de lesión autoinfligida intencionalmente	Z91.5	Lesiones autoinfligidas intencionalmente	X60.0 hasta X84.9

Fuente: Ministerio de Salud, 2025.

## V. Intersectorialidad

Los establecimientos de los diferentes niveles del Ministerio de Salud, deben establecer mecanismos de coordinación con las instituciones e instancias legales y de protección, con el fin de garantizar la confidencialidad y privacidad de la información relacionada al aviso y notificación de casos de personas afectadas por lesiones intencionales y la seguridad del personal de salud responsable de la atención.

El personal de salud de los diferentes niveles de atención que detecte o de atención a casos de personas afectadas por violencia sexual, debe informar a la dirección del establecimiento para coordinar con la Policía Nacional Civil según necesidad, lo siguiente:

- a) Traslado de la víctima en caso de no contar con ambulancia y amerita referencia urgente al hospital más cercano, para la atención inmediata y oportuna.
- b) Acompañamiento a la víctima para garantizar que asista al establecimiento de salud al cual es referido para recibir atención integral en salud.
- c) Coordinar la seguridad de la víctima ante la sospecha de peligro inminente por presencia en el establecimiento de salud de la persona o personas agresoras.

Los establecimientos de los diferentes niveles de atención deben participar en la elaboración, gestión y ejecución de planes intersectoriales a nivel nacional, regional, municipal y distrital para asegurar la inclusión en dicho plan, de las intervenciones para el abordaje integral en salud de las personas afectadas por violencia, según convocatoria.

Los equipos multidisciplinario de los establecimientos de salud deben elaborar y actualizar el inventario de organizaciones de la sociedad civil, para establecer coordinaciones que faciliten el abordaje integral de las lesiones intencionales según la normativa vigente.

El personal de las redes integradas e integrales de salud debe participar activamente en los comités interinstitucionales e intersectoriales a nivel local, para el abordaje integral de la violencia.

## VI. Monitoreo, asistencia técnica, supervisión y evaluación

### 1. Nivel superior

#### 1.1 Oficina de atención a víctimas de todas las formas de violencia.

- a) Socializar, asesorar, supervisar y evaluar los resultados de la implementación de los presentes protocolos.
- b) Informar a la Dirección Nacional del Primer Nivel de Atención y Dirección Nacional de Hospitales sobre los resultados de las supervisiones y evaluaciones realizadas a los establecimientos de salud.
- c) Actualizar la normativa técnica para la atención integral en salud de las personas afectadas por lesiones intencionales en coordinación de la Dirección Nacional del Primer Nivel de Atención y la Dirección Nacional de Hospitales.
- d) Evaluar el cumplimiento de la normativa técnica para la atención integral en Salud de las personas afectadas por lesiones intencionales en coordinación de la Dirección Nacional del Primer Nivel de Atención y la Dirección Nacional de Hospitales.
- e) Gestionar proyectos para el fortalecimiento de la capacidad instalada para el abordaje de las lesiones intencionales de los diferentes niveles de atención del MINSAL.
- f) Participar en la implementación de estrategias interinstitucionales e intersectoriales que promuevan el abordaje de las lesiones intencionales.
- g) Gestionar la incorporación en los sistemas de información de variables relacionadas con la promoción, prevención, detección y atención de las personas afectadas por lesiones intencionales.
- h) Diseñar las directrices para la elaboración del *"Plan Local para la promoción de estilos de vida para una convivencia pacífica, prevención y atención de las lesiones intencionales"*.(Anexo 10)
- i) Fortalecer técnicamente al talento humano en salud para el abordaje integral e integrado de las lesiones intencionales.
- j) Proveer asistencia técnica a los diferentes niveles de atención en materia de abordaje de las personas afectadas por lesiones intencionales.
- k) Participar en un espacio técnico de coordinación intrainstitucional, para la atención de las personas afectadas por lesiones intencionales.
- l) Participar en un espacio técnico de coordinación intersectorial, para la vinculación del sector salud con el sector justicia y protección en casos de niñas, niños y adolescentes afectados por lesiones intencionales.
- m) Participar en la elaboración de informes nacionales, regionales, internacionales y mundiales relacionados con lesiones intencionales.

#### 1.2 Dirección Nacional del Primer Nivel de Atención

- a) Delegar un referente técnico para dar seguimiento al cumplimiento de los presentes protocolos en los establecimientos del Primer Nivel de Atención.
- b) Participar en las evaluaciones de indicadores relacionados con el proceso de atención de las personas afectadas por lesiones intencionales.
- c) Coordinar con la Oficina de Atención a Víctimas de Todas las Formas de Violencia las intervenciones para el abordaje de casos cuando sea requerido, incluyendo las necesidades identificadas por los establecimientos de salud para su análisis.
- d) Participar en la actualización de la normativa técnica relacionada con la atención en salud de las personas afectadas por lesiones intencionales.
- e) Monitoreo y supervisión de la aplicación de los presentes protocolos en Regiones, SIBASI y establecimientos de salud.

### 1.2.1. Nivel regional

- a) Las direcciones regionales deben delegar un referente técnico para vigilar el cumplimiento de los presentes protocolos en los establecimientos del Primer Nivel de Atención, quien tendrá las siguientes funciones:
  - ✓ Fortalecimiento técnico del talento humano en salud para el abordaje integral e integrado de las lesiones intencionales.
  - ✓ Incorporar acciones de monitoreo, supervisión, asistencia técnica, evaluación y seguimiento según lo establecido en el Manual de Supervisión para Unidades de Salud, SIBASI y Regiones de primer nivel de atención.
  - ✓ Seguimiento a los resultados de los monitoreos y supervisiones realizadas por los diferentes niveles administrativos.
  - ✓ Evaluar y consolidar los resultados de la implementación de los protocolos en SIBASI y establecimientos de salud y remitir a la Oficina OAVTFV
  - ✓ Participar en la actualización de la normativa técnica relacionada con la atención en salud de las personas afectadas por lesiones intencionales.
  - ✓ Monitorear la implementación de estrategias de prevención de las lesiones intencionales y promoción de estilos de vida para la convivencia pacífica.
- b) Asegurar la coordinación entre el SIBASI, las unidades de salud y los hospitales de referencia, para garantizar la continuidad de la atención en salud de las personas afectadas por lesiones intencionales en el curso de vida.
- c) Recepcionar las necesidades identificadas por los establecimientos de salud de cada uno de sus SIBASI para enviar a la DNPNA para su análisis en coordinación con OAVTFV
- d) Elaborar plan regional de prevención y atención de las personas afectadas por violencia, que incluya acciones de monitoreo, supervisión, evaluación, seguimiento y capacitación.
- e) Gestionar al nivel correspondiente jornadas de autocuidado para el personal operativo que atienden casos de lesiones intencionales, según lo establecido en el Manual para el autocuidado de la salud mental en el ámbito laboral del MINSAL, vigente

### 1.2.2. SIBASI

Las coordinaciones de SIBASI deben delegar un referente técnico y equipo multidisciplinario de apoyo para dar seguimiento al cumplimiento de los presentes protocolos en las unidades de salud bajo su responsabilidad, quien tendrá las siguientes funciones:

- a) Asegurar la participación del talento humano en los procesos de fortalecimiento técnico para el abordaje integral de las lesiones intencionales, convocados a nivel institucional.
- b) Monitoreo y supervisión de la aplicación de los presentes protocolos en los establecimientos de salud bajo su responsabilidad.
- c) Seguimiento a los planes de mejora elaborados en las visitas de supervisión a los establecimientos de salud bajo su responsabilidad por los diferentes niveles administrativos.
- d) Evaluar y consolidar los resultados de la implementación de los protocolos en los establecimientos de salud y remitir a la dirección regional correspondiente.
- e) Participar en la actualización de la normativa técnica relacionada con la atención de personas afectadas por lesiones intencionales, según convocatoria.
- f) Monitorear la implementación de estrategias de prevención de las lesiones intencionales y promoción de estilos de vida para una convivencia pacífica en los establecimientos bajo su responsabilidad.
- g) Incorporar acciones de monitoreo, supervisión, asistencia técnica, evaluación y seguimiento según lo establecido en el Manual de Supervisión para Unidades de Salud, SIBASI y Regiones de primer nivel de atención.
- h) Incorporar en el Plan de educación continua la temática relacionada con la atención y abordaje de las lesiones intencionales en los establecimientos de responsabilidad.

- i) Monitoreo mensual de los indicadores establecidos para la medición de las intervenciones realizadas trimestralmente para el abordaje de las lesiones intencionales
- j) Acompañar a los establecimientos de salud en la elaboración del ***"Plan Local para la promoción de estilos de vida para una convivencia pacífica, prevención y atención de las lesiones intencionales"*** (Anexo 10 )
- k) Seguimiento a la coordinación entre las unidades de salud y los hospitales, para garantizar la continuidad de la atención en salud de las personas afectadas por lesiones intencionales en el curso de vida.
- l) Identificar necesidades de los establecimientos de salud para el fortalecimiento de la capacidad de respuesta y gestionarlas a través de la dirección regional correspondiente.
- m) En caso de recibir propuesta de proyecto o donativo relacionado al abordaje de las lesiones intencionales, las coordinaciones del SIBASI deben informar a las siguientes dependencias dirección regional correspondiente para remitir a la DNPNA, a fin de evaluar la pertinencia y prioridad, cumpliendo con lo establecido en la normativa vigente relacionada a recepción de donativos.
- n) Las coordinaciones del SIBASI o su delegado deben participar en los espacios interinstitucionales e intersectoriales para el abordaje de las lesiones intencionales cuando sea requerido.
- o) Gestionar al nivel correspondiente jornadas de autocuidado para el personal, según lo establecido en el Manual para el autocuidado de la salud mental en el ámbito laboral del MINSAL, vigente.

### **1. 2.3. Unidades de salud**

Las direcciones de las unidades de salud deben:

- a) Delegar un referente local para el seguimiento al cumplimiento de los presentes protocolos.
- b) Asegurar la participación del personal de salud en los procesos de fortalecimiento técnico para el abordaje integral de las lesiones intencionales, convocados a nivel institucional.
- c) Garantizar que el personal de salud conozca y cumpla los presentes protocolos
- d) Automonitoreo a través de la aplicación del instrumento de supervisión facilitadora (Anexos 12,14,y 15) para la atención a lesiones intencionales cada semestre.
- e) Cumplimiento a los planes de mejora elaborados en las visitas de supervisión específica de lesiones intencionales recibidas por los diferentes niveles.
- f) Participar en la actualización de la normativa técnica relacionada con la atención de personas afectadas por lesiones intencionales, según convocatoria.
- g) Elaborar y desarrollar el ***"Plan Local para la promoción de estilos de vida para una convivencia pacífica, prevención y atención de las lesiones intencionales"***, si cuentan con recursos capacitados debe desarrollar estrategias como familias fuertes, grupos de autoayuda para adolescentes y mujeres víctimas de violencia, construyendo capacidades para la prevención de la violencia que afecta a jóvenes, entre otras establecidos para grupos vulnerables. (Anexo 1).
- h) Incorporar en el plan de educación continua temas relacionados con la atención y abordaje de lesiones intencionales.
- i) Incorporar en el plan integrado de promoción de la salud temas relacionados con la promoción de estilos de vida para la convivencia pacífica.
- j) Evaluar trimestralmente los indicadores establecidos para la medición de las intervenciones realizadas para el abordaje de las lesiones intencionales.
- k) Cumplir lo establecido en los *Lineamientos técnicos para el cumplimiento de la referencia, retorno e interconsulta*, para garantizar la continuidad de la atención en salud de las personas afectadas por lesiones intencionales en el curso de vida.

- l) Identificar necesidades de los establecimientos de salud para el fortalecimiento de la capacidad de respuesta para el abordaje de las lesiones intencionales y gestionarlas a través del SIBASI correspondiente.
- m) En caso de recibir propuesta de proyecto o donativo relacionado al abordaje de las lesiones intencionales, deben informar inmediatamente a la coordinación del SIBASI para dar cumplimiento a lo establecido en la normativa vigente relacionada a recepción de donativos.
- n) La dirección o su delegado debe participar en los espacios interinstitucionales e intersectoriales para el abordaje de las lesiones intencionales a nivel municipal o departamental cuando sea requerido.
- o) Coordinar con la entidad legalmente definida para la notificación de casos de personas afectadas por lesiones intencionales: Fiscalía General de la República (FGR), Juntas de Protección de la Niñez y de la Adolescencia y Policía Nacional Civil (PNC).
- p) Gestionar al nivel correspondiente jornadas de autocuidado para el personal, según lo establecido en el Manual para el autocuidado de la salud mental en el ámbito laboral del MINSAL, vigente.

### **1.3 Dirección Nacional de Hospitales**

- a) Delegar un referente técnico para dar seguimiento al cumplimiento de los presentes protocolos en la red de hospitales.
- b) Participar en las evaluaciones de indicadores relacionados con el proceso de atención de las personas afectadas por lesiones intencionales.
- c) Coordinar con la Oficina de Atención a Víctimas de Todas las Formas de Violencia las intervenciones para el abordaje de casos, cuando sea requerido.
- d) Participar en un espacio técnico de coordinación intrainstitucional, para la atención de las personas afectadas por lesiones intencionales.
- e) Participar en la actualización de la normativa técnica relacionada con la atención en salud de las víctimas de lesiones intencionales.
- f) Coordinar al interior del Ministerio de Salud con la unidad u oficina encargada del monitoreo y supervisión de la aplicación de los presentes protocolos en los hospitales de la red.
- g) Dar seguimiento a los informes de supervisión a hospitales realizados y automonitoreos.

#### **1.3.1 Red de hospitales**

- a) Delegar un referente técnico para el seguimiento del cumplimiento de los presentes protocolos en la red de hospitales.
- b) Conformar mediante acuerdo / resolución administrativa un Comité de prevención y atención de lesiones intencionales, con participación multidisciplinaria, quienes apoyaran al referente técnico local.
- c) Asegurar la participación del personal de salud en los procesos de fortalecimiento técnico para el abordaje integral de las lesiones intencionales, convocados a nivel institucional.
- d) Garantizar que el equipo multidisciplinario de salud conozca y cumpla la ruta de atención de personas afectadas por lesiones intencionales en el curso de vida, establecida en los presentes protocolos.
- e) Automonitoreo a través de la aplicación del instrumento de supervisión facilitadora (Anexos 13,14,y 15) para la atención a lesiones intencionales cada semestre.
- f) Verificar el cumplimiento a los planes de mejora elaborados en las supervisiones recibidas por la unidad u oficina del MINSAL y automonitoreo.
- g) Participar en la actualización de la normativa técnica relacionada con la atención de personas afectadas por lesiones intencionales, según convocatoria.

- h) Elaborar y desarrollar el *"Plan Local para la promoción de estilos de vida para una convivencia pacífica, prevención y atención de las lesiones intencionales"*, si cuentan con recursos capacitados debe desarrollar estrategias como familias fuertes, grupos de autoayuda para adolescentes y mujeres víctimas de violencia, construyendo capacidades para la prevención de la violencia que afecta a jóvenes, promotores juveniles, entre otras establecidos para grupos vulnerables. (Anexo 10 ).
- i) Incorporar en la Programación Operativa Anual acciones de prevención de las lesiones intencionales y promoción de estilos de vida libres de violencia, cumplimiento y evaluación.
- j) Incorporar en el plan de educación continua temas relacionados con la atención y abordaje de las lesiones intencionales.
- k) Incorporar en el plan integrado de promoción de la salud temas relacionados con la promoción de estilos de vida libres de violencia.
- l) Evaluar trimestralmente los indicadores establecidos para la medición de las intervenciones realizadas para el abordaje de las lesiones intencionales (anexo14)
- m) Aplicar lo establecido en los *Lineamientos técnicos para el cumplimiento de referencia, retorno e interconsulta*, vigente, para garantizar la continuidad de la atención integral en salud de las personas afectadas por lesiones intencionales en el curso de vida.
- n) Identificar necesidades del hospital para el fortalecimiento de la capacidad de respuesta y gestionirlas a través de la Dirección Nacional de Hospitales.
- o) En caso de recibir propuesta de proyecto o donativo relacionado al abordaje de las lesiones intencionales, debe cumplir con lo establecido en la normativa vigente relacionada a recepción de donativos.
- p) La dirección o su delegado debe participar en los espacios interinstitucionales e intersectoriales para el abordaje de la violencia, cuando sea requerido.
- q) Coordinar con la entidad legalmente definida para la notificación de casos de personas afectadas por lesiones intencionales: Fiscalía General de la República (FGR), Juntas de Protección de la Niñez y la Adolescencia y Policía Nacional Civil (PNC).
- r) Desarrollar jornadas de autocuidado para el personal, según lo establecido en el Manual para el autocuidado de la salud mental en el ámbito laboral del MINSAL, vigente.

### **3. Monitoreo**

- a) El Nivel Superior realizará monitoreo remoto del SIS
- b) Realizar anualmente automonitoreo, utilizando el instrumento de supervisión según el nivel de atención correspondiente.
- c) Monitoreo en los diferentes sistemas de información en salud y en el SIS el llenado correcto del Módulo de Lesiones de Causa Externa y Módulo de violencia.
- d) Elaborar y ejecutar plan de mejora según hallazgos.

### **4. Asistencia técnica**

El equipo técnico de la Secretaría de Estado, Región de Salud y SIBASI, debe realizar la asistencia técnica de acuerdo a las necesidades identificadas, utilizando instrumento respectivo.( Anexo 11)

## **5. Supervisión**

- a) Programar visitas de supervisión y seguimiento de acuerdo lo establecido en los presentes protocolos (anexos 12,13,14 y 15 )
- b) Elaborar plan de mejora de acuerdo a los hallazgos
- c) Seguimiento al cumplimiento de planes de mejora elaborados en supervisiones anteriores.
- d) Enviar informe periódico de los hallazgos en las supervisiones al nivel administrativo correspondiente.

## **6.Evaluación**

El equipo técnico multidisciplinario de los diferentes niveles administrativos y de atención deben evaluar trimestralmente:

- a) Indicadores establecidos.
- b) Intervenciones de promoción de estilos de vida para la convivencia pacífica, prevención de las lesiones intencionales y atención de las personas afectadas, realizadas en cada una de los establecimientos de salud.

## VII.Indicadores

### 1. Indicadores de evaluación para hospitales de Segundo y Tercer Nivel de Atención

n.º	Indicador	Construcción	Resultado esperado	Porcentaje alcanzado	Fuente de información
1	Porcentaje de personal capacitado en Lineamientos técnicos de atención integral en salud de las personas afectadas por violencia.	Número de personal capacitado en Lineamientos técnicos de atención integral en salud de las personas afectadas por violencia Total de personal que labora en la institución	80%		
n.º	Indicador	Construcción	Resultado esperado	Porcentaje alcanzado	Fuente de información
2	Porcentaje de niños atendidos por violencia sexual.	Total de niños atendidos de 1ª vez por violencia sexual Total de niños que consultan de 1ª vez, por diferentes tipos de violencia	100.00%		SIMMOW
3	Porcentaje de niñas atendidas por violencia sexual.	Total de niñas atendidas de 1ª vez por violencia sexual Total de niñas que consultan de 1ª vez, por diferentes tipos de violencia	100.00%		SIMMOW
4	Porcentaje de adolescentes masculinos atendidas por violencia sexual.	Total de adolescentes masculinos atendidos de 1ª vez por violencia sexual Total de adolescentes masculinos que consultan de 1ª vez, por diferentes tipos de violencia	100.00 %		SIMMOW
5	Porcentaje de adolescentes femeninas atendidas por violencia sexual.	Total de adolescentes femeninas atendidos de 1ª vez por violencia sexual Total de adolescentes femeninas que consultan de 1ª vez, por diferentes tipos de violencia	100.00%		SIMMOW
6	Porcentaje de mujeres atendidas de por diferentes tipos de violencia.	Total de mujeres de todas las edades, atendidas de 1ª vez por diferentes tipos de violencia en la emergencia Total de mujeres atendidas de 1ª vez por todas las causas	0%		SIMMOW
7	Porcentaje de hombres atendidos de por diferentes tipos de violencia.	Total de hombres de todas las edades, atendidas de 1ª vez por diferentes tipos de violencia en la emergencia Total de hombres atendidos de 1ª vez por todas las causas	0%	0	SIMMOW
n.º	Indicador	Construcción	Resultado esperado	Porcentaje alcanzado	Fuente de información
8	Porcentaje de personas atendidas por violencia sexual antes de las 72 horas post exposición con quimioprofilaxis para ITS completada. ( No se incluye a las adolescentes embarazadas)	Número de personas afectadas por violencia sexual que consultan antes de las 72 horas post exposición, con quimioprofilaxis para ITS completada Total de casos atendidos por violencia sexual que consultan antes de las 72 horas	100.00 %		SUMEVE

9	Porcentaje de avisos a instancias legales de casos de violencia atendidos.	Número de avisos a instancias legales de casos de violencia atendidos según SEPS	100 %		Detección de personas afectadas por violencia - III SEPS
		Total de casos por violencia atendidos			
10	Porcentaje de casos atendidos por diferentes formas de violencia que recibieron consejería.	Número de casos atendidos por diferentes formas de violencia que recibieron consejería	100%		Prevención de la Violencia y Promoción de la salud - Consejería SEPS
		Total de casos atendidos por diferentes formas de violencia			

## 2. Indicadores de evaluación para los establecimientos del Primer Nivel Atención

n.º	Indicador	Construcción	Resultado esperado	Porcentaje alcanzado	Fuente de información
1	Porcentaje de niños atendidos por violencia sexual.	Total de niños atendidos de 1ª vez por violencia sexual	100%		SIMMOW
		Total de niños que consultan de 1ª vez, por diferentes tipos de violencia			
2	Porcentaje de niñas atendidas por violencia sexual.	Total de niñas atendidos de 1ª vez por violencia sexual	100%		SIMMOW
		Total de niñas que consultan de 1ª vez, por diferentes tipos de violencia			
3	Porcentaje de adolescentes masculinos atendidos por violencia sexual.	Total de adolescentes masculinos atendidos de 1ª vez por violencia sexual	100%		SIMMOW
		Total de adolescentes masculinos que consultan de 1ª vez, por diferentes tipos de violencia			
4	Porcentaje de adolescentes femeninas atendidas por violencia sexual.	Total de adolescentes femeninas atendidos de 1ª vez por violencia sexual	100 %		SIMMOW
		Total de adolescentes femeninas que consultan de 1ª vez, por diferentes tipos de violencia			
5	Porcentaje de mujeres atendidas de por diferentes tipos de violencia.	Total de mujeres de todas las edades, atendidas de 1ª vez por diferentes tipos de violencia en la emergencia	0%		SIMMOW
		Total de mujeres atendidas de 1ª vez por todas las causas			
6	Porcentaje de hombres atendidos de por diferentes tipos de violencia.	Total de hombres de todas las edades, atendidos de 1ª vez por diferentes tipos de violencia en la emergencia	0%		SIMMOW
		Total de hombres atendidos de 1ª vez por todas las causas			
7	Porcentaje de avisos a instancias legales de casos de violencia atendidos.	Número de avisos a instancias legales de casos de violencia atendidos según SEPS	100%		Detección de personas afectadas por violencia - III SEPS
		Total de casos por violencia atendidos			

8	Porcentaje de mujeres que consultan por violencia en sus diferentes formas incorporadas en grupos de auto ayuda.	Número de mujeres que consultan por primera vez por cualquier forma de violencia y que se encuentran en el grupo de auto ayuda.			
		Total de mujeres que consultan con diagnóstico primario o secundario de primera vez, por violencia en sus diferentes formas.			
9	Persona de 10 a 14 años atendida en el establecimiento de salud o Centro Escolar son incorporados con su madre, padre o cuidador a la estrategia Familias Fuertes, en establecimientos con personal de salud capacitado.	Número de familias de personas de 10 a 14 años atendida en el establecimiento de salud o Centro Escolar que finalizan la estrategia Familias Fuertes.			

## VIII. Abreviaturas y siglas

1. **CIE-10** : Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión.
2. **CDC** : División de prevención de violencia, Centro para el Control y la prevención de enfermedades.
3. **CONAPINA**. Consejo Nacional de la Primera Infancia, Niñez y Adolescencia
4. **ESCNNA**. Niñas, niños y adolescentes en situación en condición de explotación sexual comercial.
5. **FGR**. Fiscalía General de la República.
6. **ISDEMU**. Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer.
7. **IML**. Instituto de Medicina Legal
8. **NNA**. Niñas, niños y adolescentes.
9. **OIT**. Organización Internacional del Trabajo.
10. **PGR**. Procuraduría General de la República.
11. **PNC**. Policía Nacional Civil.
12. **SEPS**. Sistema Estadístico de Producción de Servicios
13. **SIS**. Sistema Integrado de Salud
14. **SIMMOW**. Sistema de Morbimortalidad y Estadísticas Vitales
15. **SILEX**: Sistema de Lesiones de Causa Externa
16. **VDRL**. Pruebas del laboratorio de investigación de enfermedades venéreas (Por sus siglas en inglés)
17. **VIH**. Virus de inmunodeficiencia humana.

## IX. Glosario

1. **Abordaje integral**: significa que durante la intervención es necesaria una mirada que contemple todas las dimensiones de la vida de la persona afectada por lesiones intencionales. Así mismo, hace referencia a los roles y funciones de cada institución u organización que interviene en el acompañamiento de cada situación en el área geográfica de influencia.
2. **Atención integral**: Son todas las acciones para detectar, atender, proteger y restablecer los derechos de las personas en el curso de vida que enfrentan cualquier tipo de lesiones intencionales.
3. **Convivencia pacífica**: capacidad de establecer interacciones humanas basadas en trato digno, igualdad, aprecio, el respeto, y la tolerancia, la prevención y atención de conductas de riesgo en el cuidado de los espacios y bienes colectivos, la reparación del daño.
4. **Etnopráctica**: Conjunto de conductas, actitudes y acciones que un grupo social realiza con base a un conocimiento empírico de la medicina, costumbres o creencias religiosas sobre cómo tratar una enfermedad común, y que, de una forma no científica, son practicadas por miembros de la comunidad: ya sean curanderos.
5. **Expediente en soporte papel o soporte electrónico**: es el documento legal en el cual se incorporan detallada y ordenadamente datos indispensables generados en la atención del usuario; se considera un registro organizado del proceso de atención, proporciona respaldo en procedimientos legales, administrativos y técnicos, tanto a

- usuarios como al personal de salud y constituye una fuente de información primaria para vigilancia epidemiológica, investigación clínica y docencia.
6. **Intersectorialidad:** Intervención coordinada de instituciones representativas de más de un sector social, en acciones destinadas, total o parcialmente a tratar los problemas vinculados con la salud, el bienestar y la calidad de vida.
  7. **Lesiones intencionales:** el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho, o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.
  8. **Multisectorialidad:** múltiples sectores se comunican y colaboran para lograr mejores resultados en el proceso de abordaje de las lesiones intencionales y la atención de las personas afectadas.
  9. **Primeros auxilios psicológicos:** intervención inicial en respuesta ante una situación de emergencia o crisis, cuyo objetivo es brindar apoyo inmediato para que la persona restablezca su estabilidad personal a nivel emocional y físico, conectándoles con las personas y recursos que pueden ayudarles.
  10. **Policonsumo:** consumo de dos o más tipos de sustancias, mezcladas o consumidas alternativamente. Buscando sus diferentes efectos, o bien buscando una combinación de los mismos.
  11. **Riesgo social:** Todo acontecimiento futuro e incierto, independiente de la voluntad de la persona, que le impide obtener ingresos o que provoca una importante disminución en su calidad o nivel de vida.
  12. **Rehabilitación integral a las personas afectadas por lesiones intencionales:** se refiere a las acciones desarrolladas por los equipos multidisciplinarios de profesionales encaminadas a la prevención, detección precoz, diagnóstico oportuno e intervención temprana para el restablecimiento.
  13. **Violencia:** Se define la violencia como "el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones".
  14. **Violencia contra población de alta prevalencia:** se refiere a los actos dañinos contra una persona o grupo de personas con más probabilidad de ser afectados por todas las formas violencia.
  15. **Violencia contra la mujer:** es cualquier acción basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer tanto en el ámbito público como privado. (Artículo 8. Literal k. LEIV)
  16. **Violencia sexual:** toda conducta que amenace o vulnere el derecho de la persona a decidir voluntariamente su vida sexual, comprendida ésta no sólo el acto sexual sino toda forma de contacto o acceso sexual, genital o no genital, con independencia de que la persona agresora guarde o no relación conyugal, de pareja, social, laboral, afectiva o de parentesco con la persona víctima.

## X. Disposiciones finales

### a) Sanciones por el incumplimiento

Es responsabilidad del personal del Sistema Nacional Integrado de Salud dar cumplimiento a los presentes protocolos, caso contrario se aplicarán las sanciones establecidas en la legislación administrativa respectiva.

### b) Revisión y actualización

Los presentes protocolos serán revisados y actualizados cuando existan cambios o avances en los tratamientos y abordajes, o en la estructura orgánica o funcionamiento del MINSAL, o cuando se determine necesario por parte del Titular.

### c) De lo no previsto

Todo lo que no esté previsto por los presentes protocolos, se resolverá a petición de parte, por medio de escrito dirigido al Titular de esta Cartera de Estado, fundamentando la razón de lo no previsto, técnica y jurídicamente.

### d) Derogatoria:

Deróganse los Lineamientos técnicos de atención integral en salud de las personas afectadas por violencia de fecha 6 de mayo 2019.

## XI. Vigencia

Los presentes protocolos de atención entrarán en vigencia a partir de la fecha de la firma de los mismos, por parte del Titular de esta Cartera de Estado.  
Comuníquese,

A handwritten signature in blue ink is written over a circular official seal. The seal features the coat of arms of El Salvador and the text "MINISTERIO DE SALUD" at the top and "REPUBLICA DE EL SALVADOR, C.A." at the bottom.

**Dr. Francisco José Alabi Montoya**  
**Ministro de Salud Ad honorem**

## XII. Referencias bibliográficas

1. Benavente, Beatriz, Risk Factors for Commercial Sexual Exploitation of Children and Adolescents: Results of an International Delphi Panel. *Psicothema* 2021, Vol. 33, No. 3, 449-455doi: 10.7334/psicothema. Recuperado de <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/17116/14313>
2. Bueno Bueno, A. "Niños de la Calle, Medio Social Desfavorecido y Conducta Infantil" Cristianisme i Justicia, Libergraf, S.A. Barcelona, 1990.
3. Decreto 904/2008. 22 de octubre. Código Procesal Penal, código; Diario Oficial, número 20, Tomo 382; San Salvador, El Salvador. 30 de enero de 2009.
4. Decreto 955/1988. 28 de abril. Código de Salud, código; Diario Oficial, número 86, Tomo 299; San Salvador, El Salvador, 5 de noviembre de 1988. Corral, E. & Gómez, F. (2009) Apoyo psicológico en situaciones de emergencia: Técnico en emergencias sanitarias. Madrid: Arán Ediciones pp. 164.
5. Decreto 645/2011, 16 de marzo, Ley de Igualdad, equidad y erradicación de la discriminación contra las mujeres. Diario Oficial, número 70, Tomo 391; San Salvador, 8 de abril de 2011.
6. División de prevención de violencia, Centro para el Control y la prevención de enfermedades (CDC), Youth violence in the United States: major trends, risk factors, and prevention approaches. Dahlberg L. *American Journal of Preventive Medicine*, Atlanta, GA, USA, 1998, 14:259–272.
7. Informe Mundial sobre la violencia y la Salud. Washington, D.C. 2002.
8. "Caring for Child Survivors of Sexual Abuse Guidelines", segunda edición, Nueva York, 2023.
9. Guía práctica de acompañamiento psicosocial en emergencias por desastres. El Salvador. 2016. Recuperado de [https://elsalvador.unfpa.org/sites/default/files/pubpdf/guia\\_atencion\\_desastres%20\(1\)%20\(1\).pdf](https://elsalvador.unfpa.org/sites/default/files/pubpdf/guia_atencion_desastres%20(1)%20(1).pdf).
10. Forselledo, Ariel Gustavo, Niñez en Situación de Calle Un Modelo de Prevención de las Farmacodependencias basado en los Derechos Humanos Segunda Edición, Montevideo, 2002. Recuperado de [https://www.iin.oea.org/Cursos\\_a\\_distancia/calle.drogas.pdf](https://www.iin.oea.org/Cursos_a_distancia/calle.drogas.pdf)
11. García, J. (s/f) Primeros Auxilios Psicológicos para intervenir con personas en Crisis Emocional. Recuperado de <https://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0CCUQFjAB&url=http%3A%2F%2Fdiagonalnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F3655753.pdf&ei=oN8LVeDJoeXgwSSyYNg&usq=AFQjCNHPOtMucHXvohkrBEcoCez7xpXXg&sig2=6VdJj8qETJUWWS1WvcKq9A&bvm=bv.88528373,d.eX>
12. García Silva, R. (2005). La situación de salud de niños y adolescentes en situación de calle en las zonas de Once y Constitución. IV Jornadas de Sociología de la UNLP, 23 al 25 de noviembre de 2005, La Plata, Argentina. En Memoria Académica. Recuperado de: [http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab\\_eventos/ev.6697/ev.6697.pdf](http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.6697/ev.6697.pdf)
13. Gobierno de El Salvador. Ley Crecer con Cariño para la Protección Integral de la Primera Infancia, Niñez y Adolescencia. San Salvador, El Salvador. Junio, 2022.

14. Gobierno de El Salvador. Ley Especial Integral para una vida libre de violencia para las Mujeres, San Salvador, El Salvador, Diario Oficial Número 02, Tomo 390, del 25 de noviembre de 2010.
15. Gobierno de El Salvador. Ley de Igualdad, equidad y erradicación de la discriminación contra las mujeres. ISDEMU. El Salvador. Enero de 2011.
16. Gobierno de Colombia. Ministerio de Salud. Guía de atención del menor maltratado. Recuperado de: <https://www.policia.gov.co/sites/default/files/41-MALTRATOMENOR.pdf>
17. Gobierno de República Dominicana. Ministerio de Salud Pública. Guía para la Atención de Niños, Niñas y Adolescentes Víctimas de Violencia en República Dominicana. Primera edición Impreso en República Dominicana. Agosto, 2017. ISBN: 978-9945-591-56-9.
18. Gómez del Campo. J. (1994) Intervención en las crisis: Manual para el entrenamiento. México: Plaza y Valdés Editores, pp. 74.
19. Ministerio de Salud de El Salvador. Lineamientos técnicos para la promoción de la salud mental, prevención, identificación temprana y abordaje de la conducta suicida en la adolescentes y mujeres jóvenes, con énfasis en el embarazo. El Salvador. 2018.
20. Ministerio de Salud. Norma Técnica del Expediente Clínico. El Salvador. 2024
21. Ministerio de Salud. Norma Técnica para la Implementación y funcionamiento del Sistema Integrado en Salud. El Salvador, 2024
22. Ordóñez Fernández, María del Prado. Revista Clínica de Medicina de Familia. vol.2 no.5. Versión On-line ISSN 2386-8201 versión impresa ISSN 1699-695X. Barcelona oct. 2008. Recuperado de [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-695X2008000300006#:~:text=La%20terapia%20de%20apoyo%20en,y%20el%20c%20ontacto%20con%20la](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2008000300006#:~:text=La%20terapia%20de%20apoyo%20en,y%20el%20c%20ontacto%20con%20la)
23. Ortega Salazar, Sylvia B., Ramírez Mocarro, Marco A., Castelán, Cedillo Adrián, Revista Iberoamericana de Educación N°. 38. Estrategias para prevenir y atender el maltrato, la violencia y las adicciones en las Escuelas Públicas de la Ciudad de México, México, 2005.
24. Primera ayuda psicológica: Guía para trabajadores del campo.
25. Clasificación Internacional de Enfermedades. 10ª Edición. 2003.
26. Piña, Juan Manuel., Frulan, Alfredo., Sañudo, Lya. Hacia una Tipología del maltrato Infantil. Una Investigación Educativa en México 1992-2002. Tomo 2, parte 3, México, 2003.
27. Guía de Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) a personas en situación vulnerabilidad y en condición de movilidad humana. Ecuador, 2022.
28. Torres Slimming, Paola A.; Nino Guerrero, Alfonso; Reyes, Esperanza; Cárcamo, César Trabajo infantil y riesgos en salud. Estudio exploratorio en tres regiones del Perú Lima: desco, DyA, WL, 2015. 64 p. Recuperado de [https://webapps.ilo.org/static/spanish/argentina/100voces/recursos/3\\_equipos\\_de\\_salud/3.pdf](https://webapps.ilo.org/static/spanish/argentina/100voces/recursos/3_equipos_de_salud/3.pdf).
29. Preguntas frecuentes sobre la explotación sexual de niñas, niños y adolescentes.

30. Vigil, Amalia Osorio. Revista científica y profesional de la Asociación Latinoamericana para la Formación y la Enseñanza de la Psicología – ALFEPSI. Page 4 primeros auxilios psicológicos. Integración Académica en Psicología Volumen 5. Número 15. 2017. ISSN: 2007-5588 Puebla, México.
31. Clinical management of rape and intimate partner violence survivors: developing protocols for use in humanitarian settings. Geneva; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

## **XIII.Anexos**

**Anexo 1**  
**Qué hacer y qué no hacer durante la primera atención**  
(Primeros auxilios psicológicos)

PASOS	¿QUE HACER?	¿NO HACER?
<p><b>Acercamiento</b>  Uno de los objetivos de los PAP es brindar protección, alivio y contención a la persona que se encuentra en crisis. Para esto el abordaje o acercamiento que se realice debe ser respetuoso y empático para lo que se recomienda:</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Entrar en escena, adaptándose a las circunstancias en las que encuentra a la persona en crisis.</li> <li>2. Promover un espacio de escucha y validación de sentimientos de la persona, disminuyendo los niveles de ansiedad y angustia.</li> <li>3. Pida permiso para hablar con la persona.</li> <li>4. Mantenga la calma y muestre comprensión con el objeto que la persona angustiada se sienta más segura comprendida, respetada y atendida de forma apropiada.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. No toque a la persona si no está seguro de que sea apropiado.</li> <li>2. No insista si no quiere recibir PAP.</li> </ol>
<p><b>Contacto y presentación</b>  Una vez realizado el acercamiento, la presentación y la aceptación de la aplicación de PAP, se requiere generar condiciones mínimas de confianza en un ambiente de respeto y empatía.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Preséntese dando su nombre, cargo y rol que desempeña dentro del establecimiento.</li> <li>2. Explique que está ahí para ofrecer ayuda.</li> <li>3. Ayude a la persona a que se sienta cómoda, invite a las personas a sentarse.</li> <li>4. Garantice cierto grado de privacidad.</li> <li>5. Preste atención a la persona.</li> <li>6. Modere el tono de voz (suavemente y calmado)</li> <li>7. Cuando haga contacto con niños o adolescentes, es recomendable hablar primero con el padre o adulto que los acompaña para explicarle su rol y solicitar su autorización.</li> <li>8. Cuando hable con un niño angustiado sin ningún adulto presente, busque a los padres o cuidadores lo antes posible y déjeles saber sobre su conversación.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Invadir el espacio vital de la persona.</li> <li>2. Hablar bruscamente.</li> <li>3. Mostrarse ansioso.</li> <li>4. Dar exclamaciones de sorpresa o sobrecogimiento.</li> <li>5. Mostrarse amenazante o crítico.</li> <li>6. No se deben hacer comentarios frívolos sobre la circunstancia por la que atraviesa la persona.</li> <li>7. No se debe avasallar a las víctimas con preguntas</li> </ol>
<p><b>Escucha activa</b>  Al momento de aplicar el PAP saber comunicarse con una persona angustiada, ansiosa o alterada es fundamental. La escucha empática o activa es un elemento crucial y un eje transversal dentro de la atención PAP, este paso puede tomar entre 10 a 20</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. En este estado de crisis, la persona puede querer o no contarle su historia por lo que deberá ser paciente y mostrar una actitud asertiva.</li> <li>2. Debe centrar la atención en validar el significado de las historias que las personas relatan para ayudarlas a reflexionar y actuar en el presente.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. No se distraiga.</li> <li>2. No mire el reloj, ni mire insistentemente hacia otro lado.</li> <li>3. No se apresure a dar una solución si la persona quiere ser escuchada.</li> </ol>

<p>minutos.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Debe poner especial atención no sólo al discurso verbal del paciente, sino a lo que esto representa emocionalmente para el otro y en su experiencia de vida.</li> <li>4. Si es culturalmente apropiado, intente mantener contacto visual con la persona mientras habla con ella.</li> <li>5. Debe asegurarse de haber comprendido y reformular de forma empática y sintética las ideas que no hayan quedado claras.</li> <li>6. Cuando se comunique a través de un intérprete, vea y hable directamente al sobreviviente.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. No emita juicios morales.</li> <li>5. No se mofe, burle, desestime o culpe a la persona por una experiencia, o vivencia a travesada durante el proceso migratorio.</li> <li>6. Hacer falsas promesas (no diga algo que no va a poder cumplir)</li> </ol>
<p><b>Contención emocional</b>  Recuerde que la meta de los PAP es reducir el estrés, asistir en las necesidades actuales, no obtener detalles sobre la experiencia traumática o las pérdidas. Con este antecedente es establecer una conexión humana y no intrusiva y brindar contención emocional</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tranquilice a la persona afectada, si está muy angustiada, ayúdele a calmarse, mediante técnicas de respiración. Para lo que puede estimular a la persona a que centre la atención en su respiración y que respire despacio, para que pueda tranquilizarse.</li> <li>2. Realice preguntas concretas que ayuden a identificar las necesidades inmediatas de la persona en crisis y sus redes de apoyo.</li> <li>3. Indague sobre el evento que precipitó la crisis.</li> <li>4. Permita que la persona explique lo que tiene en su mente</li> <li>5. Utilice pausas durante la intervención</li> <li>6. Parafrasee lo que la otra persona te dice eso te ayudará a verificar que le has comprendido su idea.</li> <li>7. Anime a la persona a comunicar lo que le pasa a través de preguntas abiertas.</li> <li>8. Identificar las necesidades y preocupaciones inmediatas</li> <li>9. Reúna información adicional sobre los acontecimientos vitales estresantes previos.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. No utilice acrónimos o términos técnico.</li> <li>2. No juzgue lo que la persona hizo o no hizo, sintió o no sintió.</li> <li>3. No cuente la historia de otra persona o la suya propia.</li> <li>4. No minimice ni dé falsas esperanzas.</li> <li>5. No amenace o anticipe a la víctima con enfermedades, patologías o eventos posteriores</li> </ol>
<p><b>Categorización de necesidades y derivación a redes de apoyo</b>  Durante esta etapa, se debe rebajar la ansiedad que las personas están experimentando transmitiéndoles la información que precisen e indicándoles cómo satisfacer sus necesidades de atención.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ayude a las personas a priorizar y categorizar sus necesidades, se les puede pedir que distingan entre lo que necesitan solucionar inmediatamente y lo que puede esperar.</li> <li>2. Una vez identificadas estas necesidades, ayude a la persona a contactar a las personas y/o servicios de apoyo social que podrán ayudarle a satisfacer dichas necesidades ahora y más adelante.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Decidir cuáles son sus necesidades, sin prestar atención al relato de la afectada.</li> <li>2. Tomar la iniciativa para "ayudar" a la persona con asuntos que él mismo puede hacer.</li> <li>3. No resuelva las</li> </ol>

		necesidades a medida que el afectado las va mencionando, sin organizar ni jerarquizar.
<p><b>Pautas de afrontamiento y cierre emocional</b></p> <p>En el momento del cierre, igual que al inicio, debemos explicarle a la persona con la que hemos estado que la intervención a terminado y qué va a pasar a partir de ese momento.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Revise con la persona cuáles son sus emociones y motivaciones antes del proceso de cierre.</li> <li>2. Comunique que las respuestas emocionales tienen sentido y son entendibles dentro de su historia y/o contexto actual.</li> <li>3. Indague y rescate todo aquello que la persona afectada ha sido capaz de hacer para mantenerse con vida a pesar de la adversidad. Esto aportará para devolver a la persona el poder sobre su propia vida y señalarle que es la principal responsable de su bienestar.</li> <li>4. Dé pautas de cuándo y a quién pedir ayuda.</li> <li>5. Haga sugerencias prácticas sobre cómo recibir la ayuda necesitada.</li> <li>6. Promueva estrategias de respuesta positivas ante el estrés.</li> <li>7. Describa el proceso de remisión para los casos que lo requieran.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Restar importancia a lo que la persona está contando o invalidar sus experiencias u opiniones.</li> <li>2. Juzgar y valorar de manera trivial la situación de las personas.</li> <li>3. Colocarse ante las personas como si le estuviera haciendo el favor de ayudarla.</li> <li>4. Fomentar la idea de que no hay solución a su problema, que obtener la ayuda que solicita es complicado, dispendioso o demorado y que es mejor rendirse.</li> </ol>

**Fuente:** Guía de Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) a personas en situación vulnerabilidad y en condición de movilidad humana. Ecuador, 2022.

## Anexo 2



MINISTERIO  
DE SALUD

### Intervención en crisis

**Objetivo:** Aumentar la seguridad personal de las personas afectadas por violencia, y contribuir a mejorar su estabilidad psicológica.

Sesión	Contenido
<b>Primera sesión</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>a) Determinar las reacciones subjetivas frente al hecho, es decir indagar sobre: ¿Cómo se sintió cuando ocurrió el hecho?</li><li>b) Evaluar el contexto de la situación de crisis: ¿Cómo se empezó lo ocurrido?</li><li>c) Evaluar el estado actual de la persona sobreviviente: ¿Qué está sintiendo ahora?</li><li>d) Definir en conjunto con la persona afectada el problema principal: puede ser el riesgo de muerte, violencia hacia la pareja, los hijos e hijas, padres.</li><li>e) En esta sesión se aplica la encuesta de maltrato y la evaluación del estado psicológico</li></ul>
<b>De la segunda a la quinta sesión</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>a) Análisis de antecedentes incluyendo estrategias de sobrevivencia utilizadas en el periodo posterior a la crisis, debilidades, fortalezas y recursos disponibles de apoyo.</li><li>b) Fijación de metas inmediatas y de corto plazo respecto de sus prioridades.</li><li>c) Identificar y llevar a cabo las tareas que pueden ayudar a la persona afectada por violencia a lograr sus metas.</li></ul>
<b>Quinta y sexta sesión</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>a) Proveer apoyo emocional utilizando algunas técnicas de catarsis.</li><li>b) Revisar logros y limitaciones en función de metas definidas.</li><li>c) Apoyar la expresión y manejo de la ira.</li><li>d) Apoyar a reducir los síntomas de ansiedad.</li></ul>

### Anexo 3



MINISTERIO  
DE SALUD

#### Consentimiento informado para situaciones especiales de emergencia\*

Nombre del establecimiento: \_\_\_\_\_

#### Nota para el trabajador de salud:

*Después de proporcionar la información relevante al paciente como se explicó anteriormente, lea el formulario completo al paciente (o su padre/tutor), explicando que puede optar por rechazar cualquiera (o ninguno) de los artículos listado. Obtenga la firma del sobreviviente, o la huella digital del sobreviviente y la firma de un testigo.*

Yo, ..... (nombre del sobreviviente en letra de imprenta) Autorizo al establecimiento de salud mencionado anteriormente a realizar lo siguiente (marque con una X las casillas correspondientes):

Autorización	Si	No
Realizar un examen físico		
Realizar un examen genital.		
Recoger pruebas, como muestras de fluidos corporales, ropa, cabellos, vello púbico, raspados o cortes de uñas, muestras de sangre y fotografías.		
Proporcionar pruebas e información médica a las instancias legales que las requieran por los medios correspondientes, sobre mi caso; esta información se limitará a los resultados de estos exámenes y cualquier atención de seguimiento relevante proporcionada.		
Entiendo que puedo rechazar cualquier aspecto de los exámenes que no desee realizar.		

Firma: .....

Fecha: .....

Testigo: .....

Recuperado y traducido de Clinical management of rape and intimate partner violence survivors: developing protocols for use in humanitarian settings. Geneva: 2020. Licence: CCBY-NC-SA3.0IGO.

\* El personal de salud debe recordar que el presente instrumento no excluye:

1. El formato único de consentimiento informado vigente.
2. Siempre debe hacer el aviso a la autoridad competente.
3. Solamente se utilizara en casos que este en peligro la vida de la NNA y sea imprescindible realizar las intervenciones descritas en el presente consentimiento.

## **Anexo 4**

### **Aspectos legales con respecto al aviso**

#### **Código Procesal Penal.**

**Art. 265** Tendrán obligación de denunciar o avisar la comisión de los delitos de acción pública:

1. Los funcionarios, empleados públicos, agentes de autoridad o autoridades públicas que los conozcan en el ejercicio de sus funciones o con ocasión de ella. También deberán denunciar los delitos oficiales cometidos por funcionarios que les estén subordinados y si no lo hicieren oportunamente incurrirán en responsabilidad penal.

2. Los médicos, farmacéuticos, enfermeros(as) y demás personas que ejerzan profesiones relacionados con la salud, que conozcan esos hechos al prestar los auxilios de su profesión, salvo que el conocimiento adquirido por ellos este bajo el amparo del secreto profesional.

#### **Código Penal**

##### **Omisión de Aviso**

**Art. 312.** El funcionario o empleado público, agente de autoridad o autoridad pública que en el ejercicio de sus funciones o con ocasión de ellas, tuviere conocimiento de haberse perpetrado un hecho punible y omitiere dar aviso dentro del plazo de veinticuatro horas al funcionario competente será sancionado con multa de cincuenta a cien días multa.

Igual sanción se impondrá al jefe o persona encargada de un centro hospitalario, clínica u otro establecimiento semejante, público o privado, que no informare al funcionario competente el ingreso de personas lesionadas, dentro de las ocho horas siguientes al mismo, en casos en que racionalmente debieran considerarse como provenientes de un delito.

#### **Ley Crecer Juntos.**

##### **Artículo 27. Obligaciones del Sistema Nacional Integrado de Salud**

q) Dar aviso o poner en conocimiento de las autoridades competentes de cualquier amenaza o violación a los derechos de niñas, niños y adolescentes, de que se tenga conocimiento en el marco de la prestación de los servicios.

##### **Artículo 241. Aviso.**

Cualquier persona que tuviere noticia de una amenaza o vulneración de derechos podrá dar aviso a la Junta de Protección o a la Policía Nacional Civil, la cual informará de su recibo en el plazo máximo de ocho horas.

El aviso podrá realizarse por cualquier vía o medio que facilite la recepción de la información. Recibido el aviso, la Junta de Protección hará constar por escrito la información recibida, y en la medida de lo posible deberá establecer el lugar, tiempo y modo en que han acaecido los hechos de amenaza o vulneración, no siendo necesario relacionar aspectos que revelen la identidad o ubicación de la persona que avisa.

#### **Ley especial para la protección de los derechos de la persona adulta mayor**

Art. 90.- Cualquiera podrá dar aviso al CONAIPAM en caso que una persona adulta mayor se encuentre en abandono o riesgo por violencia. El CONAIPAM gestionará de forma inmediata una inspección y de ser necesario, procurará trasladarla donde una persona de su confianza o a un centro para su atención inmediata. En caso de requerir asistencia médica, deberá ser trasladada de inmediato al centro de salud más cercano.

## Anexo 5

### Aviso a la Junta de Protección de la Niñez y de la Adolescencia



CONSEJO NACIONAL DE LA PRIMERA INFANCIA,  
NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

Modelo de aviso de vulneración a derechos individuales de niñas, niños y adolescentes. (NNA)  
de conformidad al art.241 LCJ

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_  
Nombre y Apellidos de a la niña, niño o adolescente \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_  
Sexo \_\_\_\_\_ Dirección de la niña, niño o adolescente \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Nombre del familiar o responsable que acompaña de la niña, niño o adolescente: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
N° de Documento Único de Identidad: \_\_\_\_\_  
Número Telefónico: \_\_\_\_\_  
Dirección del familiar o responsable que acompaña a la niña, niño o adolescente \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Nombre de la persona vulneradora de derechos de la niña, niño o adolescente: \_\_\_\_\_  
N° de Documento Único de Identidad: \_\_\_\_\_  
Número Telefónico: \_\_\_\_\_  
Dirección de la persona vulneradora de derechos de la niña, niño o adolescente: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Breve relato de los hechos: (indicar lugar, día y hora)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Nombre de la Institución que avisa: \_\_\_\_\_  
Firma del empleado o funcionario que emite el aviso: \_\_\_\_\_  
Junta de Protección a la que se avisa: \_\_\_\_\_  
Nombre de la persona que recibe el aviso: \_\_\_\_\_

**\*cabe destacar que si no se cuenta con algunos de estos datos la Junta puede recibir el aviso, pero brindarlos por completo garantiza el trabajo articulado entre la institución o servidor público que avisa y la Juntas de protección en beneficio de la niñez y adolescencia.**

**Anexo 6**  
**Sobre las peores formas de trabajo infantil**  
**Acuerdo n.º 241 Listado de actividades y trabajos peligrosos en los que no**  
**podrán ocuparse niños, niñas y adolescentes (MINTRAB)**

---

**Art. 1.-** Se considerarán actividades y trabajos peligrosos todos aquellos que por su naturaleza o condiciones en que se realizan, pueden ocasionar la muerte o dañar la integridad física, la salud, la seguridad o la moralidad de los niños, niñas y adolescentes. Estos tipos de trabajos son los siguientes:

1. Todos aquellos trabajos de mecánica que comprenden actividades como engrasado, revisión o reparación de máquinas o mecanismos en movimiento.
2. Los que requieren el manejo de sierras automáticas, circulares o de cinta.
3. Los que realizan demostración para la venta o tengan que portar cualquier tipo de armas especialmente de fuego en cualquiera de sus categorías, munición y demás accesorios, así como de cualquier otro artefacto que utilice la deflagración de la pólvora.
4. En los que se requiera la utilización de cualquier herramienta cortopunzante tales como: cuchillos de uso industrial, cumas, machetes, o cualquiera herramienta cortopunzante; excepto los utensilios y herramientas de cocina.
5. Los realizados en el subsuelo.
6. En los que se requiera estar debajo del agua.
7. Los trabajos desarrollados en los manglares.
8. Las labores o desplazamientos que se desarrollen en alturas superiores a los 1.80 metros sobre un nivel inferior, tales como andamios, árboles, exteriores de casa y edificios, colocación de rótulos o vallas publicitarias.
9. En donde se manipulen, almacenen, usen o elaboren materias explosivas, fulminantes, inflamables, corrosivas o radioactivas.
10. Los que impliquen el contacto con:
  - a) Microorganismos infecciosos transmitidos en trabajos agrícolas, pecuarios, mineros, manufactureros, sanitarios; como la atención y cuidado de enfermos, manipulación y exhumación de cadáveres, entre otros.
  - b) Microorganismos de origen animal o vegetal que puedan provocar reacciones alérgicas o tóxicas en crianza, sacrificio y venta de animales.
11. Los que se desarrollen en la construcción, demolición, reparación y/o conservación de obras de infraestructura de gran magnitud; tales como carreteras, presas, edificios, puentes, muelles, proyectos habitacionales y otros.
12. Los que se desarrollen en minas o canteras;
13. Los trabajos que se realicen en altamar, así como las labores de estiba, carga y descarga en puertos marítimos y muelles.
14. Los que requieran de la manipulación o transporte manual de cargas pesadas; o supongan la operación, conducción y manipulación de equipos pesados, tales como palas mecánicas, montacargas, grúas, elevadores y los demás tipos de maquinaria y vehículos no autorizados para personas menores de dieciocho años;
15. Los que se desarrollen en jornadas consideradas como nocturnas de acuerdo a la legislación nacional;
16. Los trabajos cuya extensión de la jornada laboral sea mayor que la determinada por la legislación nacional aplicable a los trabajadores menores de dieciocho años de edad;
17. Trabajos que conlleven riesgo ergonómico, tales como esfuerzos repetitivos, con apremio de tiempo, en posturas inadecuadas, entre otras;
18. Los que se desarrollen abiertamente en la vía pública sin supervisión de adultos o en la banda de rodamiento vehicular, así como los que impliquen subir y bajar de vehículos en movimientos.
19. Los de recolección y/o separación de desechos sólidos de cualquier tipo;

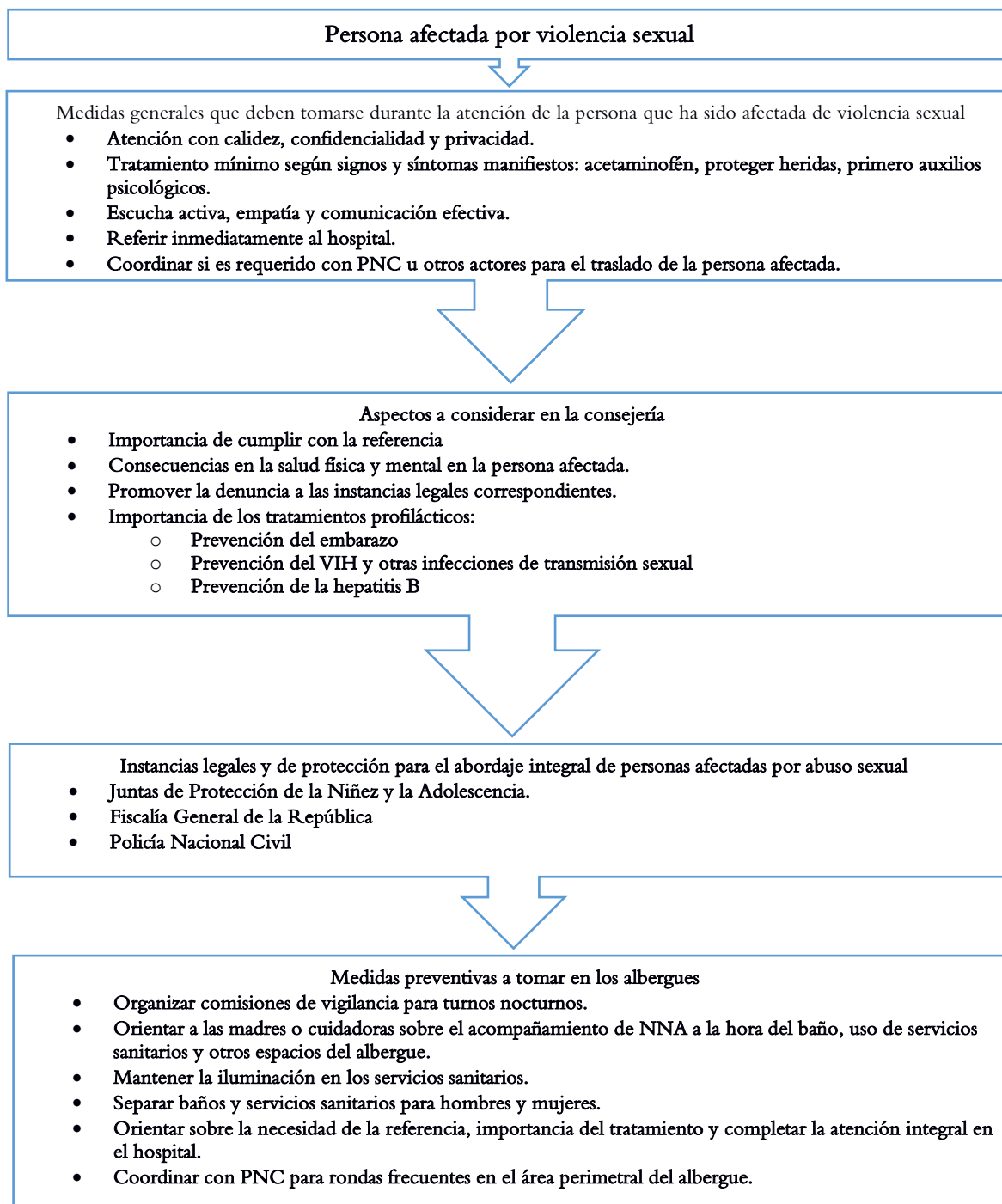
20. Que su realización requiera la permanencia; aunque fuese transitoria, en lugares que se permita el consumo de tabaco, bebidas embriagantes, tales como bares, cantinas o expendios de aguardiente. Se incluye la atención de clientes en dichos establecimientos.
21. Los que se realizan en establecimientos en los que se exhiba material altamente violento, erótico o sexual, espectáculos pornográficos, entre otros;
22. Los que ofrezcan algún riesgo de envenenamiento por el uso, manipulación o traslado de sustancias tóxicas de cualquier clase o las materias que las originan.
23. Igualmente, se considerará peligroso cualquier trabajo que se realice en el mismo local en donde se almacenen sustancias tóxicas de uso industrial o agro industrial;
24. En donde los niveles de ruido, vibración, radiación, ventilación, temperatura o iluminación no cumplan con los mínimos establecidos por la normativa nacional o, en su defecto, por la internacional;
25. Los que se desarrollen en terrenos en cuya topografía existan zanjas, hoyos o huecos, canales, terraplenes y precipicios o tengan derrumbamientos o deslizamientos de tierra;
26. Los que impliquen contacto con la energía eléctrica;
27. Los destinados al servicio doméstico salvo las excepciones legales;
28. Los que impliquen el traslado de dinero u otros bienes de valor, así como los trabajos donde la seguridad de otras personas y/o bienes sean responsabilidad del menor. Se incluye el cuidado de enfermos; actividades de vigilancia, guardias, entre otros.

**Art. 2.-** Quedan excluidas de este Decreto las actividades efectuadas en las escuelas de enseñanza general, profesional o técnica o en otras instituciones de formación.

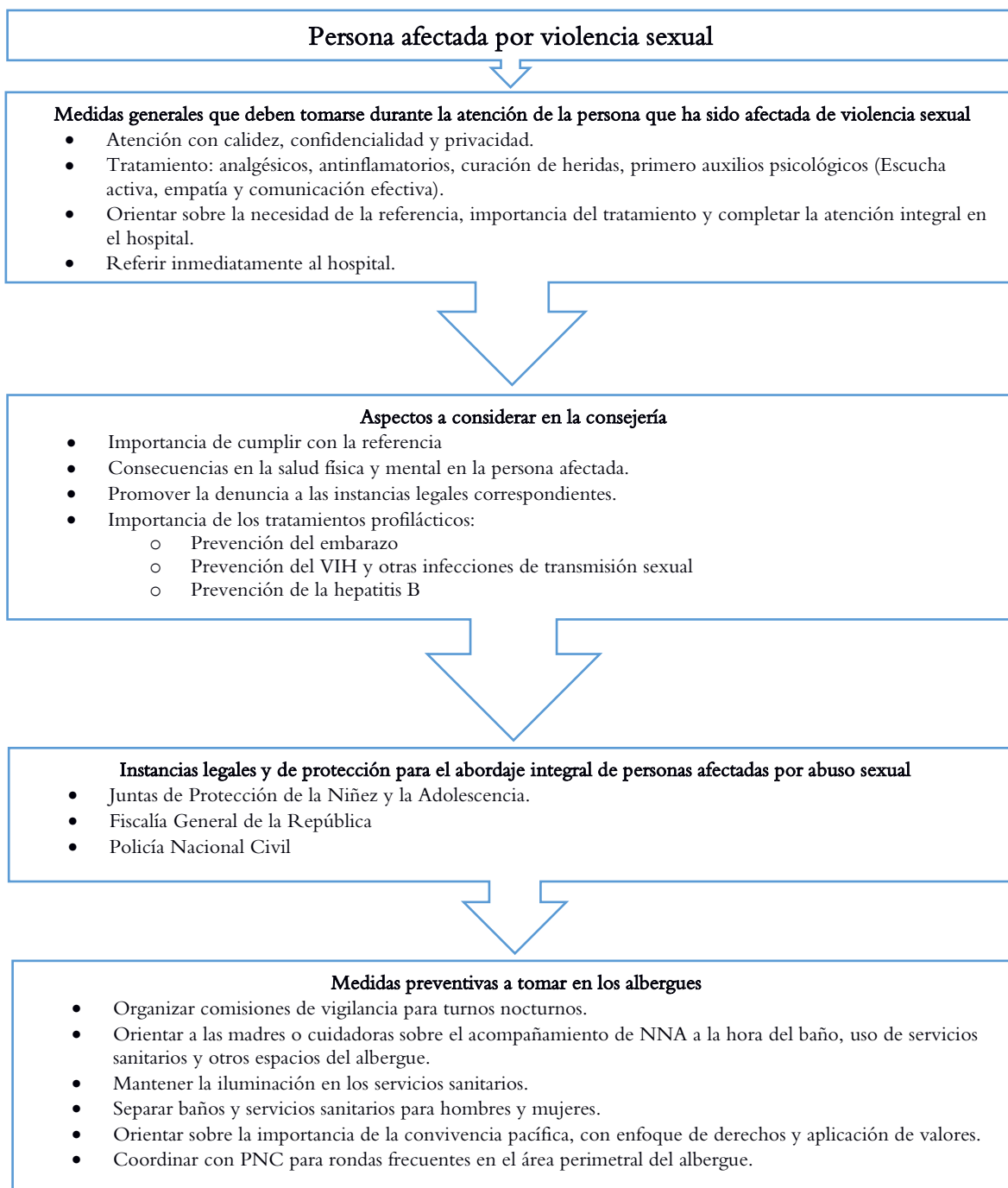
## Anexo 7

Aspectos a considerar en la atención caso de violencia sexual en albergue.

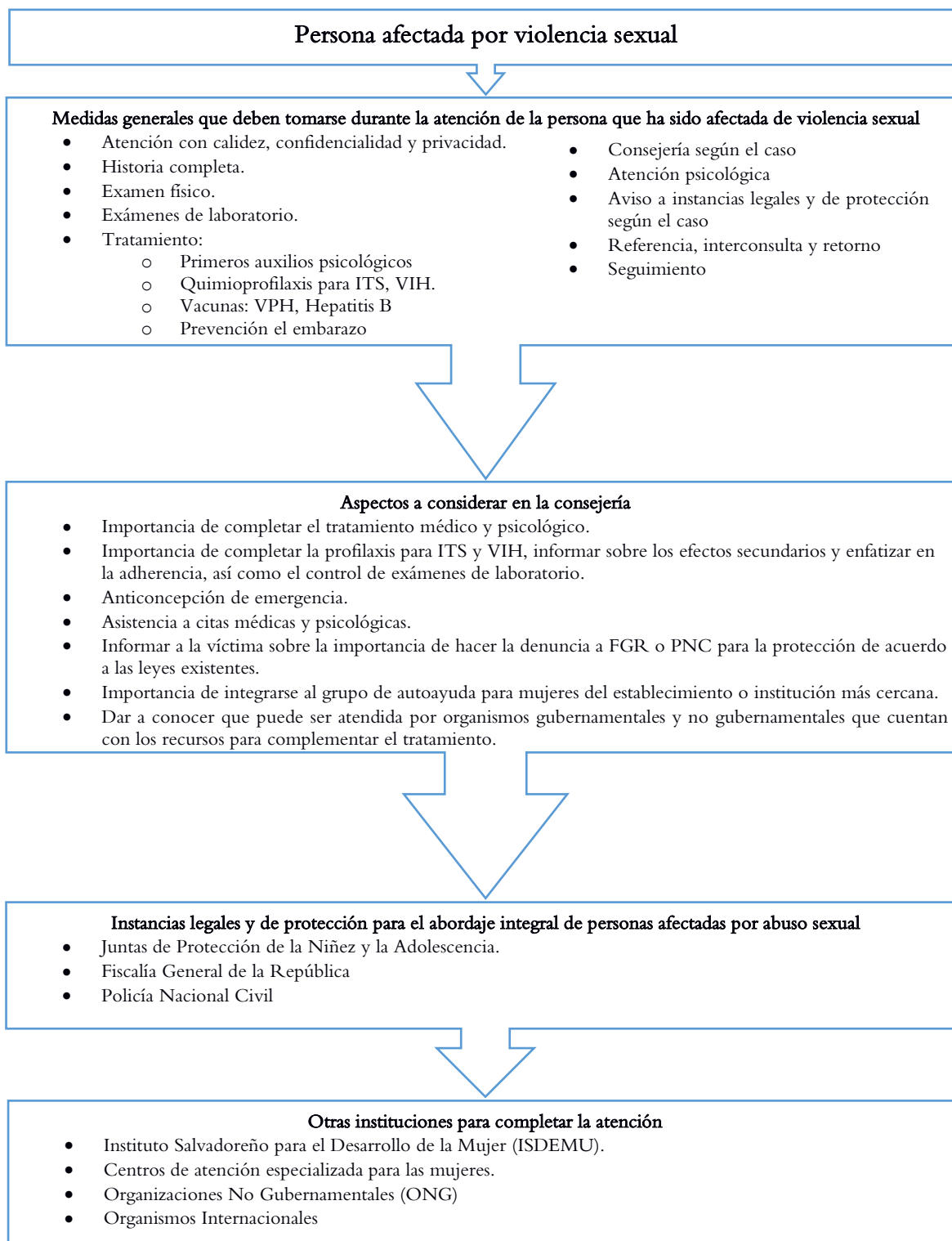
Atención por promotor / promotora de Salud.



**Aspectos a considerar en la atención caso de violencia sexual en albergue.  
Atención por médico o personal de enfermería.**



## Aspectos a considerar en la atención caso de violencia sexual a nivel hospitalario.



## Anexo 8

### **Procedimientos médico-forenses que se llevan a cabo tras un asalto sexual**

---

Generalmente las evidencias forenses se deben recolectar en un período máximo de 72 horas después de la violencia sexual y son los siguientes:

1. Examen físico para evidenciar las lesiones extra-genitales y el área para-genital.
2. Muestras del peinado del vello púbico de la víctima, en búsqueda de vellos del agresor (solo si no se le ha colocado espejuelo previamente). Si se obtienen vellos, deberá tomarse muestras del vello púbico de la víctima como control, al menos 20 a 25 cabellos con su folículo piloso.
3. Acorde con la historia recopilada podrá realizar un hisopado de las uñas de la víctima.
4. El examen del área genital y para-genital (cara interna de muslos y glúteos) con una lámpara de Woods para determinar la presencia de semen o sangre en las mismas.
5. Examen del área genital, perianal y para genital cuidadoso estableciendo: la presencia o no de lesiones en los labios mayores, menores y región perianal, el tipo de himen y la presencia o no de desgarros en el mismo, su localización según las agujas del reloj (ver anexo de imágenes de tipo de himen) y establecer si son recientes o antiguos.
6. Si no hay abrasiones o desgarros evidentes puede realizarse una tinción del área genital con Azul de Toluidina para evidenciarlas más fácilmente.
7. Idealmente deben de tomarse fotografías de las diferentes lesiones encontradas en el área genital o extra genital.
8. Se puede utilizar un colposcopio para magnificar las lesiones.
9. Hisopado de la mucosa oral, vaginal o rectal dependiendo del tipo de penetración, los cuales se secan y se guardan en bolsas de papel debidamente identificadas. Se deben utilizar hisopos estériles los cuales se dejan secar y se embalan en bolsas de papel debidamente rotuladas. Para tomar muestras de manchas secas por ejemplo en piel se humedecerá el hisopo con SSN.
10. Se tomarán 2 hisopados vaginales uno del líquido del fondo de saco vaginal y otro del canal endocervical o 2 hisopados del ano (si hubo penetración anal), en búsqueda espermatozoides, para lo cual se debe preparar un frotis (laminilla) fresco de los mismos.
11. Se tomará muestra de sangre para HIV, VRDL, BHCG.
12. Todas las evidencias forenses incluyendo la ropa interior de la víctima, deben ser secadas y guardadas en bolsas de papel, con su debida identificación, nombre de la persona, número de registro, detallando las muestras obtenidas y el color de las prendas de vestir. Dichas muestras serán almacenadas y manejadas con una cadena de custodia.
13. El médico forense puede realizar una historia clínica, tratando de establecer los datos del agresor o agresores, su relación con la víctima, si conoce la dirección de la misma y otras preguntas más que contribuyan al proceso penal.

#### **Evidencia forense en abuso sexual en niñas, niños y adolescentes**

En las niñas no se coloca espéculo en la gran mayoría de los casos; sino que la toma de muestras vaginales se hace "a ciegas": pueden introducirse 2 hisopos en el fórnix posterior de la vagina para tomar muestras de secreciones o se puede irrigar el área vaginal con 2 ml de SSN y luego aspirar el líquido para buscar espermatozoides o fosfatasa ácida.

En la evaluación forense de las NNA abusados sexualmente se determina la presencia de los hallazgos confirmatorios del abuso corno:

1. Muecas profundas mayores del 50% del espesor del borde del himen especialmente en su parte posterior.
2. Un borde posterior de himen cuyo espesor aparenta ser menor de 1 mm, en la posición genu-pectoral.
3. La presencia de cualquier lesión de ITS.
4. Marcada dilatación anal con un diámetro ele 2 cm o más.
5. La presencia de desgarros recientes o antiguos de labios menores, del rafe medio, o en la región perianal, prolapso rectal o reflejo de parálisis refleja + (en posición genu-pectoral se presiona el área isquiática de los glúteos durante 2 minutos y se observará una dilatación del ano del niño, niña o adolescente).
6. Equimosis en el himen.

En la etapa de recopilación de evidencias forenses es muy Importante la entrevista del forense con el niño, niña o adolescente, donde generalmente se tratará de delimitar los siguientes aspectos:

- ¿Quién lo agredió?
- ¿Con que?
- ¿Cuántas veces?
- ¿Cuándo fue la última vez? ¿Dónde fue?
- ¿Saber si el niño, niña o adolescente sangró?
- ¿Si tuvo dolor después del episodio?
- ¿Determinar si el niño/a le dijo algo a la persona que lo agredió o a sus familiares?

## Anexo 9

### Directorio Juntas de Protección de NNA

1	Avisos JP San Salvador Uno	<a href="mailto:avisos.jpssuno@conapina.gob.sv">avisos.jpssuno@conapina.gob.sv</a>
2	Avisos y Denuncias JP San Salvador Dos	<a href="mailto:avisos.jpssdos@conapina.gob.sv">avisos.jpssdos@conapina.gob.sv</a>
3	Avisos JP San Salvador Tres	<a href="mailto:avisos.jpstres@conapina.gob.sv">avisos.jpstres@conapina.gob.sv</a>
4	Avisos y Denuncias JP La Paz	<a href="mailto:avisos.jplapaz@conapina.gob.sv">avisos.jplapaz@conapina.gob.sv</a>
5	Avisos y Denuncias JP San Vicente	<a href="mailto:avisos.jp-sanvicente@conapina.gob.sv">avisos.jp-sanvicente@conapina.gob.sv</a>
6	Avisos y Denuncias JP Sonsonate	<a href="mailto:avisos.jp-sonsonate@conapina.gob.sv">avisos.jp-sonsonate@conapina.gob.sv</a>
7	Avisos y Denuncias JP Usulután	<a href="mailto:avisos.jp-usulután@conapina.gob.sv">avisos.jp-usulután@conapina.gob.sv</a>
8	Avisos y Denuncias JP Ahuachapán	<a href="mailto:avisos.jp-ahuachapán@conapina.gob.sv">avisos.jp-ahuachapán@conapina.gob.sv</a>
9	Avisos y Denuncias JP Cabañas	<a href="mailto:avisos.jp-cabañas@conapina.gob.sv">avisos.jp-cabañas@conapina.gob.sv</a>
10	Avisos y Denuncias JP Santa Ana	<a href="mailto:avisos.jp-santaana@conapina.gob.sv">avisos.jp-santaana@conapina.gob.sv</a>
11	Avisos y Denuncias JP Chalatenango	<a href="mailto:avisos.jp-chalatenango@conapina.gob.sv">avisos.jp-chalatenango@conapina.gob.sv</a>
12	Avisos y Denuncias JP Unión	<a href="mailto:avisos.jp-launion@conapina.gob.sv">avisos.jp-launion@conapina.gob.sv</a>
13	Avisos y Denuncias JP Morazán	<a href="mailto:avisos.jp-morazán@conapina.gob.sv">avisos.jp-morazán@conapina.gob.sv</a>
14	Avisos y Denuncias JP Libertad	<a href="mailto:avisos.jp-libertad@conapina.gob.sv">avisos.jp-libertad@conapina.gob.sv</a>
15	Avisos y Denuncias JP San Miguel	<a href="mailto:avisos.jp-sanmiguel@conapina.gob.sv">avisos.jp-sanmiguel@conapina.gob.sv</a>
16	Avisos y Denuncias JP Cuscatlán	<a href="mailto:avisos.jp-cuscatlán@conapina.gob.sv">avisos.jp-cuscatlán@conapina.gob.sv</a>

### Directorio telefónico

 <b>Ahuachapán</b> 7844-3615 (Atención 24 horas) 7844-6480 (Coordinador/a)	 <b>Cuscatlán</b> 7844-8753 (Atención 24 horas). 7844-7349 (Coordinador/a)	 <b>La Paz</b> 7844-1845 (Atención 24 horas). 7843-7518 (Coordinador/a)	 <b>Morazán</b> 7844-5182 (Atención 24 horas) 7844-7353 (Coordinador/a)
 <b>Santa Ana</b> 7844-2426 (Atención 24 horas) 7844-2260 (Coordinador/a)	 <b>La Libertad</b> 7844-1506 (Atención 24 horas) 7844-5944 (Coordinador/a).	 <b>San Vicente</b> 7844-5270 (Atención 24 horas). 7843-6737 (Coordinador/a)	 <b>La Unión</b> 7844-6813 (Atención 24 horas). 7844-9867 (Coordinador/a)
 <b>Sonsonate</b> 7844-3631 (Atención 24 horas). 7844-3211 (Coordinador/a)	 <b>San Salvador</b> I: 7844-5302 (Atención 24 horas) 7844-8313 (Coordinador/a) II: 7844-1607 (Atención 24 horas) 7844-3942 (Coordinador/a) III: 7844-9059 (Atención 24 horas) 7851-1500 (Coordinador/a).	 <b>Usulután</b> 7844-7636 (Atención 24 horas). 7844-7536 (Coordinador/a).	
 <b>Chalatenango</b> 7844-1738 (Atención 24 horas) 7844-5112 (Coordinador/a)	 <b>Cabañas</b> 7844-1685 (Atención 24 horas). 7844-2613 (Coordinador/a).	 <b>San Miguel</b> 7844-7401 (Atención 24 horas) 7844-1403 (Coordinador/a)	

**Ministerio de Justicia y Seguridad Pública**  
**Dirección de Atención a Víctima**  
**personal DAV**

n.º	Ubicación	Correo electrónico	Teléfono
1	Dirección de Atención a Víctimas	<a href="mailto:atencionvictimas@seguridad.gob.sv">atencionvictimas@seguridad.gob.sv</a>	2526-3110
2	Oficinas de la Unidad Técnica de Atención Integral a Víctimas y Género. Dirección: Edificio Corte Suprema de Justicia, diagonal universitaria Centro de gobierno San Salvador Correos electrónicos institucionales:	<a href="mailto:utaiv.yg@oj.gob.sv">utaiv.yg@oj.gob.sv</a>	2271-8888 Extensiones: 1057; 1061; 1065; 1073; 1086

**Otras Instituciones**

Nombre Organización	Teléfono	Zona de Intervención
Centro de Operaciones de Emergencia Cruz Roja Salvadoreña	2239-4930 2222-5155	Nacional
	<b>Zona occidental</b>	
ISDEMU 126 126teorienta.gob.sv	Santa Ana : 2440- 8504	Occidente
	Ahuachapan : 2413-1808	
	Sonsonate: 2450-2224	
	<b>Zona Central</b>	
	Chalatenango: 2301-1538	Central
	La Libertad : 2228-4590	
	San Salvador: 2510-4300	
	Cusactlan: 2372-3479	
	Cabañas: 2382-0016	
	La Paz: 2334-1315	
	San Vicente: 2393-4071	
	<b>Zona Oriente</b>	
	Usulután: 2624-8085	Oriente
	San Miguel : 2660-0093	
Morazán: 2654-2464		
La Unión: 2604-2511		

## Anexo 10



MINISTERIO  
DE SALUD

Ministerio de Salud  
Dirección de Políticas y Gestión en Salud  
Unidad por el Derecho a la Salud  
Oficina de Atención a Víctimas de Todas las Formas de Violencia

### Instructivo para la elaboración de “Plan Local para la promoción de estilos de vida para una convivencia pacífica, prevención y atención de las lesiones intencionales”

#### Contenido del plan de prevención y atención a todas la formas de violencia

##### A. Estructura

- I. Identificación del Plan
- II. Introducción
- III. Justificación
- IV. Objetivos
  - a. Objetivo general
  - b. Objetivos estratégicos
- V. Estrategias
- VI. Ámbito de acción
- VII. Actores involucrados
- VIII. Externos
- IX. Internos
- X. Descripción de estrategias e intervenciones.
- XI. Anexos
  - a) Micro redes
  - b) Rutas de atención
  - c) Documento de conformación de comité multidisciplinario para la prevención y atención de lesiones intencionales (Hospitales Nacionales)
  - d) Plan de acción

##### B. Desarrollo de contenidos del plan

<b>I. Identificación del plan</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Ministerio de Salud</li><li>2. Dirección regional</li><li>3. SIBASI</li><li>4. Establecimiento de salud</li><li>5. Nombre del plan (Incluir período de ejecución)</li><li>6. Responsables (referencia el personal multidisciplinario que participó activamente en la formulación del plan y que se convierten en los garantes de la operación del mismo)</li><li>7. Lugar y fecha</li></ol>
<b>II. Introducción</b> <p>Describir en forma breve la situación actual de la problemática de violencia, el alcance del plan, la intencionalidad, los sectores estratégicos que serán abordados y los beneficios en la población a ser impactada por dicho plan.</p>
<b>III. Justificación</b> <p>En este espacio presentar una breve explicación que dé cuenta de los motivos por los cuales la Unidad de Salud / Hospital desarrollará el Plan de prevención. Incluir datos institucionales del último año, relacionados con lesiones intencionales: atenciones en salud por tipo de violencia, grupos de edad, sexo, entre otros. Así mismo, podrá incluir datos de otras instituciones que justifiquen el desarrollo del plan de prevención.</p>

Para redactar una justificación se sugiere tomar en consideración las siguientes cuestiones generales:

1. ¿Para qué es importante este Plan de Prevención de lesiones intencionales?
2. ¿Qué problemáticas resuelve el Plan de Prevención de lesiones intencionales?
3. ¿Por qué se va a implementar el Plan de Prevención de lesiones intencionales?
4. ¿Cuál es la pertinencia del Plan de Prevención de lesiones intencionales?

**IV. Objetivos**

**Objetivo general**

Es una expresión cualitativa de los propósitos que tiene el Plan. Debe ser claro, concreto, que responda a la problemática, que sean alcanzables y medibles. Debe estar enfocado al logro, no a la actividad, por lo tanto, palabras como coordinar, colaborar, capacitar, no deben de ser utilizadas al definirlos. Deben ser formulados como acciones terminadas: instalar, erradicar, aumentar, llevar a cabo, entre otros.

**Objetivos estratégicos**

Se derivan de los objetivos generales y los concretan, señalando el camino que hay que seguir para conseguirlos. Indican los efectos específicos que se quieren conseguir, aunque no explicitan acciones directamente medibles mediante indicadores.

Ejemplo:

1. Fortalecimiento de las capacidades familiares para la orientación efectiva de adolescentes en el desarrollo de habilidades para la vida dirigidas a la Prevención de lesiones intencionales.
2. Desarrollo de competencias en el personal de salud para la implementación efectiva de acciones integrales de promoción, prevención y educación en salud acerca del consumo nocivo de alcohol y de otras sustancias psicoactivas para el fortalecimiento de los factores protectores y disminución de adicciones en los jóvenes para contribuir en la reducción de las lesiones intencionales.
3. Desarrollo de competencias en el personal de salud para mejorar la calidad de los servicios amigables para adolescentes y jóvenes, en la prevención de prácticas sexuales de riesgos y prevención del embarazo.
4. Fortalecimiento de la capacidad institucional en la Prevención y Atención de Adicciones.
5. Desarrollo de competencias en el personal de salud para la implementación efectiva de acciones integrales para la prevención y atención de las lesiones intencionales.

**V. Estrategias**

En este contenido listar las estrategias a desarrollar en el marco del Plan de Prevención de lesiones intencionales.

1. Fortalecimiento de las capacidades familiares para la Prevención de la violencia: Programa familiar para prevenir conductas de riesgo en adolescentes y sus familias.
2. Implementación de Grupos de Auto-ayuda para mujeres adolescentes y jóvenes que enfrentan violencia.
3. Atención y seguimiento de personas afectadas por abuso sexual.
4. Prevención del consumo nocivo de alcohol y de otras sustancias psicoactivas, dirigido a Adolescentes y Jóvenes.
5. Estrategia de intervención de Salud Mental en la infancia-adolescencia ante el fracaso escolar.
6. Desarrollo de capacidades en el personal de salud para la Identificación temprana de factores de riesgo en adolescentes y jóvenes.
7. Atención de las personas afectadas por consumo nocivo de alcohol y tabaco en centros de prevención y tratamiento de adicciones.
8. Prevención de la conducta suicida y otras lesiones autoinfligida.

**VI. Alcance del plan**

Espacio social de acción y de influencia en el que confluyen relaciones sociales determinadas y este caso, los espacios donde se desarrollaran las diferentes estrategias. Describir las Áreas geográficas priorizados en los planes municipales, así mismo los Centros Escolares que se encuentran dentro de los mismos.

**VII. Actores Involucrados**

Identifique las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que intervienen activamente en la construcción y ejecución de este plan, relacionando la identificación institucional de las mismas.

1. Actores externos
2. Actores internos

**VIII. Descripción de estrategias e intervenciones.**

En este romano se deberá hacer una descripción sucinta de cada una de las estrategias que se desarrollaran en los diferentes ámbitos, según el Plan de prevención de lesiones intencionales:

1. Fortalecimiento de las capacidades familiares para la Prevención de las lesiones intencionales: Programa familiar para prevenir conductas de riesgo en adolescentes y sus familias.
2. Implementación de Grupos de Auto-ayuda para mujeres adolescentes y jóvenes.
3. Atención y seguimiento de personas afectadas por abuso sexual.
4. Prevención del consumo nocivo de alcohol y de otras sustancias psicoactivas, dirigido a Adolescentes y Jóvenes de los municipios prioritarios para la prevención de las lesiones intencionales.
5. Estrategia de intervención de Salud Mental en la infancia-adolescencia ante el fracaso escolar.
6. Desarrollo de capacidades en el personal de salud para la Identificación temprana de factores de riesgo en adolescentes y jóvenes.
7. Atención de las personas afectadas por consumo nocivo de alcohol y tabaco en centros de prevención y tratamiento de adicciones.

**IX. Monitoreo, seguimiento y evaluación del plan**

En este apartado defina cuáles serán los mecanismos de control, con los cuales se hará seguimiento a las intervenciones planteadas y como se darán los procesos de evaluación en la operativización del plan.

**X. Anexos**

1. Micro redes, presentar como está conformada la micro red.
2. Rutas de atención / Flujogramas de atención.
3. Documento de conformación de comité multidisciplinario para la prevención de lesiones intencionales (Hospitales Nacionales)
4. Plan de Acción

Las acciones que permitirán hacer posible el cumplimiento de cada uno de los objetivos y metas de los diferentes sectores estratégicos deberán ser plasmadas en un cronograma que posibilite su seguimiento.

No	Nombre de la Estrategia	Objetivo	Resultado	Indicador	Actividades	Actores articulados en la estrategia	Recursos			Periodo de Ejecución(meses, años)	Frecuencia desarrollo actividades (semanal, mensual,anual)	Costos	esponsabl	Metas	Primer Trimestre				
							Humanos	Materiales	Metodología						Mes	Mes	Mes	Programado	Realizado
1																			

**XI. Otros anexos**

## Anexo 11



MINISTERIO  
DE SALUD

**Dirección de Políticas y Gestión de Salud**  
**Unidad por el Derecho a la Salud**  
**Oficina de Atención a Víctimas de Todas las Formas de Violencia**

---

### Asistencia técnica

#### Guía para la asistencia técnica en unidades de salud y hospitales nacionales

**Objetivos:**

1. Apoyar el proceso de atención integral de las personas afectadas por lesiones intencionales.
2. Fortalecer las capacidades técnicas-administrativas del personal de salud que brinda atención a las personas afectadas por lesiones intencionales.
3. Identificar necesidades y oportunidades de mejora en el proceso de atención de las personas afectadas por lesiones intencionales.

### Guía

**Datos generales.**

Nombre del director/directora o coordinador/a, nombre de la persona Referente de Violencia, nombre y cargo del equipo técnico que recibe la asistencia técnica, metodología utilizada, nombre y cargo del equipo técnico de la Oficina de atención a víctimas de todas las formas de violencia (OAVTFV) que brindan la asistencia técnica.

**Actividades de promoción para una convivencia pacífica y prevención de la violencia.**

Este componente se explora revisando el Plan de promoción de estilos de vida para la convivencia pacífica y prevención de las lesiones intencionales, en donde se planifican todas las actividades de promoción de la salud a realizar durante el año; incluye las movilizaciones sociales, campañas de prevención y otras. A su vez, se hace revisión de evidencias de la ejecución de actividades programadas de tabuladores correspondientes a los últimos tres meses, verificando el registro de las siguientes actividades: detección de personas afectadas por violencia en todas sus formas, avisos a instancias legales correspondientes, charlas y el desarrollo de estrategias para el abordaje de la violencia (Familias Fuertes y Grupos de autoayuda para mujeres y adolescentes). De no ser posible el acceso a los tabuladores físicos, proceder a la revisión en el Sistema Estadístico de Producción de Servicios (SEPS).

**Educación continua**

Se verifica que el tema de prevención y atención de la violencia se encuentre incorporado en el plan de educación continua del establecimiento. Solicitar las evidencias de desarrollo de actividades (pueden ser: listas de asistencia, agendas, convocatorias, fotografías entre otras) del desarrollo de la temática de lesiones intencionales con el personal multidisciplinario según plan.

**Atención integral de las personas afectadas por lesiones intencionales**

1. Para revisar este componente considerar aspectos tales como: atención de adolescentes embarazadas, mujeres adultas embarazadas, cumplimiento del Protocolo de atención integral en salud de las personas afectadas por lesiones intencionales, aplicación de hojas de tamizaje, consejería y seguimiento según caso, entre otros aspectos. En unidades de salud y área de emergencia de hospitales verificar en el SIS, el llenado del Módulo de Lesiones de Causa Externa, cuando la atención ha sido brindada por primera vez, por el evento por el cual consulta / emergencia.
2. Es importante explorar con el personal que brinda la atención integral a las personas afectadas por lesiones intencionales, si tiene conocimientos claros sobre la aplicación de la normativa; es preciso dialogar con los recursos y explorar en forma interactiva los conocimientos que tienen acerca de la normativa de atención vigente, se complementará con la revisión de expedientes clínicos electrónicos o en físico.
3. Detallar los hallazgos relacionados con el proceso de atención de las personas afectadas por

<p>lesiones intencionales, entendiendo la atención que presta el recurso médico, el recurso de enfermería y profesionales de psicología entre otros (Trabajadora social a nivel hospitalario).</p> <p>4. Incluir en este acápite lo referente a la atención psicológica de las personas afectadas por lesiones intencionales, así como las consultas de seguimiento.</p>
<p><b>Registro de datos</b> Sistema de Morbi Mortalidad Vía Web (SIMMOW)</p>
<p><b>Registro diario de consulta</b> Se verifica en los registros diarios de consulta ambulatoria y atenciones preventivas, la consignación del diagnóstico principal, diagnóstico secundario y la Causa Externa, según CIE-10.</p> <p>Así mismo, verificar el llenado de la casilla número 37 relacionada con la condición cuando aplica y la casilla número 38 relacionada con el ámbito de ocurrencia de la lesión.</p> <p>Proceder a la revisión de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistema de Morbimortalidad + Estadísticas Vitales (SIMMOW).</li> <li>• Módulo de Lesiones de Causa Externa en el SIS</li> <li>• Formulario en papel o módulo de recolección de datos de lesiones de causa externa (Hospitales nacionales y Unidades de Salud).</li> </ul> <p>En la etapa pre asistencia técnica para Unidades de salud y emergencia de hospitales deben compararse las consultas de emergencia de primera vez por lesiones de causa externa registradas en el SIMMOW con las registradas en las consultas de emergencia en el módulo de Lesiones de Causa Externa del SIS.</p>
<p><b>Monitoreo</b> Verificar el monitoreo periódico de los Sistemas de Información por parte del personal involucrado en la atención, en los establecimientos de salud.</p>
<p><b>Supervisión</b> Verificar la existencia de plan de monitoreo y supervisión, así como el cumplimiento de la programación de supervisiones específicas en las distintas áreas del establecimiento de salud. Para ello se debe solicitar los instrumentos de supervisión aplicados y su respectivo plan de mejora.</p>
<p><b>Referencia, retorno e interconsulta</b> Es preciso que la dirección o coordinación y el equipo multidisciplinario de salud del establecimiento, tengan claro los mecanismos de operativización establecidos en los Lineamientos técnicos para el cumplimiento de la referencia, retorno e interconsulta. Revisar el registro de la referencias y retornos. Indagar y asesorar sobre la importancia de la evidencia en cuanto al seguimiento de referencias de las personas afectadas por lesiones intencionales a los diferentes niveles de atención, ya sea a un establecimiento de mayor complejidad o al nivel comunitario.</p>
<p><b>Revisión de expedientes clínicos electrónicos o en soporte papel</b> Revisión de expedientes clínicos electrónicos o soporte papel de personas con diagnósticos que pueden relacionarse con lesiones intencionales.</p> <p>Se debe verificar la aplicación de hoja de tamizaje y su fecha de aplicación en los siguientes grupos con algunos signos y síntomas, detallados a continuación:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Niñas y niños: desnutrición, traumatismos, quemaduras, intoxicaciones, enfermedades diarreicas y respiratorias complicadas, dermatitis del pañal, dermatosis, enuresis, problemas de salud bucal, entre otras.</li> <li>b) Adolescentes: embarazadas, enuresis, lesiones, ideaciones o intentos suicidas, estados de ansiedad, depresión, cefaleas crónicas, Infecciones de vías urinarias, Infecciones de transmisión sexual, entre otros.</li> <li>c) Mujeres: embarazadas, gastritis, depresión, ansiedad, cefaleas a repetición, migraña, colitis, infecciones de transmisión sexual, ideaciones o intentos suicidas.</li> <li>d) Personas adultas mayores: Negligencia, abandono, depresión, ansiedad, caídas a repetición, colitis, gastritis, ITS, equimosis, laceraciones, traumatismos, inasistencia a sus controles médicos, deficientes cuidados higiénicos, entre otros.</li> </ol> <p>Los siguientes criterios a evaluar deben evidenciarse en los expedientes clínicos electrónicos o soporte papel:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Triage: verificar que los casos de lesiones intencionales hayan sido clasificados en color rojo (atención inmediata).</li> </ol>

- b) Historia clínica: completa, clara que describa la situación de violencia, el mecanismo, intencionalidad, lugar de ocurrencia y actividad que realizaba la persona agredida, entre otros, según protocolos de atención.
- c) Examen físico completo: identificando traumatismos o condiciones que requieren atención médica, asimismo debe documentar la evidencia de la lesión intencional.
- d) Diagnóstico: realizar diagnóstico según tipo de lesión y la causa externa de la lesión, de acuerdo con CIE-10.
- e) Tratamiento adecuado y oportuno: Cumplimiento del manejo clínico según Protocolo de atención integral en salud a personas afectadas por lesiones intencionales.
- f) Abordaje integral: incluye la atención por personal multidisciplinario: médico, psicólogo, enfermera, educador y personal de laboratorio, entre otros, según requerimientos del caso.
- g) Aplicación correcta y oportuna del proceso de interconsulta, referencia y retorno al nivel correspondiente: llenado de la hoja de Referencia, Retorno e Interconsulta, anotación del caso en el formulario de registro diario de consulta ambulatoria y atenciones preventivas (Censo), incluyendo las columnas 41 y 42 relacionadas con la referencia/interconsulta según el tipo y establecimiento a o de" respectivamente y registro del caso en el libro de referencia, retorno e interconsulta.
- h) Aviso a instancias legales: FGR o en su defecto PNC, Juntas de Protección de la Niñez y Adolescencia.
- i) Registro de consejería: Verificar registro de la consejería brindada en expediente clínico electrónico o soporte papel.
- j) Seguimiento: según caso y registrar en el expediente clínico electrónico o soporte papel.

**Farmacia**

A nivel de unidades de salud verificar la existencia de medicamentos requeridos para la profilaxis / tratamiento de Infecciones de transmisión sexual, anticoncepción de emergencia, analgésicos, existencia de vacuna para Hepatitis B, vacuna VPH y Toxoide tetánico.

A nivel de hospitales, adicionalmente verificar la existencia y disponibilidad de Antirretrovirales para profilaxis de VIH, en los casos de personas abusadas sexualmente según normativa vigente.

**Participación en espacios interinstitucionales e intersectoriales**

Se debe indagar sobre coordinaciones y participación activa de la Dirección del establecimiento o su delegado en espacios interinstitucionales e intersectoriales a nivel local para el abordaje de las lesiones intencionales. Verificar la existencia de agenda, actas de reuniones, listados de asistencia, convocatorias / notas de coordinación, entre otras evidencias.

**Otros hallazgos**

Registrar otros hallazgos identificados en el proceso de atención de personas afectadas por lesiones intencionales, que ameriten intervención a corto plazo.

**Anexos**

Se agrega en una tabla el detalle del listado de número de expediente revisado y el tipo de lesión intencional según caso, promedio de 10 expedientes. Se incluye además la matriz de compromisos que se elaboran en conjunto con el equipo de la asistencia técnica y la Dirección del establecimiento con su equipo.

**Anexo 12**  
**Ministerio de Salud**  
**Dirección de Políticas y Gestión en Salud**  
**Unidad por el Derecho a la Salud**  
**Oficina de Atención a Víctimas de Todas las Formas de Violencia**

**Instrumento de supervisión facilitadora - Primer Nivel de Atención**

Fecha:	Puntaje: Porcentaje:				
Objetivo: Verificar el proceso de atención integral en salud de personas afectadas por lesiones intencionales.					
Equipo de supervisión:					
Región:					SIBASI:
Establecimiento de salud:					
Nombre del/ la director(a) del establecimiento de salud:					
Referente:					
<b>I. Generalidades</b>					
No	Criterio a supervisar	Estándar	Puntos	Puntaje obtenido	Observaciones
1	La dirección del establecimiento de salud ha delegado un referente en el tema de abordaje en salud de personas afectadas por lesiones intencionales.	Existe un recurso de salud delegado como referente en el tema de abordaje en salud de las personas afectadas por lesiones intencionales.	5		
2	El establecimiento de Salud cuenta con una ruta para la atención de personas afectadas por lesiones intencionales.	Existencia de la ruta de atención dentro del Plan Local para la Promoción de Estilos de Vida para la Convivencia Pacífica, Prevención y Atención de las personas afectadas por lesiones intencionales.	5		

3	El establecimiento de salud cuenta con personal multidisciplinario capacitado en la aplicación de los protocolos para la atención integral en salud a personas afectadas por lesiones intencionales.	Personal multidisciplinario capacitado en la aplicación de los Protocolos de atención integral en salud a personas afectadas por lesiones intencionales.	5		
<b>Total</b>			<b>15</b>		
<b>II. Gestion de la jefatura</b>					
4	El Establecimiento de salud cuenta y ejecuta un Plan de educación continua, dirigido al personal de salud, que incluye temas relacionados a la lesiones intencionales; se cumple la programación establecida.	Plan de educación continua incluye temas relacionados con lesiones intencionales, se cumple la programación establecida.	10		
5	El establecimiento de salud cuentan con el Plan local para la promoción de estilos de vida para la convivencia pacífica, prevención y atención de las personas afectadas por lesiones intencionales.	Plan local para la promoción de estilos de vida para la convivencia pacífica, prevención y atención de las personas afectadas por lesiones intencionales; elaborado, actualizado y ejecutándose.	10		
6	La dirección del establecimiento de salud o personal delegado en su ausencia, realizan avisos /notificaciones a las instancias legales y de protección de casos atendidos por lesiones intencionales.	Registro de aviso de casos de lesiones intencionales realizados a instancias legales y de protección correspondiente.	10		
7	La dirección del establecimiento de salud, con su equipo de salud aplica el instrumento de supervisión, socializa resultados a todo el personal, y da cumplimiento al plan de mejora para la atención integral en salud de las personas afectadas por lesiones intencionales.	Aplicación semestral del instrumento de supervisión específico de lesiones intencionales.	5		
<b>Total</b>			<b>35</b>		
<b>III. Aplicación de la normativa</b>					
8	El personal del establecimiento de salud cumple con los mecanismos establecidos para la detección de casos de lesiones intencionales en el curso de vida.	Verificar en los expedientes de personas con sospecha de morbilidad o lesiones relacionadas con lesiones intencionales, se les haya realizado tamizaje para su detección.	10		

9	El personal del establecimiento de salud conoce y cumple los Protocolos para la atención integral en salud a personas afectadas por lesiones intencionales. (valorar mediante la revisión de 5 expedientes, anexo 10 )	Los expedientes revisados cumplen con todos los criterios de atención integral en salud de personas afectadas por lesiones intencionales establecidos.	30		
10	El personal del establecimiento de salud incorpora temas relacionados a la prevención de la lesiones intencionales en la programación de actividades educativas intra y extra murales dirigidas a la población .	El personal multidisciplinario cumple con la programación de charlas, sesiones educativas, actividades conmemorativas para la prevención de lesiones intencionales, dirigidas a la población dentro y fuera del establecimiento de salud.	10		
11	El establecimiento de salud cuenta con personal capacitado y ejecutando las estrategias: Familia Fuerte y/o Grupos de auto ayuda de adolescentes y mujeres afectadas por Violencia.	Personal capacitado en la estrategia Familias Fuertes han finalizado 7 sesiones con participación de adolescente entre 10 - 14 años y sus respectivos padres o cuidadores en el ultimo semestre.	10		
		El personal capacitado en la estrategia Grupos de Auto Ayuda implementa y lo mantiene activo.	10		
12	El personal del establecimiento de salud aplica correctamente el sistema de Referencia, retorno e interconsulta y/o coordina con otros establecimientos para el seguimiento de las personas afectada por lesiones intencionales.	Los expedientes revisados evidencian la referencia, retorno e interconsulta y/o coordinación para el cumplimiento del tratamiento indicado a las personas afectadas por lesiones intencionales.	10		
13	En el Registro diario de consulta ambulatoria y atenciones preventivas, se anotan los casos de personas afectadas por lesiones intencionales.	Registro diario de consulta ambulatoria y atenciones preventivas llenado completo: con diagnóstico de lesiones intencionales, causas externas según CIE-10, tipo y ámbito de ocurrencia.	5		
14	Registro en el Tabulador diario de actividades de detección de personas afectadas por violencia y el Tabulador de prevención de violencia y promoción de la salud las charlas, consejerías, estrategias y avisos	Llenado correcto y actualizado del Tabulador diario de actividades de detección de personas víctimas de violencia.	2		
		Llenado correcto y actualizado del Tabulador diario de actividades de detección de personas víctimas de violencia, sección avisos a instancias legales.	3		
		Llenado correcto y actualizado de tabuladores diarios de actividades de prevención de lesiones intencionales y promoción de estilos de vida para una convivencia pacífica – charlas y Consejerías.	5		

	Llenado correcto y actualizado del Tabulador diario de actividades de prevención de lesiones intencionales - Estrategias de abordaje.	5			
<b>Total</b>		100			
Resultados	Puntaje esperado/porcentaje	Puntaje obtenido	Porcentaje obtenido		
			0-59	60-79	80 - 100
I. Generalidades	15 (15%)				
II. Gestión de la jefatura	35 (20%)				
III. Aplicación de la normativa	100 (65%)				
<b>Total</b>	150 (100%)				

**Anexo 13**  
**Ministerio de Salud**  
**Oficina de Atención a Víctimas de todas las Formas de Violencia**  
**Instrumento de supervisión facilitadora para hospitales nacionales**

Ministerio de Salud Oficina de Atención a Víctimas de todas las Formas de Violencia Instrumento de supervisión facilitadora-hospitales					
<b>Fecha:</b>		<b>Puntaje Actual:</b>		<b>Porcentaje:</b>	
<b>Hospital:</b>		<b>Categorización:</b>			
<b>Objetivo:</b> Verificar la aplicación de la Norma y Protocolos en el proceso de la atención de personas afectadas por lesiones intencionales					
<b>Equipo de Supervisión:</b>					
<b>Director / Directora / Responsable:</b>					
Generalidades					
No.	Criterio a evaluar	Estándar	Puntaje esperado	Puntaje obtenido	Observación
1	Conformación del comité hospitalario para la prevención y atención de las personas afectadas por lesiones intencionales con participación multidisciplinaria.	Comité hospitalario para la prevención y atención de las personas afectadas por lesiones intencionales con participación multidisciplinaria conformado.	30		

2	El hospital cuenta con plan de promoción de estilos de vida para la convivencia pacífica, prevención y atención de las personas afectadas lesiones intencionales.	Plan de atención a personas Afectadas por lesiones intencionales elaborado y desarrollándose	50		
3	El hospital cuenta con personal multidisciplinario capacitado para el abordaje integral de la salud de las personas afectadas por lesiones intencionales en todos los servicios.	Personal multidisciplinario capacitado con documentos regulatorios para el abordaje integral de la salud de las personas afectadas por lesiones intencionales	20		
<b>Total</b>			<b>100</b>		
<b>Aplicación de la normativa de atención</b>					
No.	Criterio a evaluar	Estándar	Puntaje esperado	Puntaje obtenido	Observación
1	El hospital ha establecido la ruta para el abordaje integral de la salud de las personas afectadas por lesiones intencionales.	Existencia de la ruta de atención para el abordaje integral de la salud de personas afectadas por lesiones intencionales.	5		
2	El personal conoce y cumple los Protocolos para el proceso de atención integral en salud a personas afectadas por lesiones intencionales.	El personal cumple los Protocolos establecidos para la detección, diagnóstico, tratamiento y abordaje integral en salud de personas afectadas por lesiones intencionales (Revisión de expedientes clínicos y observación directa).	30		
3	Verificar la existencia de medicamentos utilizados para tratamientos médicos.	Existencia de los siguientes medicamentos: <b>Antimicrobianos</b> 1. Doxiciclina 2. Penicilina G Benzatinica 3. Ceftriaxona 4. Metronidazol <b>Antirretrovirales:</b> ACO de emergencia	10		

4	Verificar cumplimiento de tratamientos y seguimiento en la atención de psicología.	Cumplimiento de consultas subsecuentes de psicología. Revisión de expediente	10		
5	El personal del área realiza referencia, retorno e interconsulta con la especialidad que amerite el caso: medicina interna, cirugía, pediatría, ginecología, trabajo social, psicología y otras para el abordaje integral en salud de las personas afectadas por lesiones intencionales.	Funcionamiento del sistema de referencia, retorno e interconsulta	5		
6	Verificar el registro de casos en el sistema de información.	Registro adecuado de diagnóstico en SIS: diagnóstico principal o secundario, causas externas según CIE-10, tipo de discapacidad si la tiene, condición y ámbito de ocurrencia, referido.	10		
7	Registro de casos en el módulo de SILEX en el SIS o el llenado físico del formulario del Sistema de vigilancia de lesiones de causa externa.	Registro adecuado de casos en módulo de lesiones de causa externa (llenado completo).	10		
8	El director / directora o personal delegado realizan aviso/notificación de casos de lesiones intencionales atendidos a las instancias legales y protección correspondiente. (según Protocolo).	Registro de aviso de casos de lesiones intencionales realizados a instancias legales y de protección correspondiente	10		
9	El hospital cuenta con Medicamentos y ha establecido los mecanismos para la provisión oportuna de: antirretrovirales, manejo sintomático de ITS, Anticonceptivos de emergencia (ACO)	Existencia de medicamentos y mecanismo de provisión de profilaxis para personas víctimas de agresión y violación sexual según Protocolo.	5		

10	La dirección del hospital, con el comité aplica el instrumento de supervisión, socializa resultados a todo el personal, y da cumplimiento al plan de mejora para la atención integral en salud de las personas afectadas por lesiones intencionales.	Aplicación semestral del instrumento de supervisión específico de lesiones intencionales.	5		
<b>Total</b>			100		

Resultados	Puntaje esperado / porcentaje	Puntaje obtenido	Porcentaje obtenido		
			0-59	60-79	80 -100
I. Generalidades	100 (30%)				
II. Aplicación de la normativa	100(70%)				
<b>Total</b>	200(100%)				

## Anexo 14



MINISTERIO  
DE SALUD

GOBIERNO DE  
EL SALVADOR

**Dirección de Políticas y Gestión de Salud**  
**Unidad por el Derecho a la Salud**  
**Oficina de Atención a Víctimas de Todas las Formas de Violencia**  
**Revisión de expedientes clínicos de personas afectadas por lesiones intencionales**

---

no.	Número de expediente	Tipo de lesión intencional	Triage (color)	Historia clínica completa y llenado formulario lesiones causa externa		Examen físico completo		Diagnostico adecuado según CIE-10		Tratamiento adecuado y oportuno		Abordaje integral		Registro de consejería		Aplicación correcta del proceso de interconsulta, referencia y retorno		Aviso del caso a instancias legales correspondientes		Seguimiento según caso		
				Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	
1																						
2																						
3																						
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						
9																						
10																						

## Anexo 15



MINISTERIO  
DE SALUD

Dirección de Políticas y Gestión de Salud  
Unidad por el Derecho a la Salud  
Oficina de Atención a Víctimas de Todas las Formas de Violencia

### Compromisos para la mejora de la gestión en la atención de personas afectadas por lesiones intencionales

Región:		SIBASI:				
Hospital:		Fecha:				
Componente	Hallazgos	Compromiso de gestión	Medio de verificación	Fecha de cumplimiento	Responsable del cumplimiento	Nivel de cumplimiento

Directora / Director del establecimiento

supervisado: \_\_\_\_\_

Firmas: equipo supervisor y equipo

supervisado: \_\_\_\_\_